

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-259-quels-effets-attendre-sur-la-pauvrete-des-mesures-de-sante-introduites-dans-la-strategie-nationale-de-prevention-et-de-lutte-contre-la-pauvrete.pdf>

Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ?

Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères

Jonas Poucineau, Damien Bricard, Paul Dourgnon (Irdes)

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 et du Ségur de la santé. 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 (Collins, 2017). 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.

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, introduite en 2018, est un ensemble de mesures visant à réduire la pauvreté et les inégalités économiques et sociales. Les mesures étudiées portent sur trois dimensions principales : l'accès à une couverture complémentaire et sa qualité, le renforcement de l'offre de soins de proximité dans les territoires défavorisés, et de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de grande pauvreté (encadré, p. 2 et figure 1, p 3). Ces

mesures sont traversées par les thèmes du non-recours à l'assurance, de l'inclusivité de l'offre de soins et de la prise en charge globale des patients. 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 au paiement d'une 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 – les personnes défavorisées – en réduisant les distances physiques, financières, mais aussi culturelles. Dans les mesures étudiées, l'inclusivité recherchée s'appuie sur les services d'interprétariat, les groupes mobiles (et plus généralement les démarches qualifiées souvent de « aller 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, 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. Elle est susceptible d'améliorer simultanément la santé et la situation économique et sociale des individus. Par ailleurs, le contexte français est marqué par le grand nombre 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.

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, comme les carrières professionnelles. Bien que les objectifs premiers de ces mesures concernent l'accès aux soins, leur efficacité et la santé des personnes pauvres, elles ont été introduites dans un plan plus large de réduction de la pauvreté. Cette étude se place dans

REPÈRES

Cet article est issu d'une revue de littérature réalisée avec le soutien financier de France stratégie dans le cadre de l'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté de 2018. La stratégie vise à réduire la pauvreté et les inégalités économiques et sociales. Elle se déploie dans cinq champs : la santé ; la petite enfance et l'éducation ; l'accompagnement, la formation et l'emploi ; le logement ; les droits sociaux. Par ailleurs, le Ségur de la santé (juillet 2020) est centré sur l'offre de soins, avec des mesures d'investissement dans le système de santé, de financement et d'organisation des soins, et aussi un objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Cette étude vise à mieux comprendre les effets potentiels sur la pauvreté et sur les personnes en situation de pauvreté des cinq politiques de santé proposées dans la Stratégie et de trois politiques incluses dans le Ségur (encadré p. 2). Le projet a fait l'objet d'un rapport publié sur le site de France Stratégie¹ ainsi que d'un Document de travail de l'Irdes (Bricard *et al.*, à paraître).

¹ <https://www.strategie.gouv.fr/publications/evaluation-de-strategie-nationale-de-prevention-de-lutte-contre-pauvrete-rapport-2021>

E

Les 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 médicalisés (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 atteindre 2 600 places d'ici 2022, offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe ».

la perspective du régulateur, en proposant un cadre explicatif des effets potentiels de ces différentes politiques de santé sur la pauvreté. Elle ne propose pas une lecture critique des choix de politiques publiques, c'est-à-dire une comparaison avec des politiques alternatives, mais se pose comme un premier jalon d'une démarche d'évaluation future. Le cadre d'explication des effets des mesures de la Stratégie et du Ségur sur la pauvreté se situe 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.

médicalisé concernent un public en situation de grande pauvreté, dont les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits (logement, nourriture...), exclus socialement, et souvent éloigné des dispositifs de protection sociale (encadré ci-dessus et figure 1, p 3).

L'état de santé explique le revenu et la situation sociale

Les mesures étudiées visent trois objectifs principaux : augmenter et améliorer le recours aux soins des populations précaires, améliorer l'état de santé, et réduire la pauvreté (Objectifs finaux dans la figure 1).

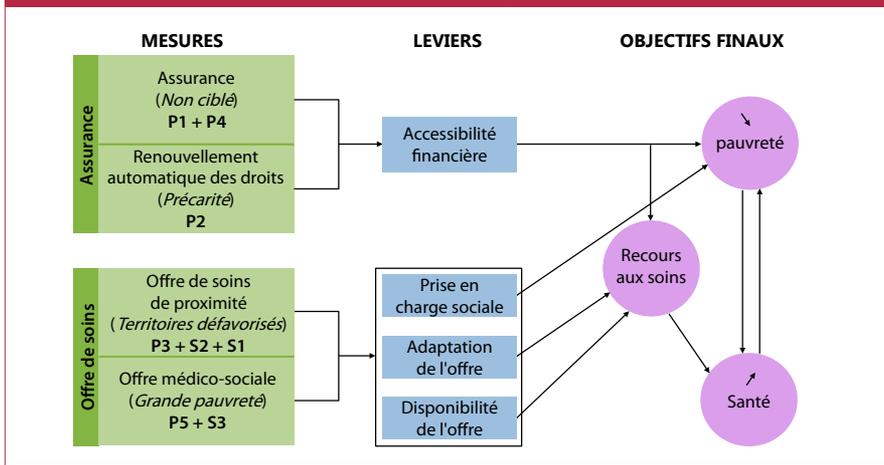
Par quels mécanismes les politiques de santé peuvent-elles influencer sur la pauvreté ?

Les objectifs annoncés des mesures relatives à la santé dans la Stratégie ou le Ségur sont la baisse de l'insécurité financière consécutive aux dépenses de santé, la réduction des barrières à l'accès aux soins et l'amélioration de l'état de santé des personnes pauvres. Bien que la référence à la pauvreté ne soit pas explicite, les mesures étudiées ciblent des types de pauvreté et donc des publics distincts. Les mesures relatives à l'assurance relèvent d'une démarche d'universalisation de la complémentaire santé et ciblent essentiellement un public précaire, aux fragilités de différentes natures (professionnelles, financières) en termes de couverture santé et à risque de tomber dans une pauvreté durable. L'investissement dans des structures de soins de proximité concerne des zones où les populations sont plus pauvres, sous dotées en services publics et en offre de soins. Les mesures d'hébergement

La santé et le statut économique et social entretiennent des relations de causalité réciproques et s'auto alimentent au long du cycle de vie. L'état de santé pendant l'enfance a un impact de long terme sur la situation sociale à l'âge adulte. De même, certaines inégalités sociales de santé se transmettent à travers les générations. A plus court terme, un bon état de santé augmente la probabilité d'occuper un emploi, alors qu'un mauvais état de santé accroît le risque d'être chômeur ou inactif. L'employabilité peut aussi être affectée de façon négative par des problèmes de santé comme l'obésité ou une mauvaise santé bucco-dentaire. Cependant, à l'échelle des mesures évaluées, n'étudier que l'effet sur la situation sociale de mesures dont le principal objectif est d'améliorer l'accès aux soins est peu pertinent. Il est indispensable de s'intéresser dans un premier temps aux objectifs d'accès à la couverture santé, au recours aux soins et à l'état de santé. En effet, une amélioration de l'accès aux soins entraîne une amélioration de l'état de santé, notamment pour les populations défavori-

F1

Cadre théorique général



bénéficiaire d'une complémentaire santé (Complémentaire santé solidaire-C2S) en contrepartie d'une participation financière dépendant de leur âge. La nouvelle couverture 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 car elle dispense des franchises médicales, de participations forfaitaires et de dépassements d'honoraires dans le parcours de soins coordonnés. Elle permet enfin de ne pas faire d'avance de frais grâce au tiers payant, dont il a été démontré qu'il avait un impact sur les inégalités sociales de recours aux services de santé. Au total, la réduction des situations de rupture de droits, du moins pour les allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) pour qui le renouvellement devient automatique, et l'amélioration des garanties réduisent les risques de renoncement à des soins et d'avoir à subir des dépenses de santé catastrophiques, susceptibles d'entraîner une chute ou le maintien dans la pauvreté (figure 2).

Inclusivité et prise en charge globale dans les soins de proximité

Les politiques d'inclusivité cherchent à améliorer l'interaction entre professionnels de soins ou du social et usagers. En particulier, les centres de santé communautaires ou participatifs et les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de grande pauvreté visent à réduire la distance, notamment culturelle, entre usagers et professionnels, à travers l'interprétariat et la formation des professionnels. Ces programmes agissent dans une approche proactive de « l'aller vers », qui doit permettre d'améliorer l'ef-

sées, fortement concernées par des problématiques de besoins de soins non satisfaits.

Un effet des mesures d'accès aux soins sur les restes à charge et sur l'état de santé

Les mesures relatives à l'assurance 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). 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 pouvant être 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.

- 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 et la disponibilité de l'offre concernent 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, « aller vers », interprétariat, formation des professionnels, prise en charge globale).

Assurance, dépenses de santé et pauvreté

L'extension de la CMU-C aux populations jusque-là éligibles à l'ACS leur permet de

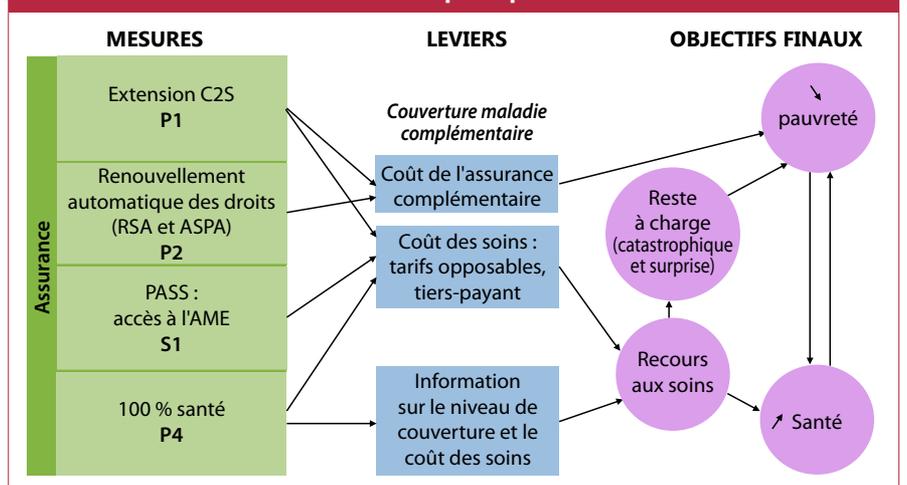
L'implantation de centres de santé au sein des quartiers défavorisés peut permettre de lever plusieurs barrières d'accès aux soins, notamment l'éloignement géographique de l'offre de soins (qui constitue également une source importante de renoncement aux soins), et améliorer l'interaction entre patients et personnel médical. Les dispositifs à destination des personnes en situation de grande pauvreté peuvent également jouer sur les mêmes leviers.

Trois leviers de l'accès aux soins

Les politiques étudiées ici usent de trois types de leviers à l'accès aux soins recensés dans la littérature (Penchansky & Thomas, 1981) :

F2

Freins et leviers des politiques d'assurance



efficacité de l'interaction avec les services médicaux et sociaux, en termes de qualité des soins, de satisfaction des usagers et, *in fine*, de diminuer le renoncement non financier aux soins et les refus de soins. Ils visent également à faciliter le recours aux programmes de protection sociale en santé à travers l'accès à l'information (figure 3).

Revue des politiques comparables

Méthode et ressources utilisées

Le champ disciplinaire principal de la revue est l'économie, en particulier l'évaluation des politiques publiques, auquel sont adjointes les approches de la sociologie, de la santé publique et de l'épidémiologie sociale. Les sources utilisées sont : (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, Permanences d'accès aux soins de santé (Pass),...); (4) littérature grise comprenant les documents administratifs relatifs à la Stratégie, au Ségur ainsi que des rapports d'évaluation et bilans d'activité de certains dispositifs.

Les politiques de réduction du non-recours et d'extension de l'assurance pour les pauvres

La littérature permettant d'éclairer les réformes de l'assurance complémentaire est le plus souvent américaine et française. En effet, le système d'assurance santé américain reste éloigné de l'universalité et fait l'objet de réformes et d'initiatives tant fédérales – si l'on exclut la mandature Trump – qu'au niveau des Etats ou des communautés visant en particulier à améliorer l'accès et la couverture pour les personnes les plus défavorisées (*Medicaid*). En France, de nombreux travaux ont porté sur le non-recours à l'ACS, à la CMU-C et à l'extension de l'assurance complémentaire.

L'expérience française de la CMU-C et de l'ACS. La France est le pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) où la part des restes à charge supportés par les usagers dans la dépense totale de santé est en moyenne la plus faible. Pourtant, les taux de renoncement aux soins pour raisons financières y sont parmi les plus

élevés et les inégalités sociales de recours aux services de santé y sont importantes (Chaupain-Guillot & Guillot, 2015 ; Devaux, 2015). Ce dernier résultat peut être le reflet de barrières financières à l'accès aux soins concentrées sur 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. 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 connaissent un non-recours important (entre 34 et 45 % pour la CMU-C, et entre 41 et 59 % pour l'ACS) [Fonds CMU, 2018], dans un contexte où ils relèvent d'un mélange d'opérateurs publics et privés. La création de la C2S en novembre 2019 a pour objectif d'améliorer l'accès à la couverture complémentaire des plus modestes, notamment pour les ménages précédemment éligibles à l'ACS. Les effets à attendre de cette mesure peuvent être extrapolés en premier lieu des études qui, en France, ont fait suite à la mise en place de la CMU-C.

Concernant l'accessibilité financière aux soins, il a été montré que la CMU-C permettrait, en supprimant la prime d'assurance complémentaire, non seulement d'agir directement sur le budget des ménages bénéficiaires avec des effets redistributifs importants, mais aussi de supprimer les restes à charge pour la majorité des bénéficiaires (Ricci & Gilles, 2010 ; Sireyjol, 2016). Plusieurs travaux ont aussi montré un impact de la CMU-C sur la probabilité de consommer des soins ambulatoires (soins dentaires, médecin généraliste, spécialiste, pharmacie) ainsi que sur le

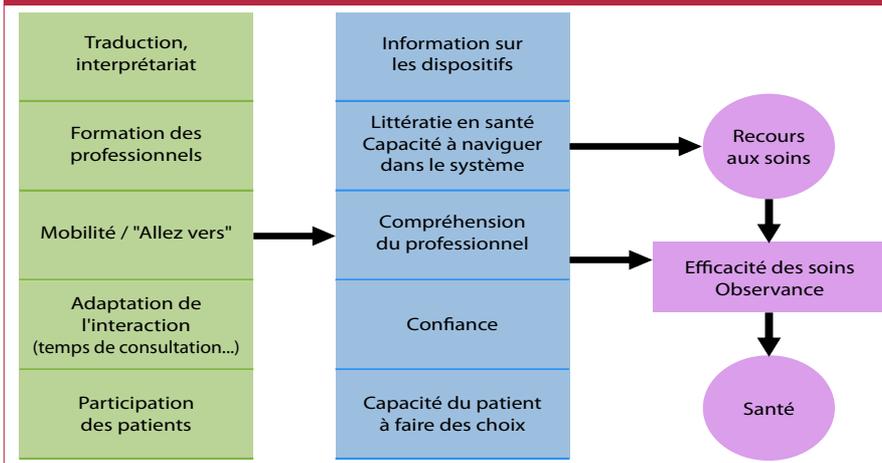
volume des dépenses de soins (Carré *et al.*, 2021 ; Grignon *et al.*, 2008). La CMU-C permet ainsi à ses bénéficiaires d'avoir des consommations de soins similaires au reste de la population (Guthmuller & Wittwer, 2017). En revanche, les ménages situés juste au-dessus du seuil de la CMU-C continuent à faire face à des taux d'effort particulièrement importants pour financer une complémentaire santé, et cela en dépit de l'ACS (Jusot *et al.*, 2011).

Aux États-Unis, les expériences de Medicaid et de l'Obamacare. Aux États-Unis, l'assurance maladie publique à destination des ménages aux revenus modestes, *Medicaid*, existe depuis 1965 et a connu de nombreuses extensions au cours des dernières décennies, dont l'*Affordable Care Act* (ACA) ou *Obamacare* en 2010. De nombreux travaux ont analysé les effets de ces extensions de la couverture sur plusieurs dimensions de la pauvreté, et pourraient éclairer les effets à attendre de la mise en place de la C2S en France.

Les extensions de *Medicaid* ont permis une amélioration importante du recours aux soins pour les ménages pauvres initialement non couverts, avec en premier lieu les soins primaires et préventifs et les hospitalisations (Finkelstein *et al.*, 2012 ; McKenna *et al.*, 2018). En conséquence, le recours aux services d'urgence a globalement diminué (Sommers *et al.*, 2016 ; Wherry *et al.*, 2015). Sur le plan de la santé, des effets positifs ont également été observés, à court terme (amélioration de la santé perçue et de la santé mentale) comme à long terme (réduction de la mortalité, de l'invalidité, de certaines maladies chroniques et de l'obésité) [Baicker *et al.*, 2013 ; Goodman-Bacon, 2016 ; Miller &

F3

Inclusivité et interaction médicale



Wherry, 2019]. L'accès à *Medicaid* a permis à de nombreux ménages modestes de réduire leurs dépenses en soins de santé liées aux services médicaux, aux primes d'assurance et aux prescriptions de médicaments, allégeant ainsi la pression financière parfois difficilement surmontable (Glied *et al.*, 2017). Des effets à long terme ont également été observés sur le taux d'obtention du diplôme de fin d'études secondaires et la réduction des sorties du marché du travail, ainsi que l'amélioration de l'accès à l'emploi.

L'exemple taïwanais : mise en place d'une assurance maladie universelle à grande échelle. 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'Etat 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).

Les expériences des États-Unis et de Taïwan ne permettent pas d'anticiper l'ampleur des effets des mesures françaises, tant les différences entre les systèmes d'assurance sont importantes (assurance « au premier euro » aux États-Unis et à Taïwan, pour les personnes initialement non couvertes, assurance complémentaire en France, intervenant donc de façon plus marginale). Ils démontrent en revanche qu'il est pertinent d'interroger les effets sur la pauvreté des politiques d'assurance mises en œuvre en France.

Extension des garanties dentaires et optiques. Certains travaux se sont également penchés sur les effets d'une extension des garanties relatives aux soins dentaires et optiques lors des réformes de *Medicaid*. Les effets attendus de la mesure sur l'accompagnement du 100 % santé pourraient être tirés de ces évaluations. La prise en charge des soins optiques a été associée à une hausse de la probabilité de recourir à un ophtalmologue et une baisse du renoncement aux soins pour raisons financières, ainsi qu'à une diminution des difficultés à voir et des limitations fonctionnelles liées à la vue (Lipton & Decker, 2015). La prise en charge des soins dentaires a eu des effets similaires, avec une augmentation du recours aux dentistes et une moindre probabilité d'avoir des caries non soignées (Decker & Lipton, 2015). En Corée du Sud, une extension de la couverture des soins dentaires pour la population âgée de 65 ans ou plus a également permis d'améliorer le recours aux soins dentaires, et de diminuer les disparités sociales de recours (Choi & Jung, 2020).

Lutter contre le non-recours à l'assurance. Les raisons du non-recours à des programmes d'assurance gratuits ou subventionnés, comme la CMU-C et l'ACS en France, ont été abondamment étudiées dans la littérature. Les principales causes évoquées sont le manque d'information, la complexité des procédures, le bénéfice estimé trop faible, la stigmatisation sociale, le refus de prise en charge par les médecins (CMU-C) ou encore l'absence de besoins de soins (Dufour-Kippelen *et al.*, 2006 ; Guthmuller *et al.*, 2014a). Un certain nombre d'expérimentations ont été réalisées pour améliorer les taux de recours, notamment pour l'ACS en France (Guthmuller *et al.*, 2014b). La littérature souligne que la souscription automatique avec droit de retrait serait le facteur le plus efficace pour atteindre cet objectif (Remler & Glied, 2003). Aux États-Unis, plusieurs exemples confirment cette idée, comme le programme *Medicare Part B*, dont la souscription est automatique (mais les assurés ont le droit de sortir du plan), et qui obtient un taux de recours trois fois supérieur au *Medicare Saving Program*, dont la souscription est soumise à la demande des personnes éligibles (96 % *vs* 33 %) [Dorn & Kenney, 2006]. La mesure concernant le renouvellement de la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA pourrait donc s'avérer tout à fait bénéfique à cet égard, du moins pour ce public, qui ne constitue toutefois qu'une minorité

des personnes éligibles. Notons aussi que celle-ci ne porte pas sur la souscription mais uniquement sur le renouvellement.

Renforcer l'offre de soins de proximité : les Centres de santé communautaires et participatifs

Les politiques sur l'offre de soins de proximité visent tout d'abord à créer ou investir dans des centres de santé participatifs ou communautaires dans les Quartiers prioritaires de la ville. Cette mesure a pour impact attendu d'augmenter l'offre de soins sur le territoire et de faciliter l'accès aux soins des populations défavorisées. Une meilleure accessibilité et disponibilité de l'offre et 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 éloignée à la fois géographiquement, financièrement et culturellement. Par ailleurs, la littérature sur la prise en charge globale proposée dans les centres indique qu'ils pourraient améliorer l'accès aux minima sociaux ou aux aides à l'insertion professionnelle, contribuant ainsi à réduire la pauvreté.

Le système de santé français accuse un retard historique sur les pays anglo-saxons et nord européens en ce qui concerne les soins communautaires et l'inclusivité. En effet, 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. Les mesures peuvent toutefois être éclairées par les exemples des *Community Health Centers* (CHC) aux États-Unis et au Canada qui, sous un terme générique, recouvrent des dispositifs très divers.

De nombreuses études, la plupart en provenance des États-Unis, ont mis en évidence l'impact des CHC 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). Il a aussi été démontré que le recours aux CHC permettrait 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, notamment pour les services d'urgence et les hospitalisations évitables (Evans *et al.*, 2015 ; Rothkopf *et al.*, 2011). 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 d'autres services. 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 a été associée à un recours aux soins plus fréquent (vaccination, soins préventifs), ainsi qu'à un recours plus systématique à ces structures de soins comme source de soins régulière plutôt que les services d'urgence (Nguyen *et al.*, 2020 ; Yue *et al.*, 2019).

Concernant l'expérience canadienne, une étude qualitative montre le rôle important des initiatives communautaires dans la lutte contre l'isolement social et la pauvreté en Ontario, en permettant d'améliorer les relations sociales et de fournir des opportunités et des partenariats afin d'orienter les personnes vers la formation et l'emploi (Collins *et al.*, 2014).

Les exemples des centres de santé communautaires aux États-Unis et au Canada sont donc encourageants à différents niveaux. 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.

Les Pass, un dispositif singulier et peu évalué

Les Pass ont été créés en 1998 par la loi relative à la lutte contre les exclusions. Ces dispositifs, qui n'ont pas d'équivalent à l'étranger, proposent des services médicaux et sociaux, et permettent aux hôpitaux – qui peuvent aussi par ce moyen réduire leurs créances irrécouvrables – d'orienter les patients sans couverture santé vers l'Assurance maladie ou l'AME. L'AME, comme d'autres dispositifs d'accès à l'assurance à destination des personnes pauvres, suscite un taux élevé de non-recours (49 %

[Jusot *et al.*, 2019]. 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 (Trinh-Duc *et al.*, 2005). Cette étude a également démontré l'importance des services d'interprétariat, un tiers des usagers ne parlant pas le français. 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.

Hébergement médico-social pour les personnes en situation de grande pauvreté

Le dernier groupe de mesures concerne le renforcement des Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (Lam) et Appartements de coordination thérapeutique (ACT). 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 celui-ci a augmenté de moitié entre 2001 et 2012 (Yaouancq *et al.*, 2013), puis doublé entre 2012 et 2020, atteignant près de 300 000 personnes fin 2020 (Fondation Abbé Pierre, 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). 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 mettent en lumière les apports et bénéfices pour les populations cibles (DGCS - Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 ; Fédération santé & habitat, 2020 ; Picon *et al.*, 2013). La durée d'accueil 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 un suivi médical complet, une prise en charge sociale, et l'élaboration d'un projet de sortie à moyen terme. À cet égard, les ACT ont montré leur capacité à améliorer la situation socio-économique de leurs usagers, ceux-ci étant quatre fois plus souvent en emploi (4 % à 16 %), et trois fois moins fréquemment sans ressource financière

(36 % à 12 %) ou sans protection complémentaire (28 % à 10 %) en sortie de dispositif qu'à l'entrée. La prise en charge dans ces dispositifs a également permis l'accès à un logement pérenne pour 62 % des usagers, et si plus de 9 entrants sur 10 étaient sans hébergement ou en hébergement précaire, cette situation ne concernait que 14 % des patients sortants en 2019. Le constat est en revanche plus contrasté pour les LHSS, dont 47 % des patients sortaient vers la rue ou les structures d'hébergement d'urgence en 2011. La situation semble toutefois s'être améliorée depuis, avec 16 à 32 % de sorties vers des situations précaires en 2018 selon les départements étudiés.

Les évaluations de ces dispositifs ont cependant mis en lumière certaines limites, comme le manque important de places et l'absence de régulation des places disponibles, des procédures d'admission complexes pouvant entraîner un renoncement, l'inadaptation des structures à l'accueil de femmes, de mineurs, et de publics spécifiques avec des besoins particuliers (personnes étrangères en situation précaire, personnes avec des situations médicales complexes), ou encore le manque de solutions de sorties. Ces limites s'appliquaient davantage aux LHSS qu'aux deux autres dispositifs.

À l'international, le modèle du *Housing First* (Logement d'abord) se rapproche des dispositifs français d'accompagnement médico-social renforcé pour la grande pauvreté, et la littérature très riche sur le sujet semble pertinente pour en étudier les effets potentiels. 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 1980-1990, mettant l'accès inconditionné à un logement stable comme point de départ du processus de rétablissement, et en plaçant le choix et la liberté des usagers au cœur du programme (Tsemberis, 1999, 2011). Il reflète un changement de paradigme dans la prise en charge de ces populations vulnérables, et s'oppose au modèle traditionnellement en place dans les pays développés axé sur les traitements (*Treatment First*), lequel fonctionne par paliers : les personnes doivent d'abord franchir un certain nombre d'étapes avant de se voir proposer un logement, et notamment démarrer un traitement ou de cesser leurs consommations de substances psychoactives.

Le modèle a été mis en place dans une quinzaine de pays d'Amérique du Nord et d'Europe (dont la France), et a fait l'objet de nombreuses évaluations. Au Canada, une expérimentation à grande échelle entre 2009 et 2013 présente des résultats positifs 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 écolo-gique 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 travaux ont également mis en avant des résultats probants et globalement homogènes, avec une réduction du sans-abrisme, une amélioration de la santé et du bien-être, ainsi qu'une aide à la réinsertion sociale des patients (Bretherton & Pleace, 2015 ; Busch-Geertsema, 2016 ; Padgett *et al.*, 2011 ; Tinland *et al.*, 2020). En revanche, aucun effet direct n'a été observé sur la pauvreté ou l'employabilité.

Des dispositifs de prise en charge sur une durée plus courte existent également aux États-Unis, avec les *Medical Respite Programs* (40 jours en moyenne). Ces derniers ont montré des effets intéressants en termes d'accès aux soins et d'état de santé, et, dans certains cas, une amélioration de la situation vis-à-vis du logement des personnes prises en charge (Zerger, 2006).

Ces éléments de littérature permettent d'éclairer les effets attendus des mesures de renforcement des dispositifs ACT, Lam et LHSS en France. Ces structures d'hé-

bergement médico-social apparaissent pertinentes pour aider les personnes en situation de grande pauvreté matérielle et sanitaire à sortir du « piège de la pauvreté ». Toutefois, l'efficacité apparente des ACT et du modèle *Housing First*, d'une part, et le constat nettement plus contrasté des LHSS, de l'autre, suggèrent qu'une prise en charge globale sur une durée relativement longue est nécessaire pour permettre à ces populations aux besoins multiples de pouvoir se rétablir durablement.

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 (rapport Black et Marmot). 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 évaluations 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. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Baicker K., Taubman S. L., Allen H. L., Bernstein M., Gruber J. H., Newhouse J. P., Schneider E. C., Wright B. J., Zaslavsky A. M., & Finkelstein A. N. (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>
- Bretherton J., Pleace N. (2015). *Housing First in England: An Evaluation of Nine Services*. 81.
- Bricard D., Dourgnon P., Poucineau J. (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 ». *Document de travail de l'Irdes*, n° 85, à paraître.
- Busch-Geertsema V. (2016). *Le logement d'abord en Europe : Rapport final*. Publications Office. [https://doi/10.2767/089978](https://data.europa.eu/doi/10.2767/089978)
- Carré B., Jusot F., Wittwer J., Thomas M., Gastaldi-Menager C. (2021). *Public Health Insurance Impact on the Consumption of Healthcare Services for Low Income Populations*.
- Chapain-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>
- Chen L., Yip W., Chang M. C., Lin H. S., Lee S. D., Chiu Y. L., Lin Y. H. (2007). "The Effects of Taiwan's National Health Insurance on Access and Health Status of the Elderly". *Health economics*, 16(3), 223-242
- 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), 6417. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176417>
- Collins S.R., Gunja M.Z., Doty M.M. (2017). "How Well Does Insurance Coverage Protect Consumers from Health Care Costs? Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2016". The Commonwealth Fund, *Issue Brief*, Oct 2017
- 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), 1429.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Naudin F. (2002). « Comment évaluer l'impact de la complémentaire CMU sur l'emploi ? ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 59, décembre.
- 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., Jones L., McDermott D., Harris E., Broderick D., Marmot M. (2016). "Health in All Policies in South Australia: What Has Supported Early Implementation?". *Health Promotion International*, Volume 31, Issue 4, December,

POUR EN SAVOIR PLUS (SUITE)

- p. 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), 2133. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
 - 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., 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://doi.org/10.2510/376814>
 - Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001). « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? » *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
 - 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), 839851. <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), 15291540. [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-abbé-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., Taubman S., Wright B., Bernstein M., Gruber J., Newhouse J. P., Allen H., Baicker K., & Oregon Health Study Group. (2012). "The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year". *The Quarterly Journal of Economics*, 127(3), 10571106. <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-abbé-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
 - 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*. (p. 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* (No 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), 203219. <https://doi.org/10.1002/hec.1250>
 - 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*. 8.
 - 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), 167194. <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), e17e34. <https://doi.org/10.1002/hec.3464>
 - Hicks L. S., O'Malley A. J., Lieu T. A., Keegan T., Cook N. L., McNeil B. J., Landon B. E., Guadagnoli E. (2006). "The Quality of Chronic Disease Care In U.S. Community Health Centers". *Health Affairs*, 25(6), 17121723. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.6.1712>
 - 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 ». *Economie et Statistique*, 450(1), 2946. <https://doi.org/10.3406/estat.2011.9687>
 - 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, 2019/11.
 - Ku Y. C., Chou, Y. J., Lee, M. C., & Pu, C. (2019). "Effects of National Health Insurance on Household Out-of-pocket Expenditure Structure". *Social Science & Medicine*, 222, 1-10.
 - Lin et Kickbusch, (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, 320332. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.10.006>
 - McKenna R. M., Langellier B. A., Alcalá H. E., Roby D. H., Grande D. T., Ortega A. N. (2018). "The Affordable Care Act Attenuates Financial Strain According to Poverty Level". *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 0046958018790164. <https://doi.org/10.1177/0046958018790164>
 - Miller S., Wherry L. R. (2019). "The Long-term Effects of Early Life Medicaid Coverage". *Journal of Human Resources*, 54(3), 785824. <https://doi.org/10.3368/jhr.54.3.0816.8173R1>
 - Nguyen K. H., Trivedi A. N., Cole M. B. (2020). "Receipt of Social Needs Assistance and Health Center Patient Experience of Care". *American Journal of Preventive Medicine*, 60(3), e139e147. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.030>
 - Ornelas J., Martins P., Zilhão M., Duarte T. (2014). *Housing First: An Ecological Approach to Promoting Community Integration*.
 - 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), 227232. <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), 127140.
 - Picon E., Sannino D. N., Henocq B. M.-A.-C., Seigneur R. (2013). *Evaluation du dispositif Lits haltes soins santé (LHSS)* (p. 179).
 - Puska P., Ståhl T. (2010). "Health in All Policies—the Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues". *Annu Rev Public Health*. 2010;31:315-28 3 p following 328. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103658. PMID: 20070201.
 - 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), 6774. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.1.6774>
 - Ricci P., Gilles L. (2010). *Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010*. 13.
 - 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), 13351342. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0066>
 - 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>
 - Sirey J. A. (2016). *La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes*. 21.
 - 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. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.4419>
 - Tinland A., Loubière S., Boucekine M., Boyer L., Fond G., Girard V., Auquier P. (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., Rouillard B., Schlienger I., Collin-Paradis B., Grasland A., Georges C., Ndiaye A., Farge-Bancel D. (2005). « Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médico-sociale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ». *La Revue de Médecine Interne*, 26(11), 1319. <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), 225241. [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., Lawless, A., & MacDougall, C. (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* (No w20929). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w20929>
 - WHO (2014). *Health in All policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action*. WHO 2014 ISBN 978 92 4 150690 8
 - Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V., Legleye S., Quaglia M. (2013). *L'hébergement des sans-domicile en 2012*. 4.
 - Yue D., Pourat N., Chen X., Lu C., Zhou W., Daniel M., Hoang H., Sripiatana A., Ponce N. A. (2019). "Enabling Services Improve Access to Care, Preventive Services, and Satisfaction Among Health Center Patients". *Health Affairs (Project Hope)*, 38(9), 14681474. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05228>
 - Zenger S. (2006). *An Evaluation of the Respite Pilot Initiative. Final report* (p. 113).



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ • 117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice :** Anne Evans • **Éditrice adjointe :** Anna Marek • **Relecteurs :** Guillaume Chevillard, Michel Grignon • **Infographiste :** Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page :** Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Addax (Montreuil, 93) • **Dépôt légal :** Juin 2021 • **Diffusion :** Suzanne Chriqui • **ISSN :** 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).