



**« GOUVERNANCE MULTINIVEAUX  
ET  
STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ (SNPLP) »**

*La perspective de l'investissement social  
à l'épreuve de la complexité politico-administrative française*

### Résumé de l'approfondissement thématique « Santé »

Une des ambitions de la SNPLP consiste à développer une dynamique d'intervention globale et un mode de gouvernance intersectorielle. A ce titre, rapprocher les projets et les acteurs positionnés, respectivement, sur la lutte contre pauvreté et sur la réduction des inégalités sociales de santé représente un enjeu majeur d'autant que les dynamiques institutionnelles de l'action sociale et de la santé ne sont pas toujours suffisamment intégrées.

Cette configuration de deux domaines d'action partageant une partie de leurs références mais fonctionnant de manière décalée a contribué à ce que, lors du lancement de la SNPLP, bon nombre d'acteurs du domaine de la santé aient eu des difficultés à se considérer comme directement interpellés. A cette difficulté première, sont venus s'ajouter les éléments suivants :

- Initialement, en matière de santé, la SNPLP misait essentiellement sur le renforcement de dispositifs institués de longue date en matière d'accès aux droits et aux soins des publics les plus démunis : cette option a certes nécessité l'implication de l'appareil administratif mais n'a pas particulièrement favorisé la mobilisation des acteurs territoriaux.
- Le fait que les promoteurs de la SNPLP établissent des connexions directes avec les acteurs de terrain a pu freiner l'implication des Agences régionales de santé (ARS).
- L'examen des mesures socles et des initiatives départementales contractualisées témoigne d'une faible prise en compte des croisements entre action sociale et santé.
- Si les appels à projets en lien avec la SNPLP sont source de partenariats, leur multiplicité et le soutien précaire qu'ils procurent en font un outil peu apprécié des acteurs de la santé.

Deux éléments assez distincts viennent cependant atténuer ce constat d'une ambition fortement contrariée. L'animation régionale et le travail des commissaires ont favorisé l'interconnaissance des acteurs et, parfois, les coopérations interinstitutionnelles, en particulier en matière de santé

des enfants et des jeunes. Surtout, la survenue de la pandémie à l'hiver 2020 a engendré un mouvement assez conséquent de rapprochement.

En effet, la crise sanitaire a mis en lumière la situation des personnes les plus fragiles, du fait de leur travail, de leur âge ou car plus affectées par le confinement du fait de leurs conditions de vie ou de logement. La collaboration du réseau des ARS avec les services ministériels et avec la DIPLP a abouti, lors du Ségur de la santé, à dégager une série de mesures notamment dans une logique « d'aller vers ». En outre, la mesure N°27 et l'instruction ministérielle du 4 janvier 2021 conduisent dans chaque région à promouvoir et formaliser un processus de gouvernance stratégique orienté vers la réduction des inégalités de santé dans lequel les Commissaires sont appelés à s'impliquer fortement.

En somme, la crise sanitaire a constitué une fenêtre d'opportunité permettant d'élargir les dynamiques interinstitutionnelles, dans le sens préconisé par la SNPLP, c'est-à-dire à l'interface des champs du social et de la santé. Plus largement, cette dynamique s'inscrit dans une tendance nationale mais aussi internationale visant à faire évoluer les politiques de santé vers une approche socio-écologique à travers le développement d'environnements favorables à la santé.



**GOUVERNANCE MULTINIVEAUX  
ET  
STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ**

*La perspective de l'investissement social  
à l'épreuve de la complexité politico-administrative française*

**APPROFONDISSEMENT THÉMATIQUE « SANTÉ »**

Un projet de recherche mené avec le concours de France Stratégie  
et  
le Comité d'évaluation de la SNPLP

**Rapport final - Janvier 2022**

## Préambule

L'approfondissement thématique ici présenté est issu d'un projet de recherche conduit de novembre 2020 à décembre 2021 au sein du laboratoire ARENES (UMR CNRS, 6051). Sous la responsabilité scientifique de Romain Pasquier, le projet a été mené dans le cadre de la Chaire « Territoires et mutations de l'action publique » (TMAP) par une équipe réunissant des chercheurs de Sciences Po Rennes, ASKORIA et l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)\*. Ce projet rejoint les enjeux et questionnements énoncés dans l'appel à projets de recherche « Evaluer la gouvernance et la dimension territoriale de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté » (SNPLP) émanant du Comité national d'évaluation de la SNPLP, et a bénéficié d'une subvention de France Stratégie.

Dans son ensemble, le projet de recherche avait pour objectif d'examiner les processus de gouvernance et de contractualisation parcourant la politique de prévention et de lutte contre la pauvreté, en interrogeant notamment les modalités selon lesquelles l'actuelle SNPLP compose avec les logiques politico-administratives en place, et d'explorer dans quelle mesure elle contribue à les faire évoluer. Outre ces enjeux de gouvernance investigués au niveau national et dans six régions (cf. rapport principal), le projet de recherche comportait un **approfondissement thématique** sur la SNPLP et les dispositifs d'accès aux soins des personnes vulnérables.

L'objectif de cet approfondissement, objet du présent rapport, était de mettre en lumière les relations existantes (concertations, synergies stratégiques, mutualisation et renforcement des ressources, obstacles rencontrés, innovations permises) entre, d'une part, la gouvernance et la mise en œuvre locale de la SNPLP et, d'autre part, celles relevant des principaux dispositifs territoriaux de santé, en particulier ceux qui sont dirigés vers les personnes en situation de précarité ou de pauvreté. Il s'agissait également d'explorer dans quelle mesure les outils mobilisés dans la mise en œuvre de la Stratégie (processus de consultation, groupes de travail, etc.) rejoignaient ceux des dispositifs d'animation territoriale en santé ou plus largement de la démocratie en santé.

Rédigée à l'attention de France Stratégie ainsi qu'à destination des membres du comité de pilotage et de suivi de l'appel à projets de recherche, ce rapport rend compte de cet approfondissement thématique : il expose la problématique de recherche, la confrontation des matériaux théoriques et des matériaux d'enquête ainsi que les analyses et conclusions qui en découlent.

*\* L'équipe scientifique (ARENES – Chaire TMAP) a réuni, sous la direction scientifique de Romain Pasquier (CNRS – Sciences Po Rennes), Claire Auzuret (Sciences Po Rennes), Eileen Michel (Sciences Po Rennes), Alessia Lefébure (EHESP puis Agro-Campus), Françoise Jabot (EHESP), Yann Le Bodo (EHESP) ainsi que Marc Rouzeau, au titre de la coordination méthodologique confiée à ASKORIA. L'organisation et le suivi administratif et financier de cette recherche ont été assurés par Gaël Hily (Sciences Po Rennes) et Brice Noël (ARENES-CNRS).*

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>I - Pauvreté, précarité et santé : explicitation des concepts et de l'action publique</b> .....	<b>6</b>
▪ Pauvreté, précarité et inégalités sociales de santé : des décalages conceptuels .....	6
▪ Des concepts aux politiques et dispositifs pour les plus vulnérables .....	8
▪ Politique de lutte contre la pauvreté et politique de santé .....	11
▪ La SNPLP : un levier pour une approche globale et intersectorielle des inégalités sociales de santé ? .....	12
<b>II - L'intégration des questions de santé dans l'élaboration de la SNPLP</b> .....	<b>18</b>
▪ Pauvreté et inégalités sociales de santé : cloisonnements institutionnels et professionnels .....	18
▪ SNPLP et politiques de santé : développements en parallèle et portages distincts .....	21
▪ Une place limitée accordée aux questions de santé durant l'élaboration de la SNPLP .....	22
▪ Une réception mitigée de la SNPLP par les acteurs de santé dans les territoires .....	24
▪ En pratique, le lancement de la SNPLP face à l'antériorité de multiples dispositifs de santé .....	26
<b>III - La territorialisation de la SNPLP en matière de santé</b> .....	<b>29</b>
▪ Des groupes de travail faiblement cadrés générant des modalités de travail variées .....	29
▪ Les GT : des dynamiques interinstitutionnelles difficiles à animer .....	35
▪ Un recours aux appels à projets important mais modérément apprécié .....	40
▪ Contractualisation État-Département : une place limitée pour les acteurs de la santé .....	43
▪ Les Commissaires, un atout possible pour une gouvernance intersectorielle de la santé .....	46
<b>IV - La SNPLP dans le contexte de crise sanitaire et du Ségur de la Santé</b> .....	<b>50</b>
▪ La crise sanitaire remet la santé et les inégalités sociales au premier plan .....	50
▪ La mesure 27 du Ségur de la santé consacrée à la lutte contre les inégalités de santé .....	51
▪ L'émergence d'une nouvelle dynamique interinstitutionnelle autour de la mesure 27 .....	56
▪ Une mise en œuvre de la nouvelle gouvernance stratégique, progressive et différenciée .....	61
▪ Une mobilisation de nouveaux crédits stimulante mais des défis de mise en œuvre .....	67
<b>Conclusion</b> .....	<b>74</b>
▪ Une faible place accordée à la santé lors de l'élaboration de la SNPLP et des freins à la territorialisation de la Stratégie en la matière .....	74
▪ La crise sanitaire, une fenêtre d'opportunité pour lancer une dynamique interinstitutionnelle à l'interface des champs social et de la santé .....	75
▪ Convergence de voies pour renforcer l'approche intersectorielle .....	77
<b>Bibliographie</b> .....	<b>78</b>
<b>Liste des sigles</b> .....	<b>86</b>

## Introduction

Suite au Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013, la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (SNPLP) a été officiellement présentée par Emmanuel Macron en septembre 2018, au terme d'une concertation de plusieurs mois. Elle se distingue par son cadrage ambitieux, insistant notamment sur la lutte contre les « inégalités de destins » contribuant à la « reproduction de la pauvreté ». Les grands engagements de la Stratégie mettent l'accent sur l'égalité des chances dès le plus jeune âge (p. ex. l'accueil des tout-petits, la parentalité, la scolarité), les droits fondamentaux des jeunes enfants (p. ex. l'alimentation, l'accompagnement social et médical, le logement), la formation et l'insertion professionnelle des jeunes, mais aussi plus largement l'accès aux droits et à la santé des publics les plus vulnérables, la prévention et l'accompagnement vers l'emploi. De nombreuses mesures ont été annoncées en ce sens et, sous l'impulsion d'une Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP), leur mise en œuvre devait s'appuyer sur trois leviers dits de « transformation » : (1) une participation accrue des personnes concernées et une rénovation des formations et de certains métiers du social ; (2) un pilotage à partir des territoires en s'appuyant notamment sur une contractualisation avec les collectivités, en particulier les départements ; (3) l'appui d'un Conseil scientifique pour le suivi et l'évaluation de la Stratégie ainsi que pour le pilotage d'un Fond d'investissement social permettant de financer des appels à projet.

Dans le cadre de ce troisième levier, en octobre 2020, le Comité d'évaluation de la SNPLP piloté par France Stratégie et présidé par Louis Schweitzer a lancé un appel à projets de recherche. Celui-ci visait notamment à évaluer le pilotage, la mise en œuvre et les effets de la SNPLP et des différentes mesures annoncées mais aussi, plus globalement, l'impact des différentes politiques publiques en matière de lutte contre la pauvreté. De fait, le document de référence de la SNPLP fait explicitement référence à d'autres politiques publiques sectorielles en cours de déploiement avec lesquelles il apparaissait nécessaire de combiner les mesures annoncées, telles que le *Plan pour le logement d'abord*, la *Stratégie nationale de santé* ou la *Stratégie de soutien à la parentalité*.

C'est dans ce contexte que le projet de recherche mené au sein de la Chaire « Territoires et mutations de l'action publique » (TMAP) par une équipe réunissant des chercheurs issus de Sciences Po Rennes, ASKORIA et l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) a permis d'examiner les processus de gouvernance et de contractualisation parcourant la politique de prévention et de lutte contre la pauvreté, en interrogeant notamment les modalités selon lesquelles l'actuelle SNPLP compose avec les logiques politico-administratives en place, et en explorant dans quelle mesure elle contribue à les faire évoluer. Outre ces enjeux de gouvernance investigués au niveau national et dans six régions (cf. rapport principal), le projet de recherche comportait un approfondissement thématique visant à apprécier la qualité des articulations intersectorielles de la SNPLP avec un autre domaine d'action publique en lien avec l'action sociale et la lutte contre la pauvreté : la santé.

En effet, il est bien documenté que les politiques de santé – comme ce peut être le cas des politiques éducatives ou de logement – peuvent constituer des leviers importants dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre la pauvreté, et vice versa. Les mesures annoncées en matière de santé dans le 4<sup>ème</sup> engagement de la SNPLP (p.ex. création de la complémentaire santé solidaire, remboursement à 100% de certaines prestations en matière dentaire, optique ou auditive) en sont une illustration.

Dès lors, il apparaissait pertinent de s'interroger plus avant sur les relations existantes entre, d'une part, la gouvernance et la mise en œuvre de la SNPLP et, d'autre part, celles relevant des principaux dispositifs de santé, en particulier ceux qui sont dirigés vers les personnes en situation de précarité ou de pauvreté. C'est ce que propose l'approfondissement thématique, objet du présent rapport, par le biais d'une analyse documentaire et d'entretiens réalisés auprès de divers acteurs du monde de la santé (administrations centrales, agences régionales de santé, organismes de protection sociale, associations, collectivités). Il s'agissait de repérer, aux stades de l'élaboration de la SNPLP puis de sa déclinaison territoriale, les éventuelles concertations, synergies stratégiques, mutualisation de ressources opérées avec le secteur de la santé, les obstacles rencontrés, ainsi que la mesure dans laquelle les outils mobilisés dans le cadre de la Stratégie (processus de consultation, événements et groupes de travail régionaux, interventions des Commissaires à la lutte contre la pauvreté, appels à projets, etc.) rejoignaient les dispositifs d'animation territoriale en santé, notamment ceux conçus à l'attention des publics en situation de précarité (p. ex. programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis [PRAPS], ateliers santé ville [ASV], permanences d'accès aux soins de santé [PASS], projets territoriaux de santé mentale [PTSM]).

Ce faisant, cet approfondissement thématique sur les questions de santé dans la SNPLP offre un regard complémentaire au volet général de la recherche sur le plan de l'analyse de la gouvernance et des rationalités d'acteurs interpellés. Il a permis d'élargir les investigations à la mise en œuvre de mesures ancrées dans un autre champ que celui de la lutte contre la pauvreté et, au niveau territorial, à des initiatives qui sont *a priori* peu ou indirectement concernées par la contractualisation avec les Départements sur laquelle devait en grande partie reposer le processus de territorialisation de la SNPLP.

Le premier chapitre, de nature introductive et documentaire, interroge le lien entre santé, pauvreté et inégalités sociales de santé (ISS), à la fois sur le plan conceptuel et dans la manière dont ce lien se traduit dans les politiques et dispositifs d'action publique en France. Cette partie aboutit à des questionnements quant à la place de la santé dans la SNPLP et les implications que cela sous-tend en matière de gouvernance.

Le deuxième chapitre est centré sur la période d'élaboration et de lancement de la SNPLP en analysant les facteurs politiques, institutionnels et organisationnels ayant influencé le degré, la

nature et les formes d'intégration des questions de santé à la SNPLP, aux niveaux national et territorial.

Le troisième chapitre porte sur la territorialisation de la SNPLP en matière de santé. Il aborde les conditions de mise en place et de fonctionnement des groupes de travail (GT) régionaux « santé », les dynamiques entourant les appels à projets (AAP) liés à la santé et à la pauvreté, la place de la santé dans la contractualisation État-Département ainsi que le rôle des Commissaires à la lutte contre la pauvreté.

Le quatrième chapitre s'intéresse à la place de la santé dans la SNPLP dans le contexte de la crise sanitaire et du Ségur de la Santé. Il revient sur le processus de mise à l'agenda des inégalités sociales de santé dans ce contexte et sur la dynamique interinstitutionnelle entre acteurs de santé et de la lutte contre la pauvreté qu'il a suscitée.

Enfin, le cinquième chapitre, de nature conclusive, reprend les principaux résultats de la recherche et dessine quelques axes de discussion.



## I - Pauvreté, précarité et santé : explicitation des concepts et de l'action publique

Aborder les questions de santé dans le cadre de la SNPLP invite à clarifier les relations entre santé et pauvreté ainsi qu'à démêler les concepts associés (pauvreté, précarité, inégalités sociales). Bien que ces derniers partagent des zones de recouvrements, ils ne sont pas pour autant superposés et les décalages identifiés trouvent une traduction dans les stratégies d'intervention des politiques tant sociales que de santé. Partant de là, nous étudions dans quelle mesure les dispositifs de santé visant plus particulièrement les publics vulnérables rejoignent – ou non – les mesures relatives à la santé annoncées dans les récentes politiques de lutte contre la pauvreté. Cela nous amène à questionner la façon dont la SNPLP peut constituer un levier pour une approche globale et intersectorielle des inégalités sociales de santé.

### ▪ **Pauvreté, précarité et inégalités sociales de santé : des décalages conceptuels**

En 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) énonçait que la santé ne se limite pas à l'intégrité physique des individus mais renvoie également à leur bien-être mental et social (OMS, 1946). Alors qu'était mis en évidence le fardeau croissant des maladies chroniques et des dépenses de santé associées au cours de la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, la charte d'Ottawa (OMS, 1986) a souligné la nécessité d'intervenir sur les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent et vieillissent pour promouvoir la santé (Rootman et al., 2012). En effet, la santé des individus est un **processus complexe, évolutif et dynamique**, résultant de l'interaction entre plusieurs facteurs tant individuels (biologiques et comportementaux) qu'environnementaux, politiques ou liés au système de santé. Parmi eux, les facteurs sociaux qui agissent sur les conditions et les milieux dans lesquels les individus évoluent, sont cruciaux dans la mesure où ils déterminent les ressources disponibles et mobilisables pour que les personnes parviennent à satisfaire leurs besoins fondamentaux et à s'adapter à leur environnement (Marmot, Wilkinson, 2004). Ce constat s'est accompagné de recommandations réitérées à agir au-delà des soins et services de santé afin de cibler en amont les « déterminants sociaux de la santé » (DSS) que sont par exemple l'accès au logement, la sécurité alimentaire, l'accès à la scolarité, l'accès à l'emploi et les conditions de travail, le lien social. En effet, une littérature abondante soutient le fait qu'une altération de ces facteurs se traduit par des expositions ou des comportements à risque pour la santé (ex. stress, pollution, tabagisme, abus d'alcool) (CSDH, 2009). La France ne fait pas exception : les indicateurs de santé tels que l'espérance de vie, la santé perçue, l'adoption de comportements favorables à la santé varient selon certains indicateurs sociaux comme le niveau d'études, le niveau de revenu ou les conditions de logement (DREES/Santé Publique France, 2017). Ces constats peuvent de surcroît s'accroître en période de crise économique, sociale ou sanitaire (HCSP, 2016, 2021).

De plus, ces déterminants sont en interaction les uns avec les autres : leurs effets peuvent se potentialiser à un moment donné et s'enchaîner au cours de la vie, ce qui fait de la petite enfance

une période déterminante pour promouvoir la santé à l'âge adulte et une espérance de vie en bonne santé (HCSP, 2016). Par ailleurs, il est clairement établi que les déterminants sociaux et les différences d'exposition ou de comportement qui en résultent, contribuent à expliquer des différences de santé observées dans une population : on parle d'**inégalités sociales de santé** (ISS). En 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé a fait de la lutte contre les inégalités sociales de santé un impératif à l'échelle des pays et mis en avant la notion de gradient social, signifiant que la question des inégalités de santé concerne tous les individus, mais de façon différenciée au regard de leur position socio-économique (CSDH, 2009). Le « **gradient social de santé** » caractérise le fait que le niveau de santé des individus tend à être inversement proportionnel à leur niveau socio-économique selon de nombreux indicateurs (Guichard, Dupéré, 2017).

Agir sur l'ensemble des déterminants de la santé relève du champ de la « promotion de la santé » à la fois au niveau individuel, en renforçant la capacité des individus à agir sur leur santé, et au niveau collectif par des actions à portée politique et sociale. Parce qu'elle vise à agir sur tous les déterminants de la santé, la promotion de la santé ne relève pas de la seule responsabilité du secteur de la santé mais de tous les secteurs de la vie publique.

Ces éléments introduisent deux notions fondamentales : d'une part, la **relation entre pauvreté et état de santé**, et d'autre part, la notion de **continuum** entre degré de pauvreté et état de santé. Du fait de sa dimension financière, la pauvreté fait pression sur de nombreux déterminants sociaux structurels de la santé (ex. accès au logement, à l'alimentation, à l'éducation). Par ailleurs, le lien entre pauvreté et inégalités de santé est encore plus explicite lorsque l'on se réfère aux notions de « pauvreté sociale » (faiblesse des liens sociaux) ou de « pauvreté en santé » (difficulté d'accès aux soins ou de littératie en santé) (Bricard et al., 2021). Sur ce dernier point, il est bien documenté que le non-recours ou le renoncement aux soins s'expliquent tant par des difficultés financières que par des difficultés sociales associées à une méconnaissance ou une difficulté de compréhension des démarches à réaliser (en sus de leur complexité et des délais qui y sont associés) ou à la stigmatisation dont les ayant-droits peuvent être l'objet (Chappuis et al., 2017).

La notion de « **précarité** », généralement caractérisée par le caractère incertain, transitoire et réversible de la situation sociale, professionnelle ou matérielle d'une personne (Cingolani, 2017), renvoie également aux déterminants sociaux de la santé. Installée dans la durée, la précarité peut faire basculer certains publics dans une situation de pauvreté et être cause de pathologies de santé (Wresinski, 1987). C'est le cas de catégories de publics défavorisés apparues à partir des années 1980 dans un contexte de crise économique durable (chômeurs de longue durée, jeunes peu diplômés, mères célibataires, personnes âgées isolées, travailleurs étrangers avec ou sans papier) (Geeraert, Rivollier, 2014). La « grande pauvreté » renvoie quant à elle à la situation de publics marginalisés confrontés à des difficultés sociales importantes (ex. en matière de logement, d'alimentation) et des besoins sanitaires fréquents (ex. maladies chroniques, addictions, santé

mentale) illustrant de manière saillante les liens pouvant exister entre pauvreté et état de santé (Académie nationale de médecine, 2017).

Les sections suivantes exposent succinctement la façon dont ce dialogue conceptuel entre pauvreté et santé a été transposé dans les politiques et dispositifs de lutte contre les inégalités sociales de santé et de lutte contre la pauvreté en France ces dernières années.

#### ▪ **Des concepts aux politiques et dispositifs pour les plus vulnérables**

En France, le lien entre politique de santé et action sociale est influencé par les principes de la Sécurité Sociale créée après la seconde Guerre mondiale. Marquée par une **logique assurantielle publique de protection des travailleurs**, celle-ci « *a modifié sensiblement la nature des liens unissant la santé et l'action sociale, cette dernière ayant alors été peu à peu reléguée dans une fonction certes capitale mais néanmoins seconde consistant, d'une part à assurer le droit de chacun aux soins, d'autre part à protéger la santé des populations les plus vulnérables* » (Borgetto, 2013, p. 35). Cela a abouti au développement de la Couverture maladie universelle (CMU) et de l'Aide médicale d'État (AME) ainsi qu'à la gestion des droits qui y sont associés. En outre, à partir des années 1980 et 1990, des programmes et dispositifs visant spécifiquement à venir en aide aux publics les plus en difficulté sur le plan socioéconomique ont été développés avec l'ambition de favoriser leur accès à la prévention et aux soins. La loi de lutte contre l'exclusion en 1998 a prescrit la mise en place dans chaque région d'un Programme destiné à améliorer l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes en situation de précarité et prévu dans ce cadre des mesures à mettre en œuvre, telles que les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé (cellules associant a minima un médecin et un travailleur social facilitant les démarches d'accès aux droits, voire des infirmières, diététiciens, psychologues)<sup>1</sup>, la création de lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation, des ateliers santé ou encore la mise en réseau des professionnels des champs sanitaire et social (Borgetto, 2013). Bien que d'autres initiatives publiques et associatives en matière de prévention des conduites à risque (ex. addictions, santé mentale) ou de la Protection maternelle et infantile (PMI) aient été déployées en parallèle, invitant à travailler sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé pour lutter contre les ISS, cette approche française au croisement des secteurs sanitaire et social est restée plus concentrée sur l'accès aux droits et aux soins (Lang, Ulrich, 2017). Les principes majeurs des principaux dispositifs sont présentés ci-dessous de façon succincte.

Au-delà des prestations d'Assurance Maladie s'adressant à la majorité de la population active, la **Couverture maladie universelle (CMU)** a été créée en 1999 dans une logique assistancielle, à

---

<sup>1</sup> Les PASS, issues de la loi de lutte contre l'exclusion de 1998, se présentent comme un dispositif particulièrement original à l'interface des champs sanitaire et social pour une approche globale et transversale de la santé « dans un souci de décloisonnement des champs de compétences et une mise en réseau des secteurs (sanitaire, social, médico-social, associatif...) » (Pfister et al., 2014, p. 103).

l'attention des personnes ne pouvant prétendre aux prestations classiques de la Sécurité Sociale. Gratuite en dessous d'un plafond de ressources et conditionnée à la déclaration d'une résidence stable, la CMU est rattachée au régime de base de la Sécurité Sociale et gérée par l'Assurance Maladie. Sur le même principe, la CMU complémentaire (**CMU-C**) a été créée dans le même temps et peut être accordée aux personnes qui ne disposent pas des moyens de souscrire à une complémentaire santé (mutuelle). Au-delà d'un certain plafond de ressources, au lieu de la CMU-C, une aide à l'acquisition d'une **complémentaire santé (ACS)** a été créée en 2005. Par ailleurs, l'**AME** créée en 2000 (faisant suite à l'aide médicale gratuite) relève également d'une logique assistancielle garantissant aux personnes ne pouvant bénéficier des prestations de la Sécurité sociale un accès minimal aux soins sous condition de ressource et de résidence en France (ex. personnes étrangères en situation irrégulière et leurs familles). En dépit des améliorations permises par ces prestations, le constat persistant et bien documenté d'un taux très important de non-recours ou de renoncement aux soins parmi les plus fragiles (Fatoux, 2018, Poucineau et al., 2021) a donné lieu à divers rapports et préconisations.

Par exemple, en 2013, dans un contexte post-crise économique, la mission parlementaire sur « l'accès aux soins des plus démunis et la lutte contre le non-recours aux droits sociaux » menée par la Sénatrice Aline Archimbaud inclut « 40 propositions pour un choc de solidarité ». Soulignant la « triple peine » des personnes précaires (plus malades, moins réceptives à la prévention, moins soignées) et leur « parcours du combattant » pour accéder aux droits et aux soins, le rapport en appellera à « une confirmation et une extension [des] efforts » annoncés peu auparavant dans le cadre du Plan pluriannuel de prévention et de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPPIS) (voir infra) ainsi que diverses mesures visant à simplifier les procédures administratives (ex. attribution automatique de la CMU-C aux Bénéficiaires du revenu de solidarité active (BRSA) socle), à « aller chercher les bénéficiaires » par une présence et des équipes dédiées sur le terrain, à retravailler le dispositif ACS en le fusionnant avec la CMU-C, ou encore à poursuivre la généralisation du tiers payant et à lutter contre les dépassements d'honoraires (Archimbaud, 2013, pp.8-10).

En matière d'action territoriale, les **PRAPS** en raison de leur champ d'application, sont à l'interface des politiques sociales et de santé. Ils relèvent depuis 2009 des Agences régionales de santé (ARS) créées dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires, dite loi HPST, et sont intégrés au Projet régional de santé (PRS). Ils s'appuient sur des instances de pilotage, de suivi et des groupes de travail pouvant associer d'autres services de l'État et divers partenaires. Si le caractère « remarquable d'ambition » des documents associés aux PRAPS a pu être souligné, leur mise en œuvre descendante par un recours fréquent aux appels à projets a pu être questionnée (Archimbaud, 2013, p.58). Ces programmes développent des actions dans les registres de l'observation, la prévention (ex. addictions, santé mentale, santé sexuelle, nutrition), la coordination ou l'accès aux soins à l'intention des publics en situation de précarité ou d'exclusion à travers plusieurs dispositifs tels que les **permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**, les **lits halte soins santé (LHSS)** et **lits d'accueil médicalisés (LAM)**, les **appartements de coordination**

**thérapeutique (ACT)**, les **équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)** ou encore la **médiation en santé** (Coruble et al., 2014 – Geeraert, Rivollier, 2014). De nombreuses associations contribuent à l'accompagnement des publics précaires dans l'accès aux soins, qu'il s'agisse de structures généralistes (ex. Secours catholique, Secours populaire français (SPF), etc.) ou spécialisées (ex. Médecins du monde, Croix rouge) (Académie nationale de médecine, 2017). Si les bénéfices de ces dispositifs sont reconnus, et ce d'autant qu'ils permettent un suivi prolongé des bénéficiaires, des lacunes importantes ont été relevées telles qu'un manque de places, des procédures d'admission complexes, une inadaptation à l'augmentation et à la diversification des publics, un manque de personnel dédié, un déficit de visibilité, l'absence d'interprétariat, une évaluation complexe du fait de l'hétérogénéité des dispositifs (Pfister et al., 2014 - Chappuis et al., 2017 - Poucineau et al., 2021). Par ailleurs, en comparaison aux centres de soins communautaires dans les pays anglo-saxons ou nord-européens, la France afficherait un retard conséquent en matière de structuration de l'offre de premier recours à l'attention des publics vulnérables (Archimbaud, 2013 - Poucineau et al., 2021).

Toutefois, la lutte contre les ISS de la part des ARS ne se limite pas aux PRAPS. Elle se traduit plus globalement dans l'ensemble des politiques de prévention et d'organisation des soins à travers le principe de l'universalisme proportionné (Guichard, Dupéré, 2017). Cela peut notamment se concrétiser par l'implantation ciblée de **maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)** dans certains territoires, une articulation avec les **ateliers santé ville (ASV)** intervenant dans les quartiers prioritaires, le déploiement de **contrats locaux de santé (CLS)** avec les collectivités, ainsi que des liens avec d'autres politiques publiques permettant par exemple d'agir sur une diversité d'inégalités sociales et territoriales de santé associées à l'environnement (ex. qualité de l'air, de l'eau et des sols, prévention des maladies vectorielles, précarité énergétique), l'aménagement du territoire et les transports, l'éducation (ex. médecine scolaire) (Coruble et al., 2014).

Il peut également s'agir de cibler **certains publics** tels que les jeunes adultes en difficulté adoptant des conduites à risque et méconnaissant leurs droits (visites médicales, prévention des addictions) et ainsi d'impliquer les acteurs de la prévention en première ligne dans les milieux concernés, tels que la **médecine scolaire**, la **médecine du travail**, la **PMI** dont l'affaiblissement a toutefois été souligné ces dernières années (sous-financement, surcharge, désorganisation des services, isolement des professionnels, moindre investissement en prévention) (Archimbaud, 2013 – Peyron et al., 2019).

En particulier, en 2019, dans son rapport de mission intitulé « Pour sauver la PMI, agissons, maintenant ! », la députée Michèle Peyron a fait le constat « d'une crise majeure de la PMI » (Peyron et al., 2019, p. 86). Comme le note l'auteure, il s'agit pourtant d'un domaine d'intervention « à la croisée du sanitaire et du social, dont les missions sont définies par le Code de la santé Publique (CSP), qui mobilise au sein des départements des effectifs pluridisciplinaires (médecins, infirmières puéricultrices, sages-femmes, psychologues...) à hauteur de 10 000 Équivalent Temps Plein (ETP) [et dont] la plus-value réside dans une triple accessibilité géographique (plus de 5 000

points de consultation), financière (gratuité) et administrative (absence de formalités, accueil inconditionnel, capacité à "aller vers" à travers les visites à domicile) » (Peyron et al., 2019, p. 5).

Suite à la présentation de la stratégie gouvernementale de prévention et de protection de l'enfance la même année, la plateforme « Assurer l'avenir de la PMI » réunissant divers acteurs du secteur a salué la reprise d'un certain nombre de **préconisations** du rapport Peyron (généralisation de l'entretien prénatal précoce et du bilan de santé en école maternelle à 4 ans, doublement des visites pré et post-natales, développement des consultations infantiles de la naissance à l'âge de 6 ans, généralisation d'un bilan de santé d'entrée pour les enfants accueillis à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), création de postes de psychologues et de psychomotriciens en PMI...) tout en regrettant leur faible degré de priorité, les financements limités qui y ont été associés et l'impasse sur d'autres préconisations portant notamment sur la démographie des professionnels de la PMI et leurs statuts (Plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI », 2019).

#### ▪ **Politique de lutte contre la pauvreté et politique de santé**

Suite à cet exposé succinct des dispositifs de santé visant plus particulièrement les publics vulnérables, il faut pointer en quoi ceux-ci rejoignent – ou non – les mesures relatives à la santé annoncées dans les récentes **politiques de lutte contre la pauvreté**. À cet égard, sur le fond, il se dégage plutôt un constat **d'appui sur les politiques et mesures de santé** existant par ailleurs ainsi qu'une **forme de continuité** entre les mesures de santé du précédent Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et la SNPLP.

En effet, le **plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013** annonçait un « changement d'approche » en matière lutte contre les ISS par des mesures visant l'ensemble de la population plutôt que les seuls précaires. Pour cela, il renvoyait à « l'ensemble des politiques de santé et d'organisation des soins » (Gouvernement, 2013, p. 7). Il annonçait des priorités en matière de santé mentale, de traitement des addictions, d'accès aux soins des personnes en situation de handicap et les gens du voyage. Étaient également annoncés un « **plan de santé enfant/adolescent/jeunesse** » incluant la périnatalité et le secteur de la santé scolaire en matière de prévention ainsi qu'un déploiement renforcé du programme "M't dents" dans les écoles. Les autres mesures de santé spécifiquement annoncées portaient sur **l'accès aux soins** dans l'objectif de lever les freins financiers (hausse des plafonds de la CMU-C et de l'ACS, révision des paniers de soins couverts en matière optique et auditive, limitation des dépassements d'honoraires) et d'améliorer la structuration, la coordination et l'innovation des dispositifs d'accès aux soins (ex. homogénéisation des PASS, création de PASS régionales, développement des centres de santé et de MSP, renforcement de « l'aller vers »). Par ailleurs, d'autres mesures visaient à agir sur les déterminants sociaux sans que cela ne soit présenté comme tel. Certaines actions rejoignaient plus particulièrement le champ de la santé publique, par exemple lorsqu'il était question de prévenir

les ruptures professionnelles des personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé ou de favoriser l'accès pour tous les jeunes à la restauration scolaire.

Sur la méthode, notons par ailleurs que le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013 misait sur une « nouvelle **approche partenariale de proximité** pour l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté ou de précarité » avec pour objectif de « fédérer, de décloisonner et rendre lisible l'ensemble des dispositifs existants » (Gouvernement, 2013, p. 41). Cette animation territoriale devait prendre appui sur le PRAPS et sur d'éventuelles dynamiques partenariales établies dans les territoires à partir des ASV, CLS ou Conseils locaux en santé mentale (CLSM).

La mission évaluation de la 2<sup>ème</sup> année du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013 menée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mis l'accent sur les bénéfices (en partie différés) des relèvements de plafonds d'accès à la CMU-C et à l'ACS mais, constatant la forte persistance du non-recours, a insisté sur la nécessité de simplifier les procédures et de prévoir un « accès automatique à la CMU-C ou à l'ACS pour les personnes percevant les minima sociaux » (Chérèque et al., 2015, p. 4). La mission a également recommandé de travailler, en lien avec la Stratégie nationale de santé (SNS) et les missions des PASS, sur la santé mentale et la précarité ainsi que sur la prévention de l'obésité chez les jeunes.

Par la suite, d'autres organisations ont recommandé d'aller plus loin, par exemple en fusionnant certaines prestations (AME, CMU-C, ACS), en rendant automatique l'attribution de certains droits, en augmentant le remboursement de certains soins (dentaires, santé sexuelle), en renforçant les dispositifs d'accès aux soins pour les plus démunis (ex. adaptation aux publics migrants, interprétariat professionnel, développement des LHSS, LAM et ACT, démarches d'« aller vers ») et en développant la prévention et les dépistages (Académie nationale de médecine, 2017 - Médecins du Monde, 2017).

Les mesures de santé annoncées dans la **SNPLP** en 2018 s'inscrivent dans une forme de continuité de ce plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et de ces recommandations.

- **La SNPLP : un levier pour une approche globale et intersectorielle des inégalités sociales de santé ?**

Les sections précédentes ont mis en évidence : (1) les décalages entre divers concepts et leurs conséquences en termes d'action publique (déterminants sociaux de la santé et pauvreté invitant à agir davantage sur les conditions de vie des individus pour prévenir et réduire les inégalités sociales de santé) ; (2) une approche française plutôt centrée historiquement sur l'accès aux soins des publics les plus vulnérables que sur la prévention et la promotion de la santé à travers une action sur les conditions de vie ; (3) une tendance, dans les dernières politiques de lutte contre la

pauvreté, à capitaliser sur les dispositifs des politiques sanitaires existantes, tout en affichant l'intention de renforcer le caractère intersectoriel et coordonné des politiques publiques. Ces constats soulèvent divers questionnements.

Tout d'abord, la question du **lien entre action sociale et action sanitaire** se pose à **l'échelle des pratiques professionnelles**. En effet, les pathologies, souvent multiples, sont associées (comme causes ou conséquences) à une diversité de problèmes sociaux (souffrance psychosociale, problèmes familiaux, logement insalubre, insécurité alimentaire, etc.). Par conséquent, la prise en charge médicale et dans l'urgence ne suffit pas : il convient de faire travailler professionnels de santé, travailleurs sociaux et secteur associatif en partenariat sur le long terme afin d'agir sur les conditions de vie (Geeraert, Rivollier, 2014). Si les logiques de parcours de soins coordonnées progressent, les cloisonnements entre professionnels des champs social et sanitaire demeurent, les premiers étant démunis face aux problèmes médicaux des usagers (ex. addictions, santé mentale) et les seconds ayant conscience des causes sociales attachées à ces problèmes mais ne disposant pas des leviers pour les traiter. Face à ce constat, les acteurs de terrain font parfois référence à « un système éclaté, illisible et finalement peu compréhensible » (Archimbaud, 2013, p. 59) ainsi qu'aux besoins de formation en la matière (Académie nationale de médecine, 2017).

Par ailleurs, le lien entre action sociale et sanitaire peut se poser à **l'échelle des dispositifs**. Dans la perspective d'une approche concertée qui mettrait davantage l'accent sur la promotion de la santé qu'elle n'a pu le faire par le passé, la mobilisation de dispositifs qui ont la capacité d'aller au-delà du champ socio-sanitaire afin d'agir sur les environnements de vie des individus dans ses différentes dimensions (bâti, économique, socioculturel ou politique) et donc dans une perspective « écologique » reste un défi (Richard et al., 2011). L'efficacité des **approches locales intersectorielles** pour réduire le gradient social de santé a été démontrée à l'échelle internationale, dans la mesure où elle facilite l'action sur un ensemble de déterminants sociaux (ex. services de santé et sociaux, emploi, éducation, immigration, transport, développement économique, loisirs et sports, logement, environnement, justice, etc.) et prend en compte les besoins spécifiques des territoires (Lang, Ulrich, 2017). En France, le caractère préventif et promoteur de santé des **dispositifs socio-médicaux existants** (ex. PMI, santé au travail, santé scolaire, MSP) et la mobilisation accrue de divers **dispositifs d'animation territoriale en santé** (ex. ASV, CLS, CLSM) sont donc régulièrement questionnés. Cela interroge la gouvernance propre à ces dispositifs, *de facto* élargie aux services de l'État, aux collectivités (régions, départements, intercommunalités, communes) et partenaires locaux, les moyens qui leur sont alloués, ainsi que le risque d'inégalités entre les territoires en raison du volontarisme et de leur capacité à les animer (Coruble et al., 2014 - Fabrique Territoire Santé, 2018 - Hudebine et al., 2021).

Sur le plan stratégique, les conditions d'une **gouvernance intersectorielle** pour lutter contre la pauvreté et les ISS à l'interface des secteurs social et sanitaire méritent également d'être explorées. Si le précédent Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale entendait pour cela miser sur le PRAPS, la SNPLP apparaissait initialement plus évasive, avant que



la mesure 27 du Ségur de la Santé ouvre la voie à une nouvelle gouvernance. Il s'agit d'une question centrale, tant un déficit de coordination a été souligné ces dernières années. Cela pose la question du « travail de décloisonnement pour la mise en commun d'outils et de diagnostics et le pilotage d'actions intersectorielles et interministérielles » en la matière et d'un éventuel « [...] manque de coordination entre les services déconcentrés des différents ministères concernés [...] et entre les secteurs sanitaire, social et médicosocial » (Lang, Ulrich, 2017, p.286). Plusieurs études et rapports ont souligné une « gouvernance territoriale fragile » pour lutter contre les ISS, malgré les leviers dont disposaient les ARS (PRS et ses différents programmes et schémas, commissions de coordination des politiques publiques [CCPP], CLS) (Archimbaud, 2013, p. 10). Les liens entre professionnels et institutions sont également affectés par les (dé)cloisonnements occasionnés par les réformes successives : création des ARS en 2009 et bascule des pôles sociaux des ex-Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) dans les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), sous l'autorité du préfet de région ; fusion des DRJSCS et des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) en 2021 pour créer les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). La complexité du travail intersectoriel, les priorités plurielles et un déficit de moyens pourraient également générer des phénomènes de « décrochage » entre l'émission d'orientations ministérielles et leur déclinaison concrète au niveau local (Lang, Ulrich, 2017).

Ces constats avaient déjà suscité des **préconisations concrètes**. Dans un rapport dédié à la précarité, la pauvreté et la santé, l'Académie nationale de médecine (2017, p. 18) avait proposé « la création d'une mission interministérielle de lutte contre l'exclusion en santé » pour pallier les déficits de coordination nationale, régionale et locale dans un champ où gravitent de nombreux acteurs publics et associatifs. De son côté, Médecins du Monde (2017, p. 11) a plaidé pour une « approche globale incluant le logement, la santé, l'insertion par le travail, politiquement portée ». En 2019, le rapport Peyron incluait parmi ses recommandations « la création d'un fonds national PMI délégué aux Agences régionales de Santé permettant aux ARS de développer une contractualisation financière avec les départements sur des objectifs de santé publique » (Peyron et al., 2019, p. 8).

La SNPLP s'inscrit dans une **logique d'action interministérielle**. En effet, le document de référence de la SNPLP (DIPLP, 2018a, p. 112) souligne l'intérêt de combiner la SNPLP avec d'autres plans et politiques sectorielles tels que la Stratégie nationale de santé (2017-2022). On relève plus spécifiquement parmi les mesures-clés de la SNPLP (dans le cadre de son engagement n° 4 notamment) :

- Ce qui relève de l'**accès aux droits et prestations de santé**, notamment l'intégration de l'ACS à la CMU-C, le plafonnement des tarifs des prestations et la hausse des remboursements en matière de soins dentaires / optiques / auditifs ou encore le renouvellement automatique de la CMU-C pour les allocataires du RSA ainsi que des mesures de lutte contre le non-recours ;

- Ce qui relève du **renforcement des dispositifs d'accès aux soins** : la création de centres et maisons de santé dans les territoires prioritaires, le renforcement de l'accompagnement social (LAM, LHSS, ACT). Leur ciblage territorial témoigne de la convergence de la SNPLP avec la politique de la ville, elle-même investie - ou à l'interface - de divers dispositifs territoriaux de santé (ex. ASV, CLS).

Par ailleurs, une partie des mesures incluses dans la SNPLP visent de façon implicite **d'autres déterminants sociaux de la santé**. Ces mesures portent par exemple sur le développement global de l'enfant et son suivi (ex. accompagnement adapté pour les femmes et les nourrissons les plus vulnérables, prévention en milieu scolaire), la parentalité (ex. espaces de rencontres parents / enfants pour familles en difficulté), la lutte contre l'illettrisme (ex. dispositifs spécifiques de soutien à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture), l'alimentation (ex. petits déjeuners à l'école en Réseau d'éducation prioritaire (REP) et REP +, cantines scolaires à 1€ dans les petites communes) (DIPLP, 2018a).

L'intrication des problématiques sociales et de santé appelle à une **action conjointe et concertée** entre les politiques sociales et les politiques de santé. La SNPLP et son cortège de mesures rejoint à plusieurs égards des dispositifs existants dans le champ de la santé, posant de fait, la question d'éventuelles synergies, complémentarités, redondances, enjeux de coordination. Le Ségur de la Santé dont les conclusions ont été présentées en juillet 2020 introduit plus récemment une strate supplémentaire dans le paysage.

L'élaboration de la SNPLP s'est appuyée sur **6 groupes de travail (GT) nationaux** : le groupe n° 3 a permis d'aborder des enjeux tels que l'accès de tous à une alimentation saine et durable et à la santé (DIPLP, 2018b). À l'échelle régionale, **15 groupes de travail thématiques** ont été mis en place dans chaque région sous l'égide du Commissaire à la lutte contre la pauvreté (CLP), afin de réunir divers partenaires (services de l'État, collectivités, organismes de protection sociale et de l'emploi, associations, entreprises, personnes concernées) et d'établir des feuilles de route régionales. Parmi ces derniers, l'un d'eux, le GT 6, a permis d'aborder les questions de santé. Suite au Ségur de la santé et à sa mesure 27, une instruction parue début 2021<sup>2</sup> devait conduire à la mise en place d'une **gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé** à l'échelle régionale par les ARS et en associant notamment le CLP.

Au regard de ces constats, il s'agit dans ce rapport de mettre en lumière les relations existantes (concertations, synergies stratégiques, mutualisation et renforcement des ressources, obstacles rencontrés, innovations permises) entre d'une part, la gouvernance et la mise en œuvre locale de la SNPLP et d'autre part, celles relevant des principaux dispositifs territoriaux de santé, en particulier ceux qui sont dirigés vers les personnes en situation de précarité ou de pauvreté (p.ex. PRAPS, ASV, PASS, PTSM). Dans la mesure où la SNPLP entendait également s'appuyer sur un

---

<sup>2</sup> Instruction N° SGMAS/Pôle santé-ARS/DIPLP/2021/2 du 4 janvier 2021 relative à la mise en œuvre d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé à l'échelle régionale.

« choc de participation pour construire des solutions avec les personnes concernées » (DIPLP, 2018a, p. 39), il apparaît également important d'explorer dans quelle mesure les outils mobilisés dans la mise en œuvre de la Stratégie (processus de consultation, GT, etc.) rejoignent ceux des dispositifs d'animation territoriale en santé ou plus largement de la démocratie en santé.

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes appuyés sur une **revue de la littérature** ciblée ainsi que sur des **entretiens semi-directifs** auprès d'acteurs concernés.

La **revue de la littérature** comporte 3 types de documents issus : de la documentation associée à la Stratégie (sélection de documents de références, instructions ministérielles, rapports d'évaluation) ; de la littérature grise sur l'accès aux soins des plus démunis et les ISS (ex. politiques de santé, rapports d'expertises collectives), connue ou repérée sur Internet ou par l'intermédiaire de personnes enquêtées ; de la littérature scientifique récente sur l'accès aux soins et services de santé des plus démunis identifiée à l'aide de mots-clés sur la base de données Cairn.info, avec une attention particulière pour les travaux de synthèse.

La **campagne d'entretiens** visait la rencontre d'une trentaine d'acteurs, aux niveaux national et territorial, représentant une diversité d'institutions (cf. tableau ci-dessous).

La constitution du panel de répondants s'est appuyée sur plusieurs sources : les CLP correspondant aux 6 régions particulièrement investiguées dans le cadre de ce projet, lesquels ont parfois recommandé de contacter des acteurs du champ de la santé ; les entretiens réalisés par l'équipe dans le cadre principal de la recherche (au niveau national et territorial), lesquels ont parfois permis, spontanément ou sur demande, d'identifier des acteurs de santé particulièrement concernés par la SNPLP ; le réseau de l'équipe de recherche, qui a facilité le repérage des quelques acteurs potentiellement interpellés par la gouvernance de la SNPLP.

Au final, **22 entretiens** ont été réalisés auprès de **34 acteurs** répartis comme suit :

Niveau	Type d'acteurs	Acteurs à rencontrer (projet initial)	Acteurs rencontrés
National	Ministères, têtes de réseaux associatifs, instituts...	5	14
Territorial	ARS, organismes de protection sociale, collectivités (PMI), associations...	25	20

**Le panel des acteurs rencontrés en entretien dans le cadre de l'approfondissement thématique**  
(Équipe ARENES - TMAP, 2021)

Un **guide d'entretien** générique a été développé au regard de la diversité de profils rencontrés et de leur degré variable de connaissance et d'implication dans la SNPLP. Inspiré à la fois du volet

général de la recherche et des spécificités de ce volet thématique, il visait à documenter : (a) la perception de la SNPLP au plan national, sa conception, son déploiement, son lien avec les politiques de santé, l'éventuelle implication du répondant ou de l'institution qu'il représente dans son élaboration et sa mise en œuvre ; (b) la perception de la déclinaison de la SNPLP dans le territoire, plus particulièrement sa gouvernance et sa mise en œuvre en matière d'accès aux droits et à l'assurance santé des publics précaires, d'offre de soins et médico-sociale et de prévention et de promotion de la santé ; (c) l'éventuelle implication du répondant et sa perception de divers instruments de gouvernance de la SNPLP (CLP, contractualisation, GT, AAP) et de leurs liens avec ceux associés à la gouvernance de dispositifs territoriaux de santé existants ; (d) la perception d'un éventuel effet liant / synergique entre les acteurs interpellés par la SNPLP (collectivités, services déconcentrés, acteurs associatifs, etc.), plus particulièrement en ce qui concerne les acteurs de la santé et du soin, la perception des liens entre les démarches de participation (gouvernance partagée) des parties prenantes / du public associées à la SNPLP et celles relevant de la démocratie en santé.

Sur la base de ce guide d'entretien, le canevas d'analyse thématique a évolué durant la conduite de l'enquête en tenant compte du matériel collecté et des réflexions de l'équipe de recherche. Les éléments issus des entretiens réalisés dans le volet général de l'étude pouvant apporter un éclairage utile à cet approfondissement ont également été repérés et pris en compte.

Les chapitres qui suivent présentent les résultats de ce travail, abordant respectivement : les facteurs politiques, institutionnels et organisationnels ayant influencé le degré, la nature et les formes d'intégration des questions de santé à la SNPLP, aux niveaux national et territorial lors de la période d'élaboration et de lancement de la SNPLP (chapitre 2) ; la territorialisation de la SNPLP en matière de santé incluant le fonctionnement des GT régionaux « santé », les dynamiques entourant les AAP, la place de la santé dans la contractualisation État-Département ainsi que le rôle des CLP (chapitre 3) ; la place de la santé dans la SNPLP dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 et du Ségur de la Santé (chapitre 4).

## II - L'intégration des questions de santé dans l'élaboration de la SNPLP

Ce deuxième chapitre explore le processus d'élaboration de la SNPLP afin de mettre en lumière la place qu'ont pu y occuper les questions de santé. En premier lieu, l'enquête indique que les cloisonnements institutionnels et professionnels entre les champs de la santé et de l'action sociale peuvent alimenter une lecture disjointe des problématiques de pauvreté et de santé et avoir partiellement contribué au développement en parallèle de la SNPLP et des politiques de santé. Plus précisément, nous ferons un focus sur la place limitée accordée aux questions de santé durant l'élaboration de la SNPLP, mais également sur la réception mitigée de cette dernière par les acteurs territoriaux de santé, les mesures annoncées les concernant n'étant pas perçues comme particulièrement abondantes, nouvelles et pilotées localement.

### ▪ **Pauvreté et inégalités sociales de santé : cloisonnements institutionnels et professionnels**

Les notions de pauvreté, précarité et inégalités sociales de santé se recoupent mais ne se superposent pas. De surcroît, la sémantique et les logiques propres aux acteurs de santé ne sont pas toujours comprises ou partagées.

*« Si du côté des professionnels de santé publique on va parler de déterminants sociaux de la santé, je ne pense pas que ce vocabulaire [...] soit parfaitement compris. En tous cas il y a des éléments de vocabulaire conceptuel, sémantique qui, à mon avis, empêchent un certain nombre de rapprochements et une vision un peu globale de la santé, avec peut-être une réticence aussi, en dehors de la santé, sur le fait de résister à un tout sanitaire » (chercheur).*

Ainsi, la lutte contre les inégalités sociales de santé relèverait plutôt du **champ de la santé** tandis que la lutte contre la pauvreté relèverait du **champ de l'action sociale**. Cela se traduit par exemple dans l'existence de structures d'expertise distinctes (ex. Haut conseil de la santé publique [HCSP] versus Haut Conseil du travail social [HCTS]), des administrations spécifiques (ex. Direction générale de la santé [DGS], Direction générale de l'offre de soins [DGOS] versus Direction générale de la cohésion sociale [DGCS]), la coexistence de politiques publiques sectorielles (SNS versus SNPLP) et par conséquent une planification stratégique, une gouvernance, des ressources, des réseaux et des logiques d'acteurs qui possèdent une existence propre, bien qu'ils puissent être amenés à se recouper ou se rejoindre, ou fonctionner en autonomie. Pour certains, cela nuirait à la lisibilité, à la cohérence et au pilotage des politiques de lutte contre l'exclusion et les ISS.

*« Je trouve que c'est extrêmement difficile de s'y retrouver dans les annonces, les plans, les mesures (parfois annoncées dans plusieurs plans), d'autant que c'est très cloisonné entre la pauvreté, le Ségur de la Santé, les lois de finance... On ne sait pas ce qui est vraiment nouveau et ce qui est construit collectivement ou pas » (association)*

*« Dans notre système français les collectivités jouent un rôle majeur dans la lutte contre la pauvreté. Certes, le sujet social du côté de l'État sous l'autorité du préfet est moins porté, donc le Commissaire porte cela et c'est très bien, mais c'est quand même dans une organisation*

*administrative qui reste hyper complexe et techno, ce à quoi s'ajoute les contractualisations avec les CD sur divers sujets » (État local).*

*« Il n'y a pas de véritable approche globale et de priorisation sur les ISS, il n'y a pas de véritable politique de santé publique. [...] Comme l'a montré la crise, il y a un cloisonnement des sujets, lutte contre l'exclusion et santé, des cloisonnements administratifs qui nuisent au pilotage et à la mise en œuvre de mesures » (association)*

*« Il est difficile de comprendre comment fonctionne l'ARS de l'intérieur et qui fait quoi : c'est un cauchemar entre le niveau régional et départemental de l'ARS, la Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) maintenant en plus avec la fusion avec l'emploi et derrière les politiques transversales de lutte contre la pauvreté ou de logement-précarité, ça reste très complexe quoi ! » (association).*

Dès lors, certains acteurs des **institutions de santé** rencontrés n'avaient **pas eu d'occasion d'être informés de l'existence de la SNPLP**, a fortiori d'être **associés à des travaux de la SNPLP**. Ils conviennent pourtant de la convergence des questions de pauvreté et de santé dans le déploiement des politiques publiques, comme l'illustre, selon eux, la place de la lutte contre les ISS dans leurs politiques de santé.

*« De là où je suis, j'ai une perception très lointaine de l'interaction que peuvent avoir la construction de nos politiques avec la SNPLP, de façon explicite. Par contre en termes de préoccupations, d'esprit, c'est clair que la problématique des ISS et de la précarité – qui n'est pas que celle de la pauvreté et de la précarité –, ce sont des dimensions structurantes dans les politiques de santé menées aux niveaux national et régional depuis plus de 15 ans. La SNS de 2017 et la précédente de 2013 qui l'a précédé (sans être inscrite dans les textes) traversent des préoccupations qui s'expriment plus en termes d'ISS mais qui font écho aux difficultés rencontrées par les personnes en situation de pauvreté, comme celle de l'accès aux soins, des problèmes de logement (ex. habitat insalubre) ou de l'action envers les personnes les plus précaires. On a le même mouvement dans les PRS, construits en résonance avec la SNS » (État central).*

Pour d'autres acteurs, notamment **territoriaux et / ou associatifs**, le **lien** entre lutte contre la pauvreté et accès à la santé est une réalité dès lors qu'il s'agit d'accueillir ou d'accompagner des usagers. Selon eux, les cas des PASS ou des ACT illustrent l'interface concrète et nécessaire entre professionnels de santé, du social ou du logement dans un même dispositif.

*« Sur l'accès aux soins, à chaque fois qu'on fait des plaidoyers y compris dans le cadre de la SNPLP, on a une vision de la lutte contre la pauvreté qui est multiple, selon laquelle la pauvreté passe par une lutte contre tous les freins qui peuvent exister : ce n'est pas qu'une question monétaire, c'est aussi une question d'accès aux soins, au logement, à tous les éléments pouvant créer de la précarité » (association).*

*« "Un chez soi d'abord" est transversal en termes de gouvernance et de financements. Le public accueilli se trouve entre grande exclusion et grande pauvreté et n'arrive pas à intégrer les structures classiques (115, Service intégré de l'accueil et de l'orientation [SIAO], hébergement d'urgence). En raison de leurs problèmes de santé, ces personnes relèvent du domaine sanitaire (psychiatrique), sans toujours être prises en charge car le secteur hospitalier est relié à une*

*domiciliation : ces publics constituent des victimes du cloisonnement social-sanitaire car leur situation globale n'est pas prise en compte. Pour répondre à leurs problèmes, il convient de se constituer en groupement de coopération social et médico-social (GCSMS), ce qui est déjà une innovation en soi car les territoires sont organisés en filières associatives répondant à des champs particuliers, parfois en compétition / concurrence pour des marchés. Les équipes de ce dispositif sont constituées de toute une palette de métiers [...]: cette manière nouvelle de penser et de travailler permet d'avoir des compétences pluridisciplinaires et non plus en silos, mais décroisées et existent peu jusqu'alors » (association).*

Dans les faits, le développement de ces liens intersectoriels se heurterait à des barrières diverses tel qu'un défaut de **mandat** pour intervenir sur certaines problématiques (ex. des ARS pour agir sur tous les DSS, des Départements pour agir sur la santé), des enjeux de **priorisation** (ex. travail sur la grande pauvreté plutôt que sur le gradient social), un manque de **ressources** (personnel, temps) ou un déficit de **culture professionnelle** commune.

*« On a eu un débat. Les infirmières, comme les travailleurs sociaux au CD ont des métiers polyvalents faisant que les allocataires du RSA et leurs soucis de santé ne sont pas leur priorité, alors que c'est devenu l'un des premiers freins [à la réinsertion]. Donc à un moment donné il y a un décalage entre l'accompagnement et la situation même des personnes » (Département).*

*« Nos leviers d'intervention à l'ARS, ce n'est que 20 % des déterminants de santé. L'idée est donc de voir comment travailler en interdisciplinarité pour développer une approche globale de la santé. On n'a pas réussi à transformer cela dans nos démarches. Et quand on voit les pilotes de projet qui ont relativement bien réussi, ce sont les profils assurance maladie, CAF... qui avaient vraiment du temps dédié pour le faire [...]. Cette culture [interdisciplinaire] commence à réapparaître, y compris au niveau national, comme le montre la contractualisation sur la protection de l'enfance » (État local).*

*« Nous avons la volonté de développer une approche axée sur la pauvreté et les ISS plutôt que sur l'exclusion. [...] Le PRAPS est formel, réglementaire, il y a des mesures, des dispositifs calés et on entre par-là [sur la grande précarité]. Sur les ISS, c'est plus diffus, moins évident, moins structuré. La culture relative aux ISS est difficile à faire partager » (État local).*

Plus concrètement, des **obstacles** techniques (système d'information non partagé) ou éthiques (respect de la confidentialité) peuvent également se présenter. Les usagers ou ceux qui travaillent à leur contact témoignent de la **complexité** des situations et démarches pour naviguer entre différents opérateurs et prestataires des champs sanitaire et social, ce qui justifie un accompagnement global et adapté dans leur parcours.

*« On identifie les limites des commissions des SIAO : un parcours d'hébergement-logement pourra être proposé à la personne mais sans tenir compte de sa situation sanitaire propre globale. Ces éléments liés au secret médical créent des frictions entre acteurs du social et du sanitaire » (association).*

## ▪ SNPLP et politiques de santé : développements en parallèle et portages distincts

Au-delà de ces éléments sémantiques, techniques et institutionnels contribuant à expliquer les difficultés et succès d'intégration des politiques et dispositifs de santé à ceux de la lutte contre la pauvreté (et vice versa), la période de conception et d'élaboration de la SNPLP s'est déroulée dans un contexte politique spécifique.

Les développements concomitants et les **portages politiques et institutionnels distincts** des politiques de santé et de la SNPLP sont à l'origine de leur faible degré d'intégration au niveau national. En effet, le haut degré de priorité et d'urgence des politiques de santé, et particulièrement de soins, abordant d'ores et déjà les questions d'inégalités de santé aurait rendu, d'une certaine façon, l'articulation de ces politiques avec la SNPLP subsidiaire. Ce clivage serait « incarné » dans le portage fort des politiques de santé par la Ministre, tandis que la SNPLP était plutôt suivie par sa Secrétaire d'État, nommée par la suite.

*« Il y a eu beaucoup de choses lancées en même temps, c'était le début du quinquennat, beaucoup d'annonces, la SNS, ma Santé 2022. En parallèle la SNPLP n'était que sur les enfants et les jeunes. [...]. On avait aussi à l'époque une Ministre de la Santé très axée santé, sanitaire, avec des plans d'urgence pour l'hôpital qui se sont succédés avant même la crise, c'était la priorité. [...]. On l'a rarement vu sur les questions de lutte contre l'exclusion et ensuite il y a eu la nomination de la secrétaire d'État [...] à qui on avait l'impression que la Ministre déléguait toute la question de la lutte contre la pauvreté, en gardant la santé. Donc le cloisonnement était assez frappant et assez incarné dans cette gestion de la SNPLP » (association).*

*« La SNPLP, c'était 2017, en plein dans l'élaboration de la SNS et les PRS. [...]. Dans les PRS1, avant même la SNPLP, il y avait cette dimension lutte contre les ISS, notamment à travers le PRAPS mais plus généralement dans la façon dont les objectifs à atteindre sont formulés. Le projet qu'on se donne dans les PRS c'est aussi de faire en sorte que pour tous les échelons des catégories sociales de la population, et en particulier les plus exclues, on puisse donner accès à une palette d'actions de prévention et d'accès aux soins qui sont les plus adaptées possibles. Mais je ne pourrai pas vous dire précisément en quoi la SNPLP a pu influencer plus spécifiquement telle ou telle de ces actions. [...] La SNPLP est un des éléments qui a dû sans doute être pris en compte à un moment donné mais ça n'a pas été une ligne structurante des travaux » (État central).*

Dans le même sens, les principaux **organismes d'expertise en santé publique** ne semblent pas avoir été sollicités ou invités à travailler sur la conception et l'élaboration de la SNPLP.

*À notre connaissance, par exemple, Santé Publique France ou le HCSP n'ont pas participé aux travaux d'élaboration de la SNPLP. Le rapport de propositions du GT national n° 3 abordant les questions d'accès à la santé dans le cadre de la SNPLP corrobore ce constat, bien que l'on relève l'audition de représentants de la DGS (DIPLP, 2018b).*

Initialement la **DIPLP** n'a pas été un interlocuteur spécifique pour le secteur associatif dans l'intégration des questions de santé à l'agenda de la SNPLP. Le poids politique de la Délégation pour mobiliser des acteurs d'autres secteurs a également été questionné. Par la suite, le



changement de délégué interministériel à la lutte contre la pauvreté aurait amené une personnalité plus ouverte aux questions de santé.

« La DIPLP n'a pas été un interlocuteur privilégié. Ça s'est fait de façon très, très occasionnelle sur certains territoires, pas de manière régulière. Peut-être à tort. On a suivi d'autres sujets comme le RUA [...] mais pas la dimension santé. Les interlocuteurs privilégiés, pour nos publics, sont le ministère de la Santé et la DGS. Il y a aussi la DGCS. [...] Le saucissonnage administratif des populations, leur situation de pauvreté et le lien étroit avec les déterminants sociaux de santé font que nous avons, d'office, plusieurs interlocuteurs. Cela complexifie le travail des associations intermédiaires comme la nôtre » (association).

#### ▪ Une place limitée accordée aux questions de santé durant l'élaboration de la SNPLP

La santé figurait bien parmi les sujets abordés par les GT nationaux ayant participé à l'élaboration de la SNPLP. Le rapport du groupe n° 3 (mars 2018) portant sur l'accompagnement global et les leviers de prévention inclut une série de propositions sur l'accès de tous à la santé. Ces propositions portent notamment sur une meilleure coordination des acteurs de la **santé scolaire** pour favoriser un suivi des jeunes et le dépistage de troubles dès le plus jeune âge ; l'accès à la prévention en **santé bucco-dentaire** des jeunes ; le renforcement de l'**accès aux droits** pour les personnes précaires, via une réforme structurante de la CMU et de l'ACS (DIPLP, 2018b). Ces dernières rejoignent à certains égards, les mesures finalement incluses dans la SNPLP, notamment concernant l'accès aux droits (DIPLP, 2018a), dont nous avons déjà souligné l'étendue limitée en regard des nombreux DSS d'intérêt potentiel.

Avant même la SNPLP, les questions d'**accès aux droits et aux soins** figuraient dans le débat politique. Par exemple, dès la campagne présidentielle, Emmanuel Macron s'était positionné en faveur du « reste à charge zéro » sur l'optique, les prothèses dentaires et auditives (Godeluck, 2017).

« Durant la campagne et au début de son mandat, Emmanuel Macron n'annonce rien de très nouveau sur les allocations [...] mais des engagements en matière de santé qui se retrouveront dans la SNPLP : la création de la Complémentaire Santé Solidaire et la fin de l'ACS, c'est une vraie réforme contre le non-recours : l'ASC on avait quand même entre 2/3 et 50 % de non-recours » (État central).

Néanmoins, dans le contexte de l'élaboration de la SNPLP, la santé n'est pas toujours identifiée comme un thème-clé. Les **administrations de santé** semblent avoir été **peu associées** au processus de consultation et les mesures de santé de la SNPLP auraient été reprises de **propositions préexistantes**.

« À ma connaissance nos services n'ont pas été associés à l'élaboration de la SNPLP. J'ai l'impression qu'au niveau du Ministère c'est plus la DGCS qui est très impliquée sur les questions de pauvreté » (État central).

« Nous avons été peu impliqués. Le milieu associatif demandait d'inclure les parents si l'objectif était de lutter contre la pauvreté des enfants. J'ai participé à un ou deux GT » (État central).

« La santé faisait partie de la SNPLP, mais peut-être de façon mineure par rapport à d'autres sujets [...]. Les mesures "santé" (engagement 4) sont des valorisations de mesures qui étaient déjà réfléchies par les directions d'administration centrale : la Direction de la Sécurité sociale (DSS) pour le 100 % santé et la CSS, et la DGOS pour le développement de centres et maisons de santé dans les Quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV), en lien avec les acteurs de la Politique de la Ville (PV), notamment l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) » (État central).

Par ailleurs, divers acteurs associatifs se sont étonnés de la **faible place des questions de santé** à l'agenda, ce qu'ils tenteront de corriger, notamment dans le cadre des GT nationaux, en proposant d'élargir les questions de santé des jeunes aux familles.

« On attendait beaucoup des groupes sur l'accompagnement renforcé dans la lutte contre l'exclusion et sur l'accès aux droits et aux services et la lutte contre le non-recours. On espérait que la santé serait abordée. [...] Donc on a eu à cœur [...] de remettre au goût du jour l'accès aux soins. [...] Au moment de l'annonce de la SNPLP, on a redit qu'on était déçus parce qu'on considérait que la santé était majoritairement oubliée de cette Stratégie pauvreté » (association).

« Au tout début, on ne faisait pas partie du panel d'acteurs concernés par la SNPLP. Ça nous a un peu étonnés compte tenu de notre public. Ce sont [d'autres associations] qui nous ont prévenus de cette initiative et nous ont dit que ce serait intéressant que l'on participe [...]. On a accepté et été présents à la 1<sup>ère</sup> réunion avec Édouard Philippe. À ce moment et même après, on a eu le sentiment que la dimension santé était une partie très, très congrue de la réflexion [...]. On a aussi été surpris, car ça excluait certaines populations, par l'action donnée sur l'enfance et la jeunesse alors que pour notre public, on ne peut pas isoler l'enfant de la famille si on veut que la santé se passe bien [...] Avec d'autres, [...] on a œuvré pour faire apparaître [la santé] de façon plus évidente, dans le GT national n° 3 » (association).

On note une forme de déception quant à la prise en compte insuffisante ou inadéquate des questions de santé dans la SNPLP à l'issue de la concertation nationale, par exemple dans le domaine des addictions, de l'hébergement, du vieillissement ou de la santé des personnes en situation irrégulière. **L'emphase mise sur les enfants et les jeunes** aurait toutefois permis de renforcer la prévention auprès de ce public.

« La santé concernait quelques actions de la SNPLP mais les choses étaient un peu déçues et pauvres sur la santé au démarrage. Par exemple, il n'y avait pas d'actions sur l'accès au logement et l'hébergement. La santé dans la SNPLP n'était pas un axe fort au départ » (État local).

« Il n'y a pas de dispositif adapté pour prendre en charge l'errance associée aux troubles psychologiques et aux problèmes d'addiction / toxicomanie. Un travail est à faire avec l'agence régionale de santé mais la prise en charge doit être améliorée » (Commissaire).

« Avoir mis l'enfant, élément central des quartiers du [département], au cœur de la SNPLP a permis de remobiliser l'État local sur ce sujet, de réenclencher des actions. Ils ont travaillé sur des PMI mobiles pour aller dans les hôtels, ont fait de la prévention spécialisée... » (État local).

#### ▪ Une réception mitigée de la SNPLP par les acteurs de santé dans les territoires

Dans le prolongement des étapes précédentes, la présentation de la SNPLP aux acteurs territoriaux de santé a eu lieu dans un **contexte délicat** où les mesures les concernant n'étaient pas perçues comme particulièrement abondantes, nouvelles et pilotées localement.

« Du fait de la thématique, c'est important de pouvoir associer les ARS au niveau régional et local. Il y a deux problématiques : 1) certaines ARS ont participé aux GT, d'autres non, pas par désintérêt de la thématique mais parce qu'elles ont continué à travailler sur ces sujets de leur côté, donc on avait des difficultés de coordination ; 2) beaucoup de mesures étaient complètement pilotées au niveau national, donc que peut faire le niveau local ? » (État central).

De surcroît, dans plusieurs régions, les **institutions et opérateurs territoriaux de santé** ne se sont **pas sentis investis d'un rôle d'animation** ni même particulièrement interpellés par la SNPLP à l'occasion des conférences régionales ou de la constitution des GT. Ils auraient été associés à la SNPLP de façon plutôt limitée, avec la perception que la territorialisation de la Stratégie passait d'abord et surtout par les Départements.

« L'ARS est entrée dans la SNPLP par le GT 6 santé sans pour autant le piloter : on a demandé aux ARS de participer à la SNPLP mais pas plus que ça au début ! » (État local).

« Depuis une délégation territoriale d'ARS, j'ai vécu l'expérimentation de la SNPLP en département et préfecture en ayant le sentiment d'avoir été associé de façon limitée sur les questions de santé. Cette première expérimentation contractuelle m'était apparue assez lointaine, avec une contractualisation visant le Département et le sentiment que l'ARS avait été associée mais sans véritablement d'enjeu derrière. Il y avait des priorités, notamment sur l'enfance et la valorisation du travail social, l'insertion des jeunes et la question de la santé était toujours en arrière-plan mais pas véritablement associée » (ex-État local).

Dans le même sens, plusieurs acteurs ont regretté cette **mise à distance** et l'ont interprétée comme une méconnaissance ou une remise en question de leur mission et de leur travail. Cela a pu en amener certains à se repositionner pro-activement dans le jeu institutionnel par une participation active aux événements de la SNPLP.

« Les fonctionnaires devaient être présents mais pas dans l'animation. L'ARS par exemple ne devait pas animer le groupe santé » (État local).

« La Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM] a été invitée à des séances d'information sur le lancement de la Stratégie, sans pour autant être dans l'animation de celle-ci car la santé était "un micro-sujet" [...]. Le Commissaire a pensé tardivement que l'assurance maladie était un acteur clé de la lutte contre la pauvreté, et ce, alors même que l'assurance maladie [...] possède

*une orientation dans le domaine de la lutte contre la pauvreté depuis le milieu des années 1990*  
» (Organisme de protection sociale et d'emploi).

*« À l'arrivée de la SNPLP, il y a eu un côté "tout ce qui a été fait a échoué, on va vous montrer comment faire" » (État local).*

*« J'ai participé avec de nombreuses personnes de l'ARS à cette réunion initiée avec le Commissaire. On y est allé par curiosité et pour s'enrichir de cette démarche. Et quand j'ai vu que l'on parlait si mal de la santé à ce niveau et compte tenu de l'impératif de travail en intersectorialité, si nous ARS on n'y va pas, c'est qu'on ne comprend rien à cette démarche. [...] Je me suis dit que c'était un peu dommage de ne pas avoir de représentation ARS dans la mesure où le GT 6 c'est vraiment la dynamique santé. Donc je me suis proposé » (État local).*

Signe toutefois que cette réception peut varier selon les territoires et les acteurs, d'autres propos mettent plutôt l'accent sur les **opportunités** qu'ils ont perçues à l'arrivée de la SNPLP sur le territoire, qu'il s'agisse de renforcer les liens entre opérateurs ou de bénéficier de nouveaux financements. Dans deux régions, la SNPLP aurait notamment permis de renforcer l'action intersectorielle dans le domaine de la petite enfance et des jeunes par le biais d'une collaboration constructive entre la PMI du Département et différents services de l'État, dont l'ARS, autour de la contractualisation État-Département ou du GT N°6.

*« À la PMI, la SNPLP m'a été présentée par le département. Sa dynamique m'a intéressé à deux titres : d'une part, elle a permis un relatif décloisonnement entre les administrations (État, ARS, collectivités) et de croiser des compétences au-delà des cadres habituels d'élaboration des politiques de santé à l'échelle d'un territoire ; d'autre part, il fallait bien analyser l'existant dans le territoire de manière à animer les GT » (Département).*

*« À la PMI, on a été sollicités par l'ARS, qui nous a présenté les grands enjeux de la SNPLP dans des réunions de travail sur les volets santé et petite enfance, où il y avait plusieurs CD. On a aussi été sollicités au niveau institutionnel, par la direction générale adjointe, en s'inscrivant dans une démarche un peu globale au croisement de différentes politiques publiques portées par le Pôle Solidarités du CD » (Département).*

*« On avait un fort intérêt à s'intégrer dans la dynamique de la SNPLP. Elle nous a permis, sur les activités de soins et prévention, de remobiliser les dispositifs du Point accueil écoute jeunes (PAEJ), traditionnellement financé par la DRJSCS. En 2018, les financements avaient été réduits de moitié et la SNPLP a permis de remettre à niveau sur les capacités initiales » (association).*

Ces collaborations potentiellement innovantes sur la santé des jeunes semblent en partie pouvoir être interprétées sous l'angle d'une **rencontre de valeurs et d'intérêts** entre, d'une part, des acteurs de l'État central et des Départements faisant de l'**investissement social** une perspective majeure pour lutter contre la pauvreté par l'activation et l'accompagnement des publics et, d'autre part, des acteurs territoriaux de santé, notamment en ARS et PMI, faisant de la **prévention dès le plus jeune âge** un axe d'intervention clé pour lutter contre ISS.

*« Dans la SNPLP, les financements de l'État sont bienvenus. On sait très bien que les problématiques de santé touchent de façon plus importante et parfois plus grave les publics les plus précaires et on n'a pas encore intégré le fait que plus on agit précocement, plus on se donne*

*les moyens d'avoir une force de frappe adaptée aux besoins réels de la population, moins on aura de coûts derrière et de problématiques graves de santé et de handicap. [...] La SNPLP et la santé, c'est vraiment quelque chose de prioritaire. Nous, on a surfé sur cette opportunité, avec les limites puisque les fonds ne sont pas énormes ni éternels. Mais je pense que c'est le cœur du sujet. [...] La PMI est vraiment dans la dynamique de l'investissement social. Je parle d'investir, et ce n'est pas un gros mot » (Département).*

▪ **En pratique, le lancement de la SNPLP face à l'antériorité de multiples dispositifs de santé**

Outre les freins évoqués dans la « mise à l'agenda » des questions de santé lors de l'élaboration de la SNPLP, **l'antériorité des dispositifs ciblant les ISS et la santé** des plus vulnérables est régulièrement rappelée. La prise en considération de ces questions et leur traitement préexistait largement à la SNPLP.

*« Pour nous à l'arrivée de la SNPLP c'était un peu une forme de recyclage de mesures qui étaient déjà annoncées par ailleurs, qui existaient déjà, intégrées dans la SNPLP sur le volet santé [...]. Mais après tout, c'est un sujet très transversal » (État local).*

*« Il n'y a pas d'innovation [à l'arrivée de la SNPLP], c'était une reprise de l'existant, des actions du PRS et PRAPS, avec l'objectif de garantir la cohérence de l'ensemble en tenant compte des spécificités du territoire et des publics déjà ciblés » (État local).*

Par exemple, en matière **d'accès aux droits et aux soins**, la préexistence des programmes accompagnant les évolutions des prestations (CMU, ACS) et visant à lutter contre le non-recours (travail sur les pratiques managériales, développement de systèmes d'informations, actions de terrain dans le cadre des CLS, etc.) est soulignée, notamment au niveau de l'Assurance Maladie. La SNPLP aurait toutefois permis de renforcer les stratégies visant à aller à la rencontre des publics dans une démarche dite « d'aller-vers ».

*« Le virage pris par l'assurance maladie s'agissant de l'accompagnement en santé a été initié en 2014, suite au constat d'une fracture avec les personnes les plus éloignées des dispositifs de l'assurance maladie. Les dispositifs liés à la santé ont été inclus, repris et renforcés dans le cadre de la SNPLP par des actions d'aller-vers couplées à des actions de simplification dans l'accès aux droits, d'automatisation des droits et de meilleure couverture des publics » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

*« La place de l'assurance maladie dans la lutte contre la pauvreté date d'avant le lancement de la SNPLP. [...] L'assurance maladie [du Département] propose la CMU depuis 1998 [...] et la Complémentaire santé solidaire (CSS) depuis 2 ans [...]. À côté de ces dispositifs, les pratiques managériales de l'assurance maladie favorisent la lutte contre le renoncement aux soins et l'accompagnement des personnes fragiles dans les parcours de soins. Cette démarche [...] préexistait à la Stratégie pauvreté, au même titre que les contrats locaux de santé » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

En matière **d'hébergement et de soins**, des dispositifs autonomes associant les acteurs de santé existaient également antérieurement à la SNPLP, tels que les LHSS, LAM, ACT, les expérimentations « Un chez soi d'abord ». Ces dispositifs œuvrent d'ores et déjà au **décloisonnement** des champs sanitaire et social dans une logique d'accompagnement et de prise en charge d'usagers en situation de précarité ou de grande pauvreté présentant des pathologies parfois lourdes (maladies chroniques, addictions, troubles de la santé mentale). Ils reposent sur des modalités de **coordination** ou **gouvernance** bien établies en lien avec diverses institutions telles que le Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS), la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), le PRAPS ou les CLS.

*« La création de nouvelles places et la pérennisation des ACT a été intégrée [dans la SNPLP] [...]. On veillait chaque année à ce que les ARS déploient les places financées. On renseignait l'enquête avec les indicateurs de nombre de places créées par ARS (ACT, LHSS, LAM), on avait des référents ARS sur nos champs, des réunions régulières avec les référents PRAPS » (État central).*

*« Dans le GT [de la SNPLP] sur l'hébergement et le logement se trouvent des élus, des fédérations, les services de l'État, les DDCS, les CD, les représentants d'agglomérations. On trouve aussi la [collectivité], le bailleur social, l'ARS, la CPAM, la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), la Mutualité sociale agricole (MSA). Ces derniers travaillent dans le cadre du contrat local de santé afin que des logements sociaux accompagnés soient construits » (association).*

Des constats analogues ont été rapportés dans le domaine de la **santé mentale**, où les initiatives émanant du PRAPS (équipes mobiles), des PTSM et des CLSM ou du Plan « Logement d'Abord » préexistaient, se développent en parallèle ou en lien avec la SNPLP.

*« Il y a dans le département des équipes mobiles dans le cadre du PRAPS à propos des soins psychiatriques. Des équipes mixtes FAS-CPAM financées par l'ARS ont été instituées pendant le 1<sup>er</sup> confinement contre le non-recours. Le territoire est particulièrement intéressant en termes de santé mentale. Un projet "psy" a été retenu dans le cadre de l'AAP de France relance » (État local).*

*« La question de la santé mentale est identifiée dans le cadre du Logement d'Abord. Ce sujet est traité par la [Métropole] dans le cadre de l'élaboration du PTSM et du CLSM à venir, en lien avec un comité où se trouvent l'ARS, le CD, l'État, les Établissements publics de santé mentale (EPSM), les Centres communaux d'action sociale (CCAS), les CLSM, les représentants des usagers, les associations des accompagnants » (Métropole).*

Comme déjà évoqué, selon certains acteurs, il existe des domaines ou des territoires où la SNPLP est venue occuper la place laissée vacante par la **politique de la ville** ou **bonifier** les efforts initiés, par exemple en matière d'action de santé dans les QPV ou en matière de PMI et de santé des jeunes. Il s'agit, dans ce cas, de territoires présentant des indicateurs socio-sanitaires particulièrement dégradés et des difficultés notables d'accès aux soins.

« La SNPLP est arrivée au moment où la PV s'est écartée des questions de santé. La SNPLP a rempli l'espace de la politique de la ville. On a fait le choix de ne pas accrocher la SNPLP au PRAPS » (État local).

« Sur l'accès aux droits des femmes enceintes, la SNPLP est venue sur un terrain bien favorable et un dossier bien travaillé avec les partenaires [ARS, CPAM, des Villes, des maternités]. La PMI mène les travaux opérationnels. [Un] comité embarque l'équipe mobile "ouverture de droits" de la PMI, mais préexistait à cette action inscrite dans la contractualisation. Il s'inscrit toutefois complètement dans la SNPLP dans la mesure où on tire plein de fils » (Département).

En conclusion, ce deuxième chapitre met en exergue que les développements concomitants et les portages politiques et institutionnels distincts des politiques de santé (Stratégie nationale de santé, Plan priorité prévention) et de la SNPLP seraient à l'origine de leur faible degré d'intégration au niveau national. Les administrations de santé semblent avoir été peu associées au processus de consultation de la SNPLP et les mesures de santé retenues auraient surtout été reprises de propositions préexistantes. En outre, un certain nombre d'acteurs de santé au niveau territorial ne se sont pas ou peu sentis interpellés par la SNPLP, d'autant que celle-ci se positionnait sur des mesures plutôt nationales ou visant le renforcement de dispositifs de santé institués de longue date. À la lumière de ces enseignements, le prochain chapitre adopte une focale territoriale avec l'intention d'analyser plus particulièrement le déploiement opérationnel de la SNPLP en matière de santé.

### III - La territorialisation de la SNPLP en matière de santé

Ce troisième chapitre questionne le processus de territorialisation de la SNPLP en matière de santé. Il aborde successivement le fonctionnement des GT régionaux « santé », les dynamiques relatives aux AAP, la place de la santé dans la contractualisation État-Département ainsi que le rôle des CLP. Ces processus seront plus particulièrement analysés sous l'angle de la réception et de l'appropriation de la Stratégie par les acteurs de la santé, des interactions qu'elle a (ou non) initiées, mais aussi des travaux et thématiques ayant pu favoriser certains rapprochements interinstitutionnels. Nous verrons par ailleurs que ces processus peuvent être territorialement différenciés, sous l'influence de facteurs géographiques ou politiques notamment.

#### ▪ Des groupes de travail faiblement cadrés générant des modalités de travail variées

Les **conférences régionales** de lancement de la SNPLP et **GT thématiques** sont souvent évoqués comme des moments et instances au sein desquels les acteurs de la santé ont pris connaissance de la SNPLP. La place dédiée à ces acteurs, l'animation et le fonctionnement de ces groupes, l'identification et la mise en œuvre de priorités varient selon les configurations locales. L'insertion dans le groupe a constitué une étape difficile, au démarrage notamment, mais parfois aussi une opportunité pour engager des actions. Nous revenons ci-dessous sur le cadrage initial du GT N°6 relatif à la santé et distinguons ensuite 4 voies (mutuellement non-exclusives) que celui-ci a pu emprunter.

Le souhait de ne pas se reposer (uniquement) sur les services de l'État pour animer les GT santé semble avoir entraîné des **configurations variables** où, dans les cas étudiés, l'animation du groupe était confiée à des acteurs de l'Assurance Maladie, de la PMI et ou de l'ARS, parfois en co-animation. Certains GT se sont dotés d'un groupe de pilotage restreint. Les membres invités aux GT Santé pouvaient avoir manifesté leur intérêt à l'occasion d'événements de lancement de la SNPLP ou avoir été sollicités par la suite.

*Les membres des GT Santé pouvaient être des professionnels des Départements (PMI, services enfance, famille, prévention, santé publique), d'organismes de protection sociale (CPAM, Caisse d'allocations familiales [CAF]), de l'ARS (PRAPS, services de prévention et de promotion de la santé, offre de soins), d'autres services de l'État (DRJSCS, Protection judiciaire de la jeunesse [PJJ], Rectorat, professionnels de la santé scolaire), d'organismes régionaux (Instance régionale d'éducation et de promotion santé [IREPS], FAS), d'associations (promotion de la santé, insertion sociale et professionnelle), de professionnels de santé (PASS), de collectivités locales (coordinateurs de CLS, service promotion de la santé), de mutuelles et de personnes concernées (Listes consultées sur l'espace numérique de la Stratégie et entretiens de recherche).*

L'**absence de cadrage initial** a pu générer un certain flou voire de l'inconfort pour les pilotes en charge de constituer les groupes, d'établir leur feuille de route, d'animer le travail et de maintenir l'intérêt des participants.



« Il y a eu un manque de clarification sur le statut des GT, pas comme dans le PRS » (État local).  
« Au départ il n'y avait pas de cadrage ni de commande faite aux GT. L'idée était de travailler à partir de remontées du terrain : cela a occasionné beaucoup de travail, un état des lieux disproportionné et inutile » (État local).

En particulier, le fait que les GT santé traitent de plusieurs thématiques liées à la **santé des jeunes** et à l'**accès aux soins**, a pu être un enjeu dans la création d'une **dynamique collective** et l'organisation des travaux, dans la mesure où chaque thématique renvoie à des problématiques distinctes et n'interpellent ni les mêmes secteurs ni les mêmes professionnels dans le territoire. D'un côté, les questions de santé des jeunes, notamment dans le contexte du rapport Peyron (2019), interpellaient plus directement les Départements (PMI) et divers services de l'État (Éducation nationale, médecine scolaire, PJJ). D'un autre côté, les questions d'accès aux soins intéressaient plutôt les acteurs de l'ARS, du PRAPS, de l'Assurance Maladie et leurs partenaires dans le domaine de la prévention et des soins. Cette double orientation aurait donc parfois été source de confusion et amené certains groupes à privilégier un aspect plutôt qu'un autre.

« Ce groupe 6 a été un peu compliqué à mener car il poursuivait 2 axes d'intervention : à la fois la santé des jeunes, [...] et l'accès aux droits et soins de santé, aux dispositifs médicaux et à une prise en charge renforcée. Sur ce deuxième axe, on est typiquement, dans ce qu'on a, au niveau de l'ARS, dans le PRAPS. Le premier axe renvoyait aux réflexions du rapport Peyron sur la santé des tout-petits qui bouleversaient un certain nombre de choses en PMI-Santé scolaire et accès aux droits dans une approche globale. Donc l'une des difficultés était de traiter ces deux axes. [...] Je pense que le groupe aurait été plus pertinent s'il n'y avait eu que le 1<sup>er</sup> axe, parce que le PRAPS existait par ailleurs et parce que les inégalités de santé, c'est quand même sur la petite enfance que ça se joue [...]. Mais l'Éducation nationale je n'ai pas réussi à les accrocher » (État local).  
« Certaines régions ont dit "le groupe 6, c'est le PRAPS" et donc la feuille de route, c'est leur PRAPS et ils vont travailler sur la feuille de route PRAPS. Ils ont occulté l'axe santé des jeunes et ont travaillé sur le PRAPS. Donc il y a une confusion » (État local).

La **redondance de thématiques** couvertes à la fois par le GT santé et d'autres GT de la SNPLP a soulevé des interrogations quant à la manière de bien répartir ou fusionner les activités, de ne pas sur-solliciter les mêmes acteurs dans différents GT et, sur le fond, quant à la manière de faire du lien entre les réflexions des différents groupes qui dissocient des dimensions renvoyant à une **approche globale de la santé** et de ses déterminants.

« Dans les GT, 2 thématiques concernaient l'ARS : la thématique jeune et la thématique santé. À un moment donné dans le cadrage régional c'était pas hyper clair et on a fini par faire se rejoindre les 2 sujets » (État local).  
« La démarche du GT 6 interfaçait possiblement avec 7 autres groupes. Par exemple, pour la santé-PMI-centres de santé, il y a un groupe 1 qui porte sur l'offre d'accueil des jeunes enfants, un groupe 3 sur le développement de l'offre sur la parentalité, un groupe 4 sur l'accompagnement des familles à l'hébergement, un groupe 13 sur la formation au travail social, puis la question de la participation des usagers. Donc je questionnais auprès du CLP la possibilité de travailler sur

*des petits bouts alors que tout est interfacé : par exemple comment se préoccuper de la santé d'un enfant sans se préoccuper de l'accès aux droits ? » (État local).*

### **1<sup>ère</sup> voie : repartir du PRAPS et capitaliser sur l'existant**

Certains GT Santé se sont basés sur des **plans et dispositifs existants**, PRS et PRAPS notamment, pour guider leur réflexion, en exploitant certains diagnostics, instances et actions qui y figuraient déjà. Cela convenait à certains acteurs y voyant l'opportunité de capitaliser sur l'existant et de coordonner les efforts. Pour d'autres, il convenait de **repartir du PRAPS** mais d'aller au-delà de l'accès aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé. Pour cela, et en référence aux principes de l'universalisme proportionné préconisé pour lutter contre les ISS (Guichard, Dupéré, 2017), ils se sont appuyés, avec plus ou moins de réussite, sur d'autres dispositifs de droit commun tels que la Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS), les Centres d'examen de santé des CPAM, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les CLS.

*« À l'occasion du 1<sup>er</sup> Comité de pilotage (COFIL) est présenté par le CD un diagnostic partagé du territoire incluant [X] objectifs prioritaires choisis parmi les 15 objectifs de la SNPLP [...]. Cela inclut la santé, ce pourquoi l'ARS est d'accord pour être pilote mais à condition de recycler un groupe de travail via le PRAPS, qui compte déjà un comité technique et des actions qui pourront être valorisées dans le cadre de la SNPLP : le CD est d'accord puisqu'il échange déjà bien avec l'ARS et l'État dans le cadre du PRAPS [...]. Je ne suis pas certain que l'ARS se considère comme pilote, par contre ils acceptent qu'on capitalise » (Département).*

*« Dans le GT 6, ils sont repartis de dynamiques préexistantes à la SNPLP reposant sur l'élaboration du PRS de la région. Il y avait déjà une feuille de route en rapport avec la santé plus des éléments à l'échelle infra-territoriale (ex. CLS de la [Ville], schémas enfance-famille des CD). Il y avait déjà des éléments de cadrage institutionnels qui ont permis aux membres du GT d'identifier les contours des actions à déployer : ils ont plutôt joué sur les marges du Plan pauvreté [...]. Ils n'ont pas eu besoin de faire de diagnostics : ces derniers étaient déjà élaborés » (Département).*

*« Sur l'accès aux prestations et soins de santé, effectivement on est repartis du PRAPS mais pas seulement, parce que le PRAPS apporte une approche pour les personnes les plus éloignées, mais même pour ces personnes l'objectif c'est l'accès aux dispositifs de droit commun (médecins généralistes, MSP, CPTS) [...], le dispositif PFIDASS [...]. Même chose sur les soins dentaires et la prévention [...]. Il y a aussi les Centres d'examen de santé de la CPAM et aussi – je reboucle avec le PRAPS - les dispositifs médico-sociaux de prise en charge renforcée (LAM, LHSS, ACT, EMPP). Donc ce qu'on voulait apporter c'est une stratégie graduée » (État local).*

Pour d'autres acteurs, se baser sur le PRAPS dans le cadre du GT santé ne permettait pas de générer de nouvelles actions au regard des besoins de santé du territoire et freinait la dynamique partenariale et intersectorielle du GT au risque de l'éteindre. Le positionnement de l'ARS, pilote du PRAPS, serait déterminant afin de **permettre une ouverture**.

« Pour l'ARS, qui participe au GT santé, tout est déjà fait dans le PRAPS, mais cela ne correspond pas toujours complètement aux besoins des territoires. Il est donc important de maintenir des comités opérationnels avec les services déconcentrés, pour aborder les sujets défailants, réfléchir à des propositions et faire évoluer les PRS. Les Directions territoriales (DT)-ARS doivent aussi participer aux échanges et négociations de la SNPLP avec les CD » (État local).

« Il n'y a aucune action concrète issue de la SNPLP sur l'accès aux soins des personnes vulnérables, alors qu'il y a beaucoup à faire en la matière, car l'administration en charge de la Stratégie n'a jamais réussi à s'entendre avec l'ARS. Cette dernière, qui considère que la santé est son domaine, devait animer le GT 6. Cela n'a jamais abouti car elle considérait que l'aspect santé et accès aux soins de la SNPLP était déjà présent dans le PRAPS. Le GT 6 a été mis en sommeil » (association).

### **2<sup>ème</sup> voie : travailler sur l'accès aux droits et aux soins à partir du regard de l'usager**

À la différence ou en complément de la 1<sup>ère</sup> voie, certains GT Santé ont tenté de **s'affranchir du PRAPS** et de repenser l'accès à la prévention et aux soins des plus vulnérables, en prenant mieux en compte le point de vue de l'usager pour en faire un axe fort de leur travail. Le fait que les GT de la SNPLP doivent s'appuyer sur la participation de personnes concernées a constitué une opportunité à cet égard, que ce soit via la participation spécifique de ces personnes au GT Santé ou en s'appuyant sur une collaboration avec le GT 14, axé sur la participation du public. Dans l'une des régions étudiées, des « groupes ressources » de personnes concernées ont ainsi été constitués afin d'échanger avec les professionnels de divers GT, dont celui dédié à la santé. Cela a abouti à différentes pistes de travail telles que des interventions d'équipes mixtes dans les QPV, des temps de coordination des différents acteurs pour faire de l'analyse partagée de dossiers, ou encore la mise en place de formations professionnelles.

« La 1<sup>ère</sup> réunion a permis de faire des constats sur l'existant [...]. Or les personnes présentes n'étaient pas forcément les bonnes. Dès lors, nous [animateurs] avons organisé des groupes participatifs et demandé aux associatifs de venir avec des personnes concernées pour qu'elles parlent de leurs difficultés [...]. On ne souhaitait pas faire du GT 6 une "usine à gaz" mais être dans le concret [...] [en] lien avec d'autres professionnels » (organisme de protection sociale et d'emploi).

« En lien avec le GT 14 ont été créés une dizaine de groupes ressources et de GREPA (Groupe « Réfléchir Ensemble, Proposer et Agir »), réunissant chacun 4 à 10 personnes concernées. 2 rencontres régionales réunissant les GREPA, le Commissaire et les services de l'État ont eu lieu. La seconde [rencontre] s'est centrée sur la santé, en présence des membres du GT 6, sur l'accès aux soins, qui les avait sollicités suite à leur collaboration avec le GT 14. La CPAM, membre du GT 6, travaille avec eux pour intégrer les questions d'accès à la santé aux GREPA. Ils ont aussi entamé un travail sur [un territoire] avec cette CPAM et envisagent d'établir un travail local avec chacune des CPAM de la région » (association).

Cette **volonté** d'intégration des usagers **n'a pas toujours abouti**, notamment dans une région, pour différents motifs : hésitations à repartir ou non du PRAPS et identification, dans un second temps

seulement, de la plus-value du GT pour travailler à partir du regard des usagers ; difficulté à associer des personnes concernées au GT, s'ajoutant à cela des difficultés plus globales de constitution du groupe ; souci de ne pas se limiter aux personnes familières des exercices de démocratie en santé ; défaut d'arrimage avec le GT 14, dont le soutien était attendu en la matière.

« Sur l'accès aux droits et santé, là on était vraiment sur le PRAPS, où effectivement on avait trois axes d'intervention [...]. Mais tout ceci ne constituait pas une réflexion homogène sur le groupe. [...]. Après on s'est aussi dit que nous reproduisions un certain nombre de choses dans ce groupe sans apporter de réelle plus-value : nous avons donc essayé de déplacer notre regard avec celui de l'utilisateur. C'est ce qui nous intéressait beaucoup, [...] réfléchir à la manière dont l'utilisateur a accès à l'information, au développement des compétences, la coordination de son parcours de soin ou de vie, le renforcement du rôle d'accompagnement, le renforcement de la réactivité des acteurs de santé, la gestion des situations de rupture de parcours [...]. Mais on n'a pas réussi faire participer les usagers au GT [...]. Par ailleurs, le groupe 14 a eu énormément de difficultés à se constituer et nous on les attendait un tout petit peu » (État local).

### **3<sup>ème</sup> voie : investir la santé des tout-petits et des jeunes**

Dans le GT Santé, alors que l'idée de repartir du PRAPS, fortement ancré dans les institutions et les pratiques, a pu diviser, on note en revanche une convergence forte de plusieurs types d'acteurs sur la santé des enfants et des jeunes. Selon les divers témoignages, il y aurait plusieurs raisons à cela. D'une part, on observerait un **consensus sur l'enjeu** en tant que tel : la prévention est primordiale dès le plus âge et les inégalités sociales sont très préoccupantes en matière de santé maternelle et infantile sur certains territoires. D'autre part, les dispositifs d'intervention (PMI, santé scolaire) font face à d'importantes difficultés, notamment soulignées dans le rapport Peyron (2019). Ensuite, la multiplicité des programmes et stratégies sur cette problématique (Stratégie de protection de l'enfance, SNPLP, « 1000 premiers jours »), nécessite une réflexion harmonisée. Enfin, les acteurs intervenants auprès de ce public sont nombreux et peinent à se coordonner.

« Dans la lignée des PRAPS, la prise en compte des enfants est insuffisante, il n'y a pas de parcours périnatalité, ce n'était pas priorisé dans la construction des PRS [...]. L'ARS veut s'occuper de la petite enfance mais il y a une perte de lien avec la PMI » (association).

« Nous [dans la région], c'est vrai qu'on arrive à la fin du cycle PRS-PRAPS sur 5 ans donc il faut qu'on réfléchisse comment on le reconstruit et ça va être fait à ce niveau, et pas dans le GT de la SNPLP. D'autant que sur la santé des enfants et des jeunes vous avez la SNPLP, le programme 1000 premiers jours qui participent aussi, la contractualisation avec les Départements, l'ARS et les préfets sur la protection de l'enfance avec un angle parcours où il est justement demandé aux Départements de renforcer le taux de dépistage et le taux d'exams de santé. Je m'y retrouve bien, surtout qu'on voit [...] l'enjeu de mieux y arriver collectivement » (État local).

Deux points majeurs sont alors avancés pour apprécier la **plus-value du GT Santé** : l'échange de bonnes pratiques entre acteurs et la construction d'une feuille de route concrète à la mise en œuvre de laquelle différents acteurs ont pu contribuer, chacun dans leur domaine et à partir de

l'existant, en coordonnant leurs efforts (ex. en matière de périnatalité, de santé bucco-dentaire dans les écoles, de développement langagier, de prévention de l'obésité). Dans l'une des régions étudiées, ces efforts ont été confortés par une forte coopération entre acteurs du social, de la santé et de l'Éducation Nationale dans le cadre des projets de « Cités Éducatives » dans les quartiers prioritaires. Cette coopération a été soutenue au niveau institutionnel par l'ARS, le Rectorat et le CLP, et a bénéficié de crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR) géré par l'ARS.

*« Une feuille de route a été rédigée sur la santé des enfants protégés (avant les « 1000 jours » et la contractualisation avec les CD). L'ARS avait des liens avec la PJJ mais se mobilisait moins que maintenant sur ce sujet des parcours de santé des jeunes protégés » (État local).*

*« Les médecins de l'Éducation nationale ont été des alliés. Ils ont été associés et ont constitué des relais. [...]. Le GT 6 a aussi bénéficié de la dynamique « cités éducatives », très chronophage, mais qui a permis de faire la jointure sur les thématiques petite-enfance et santé » (Département).*

*« Le GT 6 a rendu visible des déclinaisons qui se dessinent au niveau régional et national mais sur la partie petite enfance, il y a eu de nombreux temps de travail avec l'ARS. La partie petite enfance a été soutenue et portée par l'ARS et relayée par la Commissaire [une instruction de mise en œuvre d'actions prioritaires par le GT 6 dans le cadre du FIR a été donnée aux services]. Le GT 6 a permis une synergie entre ces acteurs » (Département).*

#### **4<sup>ème</sup> voie : soutenir une diversité de projets à partir des remontées du terrain**

Dans certains cas, il semble que l'**angle inductif ou participatif** par lequel le GT Santé a démarré ses travaux a été accompagné de nouveaux éléments de diagnostic et d'une remontée d'informations du terrain qui ont permis de préciser les besoins sur le territoire. Si les animateurs semblaient en cela chercher à soutenir de nouvelles actions, certains acteurs y ont vu l'opportunité de bénéficier d'un soutien à leurs interventions, notamment sur le plan financier (effet d'aubaine).

*« Le GT s'est réuni plusieurs fois depuis sa création en avril 2019 : les membres ont travaillé sur une feuille de route, créée dans le cadre de la Stratégie pauvreté, identifié les problématiques rencontrées par les partenaires et proposées des orientations qui ont été validées par le comité de pilotage. Les actions mises en avant sont nouvelles, novatrices et communicantes » (organisme protection sociale et d'emploi).*

*« Notre participation au GT a permis de faire des propositions aux services de l'État en termes de soins, d'accès à la santé et de prise en charge des publics sans-abri (ouverture des 1<sup>er</sup> LHSS sur le territoire) et d'insister sur ces problématiques auprès de ces derniers. Dès lors, l'association a été financée pour ouvrir ce type de structures » (association).*

Par cette approche, les priorités identifiées semblent certes avoir rejoint le cœur thématique du GT Santé décrit précédemment en matière d'accès aux soins des plus vulnérables et de santé des jeunes (accès aux soins des enfants de moins de 6 ans aux examens obligatoires, actions de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants et des jeunes sur le bucco-dentaire, renforcement du maillage des dispositifs santé-précarité (PASS, EMPP, LHSS, etc.)). Cela pourrait aussi avoir favorisé l'**émergence d'autres thématiques** (ex. logement, santé mentale) ou le

développement d'expérimentations innovantes en matière « d'aller vers » dans des territoires marqués par de fortes inégalités territoriales de santé (ex. espaces mobiles de santé). Précisons toutefois que la genèse de ces innovations semblait dépasser le cadre du GT Santé et s'appuyer sur d'autres leviers comme le FIR ou les crédits gérés par le CLP.

*Parmi les orientations retenues au niveau régional, un animateur de GT Santé évoque l'objectif de favoriser l'émergence et l'accompagnement des centres de santé participatifs (avec des personnels salariés) et la médiation en santé, l'objectif de favoriser l'accès et le maintien des personnes en précarité dans le logement en lien avec la politique « Un Logement d'Abord » et les expérimentations « Un chez toi d'abord », et de favoriser l'accès au logement des sans-abri avec des troubles mentaux, en allant aussi vers des zones plus rurales et semi-rurales.*

*Dans une autre région, une enquêtée évoque des projets de terrain novateurs conjoints à la SNPLP et au PRAPS, tels que les "espaces mobiles de santé" : « c'est gourmand en énergie mais c'est ce qu'on peut faire de mieux. Ça a commencé de façon expérimentale sur [un territoire]. Les partenaires (ARS, Assurance maladie (AM), CD, MSP, Associations) travaillent ensemble pour aller au plus près des usagers dans les QPV des communes éloignées : c'est basé sur un vrai conventionnement [...] pour favoriser l'accès aux soins de ceux qui n'y vont jamais. La CPAM est censée faire cela avec les examens de santé mais il y a un besoin d'aller vers ces publics. Une étude de transférabilité est en cours pour implanter le projet dans d'autres départements dans le cadre du PRAPS : ce projet est arrivé avec la SNPLP, c'est un dispositif exemplaire » (association).*

#### ▪ **Les GT : des dynamiques interinstitutionnelles difficiles à animer**

S'agissant des **retombées des GT Santé**, les points de vue sont mitigés. D'une part, dans 3 des régions investiguées, le GT Santé semble avoir peu fonctionné ou très difficilement, ce qui explique que leur bilan soit décevant. D'autre part, comme cela a été mis en évidence dans le volet général de cette recherche, les GT Santé ont rencontré plusieurs difficultés de fonctionnement (constitution des groupes, animation, participation). Là où les GT ont le mieux fonctionné, il se dégage une perception générale de renforcement de l'interconnaissance des acteurs dans le territoire. Nous revenons ici sur ces différents constats.

#### **Une mobilisation des acteurs délicate**

Un des défis des animateurs des GT Santé a été de **susciter l'intérêt** des participants et de l'entretenir dans la durée. Si les événements de lancement de la SNPLP ont conduit un certain nombre d'acteurs à manifester leur intérêt à participer à un GT, cela ne s'est pas nécessairement transformé en participation active par la suite, et ce d'autant que la première réunion a été organisée plus tard.

*« Les personnes intéressées par le GT 6 s'y sont inscrites dans l'émulation du début de la SNPLP. Lors de la 1<sup>ère</sup> réunion de lancement du groupe, assez peu de personnes étaient présentes » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

« Entre la réunion de lancement du CLP et la 1<sup>ère</sup> réunion du GT, il s'est passé près d'un an [...] les acteurs se sont désengagés » (État local).

Dans le processus de constitution du GT, les animateurs se sont parfois heurtés au **défi de représentativité des participants** sur le plan **géographique**, notamment dans les nouvelles « grandes régions » (ex. Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté), et ce d'autant que les réunions étaient initialement prévues en présentiel. Parfois, ils ont aussi cherché à tenir compte de l'hétérogénéité des territoires (urbains, péri-urbains, ruraux).

« Il fallait tenir compte de l'hétérogénéité des départements dans leur structure sociopolitique et de l'hétérogénéité des institutions. Pour notre groupe on a eu beaucoup de mal à le constituer, d'autant qu'on avait imaginé des réunions en physique, jusqu'à la crise sanitaire. Peut-être aurait-on du avoir une approche par groupe de départements et en dématérialisé » (État local).

La recherche d'une **représentativité institutionnelle** des différents services de l'État, de ses opérateurs, des Départements et d'autres participants a pu également compliquer la constitution et l'animation du GT, les mêmes personnes étant sollicitées dans le cadre de plans et dispositifs conduits en parallèle. Cela peut conduire à animer un petit groupe souvent constitué des mêmes personnes.

« Dans le contexte de la fusion des 2 régions, du PRAPS et de l'arrivée des commissaires, il y a beaucoup de GT [...]. De plus, chaque dispositif est géré par une institution, cela entraîne beaucoup de réunions de travail [...]. Les nouveaux ne connaissent pas le sujet, on repart à zéro [...] alors que le PRAPS existe depuis 1998 » (État local).

« Un comité de pilotage restreint a été défini avec des représentants des collectivités territoriales, de l'ARS, de l'Éducation nationale, les CPAM. Ils ont alterné entre réunions du comité de pilotage et réunions plus élargies. Le comité de pilotage a bien fonctionné et dans les réunions de travail élargies, on retrouvait un peu les mêmes. On a eu un peu de mal à faire vivre ce groupe » (Département).

« Les articulations entre SNPLP et le GT 6 ont constitué des points de vigilance du fait qu'il existait déjà des lieux de concertation avant la SNPLP [...]. Il y a eu au cours des 18 mois passés un empilement fou de réunions à l'échelle territoriale et intra-territoriale qui a usé les gens. Ça a permis de se retrouver mais on atteint là les limites » (État local).

De plus, certains acteurs (associations, professionnels de santé, personnes concernées) ont pu être difficiles à mobiliser par **manque de disponibilité** ou par **manque d'intérêt** pour la SNPLP, du fait de la faible attention accordée à leurs domaines d'intervention ou à leurs publics. Le format peu opérationnel du GT a également pu être dissuasif.

« Le GT 6 se voulait inclusif mais il a été difficile de mobiliser les médecins libéraux et d'associer les usagers ou les représentants des usagers. Il s'agit d'un point de faiblesse important. Peu d'associatifs étaient présents dans ce GT » (Département).

« Je ne suis pas sûr que les GT qui se réunissent tous les 6 mois permettent la réactivité dont on a besoin » (association).

Le **statut des personnes concernées** invitées à participer au GT Santé fait également l'objet d'interrogations. D'une part, la contribution d'usagers serait à distinguer de celle de représentants d'usagers intervenant par le biais d'associations. À la différence des seconds, les premiers témoignent d'un vécu et de difficultés à titre personnel, y compris vis-à-vis des structures qui les aident, mais peuvent être difficiles à atteindre et se trouver dans une situation d'inconfort, faute d'être « rôdés » à l'exercice de participation ou de se sentir concernés par les questions abordées dans le groupe. D'autre part, il conviendrait de préciser si l'expérience recherchée est celle d'une personne concernée en raison de son état de santé ou de sa situation sociale.

*« Faire connaître toutes ces instances et groupes à des personnes qui auraient potentiellement des choses intéressantes à dire mais qui sont éloignées de ces choses institutionnelles, de la compréhension même de ce qui se joue dans ces plans, fait que je ne sais pas si on arrive vraiment à atteindre des personnes un peu nouvelles et différentes, ou si ce sont toujours les mêmes structures, associations ou collectifs qui représentant toujours les mêmes personnes. Nous, on travaille avec des personnes pas toujours structurées en association, et qui sont dans des parcours pas toujours stables mais ont des choses très intéressantes à dire, car elles sont [...] confrontées à des structures pas toujours aidantes ou des aides pas toujours adaptées. Or, les structures qui participent sont celles qui donnent ces aides-là. [...] Dans la SNPLP, je ne sais pas comment on a pu aller directement au cœur des préoccupations des personnes concernées car je ne sais pas ce qui est fait pour les atteindre, et c'est difficile de les atteindre » (association).*

*« Je m'interroge sur le statut des représentants d'usagers dans le GT 6 : parle-t-on de représentants par pathologies et très catégorielles qu'on ne retrouve pas dans le champ social, ou est-on sur des représentants plus liés à la précarité ? » (Département)*

Plus généralement, il a été souligné que la mission d'animateur de GT est **chronophage** notamment pour impliquer les participants, ce dont ne disposent pas nécessairement les personnes qui en avaient la charge, compte-tenu de leurs responsabilités et du fait qu'aucune assistance n'était prévue à cet effet.

*« Les groupes qui ont vraiment marché, qui ont réussi à produire un certain nombre de choses, c'est les groupes où les animateurs ont eu de la part de leur institution du dégageant de temps agent. Cette démarche ne se fait pas gratuitement » (État local).*

Enfin, au-delà de ces nombreux facteurs influençant le fonctionnement des GT, la survenue de la **crise sanitaire** a pu freiner ou interrompre le fonctionnement de certains d'entre eux.

*« Certains groupes ont bien marché, sont partis rapidement et se sont un peu épuisés. D'autres ne sont pas partis et d'autres, comme le mien, sont partis d'une manière relativement timide et n'ont pas réussi à aller au bout de leur démarche parce qu'entre temps n'oublions pas que le contexte de crise sanitaire est venu freiner nos ambitions, notamment au niveau des ARS » (État local).*



### Des avancées en termes d'interconnaissance, plus rarement en termes d'action collective

En dépit de ces difficultés, là où les GT santé ont été constitués et ont perduré, les retours d'expérience soulignent plusieurs bénéfices.

Tout d'abord, ils ont pu contribuer à **renforcer l'interconnaissance** des acteurs, à faire connaître leurs initiatives respectives, mais aussi à réaliser leur manque de visibilité et de lisibilité du point de vue des personnes concernées.

« Les GT favorisent les échanges de pratiques et d'expériences. [...] Chacun arrive, alimente, enrichit et on arrive à identifier des choses dans l'ombre ou qui n'étaient pas identifiées comme telles. Ils permettent de constater que certains dispositifs ne sont pas connus des personnes concernées et les améliorations qui pourraient leur être apportées : on se rend compte qu'il y a un énorme décalage entre les offres de services et ce qui est connu de la population. La SNPLP met ces manques en exergue et aide à mieux communiquer » (organisme de protection sociale et d'emploi).

Par ailleurs, les réunions des GT ont permis de réunir des institutions relevant de différents secteurs (santé, social, petite enfance, jeunesse, logement) pour **réfléchir collectivement** et spécifiquement sur les problématiques de santé et de pauvreté. Ce décloisonnement a parfois renforcé des coopérations interinstitutionnelles concrètes au carrefour de différentes stratégies territoriales (ex. PRS, Cités éducatives, SNPLP).

« La dynamique institutionnelle partenariale engagée et les liens créés cherchent à être maintenus ; c'est un objectif en soi, ces temps de décloisonnement restent un objectif à garder. Ces échanges ont permis d'avoir une approche plus globale à l'échelle du territoire » (État local).

« Les cités éducatives sont venues questionner l'articulation SNPLP-santé. Dans le département, les acteurs de la CAF, de la CPAM, de l'ARS et du Département ont participé au PRS, au PLS et aux cités éducatives et aux GT. Ce sont un peu les mêmes acteurs qui se sont retrouvés, ce qui a donné une cohérence aux actions » (État local).

En lien avec ces **dynamiques interinstitutionnelles**, les GT ont pu contribuer à souligner l'importance **d'agir collectivement** sur les territoires prioritaires (ex. QPV) ou auprès d'autres publics (ex. migrants, jeunes) que ceux visés par le PRAPS.

« L'articulation entre SNPLP et santé s'est plutôt construite au fil du temps et selon des nécessités. Elle est intéressante, notamment au regard du taux de pauvreté [dans la région], des problématiques des QPV, des migrants, de la précarité et de la grande précarité, importantes. Ces sujets sont portés du côté de la SNPLP et de l'ARS, qui n'est plus seule à porter ces sujets. L'engagement fort du Recteur d'académie est également un plus » (État local).

« Le GT 6 a apporté un enrichissement aux réflexions et aux choix que l'ARS avaient fait dans ses schémas stratégiques. Il a moins travaillé sur les précaires et les grands précaires que les PRAPS mais plus sur d'autres populations » (État local).

Les retombées favorables des **interfaces entre le GT Santé et les autres groupes** ont aussi été rapportées à l'échelle nationale et au niveau local. Elles seraient illustrées par les mesures

soutenues par la SNPLP portant simultanément sur les questions d'accès aux soins, de logement ou de protection de l'enfance.

« En voyant que chaque institution continuait à avancer de son côté sans cohérence, alors qu'on a intérêt à faire des passerelles entre les thématiques sanitaire, sociale et d'hébergement, on a souhaité favoriser une approche globale et une cohérence des politiques dans la gouvernance et dans notre approche de la santé. Le GT santé a eu à travailler sur ces aspects pour voir de quel sujet il pouvait s'emparer. À l'initiative des territoires et en fonction des relations et de la proactivité de certains acteurs, des liens ont donc été faits entre les GT : santé et hébergement / logement, santé et accès aux droits / santé et enfance » (État central).

« Dans ce GT 6 se trouvaient des personnes de l'ARS. Elles ont participé à la réflexion entre pauvreté et santé dans un cadre pluridisciplinaire et pluri-institutionnel. Les membres de l'ARS ont aussi participé à des GT sur la protection de l'enfance, la petite enfance, le logement et l'habitat, ce qui a permis de resituer les problématiques de santé et de parcours de santé pour ces populations dans le cadre de la SNPLP » (État local).

Sur les retombées spécifiques du GT Santé en termes de projets et d'actions, certains acteurs sont toutefois plus mitigés, considérant que le GT n'a **pas eu de plus-value réelle** dans la mesure où ces projets auraient vu le jour sans son intervention et renvoient à des **collaborations indépendantes de la SNPLP**.

« Je fais un bilan mitigé de ces groupes qui avaient quand même du mal à fonctionner. [...] On a continué à faire ce qu'on faisait sur le développement de l'offre. Il n'y a pas de vraie plus-value. Finalement les quelques projets qui ont émergé dans le cadre du groupe santé étaient déjà des projets que l'on connaissait, étaient identifiés par l'ARS et auraient été accompagnés » (État local).

« Dans la feuille de route du GT, ils ont repris des orientations du PRS : la dynamique mise en place dans le GT a permis de partager des diagnostics et orientations entre partenaires mais ces dynamiques institutionnelles vivent leur vie indépendamment du Plan pauvreté » (État local).

Enfin, dans le cas d'un GT Santé qui n'a pas ou peu fonctionné, le bilan est plus sévère et renvoie plutôt, pour ce qui est de la plus-value de la SNPLP, à la **contractualisation** entre l'État et les collectivités.

« Sur le GT santé dans notre région, la plus-value de la stratégie est quasi inexistante. Mais sur la contractualisation avec les Départements et la [Métropole], je n'ai pas l'évaluation mais la plus-value passera par là. Car je ne suis pas sûr que les GT, tels qu'ils ont été initiés, avec un an de recul, avec des outils pas très ergonomiques, on se soit donné toutes les conditions de réussite » (État local).

## ▪ Un recours aux appels à projets important mais modérément apprécié

Dans le cadre de la SNPLP, depuis la mise en place des instructions ministérielles du 12 février 2020 et du 19 mars 2021<sup>3</sup> renforçant les crédits à la disposition des CLP pour financer des projets issus des GT régionaux ou des projets territoriaux jugés « impactants et innovants » et s’inscrivant dans les axes de la Stratégie pauvreté, il est possible de repérer **deux types d’AAP** : les AAP nationaux et les AAP régionaux. Les premiers, plus contraints que les seconds, suivent les grandes lignes nationales de la Stratégie pauvreté ; les seconds sont en rapport avec les besoins repérés au sein des territoires, notamment grâce à la rédaction des feuilles de route au sein des GT régionaux. Ils permettent de financer des dispositifs en attente de financement ou porteurs de pratiques qualifiées de « bonnes pratiques » à diffuser dans les territoires.

D’autres AAP ont également été évoqués par les répondants tels que ceux relevant du MSS, des ARS ou encore du « Plan de soutien aux associations de lutte contre la pauvreté » associé au Plan France Relance (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

« Sur l’AAP France Relance, les aspects santé étaient très prégnants, [...] c’était en lien avec l’accès aux droits et la coordination [...] et la problématique du parcours d’accès aux soins » (État central).

### Un soutien précaire et un cadre standardisé

Certains AAP, notamment émis par la SNPLP, les ARS ou France Relance, auraient facilité la mise en place d’actions ou l’octroi de **financements complémentaires** pour renforcer des initiatives sur une diversité de thématiques (non-recours aux droits, renoncement aux soins, santé mentale, périnatalité) et selon différentes modalités (actions de prévention, centres de santé, équipes mobiles).

« La CPAM répond à des AAP de la SNPLP : un projet a été validé avec la FAS sur l’hygiène, la détection au renoncement aux soins et la prévention » (organisme de protection sociale et d’emploi).

« Une équipe de coordination départementale d’associations en lien avec la santé a été déployée grâce aux AAP [...] et avec [notre association]. Une antenne mobile est gérée par ces différents acteurs » (association).

« La SNPLP permet, dans le cadre d’AAP, à des centres participatifs ou à d’autres structures de bénéficier de financements » (organisme protection sociale et d’emploi).

« Les inégalités sociales de santé apparaissent dans la feuille de route du PRS et le PRAPS. Il existe des opportunités de financement avec l’AAP régional » (association).

Pour autant, les acteurs de la santé s’interrogent sur les **effets indésirables de ces AAP**. Tout d’abord, les thèmes étant ciblés et les critères de financement parfois flous, certains de nos

---

<sup>3</sup> Voir bibliographie

interlocuteurs interrogent la pertinence des AAP au regard des besoins spécifiques de leur territoire, des publics qui y résident, et des acteurs en mesure d'y répondre. Par ailleurs, leur caractère ponctuel fragiliserait la pérennité des actions qui en dépendent. Certains acteurs prêtent également attention aux montants accordés et à la plus-value des actions qu'ils permettent de financer, compte-tenu des efforts à déployer pour candidater dans des délais souvent courts et sans garantie de succès. D'autres encore voient dans ces AAP le risque que les acteurs associatifs se substituent aux compétences régaliennes et soient placés dans une position d'opérateur.

« Cinq orientations ont été retenues sur le territoire régional. Certaines se sont inscrites au sein d'un AAP. Ce travail a produit des échanges riches mais il se heurte à une question de financements non pérennes et faibles liés aux AAP qui portent davantage sur le lancement d'expérimentations » (organisme de protection sociale et d'emploi).

« Les AAP n'apportent pas grand-chose s'il n'y a pas d'opérateurs compétents et de projets qui ont déjà été réfléchis sur le territoire. L'AAP, oui, mais il faut voir sur quel projet et pour quoi et avec quelles cibles et quels objectifs » (État local).

« La réponse aux AAP demande beaucoup d'énergie, de co-construire. Des projets sont retoqués. Il faut un intérêt pour la thématique, regarder les critères des AAP. Les projets retenus ou non ne reposent pas toujours sur des critères transparents » (association).

#### Un levier partenarial terni par sa dimension concurrentielle

Selon plusieurs acteurs, les AAP constituent néanmoins une **opportunité de favoriser le déploiement de réponses partenariales** en termes de lutte contre la pauvreté et de lutte contre les ISS. D'une part, ils encouragent la mise en évidence de diagnostics partagés. D'autre part, ils favorisent les approches intersectorielles, par exemple entre la PJJ et l'ARS, des représentants d'associations et de missions locales, des centres sociaux et des acteurs associatifs. En outre, ces AAP peuvent être perçus comme des moyens de stimuler le développement d'actions dites « innovantes » dans les territoires ou de favoriser leur essaimage.

« La réponse aux AAP a été l'occasion de travailler avec de nouveaux acteurs ou avec des structures qu'on ne connaissait pas ou peu » (association).

« Nous sommes très intéressés par ces démarches pauvreté-précarité et les synergies entre l'ARS, la Préfecture et la DRJSCS sur les AAP » (État local).

« Les AAP stimulent le territoire ; ils constituent une porte ouverte vers l'innovation et l'expérimentation et permettent de s'appuyer sur d'autres acteurs, en les aidant à déployer d'autres actions » (organisme de protection sociale et d'emploi).

Toutefois, ils peuvent aussi être à l'origine de **logiques concurrentielles** inégalitaires - le nombre de lauréats étant limité et ne disposant ni des mêmes capacités de réponse ni des mêmes appuis en termes de réseaux - et préjudiciables tant à la dynamique de collaboration qu'à la cohérence de l'action, du fait d'une **superposition de dispositifs** dans un même territoire.

« Les AAP créent de la frustration parce que tu ne peux pas satisfaire tout le monde et ils ne sont pas forcément en phase avec ce qui est attendu » (État local).

« Les AAP [...] ont des effets pervers en termes de superposition des dispositifs, ça déstructure la répartition de l'offre » (État local).

« Le dispositif même des AAP est problématique : c'est un report très clair sur le secteur associatif et une mise en concurrence des associations, qui ne vivent que de ces subventions. Ça interroge la qualité du travail qui va être fait [...] » (association).

### Une profusion d'AAP, source de lassitude et de confusion

À l'instar des personnes rencontrées dans le cadre du volet général du projet de recherche, les acteurs enquêtés sur la thématique santé insistent sur la **multiplicité des AAP** qui ont été déployés au cours de la SNPLP, mais également à la suite de la crise sanitaire.

D'une part, cette profusion d'AAP crée de la **lassitude** parmi les acteurs de terrain censés y répondre. Ces derniers peinent à les distinguer et à comprendre la cohérence entre les différents Plans dont ces AAP dépendent (SNPLP, Stratégie protection de l'enfance, Plan de relance). Répondre à ces AAP suppose également, pour ces acteurs, d'intégrer les **logiques d'évaluation** des politiques publiques inspirées du nouveau management public qui les accompagnent (atteinte d'objectifs et indicateurs de résultats).

« Il y a un vrai problème de lisibilité de tous les AAP lancés et des Appels à manifestation d'intérêt (AMI). C'est vraiment compliqué ! » (État local).

« Les AAP ne leur semblent pas cohérents entre eux, des choses viennent de Marseille, Paris, Toulon... Ils ne comprennent pas les différents échelons territoriaux » (État local).

D'autre part, ces multiples AAP semblent parfois **mettre à l'épreuve les services de l'État** chargés de les concevoir ou de les relayer, sans qu'ils n'entrevoient toutefois d'autres manières de procéder compte tenu des ressources limitées et de la nécessité de justifier l'attribution des crédits.

« Les AAP et les AMI, il y en a partout ! On est retombé dans les défauts d'avant, on ne suit plus rien » (État local).

« Un guichet unique serait pertinent pour les AAP mais il faudrait faire tomber des problématiques juridiques [...], car il y a des questions de financement derrière : peut-on héberger sur un même site des AAP financés par des collectivités, l'État ? [...] Ce n'est pas simple, d'autant plus qu'il y a de moins en moins de moyens au niveau de l'État, des services déconcentrés, des collectivités et on le ressent très fortement dans la mise en place des mesures. On est obligés de parer au plus urgent » (État central).

« Avec l'arrivée du COVID, il y a eu beaucoup d'AAP [...]. On aimerait bien faire autrement, y compris sur la SNPLP, mais après ça pose la question de comment on fait pour repérer les projets pertinents par rapport aux objectifs et comment on accompagne. On voudrait en faire moins mais ça ne veut pas dire que l'on sait faire autrement [...]. Donc il y a là une marge de progrès

*considérable mais on bute quand même très largement sur des manières de faire de Paris » (État local).*

#### ▪ **Contractualisation État-Département : une place limitée pour les acteurs de la santé**

Au-delà des GT thématiques « santé » qui sont apparus comme le point d'entrée privilégié dans la SNPLP au niveau territorial pour la plupart des acteurs rencontrés, il apparaissait important de s'intéresser à la place des questions de santé dans le cadre de la contractualisation État-Collectivités associée à la SNPLP, tant nous avons pu voir dans le volet général de cette étude qu'il s'agissait d'un instrument majeur de la territorialisation de la Stratégie. Nous verrons ici que la santé est un secteur peu représenté, bien que quelques actions portant notamment sur la santé des tout-petits et des jeunes aient été intégrées à certaines conventions.

#### **La santé, un secteur peu représenté**

D'une manière générale, la conception initiale de la SNPLP n'a **pas** prévu d'intégrer **de manière prioritaire** des acteurs du champ de la santé. D'une part, sur les 35 mesures initiales de la SNPLP, la santé ne concerne que 5 d'entre elles, nettement derrière l'insertion-formation-emploi-mobilité (11) et l'enfance-jeunesse (10)<sup>4</sup>. D'autre part, elle ne concerne directement qu'un GT régional sur 15. Enfin, notre examen général du contenu des conventions de contractualisation confirme que les préoccupations de santé ne sont pas centrales dans l'élaboration et la définition des 5 mesures socles. En ce qui concerne les mesures d'initiative départementale, rares sont les actions qui se focalisent sur les questions de santé. Néanmoins, la crise sanitaire semble avoir re-priorisé les actions d'initiative départementale 2020 vers la santé, en particulier la santé mentale des jeunes et la lutte contre le renoncement aux soins.

*Par exemple, en 2019, pour l'ensemble des départements de Bretagne, parmi les 7 mesures d'initiative départementale que nous avons classées par thèmes (accès aux droits et lutte contre le non-recours ; enfance-jeunesse ; hébergement-logement ; maraudes et aide alimentaire ; insertion-formation-emploi-mobilité ; santé), 1 seule action portait sur le thème de la santé contre 3 sur la thématique de l'insertion, de la formation, de l'emploi et de la mobilité. De même, en 2020, parmi les 5 Métropoles de notre panel, aucune n'a développé d'action sur le thème de la santé.*

*Toutefois, dans certains départements, comme dans les Bouches-du-Rhône, des liens ont été faits entre la feuille de route du GT 6 « Santé » et la convention départementale. En effet, dans celle-ci, en 2019, on observe des actions d'initiative départementale relatives à la santé : une liée à la lutte contre le renoncement aux soins et pour l'amélioration du suivi médical des jeunes de 16 à 21 ans confiés à l'ASE et une autre portant sur l'accompagnement vers l'emploi des personnes en situation de handicap. Autre exemple, en 2019, dans le Département de la Seine-Saint-Denis où*

---

<sup>4</sup> Voir synthèse, figure 11

*une action d'initiative départementale portait sur le développement de l'aller-vers afin de réduire les problèmes d'accès aux soins accentués par des difficultés de mobilité et de logement (p.ex. visites à domicile de puéricultrices et de sages-femmes, déploiement d'une équipe mobile en santé en lien avec des associations, développement d'un centre de santé bucco-dentaire itinérant). Enfin, en dehors des conventions départementales, en Bretagne, « grâce à la SNPLP et au Commissaire, une convention a été signée entre la FAP Bretagne, la CPAM, la MSA et la CARSAT pour qu'une promotion autour des offres de santé soit mise en place et que la FAP participe à la lutte contre le non-recours aux soins en dirigeant ses publics vers la CPAM » (association).*

Dans ce cadre, certains s'interrogent sur la prise en compte des diagnostics issus des CLS avant de déployer ces conventions. D'autres indiquent que les ARS ou les CPAM n'ont **pas été associées comme partenaires** au sein des contrats État / Département.

*« Il y a eu un pilotage de la SNPLP au lancement "très Préfet délégué pour l'égalité des chances (PDEC)" avec le développement de canaux de financement au profit du CD, avec un enjeu politique derrière qui était de signer une convention. Mais je ne sais pas si les sujets santé avaient été travaillés en amont dans le cadre de diagnostics réalisés par les partenaires de ce département de longue date, en particulier à travers la dynamique des CLS » (ex-État local).*  
*« L'ARS n'a pas été associée aux contractualisations État / Départements car elles concernaient plutôt les BRSA et moins "un cœur de cible santé" » (État local).*

D'autres acteurs de la santé insistent sur la **faible représentation des actions** dans les conventions État / Département d'une part, et sur la **fragilité des liaisons** faites, dans ces contrats et au sein de la SNPLP de manière plus générale, entre pauvreté et santé d'autre part.

*« Le périmètre était très cadré dans la contractualisation de l'État avec les CD donc il n'y avait pas tellement de sujets d'autres secteurs » (État local).*  
*« Dans le cadre de la convention État / Département, des actions bâties renvoient au domaine social, sans lien direct avec la santé. La Stratégie pauvreté doit donc renforcer les ponts entre certains sujets et favoriser l'intersectorialité » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

### **Quelques interfaces sur la santé des jeunes**

Toutefois, selon les territoires, quelques actions relatives notamment à la **santé des tout-petits et des jeunes** ont été intégrées aux conventions État / Département de 2018 pour les territoires démonstrateurs et de 2019 pour les autres territoires. Les départements concernés sont particulièrement touchés par des taux de pauvreté élevés et ont développé et / ou renforcé des actions relatives à la santé scolaire et à la PMI en s'appuyant notamment sur la SNPLP.

*« Dans la convention État / CD [...], dans les mesures laissées à l'initiative du CD, celui-ci est allé [...] vers le champ de l'enfance et des bilans de santé, de la scolarité avec l'internat scolaire, de l'illettrisme et des QPV. L'action sur les bilans de santé pour les jeunes enfants a été conservée en 2020 et 2021 » (Département).*  
*« Ce n'est pas étonnant que [la PMI] ait été sollicitée [pour la contractualisation] car le [Département] est un territoire où il y a de grandes inégalités sociales et de santé, donc il était*

*évident pour la collectivité que l'on s'inscrive dans la SNPLP [...]. De plus, il y a eu une rencontre complète des enjeux et objectifs de la SNPLP avec notre projet de santé publique et d'autres initiatives préexistantes. Le projet [...] est parti des déterminants de la santé et de quelles actions avoir à partir de ces derniers, pour à terme, avoir une action sur la santé elle-même. La SNPLP est venue répondre à ça » (Département).*

L'État et d'autres acteurs travaillent aussi à la **mise en place et au déploiement d'actions en santé** dans le cadre des conventions État / Département ou dans le cadre de leur politique petite enfance. Ils soulignent la nécessité d'accompagner les acteurs du monde social et du secteur sanitaire vers ces **logiques partenariales**.

*« En ce moment, on travaille à favoriser les liens entre l'insertion et les questions de santé car les problématiques de santé constituent [...] un frein à l'insertion professionnelle. On s'appuie sur les mesures et dispositifs portés dans le cadre de la contractualisation pour faire le lien avec les sujets santé et associer [...] les ARS et les principaux acteurs de droits sociaux » (État central).*

*« Il y a un enjeu fort pour la CPAM de réussir à travailler avec les communautés d'agglomérations et les élus car, sur leur territoire, ce sont des relais essentiels » ; « un lien doit se faire entre CPAM et CD mais [...] la CPAM a assez peu de retour d'informations sur la contractualisation avec le CD » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

#### **Peu de connexion entre le travail des GT et le contenu des conventions de contractualisation**

De manière générale, dans le champ de la santé, les acteurs rencontrés signalent une **absence de connexion** entre les contractualisations départementales et le contenu des feuilles de route des GT régionaux, notamment du **GT 6** consacré à la santé. En effet, d'une part, les conventions État / Département intègrent peu les acteurs des organismes de la protection sociale et de l'emploi, et d'autre part, le décalage entre la mise en œuvre des GT régionaux et le déploiement des conventions départementales n'a pas facilité le développement de logiques partenariales, ni élevé le **degré de confiance interinstitutionnelle** entre les niveaux départementaux et régionaux.

*« Les conventions de contractualisation État / Départements sont déconnectées des orientations produites par les GT. Elles n'incluent pas les organismes d'assurance maladie, ce qui a pu créer des formes de défiance entre ces organismes et l'État local [...]. Les orientations du GT santé ont été validées par le comité régional mais [...] il n'y a pas de réelles connexions avec les conventions » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

Toutefois, dans **certains départements**, des liens ont été établis entre la feuille de route du GT 6 et la convention départementale.

*« Dans le cadre de la contractualisation État / Département, [...], il y a eu des liens entre la contractualisation départementale et la dynamique régionale du GT 6. Des actions sur la santé présentes dans la feuille de route du GT ont été co-financées dans la convention État / CD dans le cadre des initiatives départementales. Il y a eu une vraie cohérence entre les acteurs » (Département).*



Enfin, on note aussi que les **collaborations** entre les Départements et les ARS varient selon les territoires ; selon les régions et certains départements, elles sont plus ou moins fluides et concrétisées par une **contractualisation** tripartite « Préfet-Département-ARS » dans le cadre de la **stratégie de protection de l'enfance**. La gestion de la pandémie a aussi pu influencer la nature et la qualité des relations existant entre l'ARS et les Départements.

« La collaboration entre l'ARS et les CD est difficile : ces derniers considèrent qu'il n'y a pas assez de ressources en protection de l'enfance et ne veulent pas signer » (État local).

« Il faut que l'on arrive à développer une démarche en interministérialité parce que l'ARS peut agir sur un déterminant de santé mais pas sur l'ensemble. Cette culture commence à réapparaître, y compris au niveau national, comme le montre la contractualisation sur la protection de l'enfance » (État local).

#### ▪ **Les Commissaires, un atout possible pour une gouvernance intersectorielle de la santé**

Le volet général de la recherche présente les divers aspects de la figure du Commissaire à la lutte contre la pauvreté, tantôt reconnu comme un dynamiseur, un animateur, un intermédiaire souvent utile, parfois déstabilisant. Dans le présent travail, ces constats sont retrouvés. La plupart des enquêtés évoquent les tentatives du Commissaire pour « **faire du lien** » avec les acteurs de la santé, au point d'être un atout possible pour une action intersectorielle incluant les acteurs de la santé. Toutefois, ils peuvent rencontrer occasionnellement des difficultés dans leurs relations avec les ARS, qui se voient parfois reprochées un fonctionnement en « vase clos ».

#### Les Commissaires : entre facilitateurs et interlocuteurs supplémentaires

Les Commissaires à la lutte contre la pauvreté, dans leur fonction d'animation de réseaux locaux d'action publique et de déploiement de l'intersectorialité dans les territoires, tentent de **rejoindre les acteurs de la santé**. Dans la grande majorité des régions enquêtées, nos interlocuteurs issus de ce champ décrivent la forte implication des CLP pour se faire connaître auprès d'eux, se montrer accessibles et disponibles, et pour faciliter leurs relations avec les autres acteurs impliqués dans le déploiement de la SNPLP.

« Le Commissaire a fait un gros effort pour aller au contact de tous les acteurs » (association).

« La Commissaire laboure le terrain du "travail en projet" et du "tissage des liens" » (État local)

« Le Commissaire est un facilitateur des relations ARS, AM et Départements » (organisme de protection sociale et d'emploi).

Pour ce faire, les Commissaires utilisent différentes scènes de collaboration. Certains associent les acteurs de la santé aux **comités de pilotage et de suivi** qu'ils supervisent. Les ARS et les CPAM seraient les structures les plus sollicitées pour participer à ces instances.

« La Commissaire a mis en place une équipe d'appui régionale rapprochée comprenant l'ARS, les réseaux solidarités, l'Éducation nationale, l'emploi, la cohésion sociale, les droits des femmes, les

*administrations de l'État et territoriales, les CAF, la CPAM... Ces acteurs échangent aussi, aux côtés d'autres intervenants extérieurs, lors des conférences régionales biennuelles » (État local).*

D'autres Commissaires utilisent également les GT, notamment le GT 6, pour rejoindre et intégrer les acteurs de la santé. Ce dernier peut, d'une part, constituer une **passerelle** leur permettant d'établir et de maintenir des relations avec ce champ, mais aussi de lancer des travaux sur cette thématique. D'autre part, il peut être utilisé pour **renforcer les interactions** avec les autres acteurs mobilisés autour de la SNPLP. En effet, plusieurs Commissaires œuvrent pour accentuer les liens et les synergies entre les différents GT, dont celui de la santé.

*« Le CLP est venu chercher la CPAM pour animer le GT 6, notamment du fait de son positionnement vis-à-vis de l'ARS, avec laquelle il avait travaillé sur le PRAPS » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

*« Le Commissaire a proposé au GT 6 de travailler en priorité sur la santé des jeunes, en s'articulant avec le GT 1 et le GT 13 » (État local).*

En plus de faciliter les liens entre les acteurs, les Commissaires facilitent parfois aussi la mise en place **d'actions** et de projets, souvent partenariaux, au croisement des thématiques de précarité et de santé. Les **crédits d'amorçage** dont ils disposent peuvent s'avérer précieux à cet égard, d'autant qu'ils peuvent être associés à d'autres voies de financement, en particulier au FIR des ARS, autour de priorités communes.

*« La mise en place des missions précarité-pauvreté et santé mentale de l'ARS a été encouragée par la CLP et concomitante à la SNPLP » ; « Tout ce qui a été mis en place entre l'ARS et l'Éducation nationale découle d'impulsions de la Commissaire » (État local).*

*« La SNPLP a introduit des crédits d'amorçage à la main du CLP avec l'enjeu de voir comment il pouvait les mobiliser sur des actions de santé : il y a eu ce temps d'échange et ce travail en commun entre équipe Santé précarité ARS et Commissaire. Le fait que les ARS disposent d'un FIR, avec toute la souplesse que l'on peut avoir, [font qu']il y a un intérêt commun à ce que les crédits d'amorçage puissent être prolongés par le FIR » (État local).*

### **Persistance de cloisonnements institutionnels**

L'intensité et le succès de la mobilisation des Commissaires en faveur de l'articulation entre la SNPLP, les thématiques de santé et les acteurs qui les portent diffèrent selon les territoires d'action. Dans certaines régions, ils semblent peiner à rejoindre ces derniers, au premier rang desquels figure l'ARS, qui le perçoit parfois comme un **interlocuteur supplémentaire**.

*« C'est très hétérogène d'un territoire à l'autre : dans certains, c'est fluide et on a un dialogue facilité avec le CLP et entre les instances ; dans d'autres, c'est plus compliqué » ; « Je pense qu'il y a un grand cloisonnement entre CLP et ARS » (association).*

*« Le CLP représente une "couche de plus". C'est un facteur de complexité supplémentaire, au niveau de la gouvernance » (État local).*

Les Commissaires ne sont toutefois pas les seuls acteurs à rencontrer occasionnellement des difficultés dans leurs relations avec les ARS, à qui d'autres institutions ou organismes (Département, autres services déconcentrés, associations) reprochent un **fonctionnement en « vase clos »** tout en regrettant le manque de clarté et d'intersectorialité dans la gouvernance territoriale de la santé.

*« Le bilan des relations entre les différentes composantes de l'État local est contrasté d'un territoire à l'autre selon les budgets, les acteurs, les secteurs, l'organisation des territoires d'accueil, la mobilisation des Préfets et l'écoute des services déconcentrés et les thèmes, plus ou moins cloisonnés. Les DIRECCTE et les DRJSCS collaborent peu. Les ARS travaillent en vase clos et nous avons peu de liens avec les Conseils régionaux et départementaux » (association).*

*« Des discussions ont eu lieu avec le Préfet de région à propos des LHSS relevant des financements de l'ARS mais chacun se renvoie la balle dès qu'il s'agit de créer ce type de structures » (association).*

*« Face aux enjeux de santé sur le territoire (déficit de psychiatres, de professionnels sur le handicap), je mobilise des crédits de la Politique de la ville en gestion de crise en santé mentale dans le cadre des cités éducatives et je me substitue en cela à l'ARS qui ne veut pas mettre de crédit là-dessus parce que ce n'est pas dans ses circulaires, dans ses cadres, etc. [...]. La Politique de la Ville a aussi permis de former des équipes mobiles [...] allant à la rencontre des habitants » (État local).*

#### **Une réflexion collective à l'interface des questions de santé et de pauvreté**

Malgré un dialogue parfois difficile entre les institutions, la SNPLP, aurait permis de renforcer l'**interconnaissance des acteurs** et de favoriser une **réflexion collective** à l'interface des questions de santé, de précarité et de pauvreté.

*« La Stratégie a permis d'être plus attentifs aux plus démunis, de créer des dispositifs nouveaux, de les ajuster et de travailler ensemble. [...]. Elle a favorisé la mise en lien avec des acteurs nouveaux afin d'appréhender différemment le sujet et plus les liens entre partenaires sont importants, plus les chances de réussite des actions sont importantes [...]. Au-delà de la confiance inter-organisationnelle, la Stratégie a surtout permis de développer l'information auprès de partenaires et d'en toucher de nouveaux » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

La SNPLP aurait parfois plutôt **capitalisé sur des partenariats existants** qu'initié des collaborations mais serait porteuse de nouvelles opportunités de rencontres et d'échanges sur des préoccupations spécifiques aux enjeux de pauvreté et d'inégalités sociales de santé.

*« Dans le cadre de notre projet de santé publique, on avait réuni les associations du champ de la santé pour voir leurs besoins. Quand on a déployé la SNPLP en bidonville, on a retravaillé avec certaines qu'on avait déjà rencontrées, ça a renforcé nos partenariats » (Département).*

*« Il n'y a pas eu d'amplification de ce qu'on peut être en capacité de faire ensemble mais des opportunités de faire des liens entre les politiques de santé et ce qui est porté par d'autres secteurs. Il y a une meilleure connaissance de ce que font les autres » (État local).*

Ce troisième chapitre met en lumière la place délicate des acteurs de la santé, notamment des ARS, dans le processus de territorialisation de la Stratégie. Les GT Santé, voie d'entrée dans la Stratégie privilégiée par ces derniers, se sont trouvés positionnés au carrefour de plusieurs thématiques, secteurs et dispositifs ; situation à l'origine de difficultés relatives à leur composition et leur animation. Pour autant, ils ont favorisé l'interconnaissance des acteurs et, parfois, les coopérations interinstitutionnelles. Si les appels à projets associés à la Stratégie pauvreté peuvent être des leviers de partenariats, leur multiplicité et le soutien précaire qu'ils procurent en font un outil remis en question par les acteurs territoriaux. Enfin, le caractère exclusif de la contractualisation État / Département n'a pas semblé en faire une véritable opportunité de convergence structurelle entre les acteurs de la santé et du social. S'il existe quelques domaines où des collaborations innovantes entre acteurs de la santé, du social et d'autres secteurs ont été repérées, ce sont probablement ceux de la santé des tout-petits et des jeunes et du logement : ces collaborations interinstitutionnelles semblent en partie pouvoir être interprétées sous l'angle d'une rencontre de valeurs et d'intérêts entre, d'une part, des acteurs de l'État et des Départements faisant de l'investissement social une perspective majeure pour lutter contre la pauvreté et, d'autre part, des acteurs territoriaux de santé faisant de la promotion de la santé dès le plus jeune âge et du « Logement d'Abord » un axe d'intervention-clé pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

## IV - La SNPLP dans le contexte de crise sanitaire et du Ségur de la Santé

Après avoir exploré la place des questions de santé dans l'élaboration de la SNPLP au niveau national et dans la mise en œuvre territoriale de la Stratégie, ce quatrième chapitre est centré sur **l'irruption de la crise sanitaire**, qui positionne la santé en haut de l'agenda politique et fait émerger la problématique des inégalités sociales associées à l'épidémie de Covid-19. Nous verrons dans ce chapitre qu'il en découlera une fenêtre d'opportunité pour lancer une dynamique interinstitutionnelle à l'interface des champs du social et de la santé, dont la gouvernance et les outils opérationnels sont encore en développement.

### ▪ La crise sanitaire remet la santé et les inégalités sociales au premier plan

La **crise sanitaire** provoquée par l'épidémie de Covid-19, qui a touché la France dès le début de l'année 2020, a modifié le déploiement des **mesures** de la SNPLP, dont celles relatives à la santé. Elle a également porté atteinte aux dynamiques établies dans les **GT**, y compris les GT Santé. A minima, les travaux lancés par ces derniers ont été ralentis par la crise, les échanges par visioconférence limitant la densité des interactions. Un grand nombre d'entre eux cessent même de se réunir. Les professionnels de santé sont en effet très mobilisés par la gestion de crise au regard de l'urgence. Ils revoient donc leurs priorités et manquent de temps pour s'y investir.

« Pendant la pandémie, il y a eu des renouvellements automatiques de la CSS pour les personnes en fin de droits. On a toutefois le sentiment d'avoir perdu des bénéficiaires, qui se sont détachés du système de soins » (organisme de protection sociale et d'emploi).

« Le GT 6 ne s'est pas réuni depuis longtemps, avec le COVID. Les échanges au niveau régional et local concernaient plutôt la façon de s'organiser pour répondre aux besoins les plus urgents de la population. On n'a pas eu l'occasion de revoir l'ARS, ils ont d'autres préoccupations » (Département).

Cependant, la crise sanitaire a remis la thématique de la **santé au premier plan des priorités**. Cette dernière a ainsi occupé le cœur de l'agenda public pendant plusieurs mois, ce qui ne sera pas sans effet sur la SNPLP. Des problématiques sont mises en lumière puis inscrites à l'agenda, telle que la santé mentale. Enfin, le Ségur de la santé, vaste concertation organisée du 25 mai au 10 juillet 2020 et animée par Nicole Notat, a illustré la place accordée à cet enjeu dans l'espace politique et public depuis la crise sanitaire. Si, comme nous l'avons vu, certains acteurs de santé se sont sentis peu associés au moment de l'élaboration de la SNPLP, il en est autrement en ce qui concerne le Ségur de la santé.

« La crise sanitaire a recentré la Stratégie sur les besoins fondamentaux : mise à l'abri, aide alimentaire et santé » (Commissaire).

« Il y a eu une grosse prise de conscience sur la santé mentale, puis Emmanuel Macron s'est beaucoup emparé du sujet. Il y a donc un peu plus de priorisation et de mise à l'agenda en la matière » (association).

« À l'inverse de la SNPLP, nos équipes sont très impliquées dans l'interaction avec les représentants du Ségur » (association).

Par ailleurs, la crise sanitaire a également mis en lumière et accentué les problématiques de pauvreté et de précarité : certaines situations d'exclusion sont devenues particulièrement visibles pendant les périodes de confinement et de « nouveaux » publics ont basculé dans une situation de pauvreté. La crise a également contribué à révéler les situations d'inégalités sociales de santé. Elle a en effet **renforcé la visibilité du lien entre pauvreté ou précarité et santé**.

« La crise a révélé le niveau d'exclusion des personnes à la rue » (association).

« On ne peut être insensible à la montée de la précarité. Au-delà des plus pauvres et des mal-logés, des publics ont basculé dans la pauvreté : étudiants, jeunes de 18 à 25 ans, professions à faibles revenus, stagiaires, femmes seules avec enfants... » (association).

« La crise a aggravé les problématiques de santé, particulièrement des publics précaires, frappés par les inégalités territoriales et sociales de santé, et qui ont aussi souffert en termes de santé mentale » (État central).

Un renforcement et un élargissement des réseaux de coopération ont également eu lieu lors de la crise sanitaire, pour répondre à la singularité de la situation et aux problématiques qu'elle occasionne. Cela s'est notamment traduit par un **rapprochement des acteurs des secteurs sociaux et sanitaires**. En ce qui concerne les liens des professionnels du social avec l'ARS, ce rapprochement serait toutefois variable selon les territoires. Quoi qu'il en soit, il se poursuivra suite à la crise et se traduira dans le cadre de la SNPLP. Des initiatives interinstitutionnelles se développent, et le travail partenarial continue de s'accroître entre les GT.

« La SNPLP a créé des conditions ayant favorisé l'effet accélérateur du Covid sur les synergies et entraides entre les acteurs (santé, social, médico-social) des territoires » (association).

« La crise sanitaire a levé les tuyaux d'orgue avec les ARS » (association).

« Sur le COVID, on a par exemple un programme "Stop Covid ensemble" sur lequel on a des dizaines d'associations de quartier qui sont toutes les semaines embarquées avec [l'ARS], donc je pense qu'on a gagné une vraie capillarité, en direction notamment du champ de la pauvreté » (État local).

« Depuis la crise, la santé est traitée avec un angle différent, selon lequel elle ne peut que s'articuler avec les autres politiques dans la mise en œuvre de la SNPLP » (État central).

« La SNPLP a renforcé les interactions entre ARS et CPAM » (organisme de protection sociale et d'emploi).

#### ▪ **La mesure 27 du Ségur de la santé consacrée à la lutte contre les inégalités de santé**

Dans le contexte de la crise sanitaire et du Ségur de la Santé, sans que cela n'apparaisse comme une mesure de premier plan, la **lutte contre les inégalités de santé** a fait l'objet d'annonces ciblées, incluant la mise en place d'une gouvernance stratégique et le renforcement de divers dispositifs d'action visant à renforcer l'accès aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé.

En arrière-plan, nous allons voir que la remontée d'informations sanitaires par des acteurs de terrain, la production d'études épidémiologiques et la proactivité de certaines ARS ont contribué à la mise à l'agenda de cette problématique.

### Les inégalités sociales associées au Covid-19 et la « mesure 27 »

Dans le contexte de la crise sanitaire, le **Séjour de la Santé** a mis l'accent sur de grandes priorités portant notamment sur la revalorisation de la carrière des soignants, le renforcement et la coordination de l'offre de soins. D'autres thématiques ont par ailleurs émergé, notamment la lutte contre les ISS, la crise sanitaire ayant mis en exergue les problèmes de santé rencontrés par les publics les plus précaires (ex. personnes à faibles revenus, issus de l'immigration, contraintes au travail en présentiel).

*En avril 2020, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a communiqué les « premiers résultats » de ses enquêtes épidémiologiques « Santé, perception, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise COVID-19 » (SAPRIS) et « Épidémiologie et conditions de vie sous le COVID-19 » (EpiCov). Ils démontrent d'une part, les risques d'une exposition potentiellement accrue au virus liés au lieu de résidence (densité de population), aux conditions d'habitat (logement exigu ou surpeuplé) ou associés à la nécessité de travailler hors du domicile, et d'autre part, les effets potentiellement délétères du confinement sur les conditions de vie (recours au télétravail, situation de chômage technique ou partiel, situation financière dégradée) (INSERM, 2020).*

Les conclusions de **Nicole Notat** remises au Ministre des Solidarités et de la Santé le 21 juillet 2020 comportent 4 « piliers » : « transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ; définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ; simplifier les organisations et le quotidien des équipes ; et fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers » (Ministre des Solidarités et de la Santé, 2020a, p. 7).

C'est dans ce dernier pilier que figure une recommandation pour **lutter contre les inégalités sociales de santé**. Elle s'appuie sur plusieurs constats, tels que les inégalités sociales d'espérance de vie ou de santé mentale pouvant être exacerbées par la crise sanitaire, le déficit de soins de proximité et le renoncement aux soins dans les QPV, et la surmortalité liée à la Covid-19 documentée en Seine-Saint-Denis. Il est alors préconisé de « garantir une prise en charge adaptée aux personnes précaires, et notamment à chaque habitant des territoires défavorisés, à l'hôpital comme en ville » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020b, p. 92).

*Entre autres mesures, le rapport de Nicole Notat propose notamment de développer dans les QPV jusqu'à une cinquantaine de « centres de santé participatifs » s'appuyant sur des professionnels des secteurs social, médico-social et associatif d'ici 2022. Il préconise de renforcer les « structures dédiées aux publics sans domicile fixe » en matière d'hébergement et de prise en charge médicale et sociale, tels que les LHSS et les ACT. En matière de santé mentale et de lutte contre les addictions, le renforcement des structures de type Centres de soins, d'accompagnement et de*

*prévention en addictologie (CSAPA) / Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en ville et des Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en milieu hospitalier est également proposé. Le rapport insiste aussi sur l'importance de « recourir aux démarches "d'aller-vers" pour toucher les populations les plus difficiles à atteindre, au travers d'équipes mobiles pluridisciplinaires, en lien avec le tissu associatif » en renforçant les PASS mobiles, les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et en créant des « Équipes mobiles de coordination Santé Précarité (EMSP) » et des « Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Précarité » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020b, pp. 92-93).*

Dans le prolongement de ces recommandations, le Ministre des Solidarités et de la Santé (2020a) a annoncé l'ensemble des mesures découlant du Ségur de la Santé, dont la **mesure N°27** visant à « lutter contre les inégalités de santé ». Le Ministre a partagé sa « conviction [qu'il] n'y a pas d'un côté le soin, les lits d'hospitalisation, la démographie médicale, et de l'autre, la prévention, la promotion de la santé, le travail sur les déterminants. Tout ceci est un continuum, et le Ségur doit permettre d'agir à toutes les étapes » (Véran, 2020, p. 16).

Outre les actions capacitaires qui font écho aux recommandations du Ségur et dont certaines amplifient des mesures initialement annoncées dans la SNPLP (création de places en LHSS, LAM, déploiement de maisons / centres de santé participatifs) (France Stratégie, 2021a, p. 36), est également annoncée dans chaque région une « **gouvernance stratégique de réduction des inégalités** associant l'ensemble des acteurs (usagers, élus, associations, experts...) » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020a, p. 38).

*La mesure 27 du Ségur de la Santé comprend les actions suivantes:*

- *« Renforcer le fond d'intervention régional pour engager des démarches de promotion de la santé adaptées aux travailleurs pauvres et des dispositifs prenant en compte les nouvelles conditions de travail dans l'accès au soin ;*
- *Garantir une prise en charge globale (médicale, psychologique, sociale) à l'hôpital comme en ville grâce à la pluridisciplinarité des équipes : renforcer en temps médicaux et paramédicaux les 400 permanences d'accès aux soins de santé prenant en charge les patients sans droit dans les hôpitaux ; créer 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations des territoires défavorisés, basée sur leur participation au projet du centre et le recours à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat ; créer 500 nouveaux « lits haltes soin santé » pour atteindre 2 600 places d'ici 2022 offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe ;*
- *Recourir aux démarches d'aller-vers pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles ».*
- *Une autre mesure (N°31) est dédiée au renforcement de « l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020a, p. 42).*



Dans les sections suivantes, nous revenons sur quelques étapes-clés qui ont précédé ces annonces et sur ce qu'elles indiquent quant à l'évolution des liens entre les acteurs de santé et de la lutte contre la pauvreté.

### **Les ARS dans un rôle d'entrepreneurs de la lutte contre les inégalités sociales de santé**

Bien qu'il fût prévisible que la crise sanitaire touche davantage les publics les plus précaires et qu'elle renforce les inégalités sociales de santé (Lang, 2021), notre étude indique que ce sont d'abord des **remontées d'information d'acteurs de terrain**, situés dans des territoires défavorisés, alertant les autorités sanitaires sur la dégradation de la situation sanitaire, qui ont contribué à soulever la question des inégalités sociales associées à l'épidémie de Covid-19. Ce processus s'est poursuivi avec l'objectivation de ces constats par des enquêtes régionales et nationales<sup>5</sup> (France Stratégie, 2021b).

Par la suite, il apparaît que les **ARS** ont joué un rôle moteur dans le développement de la mesure 27 du Ségur, non seulement en lien avec le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), mais également avec la DIPLP. À cet égard, certains soulignent plus généralement le **poids politique** accumulé par les ARS depuis leur création en 2009, ce qu'illustre l'attention dont leurs DG et leurs services ont fait l'objet dans la gestion de la crise sanitaire. À ce moment critique, leur intervention s'apparente particulièrement à celle d'un « **entrepreneur** » de politiques publiques (Kingdon, 2011).

*« L'origine de la mesure 27 est partie du terrain, en particulier des ARS [...] qui a, à travers un certain nombre de constats sur l'aggravation des inégalités de santé pendant la crise sanitaire, doublés des études de l'INSERM sur ces sujets-là ont pris la plume, en lien avec le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et la DIPLP, pour rédiger la mesure 27 du Ségur de la santé » (État central).*

*« La réforme de 2004 et la loi HPST de 2009 ont restructuré le système autour des ARS et de l'idée qu'il fallait un chef en haut et un chef local [...]. La mise en route des ARS a été monstrueuse, avec 1 ou 2 ans de délire organisationnel, mais on voit sa réussite. Ce sont les directeurs d'ARS qui se font critiquer pendant le Covid. Cela prouve qu'ils ont pris la main et ont réussi un truc quasi impossible : mettre ensemble Ville, hôpital, assurance maladie, mutuelles... alors qu'ils avaient très peu de moyens et qu'ils ont dû mutualiser » (chercheur).*

---

<sup>5</sup> Dans une note d'étape publiée en octobre 2021, le Comité d'évaluation de la SNPLP revient en détails sur l'ensemble des études qui mettent en lumière, d'une part les inégalités sociales de santé directement associées à l'épidémie de Covid-19 et au confinement, et d'autre part, la progression de la prévalence de la précarité durant cette période reflétée par exemple par une hausse du recours à l'aide alimentaire ou une baisse du taux d'emploi et des revenus chez les jeunes (France Stratégie, 2021b).

### Le secteur associatif peu consulté mais plutôt satisfait

En parallèle et dans une **temporalité serrée** (entre le 25 mai et le 10 juillet), plusieurs acteurs associatifs rapportent avoir été **peu consultés** sur les questions de pauvreté et de santé. Ils soulignent d'une part, que le Ségur de la Santé était plutôt axé sur **d'autres priorités** que les ISS - en particulier les revalorisations salariales - et, d'autre part, que la consultation du secteur a été rapide et collective.

« On a reçu l'information sur la mesure 27. On est dans les groupes où on peut discuter des choses. Il y a des présentations devant les associations et des opérateurs. On a pu réagir et faire remonter des difficultés... Après, on est en visio et on est 50. Mais ça se passe et il y a une volonté de prendre en compte ce qu'on peut dire, après est-ce que ce sera transformé, je ne sais pas » (association).

Il est toutefois fait référence à des contributions écrites de plusieurs **têtes de réseaux associatifs** du champ de la santé publique et des solidarités qui, à cette occasion, ont par exemple demandé une « attention renforcée aux situations de vulnérabilité de publics invisibles ou « relégués » (Société française de santé publique, 2020, p. 1), d'« amplifier l'offre hébergement thérapeutique des personnes à difficultés spécifiques » et de développer les équipes mobiles (FAS, Fédération Addictions, Fédération Santé et Habitat, 2020, p. 4), d'intégrer l'AME au régime général de l'Assurance maladie et d'« améliorer l'accès aux soins des personnes en agissant sur les restes-à-charge en santé » (France Assos Santé, 2020, p. 5) ou encore d'amplifier la prévention auprès des publics les plus vulnérables en s'appuyant sur « les initiatives communautaires, l'accompagnement par les pairs et les démarches "d'aller vers" » (UNIOPSS, 2020).

S'ils se disent plutôt satisfaits de l'arrivée de cette mesure 27 qui n'apparaissait **pas initialement dans la SNPLP**, certains acteurs associatifs regrettent toutefois que les instances de **démocratie en santé** n'aient pas été sollicitées plus tôt ou que certains sujets à caractère social ou médico-social n'aient pas ou peu été traités lors du Ségur du fait d'un « **prisme hospitalo-centré** ».

« Sur la mesure 27, nous on est plutôt satisfaits mais c'est vrai que c'est quand même assez étonnant de voir qu'il faut attendre qu'il y ait un travail en parallèle qui soit mené pour qu'il y ait des mesures santé rattachées à la Stratégie qui n'étaient pas prévues initialement » (association).  
« La Conférence nationale de santé (CNS) qui est porte-parole des usagers n'est presque pas impliquée. Or la déclinaison territoriale de ces mesures [mesure 27], ça concerne aussi les usagers. Et la CNS qui est ce lieu de réunion des acteurs sociaux, médico-sociaux et de santé, qui permet de décroiser n'a jamais été saisie de toute la crise, jusqu'au 30/12/20. Elle n'a pas été saisie sur le Ségur de la Santé. [...] On voit l'écueil d'un prisme hospitalo-centré sur la santé qui ne permet pas d'embarquer ces sujets de santé-précarité avec les acteurs sociaux » (association).  
« Pour "Un chez soi d'abord" [...], le Ségur de la santé est plutôt une catastrophe car il ne s'est occupé que de l'hospitalier et a ensuite réussi à raccrocher les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et quelques établissements sanitaires mais le médico-social et le social n'est pas dedans donc aujourd'hui, et surtout demain, on n'arrivera plus à recruter de soignants car il y a une différence de 183 € nets sur les salaires des débutants » (association).

## ▪ **L'émergence d'une nouvelle dynamique interinstitutionnelle autour de la mesure 27**

Bien que les acteurs de santé et notamment les ARS aient été très mobilisés en vue de l'opérationnalisation de la mesure 27 du Ségur de la Santé, c'est plus particulièrement au positionnement de la DIPLP, des Commissaires et des GT Santé de la SNPLP dans ce contexte que nous nous sommes intéressés. Nous verrons effectivement qu'ils ont pris une part active à ce processus, ayant notamment conduit à la publication de l'instruction du 4 janvier 2021 relative à la mise en œuvre d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé à l'échelle régionale.

### **La DIPLP entre dans le jeu interinstitutionnel de la lutte contre les inégalités sociales de santé**

Dans le prolongement de sa contribution à l'élaboration de la mesure 27 du Ségur de la Santé, la DIPLP est impliquée dans son opérationnalisation au niveau national avec le Ministère des Solidarités et de la Santé (SGMAS, DGOS, DGS) et les DG d'ARS référents pour le Ségur de la Santé et pour les questions de prévention-promotion de la santé. Cette **nouvelle dynamique interinstitutionnelle** apparaît certes portée par les acteurs de santé, mais la **DIPLP** y prend pleinement part, que ce soit à travers une participation aux GT mis en place, la transmission d'informations auprès des Commissaires et des GT Santé en vue de la nouvelle gouvernance stratégique, et à travers la co-rédaction d'une instruction ministérielle relative à cette gouvernance. Ces engagements illustrent le type de **ressources** (relationnelles, informationnelles, normatives) (Lemieux, 2009, pp. 24-25) dont dispose la DIPLP dans cette nouvelle dynamique.

« *Donc il y a eu une réflexion menée plutôt à l'origine sur le terrain, complétée par des analyses d'autres ARS, qui ont été amenées à faire des propositions lors de l'élaboration du Ségur en mai-juin 2020 avec une initiative et une volonté de créer une gouvernance nouvelle. C'est sur cette base que le SGMAS, avec les ARS et la DIPLP, a travaillé à la rédaction de cette instruction* » (État central).

### **Ouverture de la mesure 27 aux Commissaires et aux GT de la SNPLP**

Au-delà de l'implication de la DIPLP dans l'élaboration de la mesure 27 du Ségur de la santé au niveau national, cette dynamique interinstitutionnelle infuse jusque sur les **territoires** de façon verticale par la participation des référents PRAPS à des réunions associant dorénavant non seulement les Directions du Ministère des Solidarités et de la Santé (DGOS/DGS) mais aussi la DIPLP et la DIHAL. Des acteurs de santé évoquent à cet égard une évolution du prisme par lequel les problématiques sont abordées, plus ouvert à une logique **intersectorielle**, mais aussi un cadre de collaboration plus « formalisé » et incarné dans les relations qui en découlent avec le Commissaire en région.

« *La mesure 27 comporte deux volets : une mesure capacitaire très claire, qui vise à compléter un certain nombre de dispositifs, les outils classiques que les PRAPS ont décliné depuis des années*

*qui sont en termes quantitatifs nécessaires à compléter [...], et une réflexion plus stratégique de gouvernance consistant à sortir les questions de santé de leur simple analyse sous l'angle du « care » ou du « parcours » et d'avancer vers une articulation plus établie avec les autres acteurs, notamment ceux de l'exclusion et des déterminants des inégalités de santé, l'emploi, le logement, les syndicats » (État central).*

*« Avec la crise et le Ségur de la Santé, les réunions du PRAPS se sont élargies à un travail pauvreté-précarité-mesure 27 intégrant des réunions mensuelles avec la DIPLP, la DIHAL, la DGS, la DGOS et la DGCS : c'est un peu nouveau et ça remet la santé dans un continuum de parcours de soins et de santé au sens large, y compris dans la réflexion sur l'emploi, l'hébergement ou d'autres sujets. [...] Avant la crise les liens entre ARS et DIPLP étaient moins important qu'aujourd'hui : c'était moins institutionnalisé, formalisé et aussi moins fortement ancrée que ça ne l'est maintenant. Ce n'est pas que lié à la crise mais aussi à la montée en lisibilité de ce que peut faire un CLP en région » (État local).*

Cette dynamique interinstitutionnelle à l'interface des champs de la santé et du social s'installe aussi de manière plus horizontale en région où, comme nous l'avons déjà souligné, le rôle de facilitateur du **Commissaire** est souvent apprécié, mais parfois perçu comme un interlocuteur supplémentaire. D'où l'importance de les associer à la territorialisation de cette mesure 27.

*« On a présenté aux Commissaires les mesures de la mesure 27 car le lien n'est pas toujours facile entre Commissaire et ARS » (État central).*

Par ailleurs, dans certains cas, les **GT Santé** de la SNPLP ont été associés à cette démarche de territorialisation de la mesure 27, avec le souci de faire un lien avec les travaux développés par le passé, qu'il s'agisse d'une reprise d'actions existantes dans le cadre du PRAPS ou de collaborations plus novatrices (ex. avec l'Éducation nationale) qu'ils avaient générés.

*« Certaines actions plus ou moins nouvelles ou retravaillées des GT ont fait l'objet d'une reprise par l'ARS et été identifiées comme devant être mises en œuvre dans le Ségur de la santé : c'est venu alimenter les réflexions de l'ARS dans la mise en place du Ségur de la santé et de la nouvelle gouvernance » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

*« Cette mesure 27 est une opportunité intéressante car elle apporte des éléments de réponse aux axes 2 et 3 de la feuille de route du GT 6. [...]. Elle reprend des orientations de la feuille de route. Elle est rassurante pour les acteurs : elle leur montre que leur travail va être repris et mis en partie en œuvre sur le territoire » (Département).*

Enfin, les **crédits** associés à la mesure 27 pour lutter contre les inégalités de santé visent à renforcer des dispositifs d'accès aux soins de proximité pour les publics démunis (PASS, LHSS, ACT) lesquels étaient affichés dès le départ dans le cadre de la SNPLP, ce qui reflète une forme de **convergence** de l'une et de l'autre sur les **outils** à mobiliser sur cette problématique.

*« Le comité de coordination interne sous l'autorité du DGA de l'ARS comprenant les directions métiers et les DD de l'ARS traitent de la mesure 27, et ce qui est de l'ordre de la gouvernance stratégique et le calendrier des actions afin d'obtenir des crédits associés [...]. L'élaboration de la*

*mesure 27 reprend et renforce les axes premiers de la Stratégie pauvreté sur la santé : elle leur donne du sens et du poids » (État local).*

Toutefois, sur le fond, des **réserves** sont parfois émises en lien avec le caractère peu novateur des mesures globalement déployées dans le cadre du Ségur de la Santé pour réduire les ISS. Dans leur ensemble, elles ne permettraient pas de prendre suffisamment en compte l'ensemble du gradient social de santé et se limiteraient à viser une réduction des inégalités en matière d'offre de soins pour les publics les plus vulnérables. Dans certaines régions, les Commissaires et les ARS se sont d'ailleurs entendus sur le fait qu'il convenait de dépasser ce cadre restreint.

*« Le Ségur de la santé "réinvente" la lutte contre les ISS alors que lorsqu'on a constitué les ARS, l'une des missions premières, c'était la lutte contre les ISS. [...] Sauf que la question c'est : "qu'est-ce qu'on a fait de cette ambition ?" Quand on voit par exemple l'instruction sur les investissements courants des établissements hospitaliers<sup>6</sup>, l'approche que l'on en a faite, c'est une approche territoriale, consistant à savoir comment financer certains équipements dans les territoires qui en sont dépourvus. On n'est pas dans les ISS. Ça y participe mais on n'est pas dedans » (État local).  
« On voit que l'on prend un prisme très "santé-précarité" alors même que les inégalités de santé peuvent concerner d'autres publics et on voit d'ailleurs dans le Ségur une petite ligne – histoire de dire qu'on ne les a pas oubliés – sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Mais on voit que les inégalités de santé ne sont pas prises dans un prisme d'ensemble, c'est un peu restreint » (association).*

*Avec l'ARS, il convient « d'élargir la focale par rapport aux très précaires, et revenir à l'essence de la santé publique » afin d'agir aussi par exemple pour les travailleurs pauvres, qui se situent « dans une situation intermédiaire. [...]. Cette ambition revient à l'idée initiale de la SNPLP, qui n'était pas axée sur les plus pauvres des plus pauvres » (Commissaire).*

#### **Instruction du 4 janvier 2021 relative à la mise en œuvre d'une gouvernance stratégique**

Les conditions d'opérationnalisation de la mesure 27 apparaissent dans l'**instruction du 4 janvier 2021** relative à « la mise en œuvre d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé à l'échelle régionale ». Cette instruction découlant du Ségur de la Santé rappelle, données probantes à l'appui<sup>7</sup>, l'importance de **lutter contre les inégalités sociales de santé** exacerbées dans le contexte de crise sanitaire. Elle positionne cet effort en lien avec ce qui est déjà entrepris dans le cadre des Politiques et programmes de santé (ex. Stratégie nationale de santé 2018-2022, plan national « Priorité-Prévention », Stratégie « Ma Santé 2022 », feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », PRS incluant le PRAPS, les PTSM et CLS). L'articulation avec la SNPLP est également

<sup>6</sup> Voir à cet égard l'Instruction N° DGOS/PF1/2021/4 du 4 janvier 2021 relative aux crédits dédiés à l'investissement du quotidien des établissements de santé et à la réduction des inégalités de santé, dans le cadre du Ségur de la santé et du plan investir pour l'hôpital.

<sup>7</sup> En s'appuyant sur différents travaux et études de l'INSERM et de la DREES, une emphase est faite sur « la persistance voire l'aggravation [des] inégalités en santé » dans le contexte de la crise sanitaire en lien avec les conditions de logement, de transport, de travail, d'accès aux soins ou de renoncement aux soins de certains groupes de la population ou dans certains territoires défavorisés sur le plan socioéconomique (Instruction du 4 janvier 2021 relative à la mise en œuvre d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé à l'échelle régionale, p. 2).

explicite. L'instruction est d'ailleurs co-signée par le Secrétariat général du Ministère des Solidarités et de la Santé et la DIPLP. En écho à la mesure 27 mais aussi aux mesures de santé initialement annoncées dans la SNPLP, les quatre axes de l'instruction visent le renforcement de la gouvernance régionale sur les inégalités de santé, le déblocage de crédits pour des actions ciblées dans le cadre du FIR, le renforcement des dispositifs d'accès aux soins de proximité, et leur déclinaison dans une logique « d'aller vers »<sup>8</sup> :

*« La lutte contre les inégalités de santé, telle que présentée dans la mesure 27 du Ségur de la santé, vise à poursuivre ces efforts selon quatre axes, en complément de la mesure 31 du Ségur de la santé visant à renforcer l'offre de soutien psychologique de la population :*

*- La mise en place d'un cadre renforcé de gouvernance stratégique régionale, dédiée à la lutte contre les inégalités de santé, associant l'ensemble des acteurs sous l'égide de l'agence régionale de santé ;*

*- Le financement par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) d'actions ciblées visant à traiter ces inégalités de santé dans les territoires ;*

*- La garantie d'une prise en charge plus globale des patients, notamment les plus précaires et / ou ceux confrontés aux addictions ou troubles psychiques, en ville comme à l'hôpital, à travers la création de 500 « lits halte soins santé » supplémentaires et de 60 centres et maisons de santé participatifs, le renforcement des dispositifs de lutte contre les addictions (CSAPA, CAARUD, ELSA) et des 400 permanences d'accès aux soins de santé (PASS).*

*- Le recours aux démarches "d'aller vers" pour toucher les plus exclus grâce à des équipes mobiles pluri-disciplinaires renforcées, notamment constituées autour d'un binôme "santé – social" (équipes mobiles psychiatrie précarité et santé précarité, ACT à domicile, SSIAD précarité, LHSS et PASS mobiles) » (Extrait de l'instruction du 4 janvier 2021, pp. 2-3).*

Notre étude confirme que cette instruction a été développée conjointement par le SG du Ministère des Solidarités et de la Santé et la DIPLP, avec le **souci d'une action plus concertée et décloisonnée** entre les démarches de santé portées dans le cadre du PRAPS, des CLS ou des ASV et celles initiées par les GT Santé dans le cadre de la SNPLP. Dans cet effort conjoint, la DIPLP entend jouer un rôle de pilotage au niveau national tandis que dans les territoires, les ARS sont pleinement remobilisées sur le plan stratégique et technique en « étroite association » avec les Commissaires à la lutte contre la pauvreté pour générer de la transversalité entre les différentes politiques sociales.

*« L'instruction [...] vise à remettre sous l'égide de l'ARS la coordination de tout ce qui était accès aux soins des plus démunis et la création d'une gouvernance spécifique, issue du Ségur de la Santé, la mesure 27, avec des canaux de financement qui permettait de mieux articuler les différents acteurs en matière de gouvernance des inégalités territoriales en santé [...]. Le lien a été important entre SGMAS et DIPLP à l'origine de la création de l'instruction. Il y a eu des réunions de concertation régulières [...], un travail d'animation des réseaux respectifs. Du côté DIPLP, les Commissaires, du côté SG, ARS en particulier les Directions santé publique (DSP), Directeurs*

---

<sup>8</sup> Selon l'instruction, le financement associé s'élève en 2021 à 20 millions d'euros pour l'axe 2 (FIR) et à 80 millions d'euros pour les axes 3 et 4 dédiés au renforcement de dispositifs.

*stratégie ou référents PRAPS qui ont été les interlocuteurs ainsi que les DG ARS référents pour pouvoir faire des allers-retours sur ce texte, coordonner les travaux par rapport à la mise en œuvre des actions à financer. Donc cela a été un vrai travail de partenariat » (État central).*

*« La crise a permis de revoir la problématique de la gouvernance puisqu'on constatait d'un côté des GT animés par les Commissaires, de l'autre côté des PRAPS et CLS pilotés par les ARS et des politiques menées par les collectivités au travers notamment des ASV qui ne se parlaient pas beaucoup. Donc la DIPLP a piloté la mesure 27 de lutte contre les inégalités de santé du Ségur. Il y avait pour objectif premier de revoir la gouvernance [...] en laissant une grande souplesse aux ARS dans sa mise en place [...] avec pour objectif de rassembler autour de la table tous les acteurs luttant contre les ISS (usagers, élus, représentants syndicaux, acteurs associatifs, gestionnaires de structures accompagnant des publics précaires, assurance maladie, préfets...), sous un pilotage assez logique de l'ARS en relation étroite avec les Commissaires qui ont l'avantage d'apporter de la transversalité entre les différentes politiques sociales - ils sont en lien étroit avec les CAF ou les préfets quand les ARS le sont moins » (État central).*

Pour mettre en œuvre les mesures annoncées, l'instruction fait référence à des **solutions potentiellement préexistantes**. À leur demande, elle laisse la possibilité aux ARS de créer une instance *ad hoc* ou de s'appuyer sur la **commission de coordination des politiques (CCPP)** dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI, qui, sous l'égide de l'ARS, associe les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale. Une autre option est de s'appuyer sur la commission spécialisée « prévention » ou « santé précarité » de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (**CRSA**). Les élus locaux, les associations, des représentants de citoyens-usagers, les PDEC ou les sous-préfets chargés de la politique de la ville devront être inclus dans cette nouvelle gouvernance. Sur le plan financier, avoir recours à des dotations additionnelles du **FIR** pour les ARS permet d'utiliser des canaux existants.

*« L'origine même de cette instruction est partie du terrain avec l'idée qu'il fallait créer une comitologie à géométrie variable selon les territoires, certains étant [...] dans une ambition de créer une instance ad hoc avec un comité scientifique sur tout ce qui est gouvernance et inégalités de santé. D'autres insistant plutôt sur l'importance de partir de leurs instances existantes : COPIL PRAPS, CCPP, CRSA ou autres instances de manière à pouvoir servir d'instance de coordination de ces acteurs tels qu'ils sont cités dans l'instruction » (État central).*

Dans l'instruction comme dans certains témoignages recueillis, l'existence des **GT Santé** dans le cadre de la SNPLP et divers **diagnostics territoriaux en santé**, déjà réalisés, sont mentionnés comme des points d'appui ou de départ utiles à la mise en œuvre de cette instruction.

*« Les nouvelles gouvernances sont censées remplacer les GT. On a le souhait de ne pas démultiplier les instances » (État central).*

*« Les déterminants sociaux des inégalités de santé ont été bien mis en évidence dans les diagnostics locaux de santé qui ont précédé les CLS [...]. La concrétisation en actions CLS peut permettre d'avancer plus rapidement sur la coordination des acteurs pour avancer sur la réduction des inégalités de santé, comme en matière de lutte contre l'habitat indigne par exemple.*

*D'autres dispositifs, par exemple le Plan santé Seine-Saint-Denis et le rapport sur lequel il s'est appuyé ont permis d'identifier les déterminants sur lesquels agir ensemble » (État central).*

Toutefois, si cette **instruction** est venue **dissiper le flou** entourant les actions annoncées dans la mesure 27, certains **relativisent le caractère novateur** des mesures détaillées puisqu'un renforcement des démarches d'aller-vers était demandé depuis de nombreuses années. Ils regrettent également le peu de dialogue et de précisions s'agissant des centres de santé participatifs à mettre en place :

*« Sur la mesure 27, c'était flou en juillet [2020] au moment des annonces, même s'il y a eu des choses sur tous les piliers. C'est en janvier [2021] qu'on a eu le détail des actions (PASS, EMPP, etc.). Mais il y a toujours un peu de communication dans les annonces. Nous, ça fait plusieurs années qu'on pousse aux possibilités d'actions hors les murs (LHSS, ACT, etc.) et ça a été acté dans un décret le 31/12/20. Cette possibilité "d'aller vers" a été inscrite. Il y a aussi un renforcement des structures en addictologie, à la fois les ELSA en milieu hospitalier mais aussi les CSAPA et les CAARUD : pour nous ça balaye pas mal de champs. Par contre il y a des flous par exemple sur les centres de santé participatifs, on n'a pas été concertés là-dessus » (association).*

En complément, la **mesure 31** du Ségur de la Santé avait pour objectif de renforcer l'**offre de soutien psychiatrique et psychologique** de la population, compte-tenu des problématiques de santé mentale révélées par la crise sanitaire. Pour cela, une autre instruction<sup>9</sup> visait la mise en œuvre d'un dispositif de renforcement des MSP et des centres de santé (CDS) par le recrutement de 200 équivalents temps plein (ETP) de psychologues. Elle prévoyait une pré-sélection des structures par les ARS en tenant compte du PTSM et de l'offre existante dans les QPV. Le financement du dispositif était prévu également dans le cadre du FIR. Ces aspects ont fait l'objet d'une **concertation avec les parties-prenantes**. Certaines soulignent le **périmètre restreint** des mesures retenues en raison de leur coût :

*« Il y a aussi des mesures santé mentale incluses dans ce package éclectique avec des recrutements de psychologues en maisons et centres de santé : c'est clairement parce que l'Assurance Maladie ne peut pas annoncer le remboursement des séances de psychologues tous azimuts donc il y a un périmètre plus restreint qui est prévu sur ce recrutement et ça on a été très concertés pour le coup au niveau des centres de santé et l'instruction vient d'être publiée » (association).*

#### ▪ **Une mise en œuvre de la nouvelle gouvernance stratégique, progressive et différenciée**

Nos investigations suggèrent que l'instruction du 4 janvier 2021 relative à la mise en œuvre d'une gouvernance stratégique sur les inégalités de santé à l'échelle régionale est venue **confirmer le rapprochement entre institutions de santé et acteurs de la SNPLP**, en plaçant les ARS au cœur du dispositif, avec le concours attendu des CLP et la participation d'autres acteurs (services

---

<sup>9</sup> Instruction N°DSS/SD1/DMSMP/2021/101 du 17 mai 2021.



déconcentrés, collectivités, organismes de protection sociale, associations, etc.). Néanmoins, la nouvelle gouvernance détaillée dans l'instruction a été mise en œuvre de façon très progressive, les ARS étant fortement mobilisées par la gestion de la **crise sanitaire**. Son installation dépendait également des **liens déjà tissés et des réflexions engagées au préalable** par les parties-prenantes, variables d'une région à l'autre.

#### L'installation de la gouvernance freinée par la crise sanitaire et fonction des coopérations préexistantes

Plusieurs interlocuteurs expliquent le délai de mise en place de la gouvernance relative aux inégalités de santé par le contexte de crise sanitaire et la **campagne de vaccination** mobilisant fortement les ARS depuis plusieurs mois. Il s'agirait aussi d'un **délai d'acculturation**, puisque les ARS n'ont pas nécessairement de liens étroits avec les Commissaires et divers autres acteurs de la lutte contre la pauvreté devant être associés à cette gouvernance.

« En début d'année il y a eu une instruction aux ARS et préfets pour mettre en place une gouvernance stratégique. [...]. Bon, les ARS sont très mobilisées sur la vaccination mais on voit que ce n'est ni la priorité au national ni en région et au-delà, il y a une difficulté à mobiliser » (association).

« En pleine gestion de crise, c'était complexe de mettre en place cette instance qui nécessitait un temps de concertation, d'apprivoisement d'acteurs mal connus des ARS, un temps de concertation avec les Commissaires parce que l'idée c'est vraiment une instance co-pilotée ARS et Commissaires de manière à mutualiser les réseaux et les leviers de politiques publiques de part et d'autre. [...]. Certains dialogues n'ont pas pu se faire faute de disponibilité des équipes ARS : ces six derniers mois, elles étaient très mobilisées sur la création de centres de vaccination » (État central).

Par ailleurs, certaines ARS auraient été **davantage préparées** que d'autres à la mise sur pied d'une telle instance, compte-tenu de leurs habitudes de coopération et de coordination intersectorielle, des problématiques d'ISS rencontrées sur leur territoire, de leur accès à certains partenaires (associatifs, scientifiques, etc.), de leur implication dans le cadre du Ségur de la Santé ou de leur leadership et de leur volontarisme en la matière **avant même la mesure 27**.

« Dans la mise en place, si toutes les régions agissent sur le sujet des inégalités de santé, certaines peuvent être plus actives en lien avec les projets locaux ou parce qu'elles ont plus de moyens pour faire vivre ces instances (ex : faciliter à mobiliser des experts). À l'inverse, certaines peuvent avoir plus de mal à mettre en place la coordination inter-acteurs notamment car elles ont plus l'habitude d'avancer seules sur ces sujets » (État central).

« Lorsque les gouvernances ont été proposées par les ARS, on voit bien que pour certaines les choses ont été discutées en amont de la mesure 27, qu'il y a déjà des liens tissés ou des stratégies partagées alors que pour d'autres régions cela a été le temps d'une mise en place qui n'est pas encore terminée » (État central).

### Un cadrage flexible conduisant à deux tendances : capitaliser sur le PRAPS ou monter une instance *ad hoc*<sup>10</sup>

En dépit des contraintes susmentionnées, les ARS des régions étudiées semblaient **toutes avoir au moins posé les bases** de cette instance stratégique mi-2021 même si son origine (*ad hoc*, PRAPS, CRSA ou CCPP), sa composition et son mode de fonctionnement restaient parfois à préciser. La souplesse autorisée par l'instruction semble d'ores et déjà donner lieu à une diversité de configurations assumée au niveau national afin de tenir compte des spécificités territoriales. Selon les personnes enquêtées, **deux grandes tendances** se dégageraient à peu près à parts égales. La première consiste à s'appuyer sur des instances préexistantes, telles que le comité de pilotage du PRAPS et la seconde consiste à créer une instance *ad hoc*.

*« L'intérêt de l'animation du réseau par la DIPLP va être de faire émerger des pratiques fonctionnant dans certains territoires pour que les autres voient si c'est pertinent de les mettre en place. Il n'y a pas de volonté d'harmoniser ou d'aplanir les politiques car on voit que certains mettent en place des choses répondant aux problématiques spécifiques de leur territoire ».*

*« On a commencé à faire un premier bilan de la construction de cette gouvernance [...]. Les ARS se répartissent à peu près moitié-moitié entre instances *ad hoc* à préciser dont très peu sont en réalité réunies [début juin 2021] et appui sur des instances existantes, beaucoup de type COPIL-PRAPS élargi à de nouveaux acteurs ».*

*« Aujourd'hui [mi-septembre 2021] on a assez peu de recul. Un premier bilan montre que la totalité des ARS a mis en place une instance dans le cadre de l'instruction : la moitié a créé une instance *ad hoc*, l'autre est répartie d'une structure existante en élargissant son cadre. [...] Il y a eu assez peu de réunions de ces instances pour l'instant, la gouvernance est mise en place mais ne fonctionne pas encore complètement ».*

Par exemple, en **Bourgogne-Franche-Comté** les parties-prenantes se sont inscrites dans la première tendance, en faisant le choix d'élargir le comité stratégique du PRAPS. Ainsi, selon l'ARS, la première réunion de « l'instance régionale stratégique pour la lutte contre les inégalités sociales de santé » a eu lieu le 13 octobre 2021 sous la « co-présidence » du DG de l'ARS et du CLP. L'événement a associé « l'ensemble des acteurs de la santé (médecins, CPAM, CCAS, Centres de santé, CHU [Centres hospitaliers universitaires], Fédération des maisons de santé, URTS, IREPS, URPS [Unions régionales des professionnels de santé]...), collectivités (conseil régional, conseils départementaux, Métropole de Dijon), UDCCAS [Union départementale des centres communaux d'action sociale], FAS, CRPA [Centres régionaux des personnes accueillies et accompagnées], URIOPSS, et services de l'État (DREETS, DISP [Direction interrégionale des services pénitentiaires]) » (ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2021a). Une tendance analogue se dessinerait en **Martinique** où, de surcroît, il n'existe pas de CCPP.

*En Bourgogne-Franche-Comté, « on a revu le comité stratégique du PRAPS en intégrant des nouvelles institutions. Des groupes de travail issus de ce comité seront en charge du suivi et de la relance de la territorialisation ».*

---

<sup>10</sup> Dans cette section, où notre analyse est régionalement située, nous ne mentionnons pas les catégories d'acteurs associées aux extraits d'entretiens que nous citons afin de préserver le caractère anonyme des témoignages.

*En Martinique, le choix pressenti est celui « d'une seule gouvernance pour le PRAPS, la SNPLP et la mesure 27 » sous le co-pilotage du DG de l'ARS et de la Sous-Préfète pour faire plus de liens, rendre lisible la Stratégie et mettre en exergue la cohérence entre les différents niveaux.*

En **Île-de-France**, au contraire, le choix serait plutôt de positionner cette instance stratégique en dehors du PRAPS, afin qu'elle ne se concentre pas uniquement sur les besoins des personnes les plus vulnérables. La volonté de l'ARS **Bretagne** semble aller dans la même direction, même si le recoupement avec d'autres groupes préexistants de la nouvelle instance réunie pour la première fois le 25 juin 2021 sous la présidence conjointe du DG de l'ARS et du Commissaire serait à préciser. Au moment de notre enquête, un comité et une commission *ad hoc* étaient en cours de constitution, respectivement en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et en **Occitanie**. Dans les deux cas une participation de représentants des commissions spécialisées de la CRSA était prévue.

*En Île-de-France, « l'ARS positionne la gouvernance [de cette instance] de façon autonome, indépendante, hors du PRAPS, avec un co-pilotage par le Préfet de Région, le Commissaire, le DG de l'ARS et la DRIHL [Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement] afin de stimuler de nouveaux partenariats (par ex. travail auprès des femmes sans logement, dans les maternités, etc.). L'objectif est de sortir du PRAPS et d'avoir une approche plus large ».*

*En Bretagne, l'ARS a annoncé le 25 juin 2021 l'installation d'une instance stratégique régionale "inégalités sociales de santé". Cet événement a réuni des représentants des services déconcentrés, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie, d'associations professionnelles, des experts et des représentants d'usagers. L'objectif était « plus large que le déploiement de dispositifs pour les plus démunis et vis[ait] notamment à s'assurer que les politiques de santé bénéficient de manière équitable à toutes les catégories sociales ». (ARS Bretagne, 2021a).*

*En PACA, « la gouvernance stratégique de l'ARS [...] ne fonctionne pas encore mais ils sont en train de constituer le comité ad hoc. Le choix a été validé et présenté au Comité de l'administration régionale et à la CLP. Ils échangent sur les choix institutionnels présidant à la constitution de ce comité. [...]. Les Présidents des commissions spécialisées du CRSA [devraient] intégr[er] le comité de gouvernance stratégique [...]. L'ARS propose que deux membres de la CCPP y soient représentés, par l'Éducation nationale et le réseau des solidarités (DREETS) ».*

*En Occitanie, la « Mission de lutte contre les ISS » s'inscrit dans le prolongement du PRS, de la SNPLP et du Ségur de la Santé et repose sur un Délégué à la lutte contre les ISS auprès du DG de l'ARS, un « groupe projet » interne à l'ARS et une Commission régionale de lutte contre les ISS dont la composition (proposée) inclurait des acteurs institutionnels (ARS, Commissaire, Préfets, services déconcentrés, collectivités territoriales), des organismes de protection sociale, des élus, des acteurs de santé et des représentants d'usagers (en lien avec la CRSA) (ARS Occitanie, 2021a).*

## Une dynamique interinstitutionnelle et une approche basée sur les déterminants sociaux de la santé à confirmer

Globalement, compte-tenu des différences de degré et de format de mise en œuvre de cette instance stratégique selon les régions, il est **trop tôt pour tirer des conclusions** (mi-2021) quant à sa contribution réelle au développement d'une dynamique interinstitutionnelle à l'interface des champs de la santé et du social.

« Sur la plus-value de la SNPLP, c'est très difficile de répondre car on a des échos où dans certaines régions cette dynamique a été fructueuse, avec une alliance objective entre ARS et CLP qui a permis de créer de nouveaux liens et d'autres où cela a moins pris et où on a le sentiment peut-être que les priorités de certaines ARS n'étaient pas forcément les mêmes que celles du CLP. [...] ça reste beaucoup trop tôt pour dire si l'alliance objective entre le monde de la santé et les représentants de cette SNPLP [ont porté leurs fruits] » (État central).

Des acteurs de santé repèrent d'ores et déjà dans la création de cette instance stratégique, une opportunité concrète pour les ARS et les **acteurs de l'Assurance Maladie de revenir dans le jeu** de la SNPLP et de rejoindre le CLP, alors même qu'ils s'étaient sentis peu interpellés au lancement de la Stratégie.

« La mesure 27 donne les moyens et une ligne nationale, permet d'outiller l'ARS pour trouver une place dans la SNPLP » (État local).

« Avec le Ségur de la santé, la [gouvernance sur les inégalités de santé] a été rénovée et élargie [...]. On a vraiment une instance de pilotage qui regroupe les acteurs de la lutte contre la précarité, et notamment la précarité en santé. Sur ces sujets-là, on ne peut pas avancer sans la Préfecture, l'ARS, le Commissaire sur la partie Stratégie pauvreté. On a une instance plutôt bien constituée avec les acteurs dont la mission 1<sup>ère</sup> est d'agir en faveur de l'accès aux droits à la santé et de lutter contre la pauvreté. Cette instance peut avoir un rôle important de coordination » (organisme de protection sociale et d'emploi).

Cependant, d'autres acteurs, notamment associatifs, s'interrogent sur **l'effectivité de cette gouvernance partagée au niveau régional**, pourtant essentielle au déploiement d'une stratégie de réduction des ISS cohérente et coordonnée au niveau local. Selon certains, le poids que devra avoir la DIPLP dans le **pilotage national** de cette dynamique et le nécessaire **rapprochement** qui devra s'opérer entre les ARS et les Commissaires sont des conditions qui ne sont pas nécessairement remplies de prime abord. Elles constituent donc des points de vigilance<sup>11</sup>.

« Au niveau régional, la nouvelle gouvernance a pour objectif d'impulser une dynamique et de donner de la cohérence mais l'objectif est que ça se diffuse au niveau local car la mise en œuvre se fait au niveau local et départemental. Mais si le niveau régional n'indique pas comment avancer, on va continuer à être dans un fonctionnement disparate » (État central).

---

<sup>11</sup> À titre illustratif, des événements régionaux récents ayant pour objet central la réduction des ISS animés par des acteurs de la promotion de la santé avec le soutien de l'ARS ne semblent pas explicitement associés à la SNPLP ou impliquer les Commissaires à la lutte contre la pauvreté dans leur organisation ou à leur programmation (CRES PACA et al., 2021, PromoSanté Pays de la Loire, 2021).

« Je m'interroge sur le fait que cette mesure [27] ait été rattachée à la DIPLP [...]. Est-ce que ça aurait eu plus de poids si cela avait été piloté directement par une administration du Ministère concerné qui a plus de poids sur les ARS que la DIPLP? [...]. Par ailleurs, au [niveau] régional ce sont les ARS qui sont pilotes mais elles doivent se mettre en lien avec les CLP. Récemment j'ai eu une [antenne régionale] au téléphone qui m'a dit que ça allait être compliqué car pour le moment il y a très peu de lien, voir aucun, entre l'ARS et le Commissaire » (association).

Sur le fond, le positionnement de cette instance de gouvernance varie aussi d'une région à une autre, ce qui ne serait pas sans lien avec l'origine de son élaboration. Il semblerait que là où l'inertie du PRAPS est importante, l'orientation stratégique des travaux ciblerait plus particulièrement la réduction des inégalités d'accès aux droits et aux soins pour les publics les plus fragiles dans la **continuité** des démarches préexistantes.

En Bourgogne-Franche-Comté, l'ARS indique que « dans la continuité du PRAPS et de la SNPLP », l'instance « vise à fédérer le plus grand nombre d'acteurs (ceux du PRAPS et de nouveaux) afin de mettre en œuvre un plan d'action dont la priorité sera "la promotion de la santé notamment pour les publics les plus fragiles" » (ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2021a).

« Sur les options possibles pour la nouvelle gouvernance, on sait qu'il y a parfois des instances autour du PRAPS en région qui associent bien les acteurs de la lutte contre l'exclusion mais on voit bien qu'il y a de gros cloisonnements qui empêchent quand même des actions en matière de santé précarité » (association).

Dans l'intention, les instances *ad hoc* ou semblant tout au moins s'émanciper du PRAPS auraient tendance à insister sur l'importance d'agir dans une **logique d'universalisme proportionné**, en ne se limitant pas à des actions qui cibleraient les publics les plus fragiles mais en considérant l'ensemble du gradient social de santé d'une part et, au-delà des inégalités d'accès aux soins, en élargissant la lutte contre les ISS à l'ensemble des déterminants sociaux de la santé (ex. petite enfance, logement, emploi etc.) d'autre part.

Par exemple, en Bretagne, lors du lancement de l'instance stratégique, l'ARS précisait que « l'articulation des politiques publiques, les actions universelles et proportionnées sont des leviers pour diminuer l'effet des déterminants sociaux sur la santé des Bretons. Ainsi, le Ségur des inégalités renforce les actions et dispositifs ciblés vers les publics les plus démunis déployés dans le cadre du PRAPS, mais prévoit également de nouvelles mesures de réduction des inégalités sociales de santé [...] » (ARS Bretagne, 2021a).

De façon analogue, en Occitanie, la Mission de lutte contre les ISS insiste sur le fait qu'agir sur les ISS « ce n'est pas seulement agir sur les inégalités d'accès aux soins ou sur les inégalités territoriales. C'est agir sur l'ensemble des déterminants de la santé, l'accès et la qualité des soins sont évidemment un déterminant de la santé, mais sont parmi un grand nombre d'autres déterminants qui ont d'autant plus d'impact sur la santé de l'individu comme l'accès ou la salubrité du logement, le revenu, l'emploi, les conditions de vie sociales et familiales, la génétique, les comportements) ». Ce n'est pas seulement « agir sur la santé des populations les plus précaires » mais sur « l'ensemble de la population » et, en cela sur « le gradient social de santé » (ARS Occitanie, 2021a, p. 4).

▪ **Une mobilisation de nouveaux crédits stimulante mais des défis de mise en œuvre**

Outre l'installation d'une nouvelle instance de gouvernance stratégique, l'instruction du 4 janvier 2021 annonce un renforcement des dispositifs d'accès aux soins pour les publics fragiles ou difficiles à rejoindre. Nous allons voir que cette mobilisation de ressources, composée d'une part de crédits FIR pour le déploiement d'actions ciblées en lien avec la nouvelle gouvernance, et d'autre part du renforcement de dispositifs classiques et du développement d'une démarche « aller-vers », est **globalement bien accueillie** par les acteurs de terrain, bien que la méthode, les délais et l'articulation du déploiement de ces différents moyens posent question.

**De nouveaux crédits FIR pour opérationnaliser la nouvelle gouvernance et favoriser des actions innovantes**

L'instruction du 4 janvier 2021 précise que le financement par le FIR d'actions ciblées visant à lutter contre les inégalités de santé s'élève à 20 millions d'euros en 2021 pour l'ensemble du territoire. Intégrés à « l'enveloppe protégée prévention » et complémentaires aux crédits PRAPS, l'instruction indique qu'il s'agit de « crédits d'intervention ou de prestations sur la base d'appels à projets qui pourront permettre de financer des actions expérimentales de prévention primaire ou secondaire » (Instruction du 4 janvier 2021, p. 5).

Bien que ces développements soient en cours, ce renforcement des crédits FIR est perçu comme un **incitatif** à mettre sur pied la nouvelle gouvernance stratégique et un outil pour **incarner concrètement et rapidement** par des actions de terrain concertées, en s'appuyant possiblement sur des cadres d'intervention préexistants (ex. CLS, CPTS, PTSM, Politique de la ville, etc.).

*« Il y a quand même 20 millions d'euros, à la clé, pérennes, des listes d'actions susceptibles de pouvoir émaner de cette nouvelle gouvernance qui ont été proposées. Donc on a d'ores et déjà une déclinaison opérationnelle qui se traduit – pas partout – mais qui se traduit par des actions qui vont mettre en avant cette nouvelle coordination » (État central).*

*« Pour l'instant [les instances issues de l'instruction du 4 janvier] ont surtout poursuivi des actions déjà entamées, mais en partage avec les préfets et les CLP » (État central).*

*« Sur les crédits qui sont donnés via le FIR, on va développer des AMI pour développer des actions rendant visible notre intervention. [...] Les actions de lutte contre les ISS se feront à un niveau territorial, pas à l'échelle régionale, en s'appuyant notamment sur les CPTS et les CLS et avec l'intervention des DT-ARS qui vont mener ces démarches intersectorielles (ex. avec la CPAM) à un niveau beaucoup plus fin » (État local).*

En contrepoint, à l'extérieur de la sphère institutionnelle, le **déploiement** d'AAP et d'AMI intéresse, notamment compte-tenu du financement annoncé, mais interroge, en raison du **peu de concertation** dont leurs cahiers des charges ont fait l'objet et donc du **risque de dispersion et de faible coordination** dans le déploiement des actions.

*« On n'a pas été concertés sur les cahiers des charges. On est un peu inquiets parce qu'apparemment les ARS lanceraient des AAP d'ici fin juin [2021], sans qu'au national les acteurs*

*aient été concertés : cela pose pas mal de soucis. [...]. Il y a des crédits et des enjeux de consommation rapide : ça va peut-être accélérer les choses sur les territoires [mais] il ne faut pas que ça se fasse n'importe comment. Il y a un enjeu de couverture des besoins, de planification. Il y a besoin d'une concertation avec les acteurs et on espère qu'elle va être engagée au national et en région » (association).*

Sur la finalité, la vocation d'**expérimentation** et d'**innovation** de ces nouveaux crédits pour atteindre de nouveaux publics, traiter des sujets sous-investis dans le PRAPS ou agir de façon plus concertée sur le territoire transparaît dans la présentation qu'en font des responsables au niveau national, dans les ARS ou les Commissaires.

*« [Dans une région] il a été décidé de consacrer quelques milliers d'euros à l'accès aux soins des gens du voyage. C'est un exemple [d'action] mais qui, à travers cette nouvelle instance, n'était pas fléchée dans le PRAPS et a été fléchée comme une démarche pertinente sur le territoire pour toucher cette population qui échappait un peu à tous les radars » (État central).*

En termes de **thématiques** d'intervention, le champ du possible reste **très ouvert** et à l'**initiative des ARS** pour soutenir des actions à la fois sur l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé ou fragilisées par la crise sanitaire, mais visant aussi ou plutôt une diversité de déterminants des inégalités sociales de santé (périnatalité, conditions d'habitat et salubrité du logement, compétences psychosociales, insertion des jeunes, conditions de travail, accès aux transports, discriminations, santé des femmes, tabac, alcool, nutrition, activité physique, vaccination, dépistage des cancers, littératie en santé, interprétariat ou médiation en santé). Les témoignages recueillis à cet égard sont corroborés par les cahiers des charges des AAP ou AMI (plus fréquents) que nous avons repérés à ce jour (ARS Bretagne, 2021b - ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2021b - ARS Centre-Val de Loire, 2021 - ARS Corse, 2021 - ARS Guyane, 2021 - ARS Hauts-de-France, 2021 - ARS Île-de-France, 2021a - ARS Normandie, 2021 - ARS Nouvelle-Aquitaine, 2021 - ARS Occitanie, 2021b - ARS Pays de la Loire, 2021).

*« [Les crédits] s'inscrivent dans les lignes directrices de la mesure de lutte contre les ISS, qui vise à la fois à avoir une approche plus globale et coordonnée des différentes politiques de réduction des inégalités et à développer l'aller vers, vers les personnes les plus marginalisées ou les plus exclues du système de soins. Ça se traduit par le financement d'actions de médiation en santé, d'équipes mobiles, d'actions sur des publics spécifiques et fragiles (jeunes dont sortants de l'ASE, enfants, familles monoparentales), le développement de recherches sur les déterminants des inégalités de santé pour essayer d'agir plus en amont et de l'interprétariat pour toucher les publics allophones qui restent en marge de certaines actions » (État central).*

Plus singulièrement, il apparaît qu'en alternative aux AAP ou AMI, ces crédits FIR peuvent venir **abonder le financement de démarches préexistantes** visant à réduire les inégalités de santé, reposant sur une dynamique interinstitutionnelle forte, impliquant notamment l'ARS et le CLP, et capitalisant possiblement sur le GT Santé de la SNPLP. C'est le cas en **région PACA**, en matière de santé des tout-petits et des jeunes, où les crédits associés à la gouvernance stratégique viendraient notamment soutenir le développement d'un partenariat bien établi entre l'ARS, la Préfecture et

l'Éducation nationale pour déployer des actions dans les Cités éducatives (p. ex. promotion de la santé bucco-dentaire, prévention de l'obésité). Le Commissaire et les travaux menés dans le cadre du GT Santé auraient fortement contribué à cette synergie préalable qui aurait de fait orienté les efforts déployés dans le cadre de la mesure 27.

#### **Le renforcement des dispositifs classiques et la démarche « aller-vers » bien accueillis mais porteurs de défis**

Outre l'installation d'une gouvernance stratégique et le déblocage de crédits du FIR pour des actions ciblées de réduction des ISS, la mesure 27 du Ségur de la santé prévoyait également un renforcement des **dispositifs classiques** en matière de prise en charge globale des patients en situation de pauvreté (LHSS, LAM, PASS, ACT) ou confrontés aux addictions (CSAPA, CAARUD, ELSA). Au niveau national, les promoteurs de ce volet soulignent l'**investissement financier conséquent** qui permettra une augmentation du nombre de places d'accueil dans la durée. Dans les territoires, cet effort est également salué, bien que **fléché prioritairement** là où les besoins sont les plus importants et insuffisant pour satisfaire toutes les demandes.

« La mesure 27 c'est 100 millions d'euros donc ce n'est pas négligeable. Nous avons travaillé à une juste répartition des crédits pour augmenter le capacitaire en matière de lutte contre l'exclusion et l'accès aux soins des publics les plus démunis » (État central).

« Il y a pas mal de places à venir en LAM, LHSS et ACT qui vont être très utiles pour trouver des solutions d'orientation pour des personnes dans le besoin et ça, on va en parler avec l'ARS. On a vu les annonces et on a des attentes » (État local).

Dans le secteur **associatif**, ce volet capacitaire est **bienvenu**, compte-tenu des bénéfices à long terme pour l'accompagnement global des personnes vulnérables à l'interface des champs social et sanitaire. Il a toutefois été souligné qu'il s'agissait d'une **demande** formulée **depuis longtemps**. Selon certains, il conviendra aussi de s'assurer que l'inconditionnalité de ces dispositifs est maintenue, comme il s'agit parfois des seules voies d'accès à la prévention et aux soins pour certains publics.

« La SNPLP a permis d'ouvrir des LHSS et des LAM pour accompagner sur du long terme les sans-abri dans les démarches de soins et d'accès aux soins » (association).

« Les LHSS, les ACT [...] sont des dispositifs qui viennent du social et font le lien avec le sanitaire. L'ARS s'est rapprochée du social et a amené des moyens pour prendre soin de la santé des gens dans un contexte d'accompagnement social » (association).

« La crise sanitaire a poussé le gouvernement à inscrire la mesure 27 dans le Ségur de la santé avec tout un ensemble de mesures dont certaines étaient attendues et demandées depuis plusieurs années par les acteurs » (association).

« Jusqu'en 2017, il y a eu une stabilité des moyens [...] alors que là on voit, chaque année, le nombre de places qui sont créées [...]. Je suis quand même assez impressionnée sur les moyens qui sont déployés, même hors Covid. Maintenant, l'enjeu est de garder des dispositifs inconditionnels, notamment les LHSS, seuls auxquels les migrants ont accès [...]. Un des enjeux de demain est de



*savoir comment la politique migratoire va avoir une vraie place dans ces politiques, de plus en plus ambitieuses » (association).*

Outre les mesures susmentionnées, figurait également dans ce volet la **création de maisons et centres de santé « participatifs »**, présentée dans les témoignages recueillis à la fois comme un dispositif probant et comme une alternative concrète à la participation de citoyens-usagers dans des groupes de travail dont le mode de fonctionnement ne permet pas l'expression de leur vécu. Dans le secteur associatif, certains ont toutefois regretté un manque de consultation lors de l'élaboration de cette mesure<sup>12</sup>.

*« Nous portons directement la dimension participative en santé à travers la mesure de développement des centres et maisons de santé participatifs. Les bénéfices sont prouvés. [...] On a voulu sortir de l'injonction de participation pour la rendre plus effective. [...] Donc plutôt que de faire venir les personnes dans des instances régionales où elles ont la parole 10 minutes et doivent écouter tous les acteurs, on préfère rendre effective cette dimension au local, dans des projets concrets » (État central).*

*« On avait été consultés par une mission IGAS sur le modèle économique des centres de santé dits participatifs, mais c'était avant que le cahier des charges soit établi [...] Depuis on n'a pas eu de nouvelles. Là, on va peut-être enfin être re-consultés sur ces centres de santé » (association).*

Sur le principe, l'intérêt et la diversité des mesures expérimentées dans le registre de « **l'aller vers** » et le **financement conséquent** dont elles font l'objet dans le cadre de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) spécifique ont également été soulignés par les enquêtés, notamment les ACT hors les murs, les LHSS mobiles, les SSIAD pour personnes en grande précarité, les EMPP et les PASS mobiles. Ces mesures sont notamment présentées comme **centrales** pour atteindre des publics difficiles à rejoindre, mais par ailleurs **difficiles à articuler** du fait de leur nouveauté, de leur caractère pluridisciplinaire et des recoupements potentiels liés aux besoins multiples de certains patients. La question du lien entre ces démarches et le retour possible des bénéficiaires vers le droit commun une fois qu'ils ont été pris en charge est également posée.

*« La question de l'aller-vers est la 1<sup>ère</sup> victoire pour qu'il y ait des équipes au plus près des personnes plutôt que de faire des dispositifs théoriques dans des commissions et qui comprennent ou sollicitent moins la personne sur son besoin et ce qu'elle est prête à accepter ou non » (association).*

*« On a souhaité donner beaucoup plus de moyens à "l'aller vers" dans les mesures du Ségur de la Santé, avec presque 60 millions d'euros dans la mesure 27 dédiés au financement et au renforcement d'équipes mobiles. Pour saisir des publics qu'on a du mal à toucher d'habitude, on a lancé l'initiative, dans un temps très contraint pendant le 1<sup>er</sup> confinement, d'équipes mobiles*

---

<sup>12</sup> Depuis notre enquête de terrain est paru, en août 2021, un appel à projet pour la mise en place de centres et maisons de santé « participatifs » dans les territoires défavorisés. Cet appel mise notamment sur les espaces de paroles, des actions de médiation en santé et des services d'interprétariat professionnel pour faciliter l'accès aux soins des plus vulnérables. Une phase d'expérimentation de deux ans est annoncée afin de « de tester en conditions réelles le modèle économique de ces structures » (DIPLP, 2021a).

*CPAM-CAF pour aller dans les structures d'hébergement, faire le lien avec la domiciliation pour ouvrir les droits et faciliter l'accès aux soins. La question est celle de l'articulation de toutes les démarches d'aller vers (sociales, médico-sociales ou sanitaires). [...] On a encore un gros travail à effectuer là-dessus pour que ce soit le plus efficient possible pour les usagers mais aussi les pouvoirs publics » (État central).*

*« Les questions d'orientation restent complexes, car le SIAO ne dispose pas des données de santé. Un travail de coordination reste donc à faire entre le social et le sanitaire afin de ne pas multiplier les mêmes dossiers dans des institutions et des commissions différentes. Avec les structures d'aller-vers, j'espère que des collègues du médico-social seront présents et que les réponses aux besoins des personnes à la rue seront plus rapides » (association).*

*« Sur le plan sémantique, la case est cochée, on financera de "l'aller vers" sur la mesure 27, mais qu'est-ce que c'est que l'aller vers ? Sa motivation n'est pas toujours claire et partagée. Y-a-t-il un investissement suffisant pour que les personnes puissent revenir au droit commun ? [...] Sommes-nous plusieurs à aller vers, donc ça fait un nombre incalculable d'interlocuteurs et ça ne résout aucun problème ? Est-ce qu'on va vers et on fait avec ? » (association).*

Si le renforcement des dispositifs classiques d'accès aux soins pour les publics fragiles et la mise en place de dispositifs d'« aller-vers » ont **globalement** été **bien reçus** par les parties-prenantes, plusieurs enquêtés, notamment dans le secteur associatif, ont exprimé des **inquiétudes** quant aux modalités et délais de **déploiement** de ces mesures. Ces craintes tiendraient notamment au rattachement de ces mesures à la nouvelle instance régionale de gouvernance stratégique sur les inégalités de santé (en cours d'élaboration), au financement d'actions multiples visant un public très spécifique, au manque d'information des structures de terrain et à la variabilité des conditions de déploiement de ces mesures d'une région à l'autre<sup>13</sup>.

*« Ce sujet qui nécessite que plusieurs administrations soient un peu en co-pilotage ou coopération, fait que ça traîne et ça peut expliquer des retards dans le déploiement des actions de la mesure 27. C'est une bonne illustration de la continuité des écueils de la gouvernance sur ce sujet de santé précarité » (association).*

*« Sur le papier, des mesures du Ségur sont intéressantes. Mais on est vigilants car on ne sait pas ce qu'il y aura qualitativement et comment ça va s'organiser [...]. On voit un risque de développement d'une multiplicité d'interlocuteurs vers des publics très ciblés (ex : 15 associations sur le même bidonville). On n'a pas beaucoup d'informations et c'est très différent d'une région à l'autre. [...] L'inquiétude c'est que les acteurs institutionnels rentrent dans la logique "y'a de l'argent, y'a des associations : on distribue" sans penser au travail qualitatif » (association).*

*« Les actions destinées aux LHSS ont été augmentés mais dans la pratique, comment cela se gère ? La réponse n'est pas complète à ce jour sur les équipes mobiles ou la santé mentale par exemple. [...] Il reste à voir comment elles vont se mettre en place » (organisme de protection sociale et d'emploi).*

---

<sup>13</sup> Au moment de produire ce rapport, à titre indicatif, des AAP ou AMI avaient d'ores et déjà été publiés dans certaines régions afin d'étendre le déploiement de dispositifs et équipes mobiles suite au décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ARS Île-de-France, 2021b - ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2021).

Pour faire face à ces défis d'articulation entre initiatives et d'adaptation de leur déploiement au plus près des besoins du territoire, des développements seraient toutefois en cours, afin notamment d'ajouter de la **souplesse** dans la gestion des AAP par les ARS, et afin de gagner en **complémentarité** avec les crédits déployés dans le cadre de la **SNPLP**.

*« Historiquement, les Commissaires lançaient les AAP sur la base des besoins qui émergeaient dans le cadre des GT, tandis que les ARS mettaient en place les AAP sur la base de directives nationales. Là on est à un tournant car le national va laisser de plus en plus de marges de manœuvre aux ARS pour permettre de la fongibilité entre différents dispositifs pour mener des AAP adaptés aux besoins des territoires et pour faire le lien entre ces différentes possibilités de financer des projets. [...] Des Commissaires avaient lancé des équipes mobiles de lutte contre les addictions auprès des publics en situation de précarité mais aujourd'hui, dans le cadre du Ségur, les ARS vont peut-être le prendre dans leurs financements, ce qui va permettre aux Commissaires de financer d'autres projets qui auront été concertés avec elles et d'autres acteurs associés dans le cadre des nouvelles gouvernances [...] » (État central).*

Finalement, si la mesure 27 du Ségur de la santé entendait couvrir un vaste éventail de déterminants des inégalités sociales de santé, certains des enquêtés demeurent insatisfaits. C'est notamment le cas dans le secteur de la **protection maternelle et infantile** où, bien que les constats soient partagés, il est regretté qu'aucun plan ou stratégie dans les champs du social, de la santé ou de l'enfance n'en fasse une véritable priorité.

*« L'articulation entre la SNPLP, la Stratégie enfance et le Plan priorité prévention, qui rejoignent tous la PMI est compliquée. [...]. Ce qui est intéressant c'est que ces plans s'accordent sur les constats et sur ce qu'il faudrait mettre en place. Ils disent tous que la PMI est un acteur majeur dont il faut renforcer l'action et à qui il faut donner plus de moyens. Sauf que ça ne s'est pas traduit. [...] Ces plans donnent l'opportunité de moyens mais ponctuellement, sur du court ou moyen terme [...] alors qu'il faut avoir une vision stratégique de long terme, investir et mettre en place les solutions de manière pérenne pour avoir un véritable impact » (Département).*

En conclusion, ce quatrième chapitre apporte un éclairage sur la recomposition des relations entre acteurs et institutions du secteur social et de la santé lors du déclenchement de la crise sanitaire et du Ségur de la santé qui a suivi. L'étude met en évidence le développement d'une collaboration constructive du réseau des ARS avec les services ministériels compétents et la DIPLP, ayant favorisé la sélection d'une série de mesures renforçant les dispositifs d'accès aux soins des personnes vulnérables, à partir de dispositifs préexistants, notamment dans une logique « d'aller vers ». Cette collaboration a également conduit à formaliser la mise en place d'une **nouvelle gouvernance stratégique** sur les inégalités de santé dans chaque région dont la mise en œuvre s'est avérée très progressive dans le contexte de la **crise sanitaire**. S'il est trop tôt pour tirer des conclusions quant à sa contribution réelle au développement d'une dynamique interinstitutionnelle sur les questions de pauvreté et de santé, les bases de ces nouvelles instances

ont été posées dans les différentes régions étudiées et les différents appels à projets diffusés traduisent d'ores et déjà une volonté d'action conjointe des ARS et des CLP dans la réduction des inégalités sociales de santé.

## Conclusion

### **Impensés initiaux, mobilisations interinstitutionnelles instables, dynamisations stratégiques en développement**

- **Une faible place accordée à la santé lors de l'élaboration de la SNPLP et des freins à la territorialisation de la Stratégie en la matière**

Le lien entre santé et pauvreté a été pensé en France ces dernières décennies à travers le prisme de l'accès aux droits et aux soins des publics les plus démunis. Dès lors, l'intégration des questions de santé dans la SNPLP semble avoir été essentiellement conçue sous cet angle, marginalisant de fait les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé. Par ailleurs, les développements concomitants et les portages politiques et institutionnels distincts des politiques de santé (Stratégie nationale de santé, Plan priorité prévention) et de la SNPLP seraient à l'origine de leur faible degré d'intégration au niveau national. En effet, les administrations de santé sont apparues peu associées au processus de consultation de la SNPLP et les mesures de santé retenues auraient surtout été reprises de propositions préexistantes. Ensuite, un certain nombre d'acteurs de la santé au niveau territorial ne se sont pas ou peu sentis interpellés par la SNPLP, d'autant que celle-ci se positionnait sur des mesures plutôt nationales ou visant le renforcement de dispositifs de santé institués de longue date.

Le souhait des promoteurs de la SNPLP d'établir une connexion directe avec les acteurs de terrain et de susciter un « choc de participation » a également pu contribuer à freiner l'implication des ARS dans le processus de territorialisation de la Stratégie. Les GT Santé, positionnés au carrefour de plusieurs thématiques, secteurs et dispositifs, ont parfois peiné à se constituer et à fonctionner. Néanmoins, ils ont favorisé l'interconnaissance des acteurs et, parfois, les coopérations interinstitutionnelles. Dans l'analyse du matériel recueilli, nous distinguons 4 voies que les GT ont pu emprunter : s'appuyer sur le PRAPS et capitaliser sur l'existant ; travailler sur l'accès aux droits et aux soins à partir du regard de l'utilisateur ; investir la santé des tout-petits et des jeunes ; soutenir une diversité de projets à partir des remontées du terrain. Par ailleurs, si les appels à projets associés à la Stratégie peuvent être des leviers de partenariats, leur multiplicité et le soutien précaire qu'ils procurent en font un outil remis en question par les acteurs territoriaux. Enfin, le caractère exclusif de la contractualisation État-Département n'a pas semblé en faire une véritable opportunité de convergence structurelle entre les acteurs de la santé et du social. L'examen du contenu des conventions confirme que les préoccupations de santé ne sont pas centrales dans l'élaboration et la définition des mesures socles et que, dans les mesures d'initiative départementale, rares sont les actions qui se focalisent sur les questions de santé.

Pourtant, des collaborations innovantes entre acteurs de la santé, du social et d'autres secteurs ont été repérées, notamment s'agissant de la santé des tout-petits et des jeunes et du logement.

En partie, ces collaborations interinstitutionnelles peuvent être interprétées sous l'angle d'une rencontre de valeurs et d'intérêts entre des acteurs de l'État et des Départements faisant de l'investissement social une perspective majeure pour lutter contre la pauvreté par la prévention, l'activation et l'accompagnement des publics. Elles s'expliquent aussi par les liens créés entre des acteurs territoriaux de santé, notamment des ARS, de la PMI, et du secteur associatif, faisant de la promotion de la santé dès le plus jeune âge et du « logement d'abord » un axe d'intervention-clé pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Enfin, les Commissaires à la lutte contre la pauvreté, dans leurs activités d'animation de réseaux locaux d'action publique et de déploiement de l'intersectorialité dans les territoires, s'efforcent de rejoindre les acteurs de la santé. Dans la majorité des régions enquêtées, leur volonté d'aller à la rencontre des acteurs de la santé est soulignée, même s'ils n'y parviennent pas toujours et peuvent parfois être perçus comme des interlocuteurs supplémentaires.

▪ **La crise sanitaire, une fenêtre d'opportunité pour lancer une dynamique interinstitutionnelle à l'interface des champs social et de la santé**

Alors que la crise de la Covid-19 à l'hiver 2020 bousculait les processus à l'œuvre dans le pilotage et la territorialisation de la SNPLP, la question de la santé de la population a été propulsée en haut de l'agenda politique. Ainsi, au printemps 2020, le Ségur de la Santé, attendu pour apporter des réponses structurelles et conjoncturelles aux problèmes soulevés par les acteurs du monde de la santé, a favorisé une concertation sur des préoccupations essentiellement centrées sur la revalorisation des carrières et l'organisation de l'offre de soins. Alors que, à l'instar de nombreux GT de la SNPLP, ceux portant sur la santé voyaient leur activité diminuer, une des mesures (n°27) issues des conclusions du Ségur a été dédiée à la lutte contre les inégalités de santé.

Les résultats de notre recherche suggèrent que la mise à l'agenda politique de cette mesure tiendrait à la convergence de plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'observation des effets de la crise sanitaire sur la santé de la population par les professionnels de terrain et leur objectivation par différentes études a rapidement révélé de fortes inégalités sociales et territoriales en termes de mortalité et de morbidité. La crise a ainsi mis en lumière les populations plus affectées, qu'il s'agisse de personnes plus exposées à l'infection ou à des complications, parce que plus fragiles, du fait de leur statut économique, de leurs conditions de logement, de leur travail, de leur genre, de leur âge ou plus affectées par le confinement du fait de leurs conditions de vie. Les « 50 jours » de concertation du Ségur de la Santé ont ensuite contribué à mettre l'accent sur la problématique des inégalités sociales de santé. A cette occasion, la collaboration du réseau des ARS avec les services ministériels compétents et avec la DIPLP a abouti à dégager une série de mesures renforçant l'accès aux soins des personnes vulnérables, à partir de dispositifs préexistants, notamment dans une logique « d'aller vers ». Parmi celles-ci, la mesure N°27 et l'instruction ministérielle qui en découle conduisent dans chaque région à promouvoir et formaliser un

processus de gouvernance stratégique orienté vers la réduction des inégalités de santé. Elles invitent à s'appuyer sur les dynamiques territoriales de santé auxquelles prennent déjà part les ARS et sur le rôle de facilitateur des Commissaires à la lutte contre la pauvreté, désormais bien identifiés sur les territoires. A l'échelle régionale, cette gouvernance peut donc s'appuyer sur les instances préexistantes ou se traduire par des créations *ex nihilo*, et peut mobiliser le Fond d'Intervention Régional pour financer des actions ciblées sur les ISS.

En somme, la crise sanitaire semble avoir constitué une fenêtre d'opportunité pour relancer et élargir les dynamiques interinstitutionnelles, à l'interface des champs de la santé et du social. Dans cet effort concerté, la DIPLP entend jouer un rôle de pilotage au niveau national tandis que, dans les territoires, les ARS sont fortement remobilisées sur le plan stratégique et technique, en étroite association avec les Commissaires pour générer de la transversalité entre les différentes politiques sociales. Ainsi, cette nouvelle gouvernance territoriale en construction suggère d'ores et déjà une forme de basculement depuis une période initiale où les acteurs de santé peinaient à trouver leur place sur le terrain de la SNPLP à une période de crise lors de laquelle, à la faveur du Ségur de la Santé, une nouvelle dynamique interinstitutionnelle régionale est susceptible de se mettre en place sous l'égide des ARS et en lien avec les Commissaires.

L'enquête que nous avons conduite indique cependant que cette nouvelle gouvernance s'instaure très progressivement car les ARS restent fortement mobilisées par la crise sanitaire. Plus précisément, l'installation de cette nouvelle gouvernance orientée vers la lutte contre les inégalités de santé dépend des liens déjà tissés et des réflexions engagées au préalable par les parties-prenantes, lesquels varient d'une région à l'autre. Cependant, dans les différentes régions étudiées, toutes les ARS semblaient avoir au moins posé les bases de cette instance stratégique mi-2021.

Bien que la configuration et les orientations stratégiques de ces instances régionales ne soient pas définitivement stabilisées, on peut observer que des évolutions notables seraient en train de prendre corps à l'interface des champs de la santé et du social.

- Sur la forme, la souplesse de l'instruction du 4 janvier 2021 apparaît avoir donné lieu à deux grandes tendances, à peu près à parts égales : capitaliser sur des instances préexistantes telles que le comité de pilotage du PRAPS, ou créer une instance *ad hoc*.
- Sur le fond, il semblerait que les instances *ad hoc* ou semblant tout au moins s'émanciper du PRAPS tendent à insister davantage sur l'importance d'agir dans une logique d'universalisme proportionné, en ne se limitant pas à des actions qui cibleraient les publics les plus fragiles mais considérant l'ensemble du gradient social de santé. Par ailleurs, au-delà des inégalités d'accès aux soins, ces instances tendent à souligner l'intérêt d'élargir la lutte contre les ISS à l'ensemble des déterminants sociaux de la santé (ex. petite enfance, logement, emploi etc.).

## ▪ **Convergence de voies pour renforcer l'approche intersectorielle**

Très longtemps axée sur une approche biomédicale de la santé, la politique de santé en France évolue progressivement vers une approche socio écologique de la santé, visant à construire des environnements favorables à la santé en tissant et en renforçant des partenariats avec tous les secteurs de la vie sociale. Mettre de la santé dans les autres politiques est aujourd'hui une ambition affichée aux niveaux national et régional.

La Santé dans toutes les politiques (SdTP) est une approche progressivement adoptée dans de nombreux pays. Elle est destinée à mettre la santé et l'équité au cœur de toutes les politiques en développant une action gouvernementale concertée afin d'agir de façon coordonnée sur les déterminants de la santé et à tous les niveaux, du national au local, grâce au rôle moteur du secteur de la santé. Elle est définie<sup>14</sup> et promue par l'OMS qui fournit un cadre d'action pour opérationnaliser cette approche. La mise en place de cadres législatifs, la création de structures interministérielles et intersectorielles, le renforcement des partenariats, l'utilisation de méthodes analysant les projets au prisme de la santé en sont les principales stratégies. Il existe aujourd'hui un réseau mondial des pays qui l'ont adoptée non seulement pour agir sur la santé mais aussi pour contribuer à l'atteinte des objectifs de développement durable définis par les Nations Unies pour améliorer, à l'échelle planétaire, la santé humaine, la paix, le partenariat et la prospérité (Global Network for Health in All Policies, 2017).

La France n'a pas de cadre d'action formalisé en la matière. Néanmoins, l'existence d'instances (comités interministériels, comité de coordination des politiques publiques au niveau régional), d'instruments qui facilitent l'intersectorialité (contrats locaux de santé), de travaux d'évaluation d'impact sur la santé des autres politiques publiques, sont des premiers jalons pour avancer dans cette voie. L'étude ici amorcée du développement de la gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé à l'échelle régionale gagnerait à être poursuivie afin d'explorer si et dans quelle mesure elle peut contribuer à une approche de SdTP.

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a illustré la persistance des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle a aussi démontré qu'il était possible et souhaitable de travailler de manière intersectorielle à la mise en œuvre de solutions coordonnées visant l'ensemble des conditions de vie des individus (aide alimentaire, chômage partiel, aide au logement, etc.) afin de mieux les protéger.

Cette approche intersectorielle illustre, sur le principe et sans que cela ne soit explicite, l'intérêt de tisser des liens entre différents secteurs d'activités afin d'intervenir simultanément sur un ensemble de déterminants sociaux du bien-être et de la santé.

---

<sup>14</sup> « Approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (OMS, 2014).



## Bibliographie

Académie Nationale de Médecine (2017), *Précarité, pauvreté et santé: rapport*. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Precarite-pauvrete-et-sante-version-21-juin-2017-apres-vote.pdf>

Archimbaud Aline (2013), *L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité. Rapport au 1er Ministre*.

ARS Auvergne-Rhône-Alpes (2021), *Appel à manifestation d'intérêt pour développer des projets d'« aller vers »*. <http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/appele-manifestation-dinteret-pour-developper-des-projets-d-aller-vers>

ARS Bourgogne-Franche-Comté (2021a), *Lutte contre la pauvreté : Prévenir les inégalités sociales de santé*. <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/bourgogne-franche-comte/Actualites/Lutte-contre-la-pauvrete-prevenir-les-inegalites-sociales-de-sante>

ARS Bourgogne-Franche-Comté (2021b), *Avis d'appel à manifestation d'intérêt 2021 - Inégalités sociales de santé*. <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/declinaison-regionale-de-la-mesure-27-inegalites-de-sante-du-segur-de-la-sante>

ARS Bretagne (2021a), *Installation de l'instance stratégique régionale « Inégalités sociales de santé »*. <https://www.bretagne.ars.sante.fr/installation-de-linstance-strategique-regionale-inegalites-sociales-de-sante>

ARS Bretagne (2021b), *Appel à manifestation d'intérêt « lutte contre les inégalités sociales de santé »*. <http://www.bretagne.ars.sante.fr/appele-manifestation-dinteret-lutte-contre-les-inegalites-sociales-de-sante>

ARS Centre-Val de Loire (2021), *Appel à manifestation d'intérêt : lutte contre les inégalités de santé*. [https://centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/sites/centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/ami\\_fir\\_m27.pdf](https://centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/sites/centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/ami_fir_m27.pdf)

ARS Corse (2021), *Appel à projets 2021 : réduction des inégalités de santé*. <https://www.corse.ars.sante.fr/media/77232/download>

ARS Guyane (2021), *Lutte contre les inégalités sociales et territoriales en santé*. <http://www.guyane.ars.sante.fr/lutte-contre-les-inegalites-sociales-et-territoriales-en-sante>

ARS Hauts-de-France (2021), *Appel à projet 2021 « Réduction des Inégalités Sociales de Santé »*. <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/appele-projet-2021-reduction-des-inegalites-sociales-de-sante>

ARS Île-de-France (2021a), *Réduction des inégalités sociales de santé : appel à projet pour financement d'actions structurelles*. <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/reduction-des-inegalites-sociales-de-sante-appel-projet-pour-financement-dactions-structurelles>

ARS Île-de-France (2021b), *Mesure 27 « aller-vers » du Ségur de la Santé : avis d'appel à projets et appel à candidatures régionaux*. <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/mesure-27-aller-vers-du-segur-de-la-sante-avis-dappel-projets-et-appel-candidatures-regionaux>

ARS Normandie (2021), *Ségur de la santé : l'ARS renforce son action pour la réduction des inégalités sociales de santé*. <http://www.normandie.ars.sante.fr/segur-de-la-sante-lars-renforce-son-action-pour-la-reduction-des-inegalites-sociales-de-sante-1>

ARS Nouvelle-Aquitaine (2021), *Appel à manifestation d'intérêt « Lutte contre les inégalités de santé » - Nouvelle Aquitaine - 2021*. <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/appel-manifestation-dinteret-lutte-contre-les-inegalites-de-sante-nouvelle-aquitaine-2021>

ARS Occitanie (2021a), *Mission Lutte contre les inégalités sociales de santé en Occitanie : de quoi parle-t-on ? Quelle organisation ?* <https://www.occitanie.ars.sante.fr/lutte-contre-les-inegalites-sociales-de-sante>

ARS Occitanie (2021b), *Lutte contre les inégalités sociales de santé : appel à manifestation d'intérêt*. <http://www.occitanie.ars.sante.fr/lutte-contre-les-inegalites-sociales-de-sante>

ARS Pays de la Loire (2021), *Appel à manifestation d'intérêt - Inégalités sociales et territoriales en santé*. <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/appel-manifestation-interet-inegalites-sociales-territoriales-en-sante>

Borgetto Michel (2013), « Santé et action sociale : d'hier à aujourd'hui », *Les Tribunes de la sante*, N°38, pp. 29-40. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2013-1-page-29.htm>

Bricard Damien, Dourgnon Paul, Poucineau Jonas (2021), *Effets attendus de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie et dans le Ségur de la Santé - Une revue de la littérature (IRDES), Complément N°7 au Rapport du Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté*. France Stratégie.

Chappuis Marielle, Le Bihan Yannick, Tomasino Anne (2017), « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde », *Après-demain*, N°42, pp. 3-5. <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2017-2-page-3.htm>

Chérèque François, Abrossimov Christine, Khennouf Mustapha (2015). *Évaluation de la 2ème de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, N°2014-049R, Tome 1), Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Cingolani Patrick (2017), *La précarité*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 128 p.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2009), *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Closing the Gap in a Generation : Health Equity through Action on the Social Determinants of Health : Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, 246. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>

Coruble Gérard, Sauze Laurent, Riff Hugues (2014), « Quelle stratégie peut développer une Agence régionale de santé pour réduire les inégalités sociales de santé ? », *Sante Publique*, Vol. 26, pp. 621-625. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-621.htm>

CRES PACA, ARS PACA, Préfet de la Région PACA (2021), *Rencontre régionale : réduire les inégalités de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) : une responsabilité collective et partagée.* [http://www.cres-paca.org/depot\\_arkcms\\_crespaca/depot\\_arko/articles/3215/voir-le-programme\\_doc.pdf](http://www.cres-paca.org/depot_arkcms_crespaca/depot_arko/articles/3215/voir-le-programme_doc.pdf)

Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044033480>

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) (2018a), *Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté. Investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous*, Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000778.pdf>

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes (DIPLPEJ) (2018b), *Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes. Propositions du Groupe de travail N°3. Développer l'accompagnement global et les leviers de prévention.*

Délégation Interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) (2020), *Mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté. Bilan d'étape.*

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) (2021a), *Faciliter l'accès aux soins de ville dans les territoires défavorisés : lancement d'un appel à projets pour la mise en place de centres et maisons de santé « participatifs ».* <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/toutes-les-actualites/article/faciliter-l-acces-aux-soins-de-ville-dans-les-territoires-defavorises-lancement>

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) (2021b), *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : le point sur la mise en œuvre 2018-2021. Rapport d'étape national.*

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Santé Publique France (2017), *L'État de santé de la population en France : rapport 2017.* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

Fabrique Territoires Santé (2018), *La territorialisation des politiques de santé*, Journée d'études #1. [https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/paris\\_acte\\_2018-internet.pdf](https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/paris_acte_2018-internet.pdf)

Fatoux Christian (2018), « Les articulations entre politiques nationales et locales en matière d'accès aux soins au sein de l'Assurance Maladie : quel rôle pour les acteurs locaux dans l'accès aux soins ? », *Regards*, N°53, pp. 69-79. <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-69.htm>

Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS), Fédération Addiction, Fédération Santé et Habitat (2020), *Contribution interassociative au Ségur de la Santé.* [https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/06/Contribution-interassociative-au-Se%CC%81gur-de-la-Sante%CC%81-FAS-FSH-Fe%CC%81de%CC%81ration-Addiction\\_DEF.pdf](https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/06/Contribution-interassociative-au-Se%CC%81gur-de-la-Sante%CC%81-FAS-FSH-Fe%CC%81de%CC%81ration-Addiction_DEF.pdf)

France Assos Santé (2020), *Propositions de France Asso Santé – Ségur de la Santé.* [https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2020/07/Propositions-Segur-de-la-sante\\_VF.pdf](https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2020/07/Propositions-Segur-de-la-sante_VF.pdf)

France Stratégie (2021a), *Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Rapport 2021.*

France Stratégie (2021b), *La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus : constats sur les effets de la crise sur la pauvreté et points de vigilance du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.* [https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/eval\\_pauvrete\\_au\\_temps\\_du\\_covid-19\\_-\\_oct2021\\_-\\_19.10\\_002\\_0.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/eval_pauvrete_au_temps_du_covid-19_-_oct2021_-_19.10_002_0.pdf)

Geeraert Jérémie, Rivollier Élisabeth (2014), « L'accès aux soins des personnes en situation de précarité » *SOiNS*, N°790, pp. 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2014.09.017>

Global Network for Health in All Policies (2017), *Mission Statement of the Global Network for Health in All Policies*, Side event of the 70th World Health Assembly, Geneva, 24 mai. [https://www.who.int/phe/events/GNHiAP-mission-statement\\_may2017.pdf](https://www.who.int/phe/events/GNHiAP-mission-statement_may2017.pdf)

Godeluck Solveig (2017), « Remboursements de soins : Macron précise son projet », *Les Échos*, 21 février <https://www.lesechos.fr/2017/02/remboursements-de-soins-macron-precise-son-projet-161951>

Gouvernement (2013), *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, Premier Ministre. <https://www.gouvernement.fr/argumentaire/plan-pluriannuel-contre-la-pauvrete-et-pour-l-inclusion-sociale-4391>

Gouvernement (2020), *Appel à projets 2020-2021. Plan de soutien aux associations de lutte contre la pauvreté. Cahier des charges.*

Guichard Anne, Dupéré Sophie (2017), « Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé », in Breton Éric, Jabot Françoise, Pommier Jeannine, Sherlaw William, *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 97-114.

Haut Conseil de la santé publique (HCSP) (2016), *Crise économique, santé et inégalités sociales de santé*, Paris, La Documentation française.

Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (2021), *Avis relatif à la crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé.* <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1092>

Hudebine Hervé, Breton Éric, Le Bodo Yann, Perrin Faouzia (2021), « *Le paradoxe de l'investissement social et la contribution de l'action publique à la reproduction d'inégalités sociales et territoriales de santé. Le cas des contrats locaux de santé* », Symposium international 2020-2021, in Basson Jean-Charles, Naschar-Noé Nadine (dir.), *La fabrique des inégalités sociales de santé*, Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), pp. 77-81.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (2020), *Premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19 : Facteurs de risque individuels et sociaux.* <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-des-enquetes-de-sante-publique-de-linserm-sur-la-covid-19-facteurs-de-risque-individuels-et-sociaux/41032/>

Instruction N°DGCS/SD1B/DIPLP/DGEFP/SDPAE/2020/28 du 12 février 2020 relative à la poursuite de la mise en œuvre territoriale de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, notamment dans son volet contractualisation d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi.

Instruction N°SGMAS/Pôle santé-ARS/DIPLP/2021/2 du 4 janvier 2021 relative à la mise en œuvre d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé à l'échelle régionale.

Instruction N°DGOS/PF1/2021/4 du 4 janvier 2021 relative aux crédits dédiés à l'investissement du quotidien des établissements de santé et à la réduction des inégalités de santé, dans le cadre du Ségur de la santé et du plan investir pour l'hôpital.

Instruction N°DIPLP/DGCS/SD1B/DGEFP/SDPAE/DPE/2021/23 du 19 mars 2021 modificative relative aux avenants aux conventions départementales d'appui à la lutte contre la pauvreté et l'accès à l'emploi pour 2021.

Instruction N°DSS/SD1/DMSMP/2021/101 du 17 mai 2021 relative à la mise en œuvre du dispositif de renforcement en psychologues des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé.

Kingdon John W (2011), *Agendas, alternatives, and public policies*, Pearson new international edition, Longman.

Lang Thierry (2021), « Les inégalités sociales de santé à l'ère de la COVID-19 », Symposium international 2020-2021, in Basson Jean-Charles, Naschar-Noé Nadine (dir.), *La fabrique des inégalités sociales de santé*, Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), pp. 14-16.

Lang Thierry, Ulrich Valérie (2017), « *Les inégalités sociales de santé* », in *Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*, Paris, DREES, pp. 286-288.

Lemieux Vincent (2009), *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Marmot Michael, Wilkinson Richard (2004), *Les Déterminants Sociaux de la Santé : les Faits*. World Health Organization Stylus Publishing, LLC [distributor]. <http://site.ebrary.com/id/10062373>

Médecins du Monde (2017), *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. Rapport 2017*. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2017>

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020a), *Ségur de la Santé. Les Conclusions*, Dossier de presse. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-conclusions-du-segur-de-la-sante>

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020b), *Ségur de la Santé. Recommandations*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations\\_mission\\_notat\\_segur\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_mission_notat_segur_de_la_sante.pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé (2021), *Plan de soutien aux associations de lutte contre la pauvreté*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/article/plan-de-soutien-aux-associations-de-lutte-contre-la-pauvrete>

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014), *Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques. Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé.*

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*, Ottawa (Ontario), Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1946), *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, N°2, <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

Peyron Michèle, Jacquy-Vazquez Bénédicte, Loulergue Pierre, Poissy Cécile (2019), *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, Rapport parlementaire. <https://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/2019/06/rapport-michele-peyron-pmi.pdf>

Pfister Valérie, Guiboux Loriane, Naitali Juliane (2014), « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner », *Informations sociales*, N°182, pp. 100-107. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-2-page-100.htm>

Plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI » (2019), « *Sauver la PMI* » grâce à un plan de prévention santé ambitieux et un PLFSS à la hauteur des enjeux ! Communiqué du 21 octobre <https://www.uniopss.asso.fr/espace-presse/sauver-pmi-grace-plan-de-prevention-sante-ambitieux-et-plfss-hauteur-enjeux>

Poucineau Jonas, Bricard Damien, Dourgnon Paul (2021), « 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 », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, N°259, pp. 1-8.

PromoSanté Pays de la Loire (2021), *Rencontres régionales 2021 sur les inégalités sociales de santé.* <https://promosantepdl.fr/page-29-0-0.html#accpli46>

Richard Lucie, Gauvin Lise, Raine Kim (2011), « Ecological models revisited : their uses and evolution in health promotion over two decades », *Annual Review of Public Health*, N°32, pp. 307-326. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101141>

Rootman Irving, Dupéré Sophie, Pederson Ann, O'Neill Michel (2012), *Health promotion in Canada : critical perspectives on practice*, Toronto, Canadian Scholars' Press Inc (CSPI).

Société Française de Santé Publique (SFSP) (2020), *En période de pandémie, la démocratie en santé, plus que jamais !*, [https://www.sfsp.fr/images/200410\\_Communiq%C3%A9\\_SFSP\\_COVID.pdf](https://www.sfsp.fr/images/200410_Communiq%C3%A9_SFSP_COVID.pdf)

UNIOPSS (2020), *Séjour de la santé: l'Uniopss apporte sa contribution*.  
<https://www.uniopss.asso.fr/actualites/segur-de-sante-luniopss-apporte-sa-contribution>

Véran Olivier (2020), *Conclusions du Séjour de la santé. Discours, 21 juillet 2020*, Ministère des Solidarités et de la Santé.

Wresinski Joseph (1987), « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Rapport du Conseil économique et social, N°6, 28 février.



## Liste des sigles

AAP : Appels à projets  
ACS : Aide à la complémentaire santé  
ACT : Appartements de coordination thérapeutique  
AM : Assurance maladie  
AME : Aide médicale d'État  
AMI : Appels à manifestation d'intérêt  
ANCT : Agence nationale de la cohésion des territoires  
APR : Appel à projets de recherche  
ARS : Agence régionale de santé  
ASE : Aide sociale à l'enfance  
ASV : Ateliers santé ville  
BRSA : Bénéficiaires du revenu de solidarité active  
CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues  
CAF : Caisse d'allocations familiales  
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail  
CCAS : Centres communaux d'action sociale  
CCPP : Commissions de coordination des politiques publiques  
CD : Conseil départemental  
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CLP : Commissaire à la lutte contre la pauvreté  
CLS : Contrats locaux de santé  
CLSM : Conseils locaux en santé mentale  
CMU : Couverture maladie universelle  
CMU-C : Couverture maladie universelle - complémentaire  
CNRS : Centre national de la recherche scientifique  
CNS : Conférence nationale de santé  
COPIL : Comité de pilotage  
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie  
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé  
CRES : Comité régional d'éducation pour la santé  
CRPA : Centres régionaux des personnes accueillies et accompagnées  
CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie  
CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
CSD : Centres de santé  
CSDH : Commission on Social Determinants of Health ou Commission des déterminants sociaux de la santé

CSP : Code de la santé publique  
 CSS : Complémentaire santé solidaire  
 DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales  
 DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale  
 DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités  
 DG : Directeur général  
 DGCS : Direction générale de la cohésion sociale  
 DGEFP : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle  
 DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
 DGS : Direction générale de la santé  
 DIHAL : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement  
 DIPLP : Délégation interministérielle de prévention et de lutte contre la pauvreté  
 DIPLPEJ : Délégation Interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes  
 DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi  
 DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires  
 DRASS : Directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
 DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
 DREETS : Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités  
 DRIHL : Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement  
 DRJSCS : Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale  
 DSP : Directions de santé publique  
 DSS : Déterminants sociaux de la santé  
 DSS : Direction de la sécurité sociale  
 DT-ARS : Directions territoriales des agences régionales de santé  
 EHESP : École des hautes études en santé publique  
 EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
 ELSA : Équipes de liaison et de soins en addictologie  
 EMPP : Équipes mobiles psychiatrie précarité  
 EMSP : Équipes mobiles de coordination santé précarité  
 EpiCov : (Enquête) Épidémiologie et conditions de vie sous le Covid-19  
 EPSM : Établissements publics de santé mentale  
 ETP : Équivalent temps plein  
 FAP : Fondation Abbé Pierre  
 FAS : Fédération des acteurs de la solidarité  
 FIR : Fonds d'intervention régional  
 FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale  
 GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale  
 GREPA : Groupes « Réfléchir ensemble, proposer et agir »

GT : Groupe de travail  
HCSP : Haut conseil de la santé publique  
HCTS : Haut conseil du travail social  
HPST : (Loi) Hôpital patient santé territoire  
IFERISS : Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion santé  
ISS : Inégalités sociales de santé  
LAM : Lits d'accueil médicalisés  
LHSS : Lits halte soins santé  
MSA : Mutualité sociale agricole  
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle  
MSS : Ministère des solidarités et de la santé  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie  
ORS : Observatoire régional de la santé  
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur  
PAEJ : Point accueil écoute jeunes  
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé  
PDEC : Préfet délégué pour l'égalité des chances  
PFIDASS : Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé  
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse  
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale  
PMI : Protection maternelle et infantile  
PPPIS : Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale  
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins  
PRS : Projet régional de santé  
PTMS : Programmes territoriaux de santé mentale  
PV : Politique de la ville  
QPV : Quartiers prioritaires de la politique de la ville  
REP : Réseau d'éducation prioritaire  
RSA : Revenu de solidarité active  
SAPRIS : (Enquête) Santé, perception, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise COVID-19  
SdTP : (La) Santé dans toutes les politiques  
SFSP : Société française de santé publique  
SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales  
SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation

SPF : Secours populaire français

SNPLP : Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

SNS : Stratégie nationale de santé

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

TMAP : (Chaire) Territoires et mutations de l'action publique

UDCCAS : Union départementale des centres communaux d'action sociale

URIOPSS : Union régionale interfédéral des organismes privés sanitaires et sociaux

URPS : Unions régionales des professionnels de santé