

 Comité d'évaluation de la stratégie nationale
de prévention et de lutte contre la pauvreté

Mars 2021

Évaluation

Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

Compléments au rapport 2021



COMITÉ D'ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

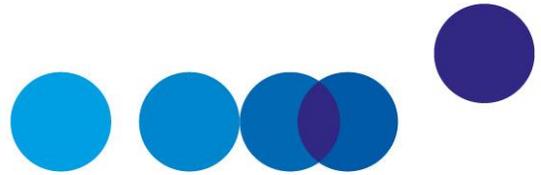
Compléments au rapport 2021

Président

Louis Schweitzer

Rapporteure

Marine de Montaignac

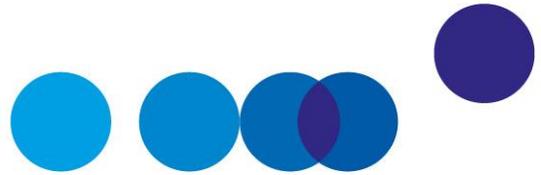


SOMMAIRE

Complément 1 – Suivi des recommandations de la note d'étape de mars 2020	5
Complément 2 – Suivi des recommandations de la note d'étape d'octobre 2020	9
Complément 3 – La pauvreté et la Stratégie de lutte contre la pauvreté en France en comparaison internationale	13
Complément 4 – Budget de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté	19
Complément 5 – Le suivi des indicateurs sur les grandes thématiques de la Stratégie	21
Complément 6 – Le Plan d'investissement dans les compétences : contenu et programme d'évaluation en lien avec la Stratégie	39
Complément 7 – Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie et dans le Ségur de la santé – Une revue de la littérature (IRDES)	45
Complément 8 – Chaînes de causalité et apports de la littérature pour les mesures axées sur l'accompagnement (DARES)	105
Complément 9 – Évaluation de la gouvernance et de la dimension territoriale de la Stratégie et synthèse des auditions des commissaires	113
Complément 10 – Continuités et discontinuités entre le Plan pauvreté 2013-2017 et la Stratégie pauvreté 2018-2022	135
Complément 11 – Mesures prises en matière de lutte contre la pauvreté de mars à décembre 2020	147
Complément 12 – Modalités de consultation du 5^e collège du CNLE et du panel citoyen	157
Complément 13 – Avis du 5^e collège du CNLE	165

Complément 14 – Avis du panel citoyen	177
Complément 15 – Les données mobilisables	193
Complément 16 – Les évaluations et analyses menées et à venir des administrations	201
Complément 17 – Note sur la pauvreté en France (INSEE)	207
Complément 18 – Vers un revenu de base pour les jeunes de 18 À 24 ans ? État de la recherche et proposition d'expérimentation	219

Le rapport 2021 du comité d'évaluation de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté comprend deux autres volumes. Le premier est le [Rapport 2021](#) proprement dit, le second est consacré au suivi et à l'évaluation de chacune des [35 mesures](#) de la Stratégie. Ces deux volumes sont également disponibles sur le site de France Stratégie.



COMPLÉMENT 1

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE LA NOTE D'ÉTAPE DE MARS 2020

Le comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a souligné dans sa note d'étape de mars 2020¹ que certaines conditions devaient être réunies pour favoriser la réussite de l'évaluation et a émis cinq recommandations à cet effet. Le comité a fait de nombreuses démarches pour faire avancer ses demandes durant l'année, dont le résultat est présenté ci-dessous.

Recommandation 1 – *Le comité demande que lui soient attribués les moyens financiers de construire un programme de recherche pluriannuel sur le modèle de ce qui est fait pour le Plan d'investissement dans les compétences. En plus de crédits d'études de 1 million d'euros par an jusqu'en 2022, il recommande de réserver, dans le financement de chaque mesure qui peut faire l'objet d'une évaluation, 1 % ou 0,5 % du montant qui lui est consacré pour son évaluation.*

Concernant la **demande de crédits d'études**, le comité s'est vu attribuer pour 2020 des crédits annuels d'études de 200 000 euros. France Stratégie a complété en 2020 pour un montant de 276 000 euros, mais ces crédits ne sont pas forcément pérennes et ne permettent pas quoi qu'il en soit d'atteindre les montants visés. Ces moyens sont très éloignés de ceux dévolus à l'évaluation du Plan d'investissement dans les compétences (PIC) et ne permettent pas la construction d'un programme de recherche pluriannuel d'une aussi grande ampleur que celui du PIC. La proposition de réserver des crédits à même les budgets consacrés à chaque mesure n'a pas été retenue par le gouvernement.

Recommandation 2 – *Le comité, comme le panel citoyen l'a suggéré dans sa contribution, souhaite que la mise en œuvre en décalé au niveau territorial soit mise à profit pour créer les conditions de l'expérimentation. Le comité recommande ainsi d'organiser le déploiement de la formation de 600 000 professionnels de la petite enfance par vagues*

¹ Comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (2020), « [Évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté](#) », note d'étape, France Stratégie, mars.

successives en sélectionnant au hasard l'ordre d'entrée en formation des participants, afin que les premiers formés constituent un groupe traitement et ceux qui seront formés plus tard constituent un groupe de contrôle.

Concernant la **concertation avec la Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) sur les modalités de déploiement de certaines mesures** évoquées dans cette recommandation, France Stratégie a réalisé un travail d'identification des mesures pour lesquelles une expérimentation était possible et pertinente. Les besoins en matière de mise en œuvre et les conditions garantissant la validité des résultats ont été précisés pour les deux mesures sélectionnées : la formation des professionnels de la petite enfance d'une part (mesure 1.4), et des travailleurs sociaux d'autre part (mesure 5.5). Lors des démarches d'exploration auprès de la DIPLP sur la faisabilité de mener une expérimentation pour ces mesures, celle-ci n'a pas soutenu ce projet d'expérimentation, en raison du calendrier de leur mise en œuvre, retardée avec la crise du coronavirus, et de leur mise en œuvre *via* la contractualisation. L'étude des effets de ces mesures sur la population ciblée paraissait par ailleurs difficile à réaliser au vu de la teneur des formations elle-même. Le comité a ensuite étudié la possibilité d'une expérimentation dans le cadre de l'entrée en vigueur de l'obligation de formation des 16-18 ans avec le ministère de l'Éducation nationale, mais des enjeux de justice sociale ont été soulevés. Le comité poursuit donc ses réflexions sur une éventuelle expérimentation.

Recommandation 3 – *Le comité demande la création d'une nouvelle cohorte ELFE (Étude longitudinale française depuis l'enfance). ELFE est la première étude longitudinale française consacrée au suivi des enfants. Le lancement d'une nouvelle cohorte en 2021 permettrait notamment de suivre le parcours des enfants qui auront bénéficié des mesures de la Stratégie et d'en connaître les effets à moyen et à long termes, et donnerait des possibilités bien plus importantes que des enquêtes transversales.*

Concernant la **création d'une cohorte ELFE 2** évoquée dans cette recommandation, le comité d'évaluation a décidé de privilégier une nouvelle infrastructure de recherche portée en France par l'INED et comprenant un nouveau panel d'enfants. Cette cohorte s'insérera dans une cohorte européenne, EuroCohort, ce qui permettra des comparaisons avec d'autres pays européens, tout en gardant une bonne comparabilité avec ELFE. Le démarrage d'EuroCohort est prévu pour 2024/2025, soit 13/14 ans après ELFE – ce qui est cohérent avec le délai recommandé entre cohortes de 15 années. Un premier financement de l'Union européenne sur quatre ans vient d'être obtenu pour le financement des enquêtes pilotes (y compris en France) de ce projet. Le volet français de EuroCohort bénéficiera aussi d'un financement à travers le nouveau programme d'investissements d'avenir LifeObs, porté par l'INED, pour les premières vagues des enquêtes nationales. D'autres demandes de financement sont en cours d'études pour les vagues successives, et pour le financement de l'équipe projet. Un renforcement de l'exploitation des données de la statistique publique, grâce à un dispositif d'observation de l'enfant en pseudo-panel

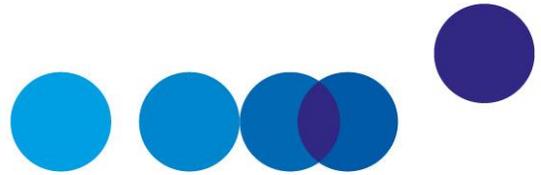
à partir des données de l'échantillon démographique permanent (EDP), sera proposé en complément. Ce système paraît répondre aux exigences du comité.

Recommandation 4 – *Le comité souhaite également que soient lancées de nouvelles enquêtes, notamment sur « les invisibles » ou sur les ménages hors logement ordinaire (sans domicile, personnes vivant en collectivité ou à l'hôtel, soit environ 1 million de personnes), dans la lignée de l'enquête Sans Domicile (menée en 2001 et 2012 par l'INSEE et l'INED) ou de l'enquête nationale sur les ressources des jeunes, menée en 2014 par l'INSEE et la DREES. De telles enquêtes permettraient de mieux connaître ces populations et les effets de la Stratégie sur leur situation.*

Concernant le **lancement de nouvelles enquêtes**, le comité d'évaluation a apporté son soutien au projet de pré-test de l'enquête Sans Domicile prévu en 2022, qui sera piloté par l'INSEE et/ou la DREES et qui sera réalisé en vue d'une possible réédition de l'enquête Sans Domicile en 2025.

Recommandation 5 – *Le comité demande qu'un bilan de la mise en œuvre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale mis en œuvre de 2013 à 2017 soit confié à l'Inspection générale des affaires sociales, afin (1) de savoir avec précision ce qui a été mis en œuvre et ce qui n'a pas été mis en œuvre et pourquoi, (2) d'identifier ce qui se retrouve ou pas dans le plan actuel et dont il faut assurer la continuité et (3) de produire des éléments de résultats pour ce qui a été mis en œuvre.*

Enfin, concernant la **demande d'une évaluation du plan précédent**, le président du comité d'évaluation a fait plusieurs démarches afin qu'une telle mission soit lancée. Le gouvernement a entendu cette demande mais ne l'a pas jugée prioritaire, du fait notamment de la mobilisation de l'IGAS dans le cadre de la crise sanitaire. Le comité a fait une analyse des éléments de continuité et de discontinuité du plan et de la Stratégie.



COMPLÉMENT 2

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE LA NOTE D'ÉTAPE D'OCTOBRE 2020

Dans sa note du 1^{er} octobre 2020¹, le comité d'évaluation a exprimé des points de vigilance quant à la réponse politique à la crise du coronavirus qui serait apportée au travers d'une évolution de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Il a souhaité faire un point d'étape sur ces points de vigilance en février 2021. Il reviendra de nouveau sur ces recommandations dans une nouvelle note sur la lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus, qu'il publiera à l'automne 2021.

Recommandation 1 – *La vision de long terme de la Stratégie et les moyens associés n'ont pas été remis en cause avec le plan de relance. Ce cap est à maintenir. Il faut toutefois également s'assurer que le volume et les modalités notamment financières des mesures de la Stratégie sont toujours en adéquation avec les besoins, et les accroître si nécessaire. La prise en compte de nouveaux besoins ne peut pas se faire à budget constant.*

Le comité d'évaluation constate que les nouvelles politiques de lutte contre la pauvreté annoncées depuis octobre 2020 ne remettent pas en cause la vision de long terme de la Stratégie. Des moyens supplémentaires ont été alloués. Dans la nouvelle note sur la lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus qu'il publiera à l'automne 2021, le comité évaluera les moyens dévolus et s'assurera de leur adéquation avec les besoins.

Recommandation 2 – *Comme le panel citoyen l'a relevé, des différences territoriales importantes existent en matière de pauvreté. Il faut veiller à ce que les écarts constatés entre territoires en matière de besoins sociaux, de moyens financiers des collectivités territoriales et de différence des niveaux d'engagement dans les politiques de lutte contre la pauvreté ne créent pas des inégalités territoriales inacceptables.*

¹ Comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (2020), « [La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus. Recommandations du comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté](#) », note d'étape, France Stratégie, octobre.

Le comité d'évaluation relève l'annonce par le Premier ministre Jean Castex de l'expérimentation à partir de 2022 d'une renationalisation du financement du RSA en Seine-Saint-Denis. La Seine-Saint-Denis est le premier département métropolitain à voir le versement du RSA pris en charge par l'État. C'est déjà le cas depuis 2019 à Mayotte et en Guyane, et depuis début 2020 à La Réunion.

Le comité examinera dans la nouvelle note sur la lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus qu'il publiera à l'automne 2021 si l'État a débloqué des crédits aux collectivités, et notamment aux départements, dans le cadre de la crise, et s'il les a modulés en fonction des besoins sociaux et des capacités financières.

Recommandation 3 – *Le confinement a entraîné une baisse des démarches d'accès aux droits (accueils fonctionnant en mode dégradé, lourdeur des démarches, impossibilité de se déplacer, moindres instructions de dossiers). La crise va se traduire par de nouveaux bénéficiaires potentiels des prestations de solidarité, qui ne recourront pas forcément aux dispositifs auxquels ils ont droit et qui pourraient être difficiles à identifier par les organismes compétents. La lutte contre le non-recours est encore plus essentielle dans ce contexte. Elle doit s'appuyer sur des efforts de simplification des démarches et davantage d'automatisation dans l'accès aux droits.*

Le comité d'évaluation souligne le choix du gouvernement de renforcer l'accès aux droits en consacrant trois des 19 mesures du plan pauvreté d'octobre 2020 à ce sujet. La première mesure concerne la hausse de « l'offre de domiciliation afin de permettre aux personnes n'ayant pas de domicile stable de recevoir du courrier et surtout d'accéder à leurs droits (délivrance d'un titre national d'identité, inscription sur les listes électorales, par exemple) et à des prestations sociales légales ». L'objectif est de passer de 400 structures à 700 d'ici 2023. 15 millions d'euros y sont consacrés. La seconde mesure concerne le développement du datamining pour cibler des allocataires potentiellement éligibles à certains droits et le renseignement automatique des formulaires avec les informations déjà transmises et semble correspondre à la mesure 5.3 de la Stratégie de 2018. Une troisième mesure prévoit la mise en place d'un groupe de travail sur la simplification administrative par les associations, pour leur permettre de se concentrer sur l'accompagnement des personnes précaires¹. La mise en œuvre et l'efficacité des mesures sera examinée par le comité d'évaluation en octobre 2021.

Recommandation 4 – *Les jeunes enfants et les enfants sont des victimes importantes de la crise, en particulier dans les milieux les plus modestes. Le confinement a renvoyé l'intégralité de leur vie en milieu familial, alors que la stratégie est orientée sur la mise en collectivité des enfants pour lutter contre les inégalités sociales. La rupture éducative importante qui a eu lieu durant plusieurs mois a produit des inégalités éducatives qu'il faudra rattraper. Le déficit de socialisation qui pèse sur leur qualité de vie et leur santé*

¹ Dossier de presse « [De nouvelles mesures pour prévenir et lutter contre la bascule dans la pauvreté](#) », 24 octobre 2020.

psychologique a des effets sur leur bien-être. Il faut leur consacrer des moyens suffisants et agir rapidement pour rattraper ces manques, tant pour les acquisitions scolaires que pour les activités périscolaires (jeux, sports, expressions artistiques, etc.).

Le comité d'évaluation souligne le choix du gouvernement de laisser les établissements d'accueil des jeunes enfants, les écoles et les collèges ouverts depuis septembre 2020. Il convient de rester vigilant sur les inégalités éducatives provoquées par la crise et sur ses effets sur la qualité de vie et la santé psychologique des enfants. Différents travaux ont montré que le confinement a bien eu des effets sur les enfants. Le gouvernement a cherché à éviter que la situation se reproduise en gardant les écoles ouvertes, mais n'a peut-être pas fait assez pour corriger les difficultés nées lors du premier confinement.

Recommandation 5 – *Le décrochage scolaire a augmenté suite au confinement. Une mise en œuvre immédiate de l'obligation de formation des 16-18 ans est nécessaire et son effectivité doit être suivie, en associant dès aujourd'hui tous les acteurs concernés.*

Des premières estimations de la DEPP indiquent une plus faible incidence qu'escompté sur le décrochage scolaire du premier confinement au sens strict d'abandon de la scolarité. Des enquêtes auprès des professionnels laissent craindre un décrochage « au sein » du système scolaire.

Le second confinement, qui a eu lieu du 30 octobre au 15 décembre 2020, et les modalités mises en place actuellement par certains lycées de cours à 50 % en présentiel nécessitent de rester vigilant sur cette question.

L'effectivité de l'obligation de formation des 16-18 ans sera examinée dans les travaux du comité.

Recommandation 6 – *Le confinement a mis en lumière les conséquences de la fracture numérique (zones blanches, littératie numérique, manque d'accès) et les limites du tout numérique. Il faut garantir un accès et un droit effectif de tous au numérique, et maintenir un système non numérique suffisamment solide pour garantir le droit de tous d'accéder physiquement aux services publics.*

La décision du gouvernement de laisser ouverts les services publics lors du second confinement de l'automne 2020 s'inscrit pleinement dans la demande de droit d'accès physique.

À la connaissance du comité d'évaluation, il n'a pas eu de nouvelles mesures en faveur de l'accès et du droit effectif de tous au numérique depuis les actions pour améliorer le développement du numérique sur l'ensemble de territoire, annoncées dans le cadre du plan de relance annoncé le 3 septembre 2020.

Recommandation 7 – *Les mesures prises depuis le confinement ont permis de rapidement protéger ceux qui étaient déjà les mieux protégés, mais la crise a réduit les*

revenus et aggravé la situation des personnes peu touchées par les mesures du fait de leurs conditions d'attribution. Ces populations doivent faire l'objet d'une attention accrue. Il convient notamment de s'assurer avant toute nouvelle réforme qu'elle n'aggrave pas la situation des personnes en situation de pauvreté, déjà très fragilisée par la crise.

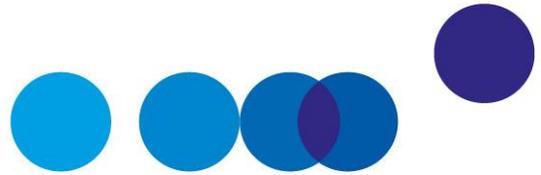
Depuis octobre 2020, le gouvernement a pris plusieurs nouvelles mesures monétaires à destination des plus démunis. Le comité examinera dans sa note sur les effets du coronavirus qu'il publiera à l'automne 2021, si les personnes peu touchées par les mesures du fait de leurs conditions d'attribution restent à ce jour en dehors du faisceau d'aide ou si elles sont également touchées par ces aides.

Le gouvernement a reporté la réforme des retraites et la réforme du chômage. Leurs dates de mise en œuvre ne sont pas connues à ce jour. La réforme de contemporanéisation des APL a été mise en place au 1^{er} janvier 2021. Le comité examinera comment a évolué la situation des personnes concernées en matière de pauvreté.

Recommandation 8 – *Plusieurs associations ont témoigné de difficultés financières suite au confinement pour faire face à la hausse du nombre de personnes les sollicitant. Il conviendra de s'assurer de la bonne répartition et de l'adéquation de la somme qui leur est dédiée dans le plan de relance. Il faudra également, comme l'a précisé le 5^e collègue du CNLE, les soutenir dans leurs actions.*

Le plan de soutien exceptionnel de 100 millions d'euros à destination des associations contribuant par leurs actions à la lutte contre la pauvreté est déployé sur deux ans. Il repose sur des appels à projets organisés par le ministère des Solidarités et de la Santé. Un premier appel à projets 2020-2021 correspond à une enveloppe de 50 millions d'euros engagée dès 2021. Les 50 millions d'euros restants seront engagés l'année prochaine, dans un second appel à projets 2021-2022.

Les associations ont fait face à une forte hausse de la demande pour leurs services et de la fréquentation depuis mars 2020. Pour le comité, il n'est pas évident que la procédure de l'appel à projets soit la plus adéquate pour répondre aux besoins prioritaires et urgents des acteurs associatifs.



COMPLÉMENT 3

LA PAUVRETÉ ET LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ EN FRANCE EN COMPARAISON INTERNATIONALE

Cette analyse propose en première partie un éclairage sur le niveau de pauvreté en France par rapport aux pays européens puis compare en deuxième partie la stratégie française mise en place pour lutter contre la pauvreté avec les stratégies poursuivies dans d'autres pays de l'OCDE. Les données de la première partie sont issues des données Eurostat de l'enquête UE-SILC et ont été extraites en novembre 2020. Les informations de la deuxième partie ont fait l'objet d'une recherche par France Stratégie.

1. La pauvreté en France en comparaison européenne

En 2019, un Européen¹ sur cinq est à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (AROE), c'est-à-dire qu'il répond à au moins un des trois sous-indicateurs AROPE (voir encadré ci-dessous). Ce chiffre diminue de manière constante depuis 2012 puisqu'il y a sept ans, un Européen sur quatre était dans cette situation. La France se situe en dessous de la moyenne européenne, avec un taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale de 17,9 % en 2019. Par rapport à ses voisins, la France enregistre en moyenne de meilleurs résultats sur les sous-indicateurs de pauvreté monétaire (France : 13,6 % ; moyenne UE-27 : 16,5 %) et de faible intensité de travail (France : 7,9 % ; moyenne UE-27 : 8,5 %) sur le taux de risque persistant de pauvreté² (France : 7,8 % ; moyenne UE-27 : 11,3 %) et sur

¹ EU-27, soit 92,4 millions d'Européens.

² Le taux de risque de pauvreté persistante correspond à la part des membres de ménages dont le revenu disponible équivalent est inférieur au seuil de risque de pauvreté pour l'année en cours et l'était également pendant au moins deux des trois années précédentes.

l'écart relatif de pauvreté¹ (France : 16,8 % ; moyenne UE-27 : 24,4 %). En revanche, son taux de privation matérielle et sociale est au niveau de la moyenne européenne, à 12,5 %.

Rappel méthodologique

Au niveau européen, la mesure de la pauvreté repose sur l'indicateur « à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale » (AROPE). Ce dernier regroupe trois sous-indicateurs : 1) un indicateur de pauvreté monétaire au seuil de 60 % du revenu médian après transferts sociaux (« à risque de pauvreté ») 2) un indicateur de privation matérielle sévère correspondant à l'impossibilité financière de se procurer 4 *items* parmi une liste de 9 *items*² et 3) un indicateur de faible intensité de travail correspondant au fait de vivre dans un ménage dont les membres en âge de travailler ont travaillé à moins de 20 % de leur potentiel au cours des 12 mois précédents. Un individu est ainsi considéré comme à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale s'il répond à au moins un des trois critères.

Si la situation de la France semble bonne au regard de la plupart des indicateurs de pauvreté européens, elle se dégrade pourtant lorsque l'on s'intéresse à la pauvreté des enfants de moins de 18 ans. Au niveau européen, le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale des enfants est de 23,4 %, avec de larges variations entre les pays. Seuls neuf pays ont un taux inférieur à 20 % ; et environ deux tiers des pays européens ont un taux AROPE pour les enfants supérieur à celui de la population globale. La France se situe près de la moyenne européenne, avec un taux de 22,5 %, soit 4,6 points de pourcentage de plus que le taux AROPE de la population globale. Sur le sous-indicateur de privation matérielle sévère, elle se situe même au-dessus de la moyenne européenne (France : 15,5 % ; moyenne UE-27 : 13,3 %).

De la même manière, la situation des jeunes français est moins favorable que celle de la population globale. Le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale des jeunes (18-

¹ L'écart relatif médian pour le seuil de pauvreté est la différence entre la médiane du revenu équivalent net total des personnes en-dessous du seuil de risque de pauvreté et le seuil de risque de pauvreté, exprimé en pourcentage du seuil de risque de pauvreté. Ce seuil est fixé à 60 % du revenu disponible équivalent médian national de l'ensemble des personnes dans un pays et non dans l'ensemble de l'Union européenne.

² Les neuf *items* sont les suivants : avoir eu des arriérés de paiement du loyer, d'un emprunt hypothécaire ou des factures d'eau/gaz/électricité dans les 12 derniers mois ; pouvoir chauffer son logement ; faire face à des dépenses imprévues ; pouvoir consommer de la viande ou une autre source de protéines au moins tous les 2 jours ; pouvoir s'offrir une semaine de vacances hors du logement ; posséder un téléviseur couleur ; posséder un lave-linge ; posséder une voiture personnelle ; et posséder un téléphone.

24 ans) en France s'approche ainsi de la moyenne européenne (EU-27 : 27,4 %). Environ un jeune sur quatre (26,7 %) est ainsi en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.

Enfin, l'analyse de la pauvreté monétaire par type de ménage à l'échelle européenne indique que les familles monoparentales sont la plupart du temps les ménages les plus à risque en Europe. En France, leur taux de pauvreté représente 2,4 fois le taux de pauvreté de la population totale en 2018.

Il apparaît ainsi qu'en Europe, et en France, certaines catégories d'âge (les enfants de moins de 18 ans et les jeunes de 18 ans à 24 ans) ou de population (familles monoparentales) sont davantage touchées par le risque de pauvreté. Pour répondre à cette situation, l'Europe a adopté le *Social Investment Package* en 2013¹, dans lequel figurait la recommandation d'investir dans les enfants pour briser le cercle de la reproduction sociale parmi les plus défavorisés². Actuellement, elle élabore la « Garantie pour l'enfance pour les enfants vulnérables³ » dont l'objectif est de permettre à chaque enfant à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale d'avoir un logement décent, une alimentation adéquate, et un accès gratuit à la santé et à l'éducation. La France a elle aussi pris des mesures à destination des enfants et des jeunes. Ces publics sont devenus des cibles prioritaires de la stratégie nationale actuelle de prévention et de lutte contre la pauvreté dont elle a fait de la lutte contre la reproduction sociale un de ses deux axes forts.

2. Les stratégies de lutte contre la pauvreté en comparaison internationale

De 2013 à 2017, la France a mis en place le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, avant d'adopter en 2018 la Stratégie actuelle de prévention et de lutte contre la pauvreté. Si la France a décidé de lutter contre la pauvreté en s'appuyant sur une stratégie nationale couvrant plusieurs champs d'actions dépendant de différents ministères, ce choix n'est pas la norme à l'international. La lutte contre la pauvreté se traduit plus couramment par des politiques ciblées qui se limitent à des thématiques spécifiques.

Parmi les pays ayant fait le choix d'une stratégie au niveau national ou fédéral (par exemple la Belgique, le Canada, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni), les modalités de mise en œuvre de cette dernière diffèrent. Ainsi, les stratégies se distinguent sur le choix

¹ [Social investment package | Eurofound \(europa.eu\)](#).

² Commission européenne (2013), « [Investing in children: breaking the cycle of disadvantage](#) ».

³ Child Guarantee, [Child guarantee for vulnerable children – Employment, Social Affairs and Inclusion – European Commission \(europa.eu\)](#).

fait en matière de continuité, de réglementation, d'objectif, de thématiques abordées, de publics visés ou encore l'évaluation.

La continuité

Plusieurs pays ou provinces, comme la Belgique, le Royaume-Uni et le Québec, ont fait le choix de reconduire leurs stratégies lorsqu'elles arrivaient à leur terme. La Belgique a ainsi mis en place trois plans fédéraux de lutte contre la pauvreté depuis 2008 (le premier de 2008 à 2011, le deuxième de 2012 à 2015 et le troisième de 2016 à 2019). Chaque nouveau plan repartait du précédent et précisait pour celui-ci la part des mesures réalisées, en cours ou restantes. De manière similaire au Royaume-Uni, deux stratégies se sont succédées. La deuxième, la stratégie de lutte contre la pauvreté des enfants de 2014, a fait le bilan de mise en œuvre de la première. À travers ces exemples, il semble que la continuité apparente entre des stratégies permet davantage aux mesures de se déployer dans le temps et d'être suivies dans la durée. La France se distingue sur cet aspect. Bien qu'une partie des mesures du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013 se poursuivent dans la Stratégie de lutte contre la pauvreté de 2018, la Stratégie n'est pas un deuxième plan et ne cherche pas à s'inscrire dans sa continuité, ou à fonder les inflexions revendiquées sur un bilan du plan précédent.

La réglementation

Certains pays ont inscrit la lutte contre la pauvreté dans la loi. En 2002, le Québec adopte une loi qui « vise à guider le gouvernement et l'ensemble de la société québécoise vers la planification et la réalisation d'actions pour combattre la pauvreté, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, contrer l'exclusion sociale et tendre vers un Québec sans pauvreté ». Le Royaume-Uni a promulgué le *Child Poverty Act* en 2010, à travers lequel il s'est fixé des objectifs de niveaux de pauvreté à atteindre d'ici 2020. Plus récemment, la Nouvelle-Zélande a adopté le *Child Poverty Reduction Act* de 2018 qui oblige le gouvernement à définir des objectifs de niveaux de pauvreté à trois ans et à dix ans, avec un rapport d'avancement à faire chaque année. Par ailleurs le *Children's Act* oblige à effectuer une mise à jour de la Stratégie au moins tous les trois ans après consultation publique. Ces obligations réglementaires inscrivent cette ambition de la lutte contre la pauvreté dans la durée, quels que soient les gouvernements en place. La Stratégie française de 2018 ne s'est pas traduite par une réglementation similaire.

Les objectifs

Plusieurs pays affichent dans leurs stratégies des objectifs chiffrés. Ainsi, dans ses précédents plans, la Belgique poursuivait l'objectif que 380 000 personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale ne le soient plus d'ici 2020. Le Québec entend sortir

100 000 personnes de la pauvreté d'ici 2023. De même, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont fixé des objectifs chiffrés afin de répondre à leur obligation réglementaire. Dans sa stratégie de lutte contre la pauvreté, la France n'a pas inscrit d'objectifs chiffrés. Les bénéfices d'une fixation d'objectifs sont sujet à débats. Certains acteurs pointent le fait qu'il est difficile de relier l'atteinte ou non d'un objectif avec une politique spécifique en cours. Plusieurs autres paramètres jouent et la lutte contre la pauvreté ne peut être évaluée uniquement à l'aune d'un chiffre.

Les thématiques

Les stratégies de lutte contre la pauvreté des différents pays couvrent généralement de nombreux thèmes, que sont la petite enfance, la jeunesse, l'éducation, la santé, l'emploi/formation, le logement et les prestations sociales. D'autres sujets, moins fréquents, trouvent néanmoins leur place dans plusieurs stratégies comme l'accès à l'alimentation, à la culture, à internet, aux transports et les violences familiales. La France aborde plusieurs des sujets évoqués dans sa stratégie. La culture qui était présente dans son plan précédent a néanmoins disparu dans sa stratégie actuelle.

Les publics

Les stratégies de lutte contre la pauvreté choisissent de s'adresser à l'ensemble de la population confrontée à cette situation ou de cibler davantage en s'adressant aux enfants, aux jeunes, aux familles et aux non-actifs. Ainsi, plusieurs pays adoptent des stratégies dédiées spécifiquement aux enfants : la Belgique a adopté son 1^{er} plan national de lutte contre la pauvreté infantile de 2013 à 2014, le Royaume-Uni, la stratégie « *A new approach to child poverty : tackling the causes of disadvantage and transforming families' lives* » de 2011 à 2014 puis la *Child Poverty Strategy* de 2014 à 2017, et la Nouvelle-Zélande la *Child and Youth Wellbeing Strategy* en 2019. Dans sa stratégie de 2018, la France accorde une place prioritaire aux enfants et aux jeunes.

Au sein de stratégies s'adressant à la population dans son ensemble, quelques pays proposent des mesures spécifiques pour certains publics. Ainsi, le Québec accorde une place singulière aux femmes en visant l'objectif d'égalité entre les sexes. La province met par exemple en place des mesures d'aide financière aux études des femmes. Par ailleurs, plusieurs pays élaborent des mesures en soutien aux personnes handicapées dans le domaine de l'emploi (en Belgique, au Royaume-Uni, au Québec), dans l'éducation (au Québec, au Royaume-Uni) et pour les prestations sociales (en Belgique, au Royaume-Uni). Au Canada et en Belgique, les personnes âgées sont concernées par des mesures portant sur l'isolement et l'exclusion. Enfin, plusieurs pays mettent en place des actions à destination des minorités : la population Rom en Belgique ou les populations autochtones au Canada. Si certaines des mesures du plan français de 2013 visaient les personnes

handicapées et les gens du voyage, elles n'ont pas été reconduites dans la Stratégie de 2018.

La participation des citoyens

Plusieurs pays ont fait le choix d'associer des citoyens à l'élaboration de leur stratégie. C'est le cas pour la stratégie de 2019 en Nouvelle-Zélande où des citoyens, et notamment des enfants, ont participé à l'élaboration de la stratégie. Leur avis sur les objectifs de la stratégie est repris dans le document officiel de la stratégie. En 2013 pour son 1^{er} plan national de lutte contre la pauvreté infantile, la Belgique a appelé les enfants à partager leurs suggestions sur le plan ; puis les a fait participer au suivi et à l'évaluation du plan. En France, les personnes concernées du 8^e collège (devenu 5^e collège) du CNLE ont participé à l'élaboration de la Stratégie de 2018 ; et un panel citoyen et le 5^e collège du CNLE sont consultés chaque année sur l'évaluation de la Stratégie en cours.

Les évaluations

Les stratégies prévoient un suivi et une évaluation. À titre d'illustration, l'évaluation belge est réalisée par la Cour des comptes. La France s'inscrit dans une logique similaire avec une évaluation faite par une instance indépendante. En Nouvelle-Zélande, l'évaluation est prévue par les ministères. Il est à souligner que ce pays est le seul à proposer des indicateurs d'évaluation et leurs sources pour chaque objectif de sa stratégie, dès l'élaboration de la stratégie.

L'analyse des résultats des évaluations serait utile pour déterminer dans quelle mesure les stratégies ont atteint leur objectif final de lutte contre la pauvreté. Plus spécifiquement, cela permettrait à la fois d'identifier ce qui a fonctionné et n'a pas fonctionné puis d'en comprendre les raisons, et de mettre en lumière les bonnes pratiques en matière d'évaluation.



COMPLÉMENT 4

BUDGET DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

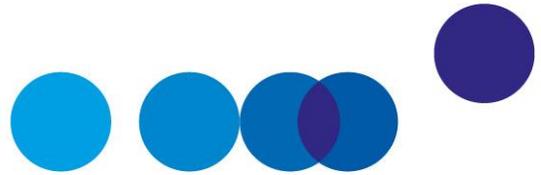
Le budget alloué à la Stratégie s'élève à 8,6 milliards d'euros sur la période 2019-2022 (quatre ans). Les 35 mesures concrètes de la Stratégie couvrent 97,6 % du budget de la Stratégie, soit un montant de 8,4 milliards d'euros. Les 2,4 % restants sont dédiés au Fonds d'appui aux politiques d'insertion ainsi qu'au pilotage de la Stratégie. Selon les informations communiquées par la DIPLP, le budget de la Stratégie n'a pas été modifié en 2020. La répartition budgétaire est présentée dans le tableau suivant.

Tableau – Budget de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté lors de son lancement

Stratégie Pauvreté	Budget (en M€)				
	2019	2020	2021	2022	Total
Engagement 1 – L'égalité des chances dès les premiers pas	200	279	324	434	1236
1. Développer les modes d'accueil de la petite enfance	90	113	138	225	565
2. Réussir la mixité sociale dans les modes d'accueil du jeune enfant	76	83	91	101	351
<i>Collectif</i>	68	70	73	76	287
<i>Individuel</i>	8	13	18	25	64
3. Améliorer la qualité éducative des modes d'accueil des jeunes enfants	1	16	16	16	49
4. Rénover la politique de soutien à la parentalité et déployer les centres sociaux dans les QPV	33	67	79	92	271
Centres sociaux dans les QPV	15	42	48	53	158
Généralisation points conseil budgets	6	6	6	6	24
Parentalité	12	19	25	33	89
Engagement 2 – Garantir les droits fondamentaux des enfants au quotidien	47	64	75	85	271
5. Mettre un terme aux situations attentatoires aux droits des enfants	22	32	38	43	135
Maraudes mixtes	2	2	3	3	10
Humanisation des centres d'hébergement	20	30	35	40	125
6. Garantir l'accès aux biens et aux services essentiels	25	32	37	42	136
Petits déjeuners à l'école	12	12	12	12	48
Tarifcation sociale cantines	5	10	15	20	50

Extension Programme M'T dents	8	10	10	10	38
Engagement 3 – Un parcours de formation garanti pour tous les jeunes	69	106	123	141	439
7. Un parcours de formation garanti jusqu'à 18 ans par une obligation de formation	0	20	20	20	60
8. Garantir l'accompagnement vers l'emploi de tous les jeunes	57	74	91	109	331
PACEA	48	65	82	100	295
PAEJ	4	4	4	4	16
Prévention spécialisée	5	5	5	5	20
9. Empêcher les sorties "sèches de l'Aide sociale à l'enfance	12	12	12	12	48
Engagement 4 – Vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité	759	1 157	1 438	1 608	4 962
10. Renforcer l'accès aux droits et aux services sociaux	19	25	25	25	94
Référents de parcours	10	10	10	10	40
Améliorer le renouvellement des droits (automatisation CMU-C BRSA)	9	15	15	15	54
11. Renforcer l'accès à la santé	40	232	313	383	968
Développement de structures relevant de l'ONDAM médico-social (LAM, LHSS, ACT)	40	87	138	178	443
PUMA+		145	175	205	525
12. Refonte des minima sociaux, revalorisation de la prime d'activité	700	900	1 100	1 200	3 900
Engagement 5 – Investir pour l'accompagnement de tous vers l'emploi	96	199	360	481	1 136
13. L'emploi au cœur de tout accompagnement social : garantir le triptyque ressources - accompagnement - emploi	96	199	360	481	1 136
Insertion dans l'emploi	56	108	138	148	450
<i>Appui processus d'orientation</i>	15	15	0	0	30
<i>Appels d'offre garantie d'activité</i>	15	45	90	100	250
<i>Pôle emploi</i>	26	48	48	48	170
Insertion dans l'emploi IAE	35	70	180	270	555
<i>Dont Expérimentations</i>	5	21	42	63	131
Trois leviers pour transformer notre modèle social	18	32	32	32	114
14. Une rénovation du travail social : de nouveaux métiers de l'entraide axés sur la présence sur le terrain et l'accès aux droits	16	30	30	30	106
1 ^{er} accueil social inconditionnel	10	10	10	10	40
Travail social (ingénierie et formation)	6	20	20	20	66
15. Gouvernance Pilotage indicateurs contractualisation	2	2	2	2	8
16. Une contractualisation exigeante	0	0	0	0	0
Total	1 181	1 820	2 319	2 669	7 989
FAPI	50	50	50	50	200
Fonds d'investissement social	10	20	30	40	100
Pic Formation IAE	60	60	60	60	240
Pic repérage invisibles	25	25	25	25	100
Total général	1 326	1 975	2 484	2 844	8 629

Source : DIPLP



COMPLÉMENT 5

LE SUIVI DES INDICATEURS SUR LES GRANDES THÉMATIQUES DE LA STRATÉGIE

Dans sa note d'étape de mars 2020, le comité d'évaluation a constitué des groupes de mesures par grandes thématiques de politiques publiques. Pour chacun de ces ensembles, le comité a déterminé les objectifs évaluable et proposé des indicateurs qui pourraient être suivis. Les administrations statistiques concernées ont été consultées afin de déterminer les indicateurs disponibles ou pouvant aisément l'être et pour collecter les résultats de ces indicateurs pour les dernières années disponibles lorsque pertinent. Les informations sont présentées par thématique.

1. Thématique « Petite enfance et éducation »

Objectifs finaux pour le groupe de mesures en matière de petite enfance et d'éducation de la Stratégie

- L'amélioration de l'accès des enfants de milieu défavorisé à des établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE) de qualité ;
- Le renforcement de la réussite scolaire et la réduction des inégalités de réussite scolaire, sur les premières années (3 à 6 ans) d'une part et sur les 16-18 ans d'autre part.

Informations disponibles pour les indicateurs envisagés par le comité d'évaluation

Indicateur	Organisme	Périodicité	Disponibilité	
			Passée	Prochaine
Part des enfants pauvres dans les EAJE	CNAF	Annuelle	2020 (pour les données 2018)	2021 (pour les données 2019)
Qualité des EAJE				
La part des élèves en début de CP maîtrisant les connaissances en mathématiques et en français (en EP et hors EP) (données selon l'origine sociale non disponible)	DEPP	annuelle	Novembre 2020 (pour le début d'année académique 2020 en résultats provisoires)	Février 2021 (pour les résultats définitifs)
La part des élèves à la mi-CP maîtrisant les connaissances en mathématiques et en français (en EP et hors EP) (données selon l'origine sociale non disponible)	DEPP	annuelle	Avril 2020 (pour des données de fin janvier 2020)	Avril 2021 (pour des données de fin janvier 2021)
La part des élèves en début de CE1 maîtrisant les connaissances en mathématiques et en français (en EP et hors EP) (données selon l'origine sociale non disponible)	DEPP	annuelle	Novembre 2020 (pour le début d'année académique 2020 en résultats provisoires)	Février 2021 (pour les résultats définitifs)
La part des élèves en début de sixième maîtrisant les connaissances en mathématiques et en français (disponibilité selon origine sociale à venir)	DEPP	annuelle	Novembre 2020 (pour le début d'année académique 2020 en résultats provisoire)	Février 2021 (pour les résultats définitifs)
Le taux de scolarisation de 16 à 18 ans (ventilée par âge : 16, 17, 18 ans)	DEPP	annuelle	2020 (année scolaire 2018-2019)	2021 (année scolaire 2019-2020)
Taux de sortants de formation initiale peu ou pas diplômés (non disponible selon origine sociale)	DEPP	annuelle	2020 (pour 2017 : moyenne des données de 2016 à 2018)	2021 (pour 2018)
Niveau de diplôme des 25-34 ans selon le milieu social	DEPP	annuelle	2020 (pour 2019)	2021 (pour 2020)

Définition des indicateurs et données les plus récentes

La part des enfants pauvres dans les EAJE

Définition : la part des enfants pauvres fréquentant un équipement d'accueil du jeune enfant relevant de la prestation de service unique (*Lettre* de l'ONAPE, CNAF).

	2018
Part des enfants pauvres dans les EAJE	20 %

La qualité des EAJE

Indicateur non disponible.

La part des élèves en début de CP maîtrisant les connaissances en mathématiques et en français

Définition (selon la DEPP) : la proportion des élèves maîtrisant des compétences évaluées en français et mathématiques qui permettent de mieux prédire les éventuels obstacles à la réussite en CP en fonction du secteur d'enseignement¹.

	2018 (en %)	2019 (en %)	2020 (en %)
Français		Comprendre des suites de lettres :	Comprendre des suites de lettres :
		11,6+82,2+83,7+75,5+70,3	12,2+80,9+82,6+73,5+67,6
	Reconnaître des lettres :	Reconnaître des lettres :	Reconnaître des lettres :
	24,6+61,1	26,1+59	25,9+57,4
	Manipuler des syllabes :	Connaître le nom des lettres et le son qu'elles produisent :	Connaître le nom des lettres et le son qu'elles produisent :
	12,8+81	13,8+80,1+80,8+73,7+69,3	15+77,6+78,7+69,2+63,5
	Comprendre des phrases lues par l'enseignant :	Manipuler des syllabes :	Manipuler des syllabes :
14,4+82,1	10,8+81,3+83,1+72,1+64,8	11,3+79,3+81,3+68,7+60,7	
Comprendre des mots lus par l'enseignant :	Manipuler des phonèmes :	Manipuler des phonèmes :	
20,9+73,4	13,8+82,4+83,8+74,7+68,9	14,6+80,9+82,5+71,8+65,3	
	Comprendre un texte lu par l'enseignant :	Comprendre un texte lu par l'enseignant :	
	9,3+85,8+87,7+76,5+68,6	9,4+84,9+86,9+74,4+66,8	

¹ Les proportions d'élèves maîtrisant les compétences de base (définies en référence au socle commun) en français et en mathématiques s'inscrivent dans des objectifs de la loi organique relative aux lois de finances (Lof) : pour le premier degré, conduire tous les élèves à la maîtrise des compétences de base exigibles au terme de la scolarité primaire ; pour le second degré, conduire le maximum d'élèves aux niveaux de compétences attendues en fin de scolarité et à l'obtention des diplômes correspondants. Un niveau d'exigence a été fixé, seuil à partir duquel on peut considérer que les élèves maîtrisent les compétences de base.

	Comprendre des phrases lues par l'enseignant : 13+84+86,3+73,4+64,4	Comprendre des phrases lues par l'enseignant : 13,6+82,8+85,2+71,1+61,9
	Comprendre des mots lus par l'enseignant : 22,5+70,3	Comprendre des mots lus par l'enseignant : 23,1+69,1
Maths	Associer un nombre à une position : 32,8+46,6+48,6+35,9+29,9	Associer un nombre à une position : 31,5+46,8+48,9+35,6+29,1
	Associer un nombre à une position : 34,5+44,0	Associer un nombre à une position : 34,5+44,0
	Quantifier des collections : 8,9+87,0	Quantifier des collections : 9,7+84,4+85,4+79,2+74,6
	Lire des nombres entiers : 5,3+92,0	Lire des nombres entiers : 23,7+64,4+67,00+50,2+41,5
	Écrire des nombres entiers : 12,0+82,7	Lire des nombres entiers : 5,5+91+91,8+87,3+82,9
		Écrire des nombres entiers : 8,9+87+88,1+82,1+76,6
		Reproduire un assemblage : 12,9+82,2+83,5+75,8+70,8
		Reproduire un assemblage : 11,8+83,9+85+78,4+74

Lecture du tableau : le premier chiffre indique le taux de maîtrise partielle de la compétence, le second la maîtrise totale, le troisième la maîtrise totale dans un établissement hors Éducation prioritaire, le quatrième la maîtrise totale dans un établissement en REP, et le cinquième la maîtrise totale dans un établissement en REP+.

La part des élèves à la mi-CP maîtrisant les connaissances en mathématiques et en français (indicateur ajouté)

Définition (selon la DEPP) : en milieu d'année scolaire, la proportion des élèves maîtrisant les connaissances et compétences de certains domaines de la lecture, de l'écriture et de la numération, attendus des programmes en français et mathématiques.

	2018 (en %)	2019 (en %)
Français	Comprendre des phrases à l'oral : 83,6+86+72,6+63,9	Comprendre des phrases à l'oral : 83,7+86,21+72,04+63,21
	Écrire des syllabes dictées : 78,1+78+75,7+70,4	Écrire des syllabes dictées : 79,6+79,69+76,63+71,42
	Écrire des mots dictés : 77+77,2+74+68,6	Ecrire des mots dictés : 77,4+77,64+73,79+68,57
	Lire à voix haute un texte : 73,8 + 87,4+83,5+80	Lire à voix haute un texte : 74,5+74,66+70,23+62,91
	Lire à voix haute des mots : 72,3+72,4+68,2+61,9	Lire à voix haute des mots : 74+74,16+70,08+63,43

Maths	Écrire des nombres sous la dictée : 75,9+76,4+73,8+69,8	Écrire des nombres sous la dictée : 79+79,41+77,35+73,02
	Placer un nombre sur une droite numérique : 65,2+66,4+58,6+54,3	Placer un nombre sur une droite numérique : 68,9+70,25+61,55+56,75
	Résoudre des problèmes : 53,4+55,2+44,8+38,5	Résoudre des problèmes : 53,5+55,24+44,77+38,1

Lecture du tableau : le premier chiffre indique le taux de maîtrise partielle ; le second la maîtrise totale, le troisième la maîtrise totale dans les établissements hors Éducation prioritaire ; et le quatrième la maîtrise totale dans les établissements en REP.

La part des élèves en début de CE1 maîtrisant les connaissances en mathématiques et en français

Définition (selon la DEPP) : proportion des élèves maîtrisant des compétences évaluées en français et mathématiques qui permettent de mieux prédire les éventuels obstacles à la réussite en CE1 et en fonction du secteur d'enseignement.

	2018 (en %)	2019 (en %)	2020 (en %)
Français		Lire à voix haute un texte : 18,5+71,4	Lire à voix haute un texte : 19,5+66,6+69,2+59,6+50,4
	Lire à voix haute un texte : 19,7+69,7	Lire à voix haute des mots : 18,1+72,6	Lire à voix haute des mots : 19,3+68,3+67,6+57,3+47,9
	Lire à voix haute des mots : 19,7+68,3	Comprendre des textes lus seul : 10,9+84,6	Comprendre des textes lus seul : 12,5+81,9
	Comprendre des textes lus seul : 13,0+81,4	Comprendre des phrases lues seul : 10,4+82,9	Comprendre des phrases lues seul : 11,4+80,3
	Comprendre des phrases lues seul : 13,3+81,4	Écrire des mots dictés : 13,0+77,1	Écrire des mots dictés : 14,4+72,6+73,6+65+57,5
	Écrire des mots dictés : 9,2+82,5	Écrire des syllabes dictées : 7,7+85,5	Écrire des syllabes dictées : 8,7+82,4+83,3+75,8+68
	Écrire des syllabes dictées : 19+77,4	Comprendre des phrases à l'oral : 14,7+82,4	Comprendre des phrases à l'oral : 14+82,8+85,4+70,3+60,7
	Comprendre des mots à l'oral : 16,7+78	Comprendre des mots à l'oral : 17,1+75,8	Comprendre des mots à l'oral : 17,3+75,8+79,4+57,8+45,4
		Comprendre des phrases lues par l'enseignant : 13+84+86,3+73,4+64,4	
	Maths	Représenter des nombres entiers : 27,3+64,2+67,02+56,3+53,9	Résoudre des problèmes : 34,2+46,1
Lire des nombres entiers : 18,3+74,8+76,05+65,01+63,45		Représenter des nombres entiers : 29,5+59,6+61,01+50,06+46,4	Représenter des nombres entiers : 29,3+58,4+60,3+47,6+42,9
Écrire des nombres entiers : 18,0+69,4+59,39+58,09		Lire des nombres entiers : 17,7+75,6+76,4+70,6+64,1	Lire des nombres entiers : 17,4+74,7+75,9+66,9+58,4

Calculer mentalement : 17,0+76,1+70,66+68,74+66,07	Écrire des nombres entiers : 16,7+72,6+73,4+67,3+61,1	Écrire des nombres entiers : 16,3+71,8+73,1+63,8+55,6
Associer un nombre à une position : 26,6+52,0+54,07+38,08+34,04	Calculer mentalement : 17,4+75,6+76,8+70,3+65,9	Calculer mentalement : 17,1+75,9+77,2+66,9+58,4
	Associer un nombre à une position : 26,1+55,7+57,7+44,1+37,8	Associer un nombre à une position : 25,5+55,5+57,5+43,4+36,7
	Reproduire un assemblage : 15,4+80,3	Reproduire un assemblage : 13,4+82,7

Lecture du tableau : le premier chiffre indique le taux de maîtrise partielle de la compétence, le second la maîtrise totale, le troisième la maîtrise totale hors Éducation prioritaire, le quatrième la maîtrise totale dans un établissement en REP, et le cinquième la maîtrise totale dans un établissement en REP+.

La part des élèves en début de sixième maîtrisant les connaissances en mathématiques et en français

Définition (selon la DEPP) : proportion des élèves maîtrisant des compétences évaluées en français et mathématiques qui permettent de mieux prédire les éventuels obstacles à la réussite en sixième et en fonction du secteur d'enseignement.

	2017	2018	2019	2020
Français	71,6 % 13,7 %	71,2 % 15,5 %	72,2 % 11,3 %	75 % 13,3 %
Maths	61,4 % 11,8 %	61,1 % 11,2 %	58,2 % 10,8 %	59,9 % 12 %

Lecture du tableau : le premier chiffre indique le taux de maîtrise partielle de la matière ; le second la maîtrise totale de la matière.

Le taux de scolarisation des 16 à 18 ans

Définition (selon l'INSEE) : le taux de scolarisation est le rapport entre le nombre d'élèves, d'étudiants et d'apprentis en formation initiale d'un âge déterminé, inscrits dans un établissement d'enseignement, et le nombre de jeunes de cet âge.

	2016	2017	2018	2019	2020
16 ans	94,8 %	94.3 %	95.80 %	96.60 %	96.60 %
17 ans	91.90 %	92.20 %	93.30 %	94.10 %	94.10 %
18 ans	78.40 %	78 %	79.20 %	79.30 %	79.30 %

Taux de sortants de formation initiale peu ou pas diplômés

Définition (selon le ministère de l'Éducation nationale) : l'indicateur des sortants de formation initiale sans aucun diplôme ou avec uniquement le brevet des collèges permet de quantifier le faible niveau d'études au moment clé où les jeunes terminent leur formation

initiale et entrent sur le marché du travail. Les données de cet indicateur proviennent de l'enquête *Emploi en continu* de l'INSEE.

	2018	2019	2020
Taux de sortants peu de diplôme (DNB)	7 %	6,7 %	7,1 %
Taux de sortants sans diplôme	6 %	5,5 %	5,7 %

Niveau de diplôme des 25-34 ans selon le milieu social

Définition (selon l'INSEE) : le niveau de diplôme fait référence au diplôme le plus élevé déclaré par l'individu. Il est disponible en fonction de la catégorie socioprofessionnelle des parents.

	2018	2019
Niveau de diplôme des 25-34 ans selon le milieu social	13 % des adultes avec diplôme national du brevet ou aucun diplôme : - Dont 18 % des adultes issus d'un milieu ouvrier 47 % des adultes diplômés de l'enseignement supérieur : - Dont 79 % provenant d'un milieu social très favorisé - Dont 29 % provenant d'un milieu ouvrier	13 % des adultes avec diplôme national du brevet ou aucun diplôme : - Dont 17 % des adultes issus d'un milieu ouvrier 48 % des adultes diplômés de l'enseignement supérieur : - dont 80 % provenant d'un milieu social très favorisé - dont 29 % provenant d'un milieu ouvrier

2. Thématique « Santé »

Objectifs finaux pour le groupe de mesures en matière de santé de la Stratégie

- La réduction des inégalités d'accès aux soins et d'état de santé, avec deux publics cibles, les enfants et la population pauvre ;
- La baisse de l'insécurité financière des personnes visées en relation avec la prise en charge financière des soins.

Informations disponibles pour les indicateurs envisagés par le comité d'évaluation

Indicateur	Organisme	Périodicité	Disponibilité	
			Passée	Prochaine
<p>Le taux de renoncement aux soins pour des motifs financiers.</p> <p>selon l'origine sociale: taux pour les 20 % de la population les plus modestes vs. ensemble de la population pour les soins dentaires.</p> <p>Non certain à ce stade :</p> <p>Information par décile de niveau de vie</p> <p>Non disponible :</p> <p>Information ventilée selon le sexe, l'origine sociale (hors 20 % les plus modestes pour les soins dentaires), présence d'enfants dans le foyer (hors 20 % les plus modestes), présence d'enfant dans le foyer</p>	<p>DREES</p> <p>INSEE</p>	<p>Annuelle</p>	<p>2018</p>	<p>2019 (en avril N+2)</p>
<p>Le reste à charge en santé selon le décile de niveau de vie</p>	<p>DREES</p>	<p>NR</p>	<p>2012</p>	<p>2021</p>
<p>Les indicateurs de santé des élèves (santé buccodentaire et obésité infantile)</p> <p>Pour les élèves en classe de troisième seulement</p> <p>selon la catégorie socio-professionnelle des parents</p>	<p>DREES</p>	<p>Annuelle</p>	<p>Août 2019 (pour 2017)</p>	<p>2020 (pour 2018)</p>

Définition des indicateurs et données les plus récentes

Le taux de renoncement aux soins pour des motifs financiers

Définition (selon Caroline Despres, IDRES, 2013) : situations où les individus ne recourent pas aux services de soins alors qu'ils éprouvent une manifestation corporelle ou psychique, ou abandonnent une démarche de soin en cours.

Le reste à charge en santé selon le décile de niveau de vie

Définition (selon la DREES) : le reste à charge (RAC) des ménages en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financé par les ménages après intervention de l'assurance maladie, de l'État et des

organismes complémentaires (OC). Il ne tient pas compte des cotisations aux régimes de base et complémentaires, ni des autres ressources (impôts et taxes, etc.) affectées à l'assurance maladie.

Le reste à charge en santé selon le décile de niveau de vie pour 2017 ne sera connu qu'au second trimestre 2021.

Les indicateurs de santé des élèves de troisième (santé buccodentaire, obésité)

Définition (selon la DREES) :

- Santé buccodentaire : mesurée par la proportion d'enfants en classe de troisième ayant au moins une dent cariée.
- Obésité infantile : mesurée par la proportion d'enfants en classe de troisième en surpoids (niveau de surpoids défini selon l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle (ou IMC)).

	2009	2017
Santé buccodentaire selon la catégorie socio- professionnelle des parents	44 %	32 % - dont 41 % d'enfants d'ouvriers - dont 23 % d'enfants de cadres
Obésité infantile selon la catégorie socio- professionnelle des parents	3,8 %	5 % - dont 8 % d'enfants d'ouvriers - dont 3 % d'enfants de cadres

3. Thématique « Accompagnement, formation et emploi »

**Objectifs finaux pour le groupe de mesures
en matière de formation, d'accompagnement et d'emploi de la Stratégie**

- L'amélioration de l'insertion et de l'accès à l'emploi, avec deux publics cibles, les jeunes – en particulier les jeunes NEET (ni en études, ni en emploi, ni en formation) et les jeunes « invisibles » – d'une part et les allocataires de minima sociaux d'autre part.

Informations disponibles pour les indicateurs envisagés par le comité d'évaluation

Indicateur	Organisme	Périodicité	Disponibilité	
			Passée	Prochaine
Taux de chômage au sens du BIT	INSEE	Trimestrielle (annualisé)	4 ^e trimestre 2020	1 ^{er} trimestre 2021
Taux de chômage de longue durée	INSEE	Trimestrielle (annualisé)	4 ^e trimestre 2020	1 ^{er} trimestre 2021
Taux d'emploi au sens du BIT de la population en âge de travailler (15 à 64 ans)	INSEE	Trimestrielle (annualisé)	4 ^e trimestre 2020	1 ^{er} trimestre 2021
Taux de chômage des jeunes	INSEE	Trimestrielle (annualisé)	4 ^e trimestre 2020	1 ^{er} trimestre 2021
Taux de jeunes NEET (15-29 ans)	INSEE	Trimestrielle (annualisé)	4 ^e trimestre 2020	1 ^{er} trimestre 2021
Halo du chômage	INSEE	Trimestrielle (annualisé)	4 ^e trimestre 2020	1 ^{er} trimestre 2021
Indicateur de sous-emploi au sens du BIT	INSEE	Trimestrielle (annualisé)	4 ^e trimestre 2020	1 ^{er} trimestre 2021
Taux de personnes occupant un emploi court (interim / CDD de moins de 3 mois)	INSEE	Annuelle	2017	2018
Taux de NEET de 15-29 ans suivi par le SPE	DARES	Annuelle	2019	2020

Définition des indicateurs et données les plus récentes

Le taux de chômage au sens du BIT

Définition (selon l'INSEE) : le taux de chômage est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs). Ce taux se calcule par âge en mettant en rapport les chômeurs d'une classe d'âge avec les actifs de cette classe d'âge. Un demandeur d'emploi « au sens du Bureau international du travail (BIT) » est une personne âgée de 15 ans ou plus :

- sans emploi durant une semaine donnée ;
- disponible pour travailler dans les deux semaines ;
- qui a effectué, au cours des quatre dernières semaines, une démarche active de recherche d'emploi ou a trouvé un emploi qui commence dans les trois mois.

Ce chiffre, tout comme l'ensemble de ceux de la section « accompagnement, formation et emploi » proviennent de l'enquête *Emploi en continu* de l'INSEE.

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de chômage (en moyenne annualisée) sur la France hors Mayotte¹	10 %	9,4 %	9 %	8,4 %	8 %

Le taux de chômage de longue durée

Définition (selon l'INSEE) : le taux de chômage de longue durée est la proportion de chômeurs de longue durée (d'au moins un an) dans l'ensemble des actifs.

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de chômage de longue durée (en moyenne annualisée)	4,8 %	4,4 %	3,9 %	3,4 %	3 %

Le taux d'emploi de la population en âge de travailler

Définition (selon l'INSEE) : le taux d'emploi d'une classe d'individus est calculé en rapportant le nombre d'individus de la classe ayant un emploi au nombre total d'individus dans la classe. Il est ici calculé sur l'ensemble de la population en âge de travailler (personnes âgées de 15 à 64 ans).

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux d'emploi des 15-64 ans (en moyenne annualisée)	64,2 %	64,7 %	65,3 %	65,6 %	65,3 %
Taux d'emploi des 15-24 ans (en moyenne annualisée)	28,0 %	28,7 %	29,7 %	29,7 %	28,5 %

Le taux de chômage des jeunes

Définition (selon l'INSEE) : le taux de chômage des jeunes est le pourcentage de chômeurs dans la population active des 15-29 ans (par conséquent à l'exclusion des jeunes en études ou en formation).

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de chômage des jeunes au sens du BIT (en moyenne annualisée)	24,5 %	22,1 %	20,8 %	19,6 %	18,4 %

¹ C'est le cas de tous les chiffres de cette section, sauf exception mentionnée.

Le taux de jeunes NEET

Définition (selon Eurostat¹) : part des jeunes de 15 à 29 ans qui ne sont ni en études, ni en emploi, ni en formation, que cette dernière soit formelle (formation conduisant à un diplôme ou à un titre reconnu) ou non formelle, suivie pour des raisons professionnelles ou personnelles (stage, formation ou cours avec l'aide d'un intervenant, séminaire, atelier, conférence, cours particulier, cours de sport ou cours lié à une activité culturelle ou de loisirs) (estimations issues de l'enquête *Emploi*).

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de NEET parmi les 15-29 ans² selon la définition d'Eurostat (estimations issues de l'enquête <i>Emploi</i>)	14,3 %	13,8 %	13,5 %	12,9 %	14,1 %

Le taux de NEET suivi par le SPE

Définition (selon la DARES) : part des jeunes NEET de 15 à 29 ans inscrits comme demandeur d'emploi auprès de Pôle emploi, un opérateur de placement ou une association d'insertion.

	2016	2017	2018	2019	2020
Part des NEET parmi les 15-29 ans suivis par le SPE (France métropolitaine)	57,1 %	56,4 %	56,7 %	54,5 %	ND

Le halo du chômage

Définition (selon l'INSEE) : le halo autour du chômage est constitué d'inactifs n'étant pas au chômage au sens du Bureau international du travail (car n'étant pas disponible pour travailler, ou n'ayant pas recherché d'emploi) mais souhaitant travailler. Le halo est ici exprimé en part de la population totale des 15-64 ans.

	2016	2017	2018	2019	2020
Halo autour du chômage (en moyenne annualisée) parmi les 15- 64 ans, au sens du BIT	3,8 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	4,6 %

¹ Il existe d'autres définitions des NEET, notamment celle de l'OCDE, qui sont moins restrictives et conduisent à des chiffres supérieurs. Nous ne disposons cependant pas de données à jour selon cette définition.

² Il serait plus pertinent de retenir la classe d'âge des 15-25 ans, qui correspond aux cibles des mesures de la Stratégie en direction des jeunes, mais les derniers chiffres disponibles (voir la 2^e section de la troisième partie du [rapport 2021](#)) datent de 2018.

Le taux de personnes en contrat court – mission d'intérim ou CDD de moins de 3 mois, hors contrat aidé, stage ou apprentissage

Définition (selon l'INSEE) : part des personnes occupant un emploi en contrat court, c'est-à-dire soit en mission d'intérim ou en CDD d'une durée de moins de trois mois, parmi l'emploi total.

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de personne occupant un emploi court	4,2 %	4,5 %			
			ND	ND	ND
<i>Dont :</i>					
- CDD court	2,5 %	2,5 %			
- Interim	1,7 %	1,9 %			

L'indicateur de sous-emploi au sens du BIT

Le sous-emploi comprend les personnes actives occupées au sens du BIT qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- elles travaillent à temps partiel, souhaitent travailler davantage et sont disponibles pour le faire, qu'elles recherchent activement un emploi ou non ;
- elles travaillent à temps partiel (et sont dans une situation autre que celle décrite ci-dessus) ou à temps complet, mais ont travaillé moins que d'habitude pendant une semaine de référence en raison de chômage partiel¹ ou mauvais temps.

	2016	2017	2018	2019	2020
Part du sous-emploi dans l'emploi BIT (en moyenne annualisée)	6,5 %	6,1 %	5,9 %	5,4 %	11,0 %

4. Thématique « Logement »

Objectifs finaux pour le groupe de mesures en matière de logement de la Stratégie

- L'amélioration de l'accès au logement et des conditions de logement.

¹ Ce qui explique l'augmentation brutale du niveau de sous-emploi en moyenne annualisée pour 2020.

Informations disponibles pour les indicateurs envisagés par le comité d'évaluation

Indicateur	Organisme	Périodicité	Disponibilité	
			Passée	Prochaine
Le taux de surpeuplement	INSEE	NR	2013	2020
<i>Le nombre de familles à la rue</i>				
Le taux d'effort net des ménages lié à l'occupation de leur résidence principale	INSEE	Annuelle	2015	2021 (pour les données 2018)
Le taux d'effort énergétique	INSEE	NR	2008	NR
Les personnes en situation de vulnérabilité énergétique	INSEE	NR	2008	NR
Nombre de personnes concernées par deux défauts ou plus graves dans leur logement	INSEE	Annuelle	2013	2020

Définition des indicateurs et données les plus récentes

Le taux de surpeuplement

Définition (selon l'INSEE) : l'indice de peuplement des logements caractérise le degré d'occupation du logement, par comparaison entre le nombre de pièces qu'il comporte et le nombre de pièces nécessaires au ménage. L'occupation « normale » d'un logement est définie ainsi : une pièce de séjour pour le ménage ; une pièce pour chaque personne de référence d'une famille ; une pièce pour les autres personnes mariées ou remariées mais ne vivant pas en couple, veuves ou divorcées, ainsi que pour les célibataires de 19 ans ou plus.

	2013
Taux de surpeuplement	8,40 %

Le nombre de familles à la rue

Indicateur non disponible.

Le taux d'effort net des ménages lié à l'occupation de leur résidence principale

Définition (selon INSEE) : le taux d'effort est le rapport entre la somme des dépenses liées à l'habitation principale et les revenus des ménages. Les dépenses comprennent pour les propriétaires les remboursements d'emprunt pour l'achat du logement, la taxe foncière et les charges de copropriété.

	2015
Taux d'effort net des ménages lié à l'occupation de leur résidence principale	19,9 %

Le taux d'effort énergétique

Définition (selon l'Observatoire national de la précarité énergétique) : le taux d'effort énergétique correspond à la part des dépenses totales d'énergie dans le logement sur le revenu disponible du ménage ; le seuil au-delà duquel un ménage est considéré en précarité énergétique est de 8 % (soit près de deux fois la médiane).

	2015
Taux d'effort énergétique	16,36 %

Les personnes en situation de vulnérabilité énergétique

Définition (selon l'INSEE et au titre de la loi Grenelle II) : est en situation de précarité énergétique, une personne qui « éprouve dans son logement des difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'habitat ».

	2015
Taux de vulnérabilité énergétique	14,6 %

Les personnes concernées par l'existence de deux défauts graves ou plus de leur logement

Définition (selon l'INSEE) : absence des éléments de base du confort sanitaire, ou défauts présentant un danger pour la santé ou la sécurité des occupants.

	2013
Taux de personnes concernées par l'existence de deux défauts graves ou plus de leur logement	3,4 % de la population

5. Thématique « Droits sociaux »

Objectifs finaux pour le groupe de mesures en matière de droits sociaux de la Stratégie

- l'amélioration du recours aux droits sociaux par la population pauvre ;
- l'amélioration de la mobilisation des acteurs qui traitent l'accès aux droits.

Informations disponibles pour les indicateurs envisagés par le comité d'évaluation

Indicateur	Organisme	Périodicité	Disponibilité	
			Passée	Prochaine
Le taux de non-recours	DREES	NR	2011	2021
Le volume des demandes de droits sociaux				
Volume des prestations sociales	INSEE	Annuelle	2020	2021
Effectifs d'allocataires des minima sociaux	DREES	Annuelle	2020	2021
Dépenses d'allocation des minima sociaux	DREES	Annuelle	2020	2021
Le délai de traitement des dossiers				
L'évolution des motifs de non-recours				

Définition des indicateurs et données les plus récentes

Le taux de non-recours

Définition : taux de personnes ne faisant pas valoir leur droit en raison de divers obstacles.

Une estimation du taux de non-recours au RSA et à la prime d'activité par la DREES pourrait être disponible à compter de fin 2021-mi 2022.

Le volume des prestations sociales

Définition (selon l'INSEE) : montant des prestations sociales dans le total des dépenses. Les prestations sociales (ou transferts sociaux) sont des transferts versés (en espèces ou en nature) à des individus ou à des familles afin de réduire la charge financière que représente la protection contre divers risques.

Les effectifs d'allocataires des minima sociaux

Définition (selon la DREES) : ensemble du nombre d'allocataires des prestations garantissant à une personne ou à sa famille un revenu minimum. Dix minima sociaux existent : Revenu de solidarité active (RSA), Allocation aux adultes handicapés (AAH), Minimum vieillesse (allocation supplémentaire vieillesse [ASV] et allocation de solidarité aux personnes âgées [Aspa]), Allocation de solidarité spécifique (ASS), Allocation pour demandeur d'asile (ADA), Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), Revenu de

solidarité (RSO), Allocation veuvage (AV), Allocation temporaire d'attente (ATA), et Allocation équivalent retraite de remplacement (AER-R).

	2016	2017	2018	2019
Nombre d'allocataires des minima sociaux (au moins un des dix)	4 218 100	4 222 000	4 246 900	4 296 000
Nombre d'allocataires du RSA	1 893 100	1 883 800	1 903 800	1 916 100

Champ : France

Source : jeu de données (https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/336_minima-sociaux-rsa-et-prime-d-activite/information/)

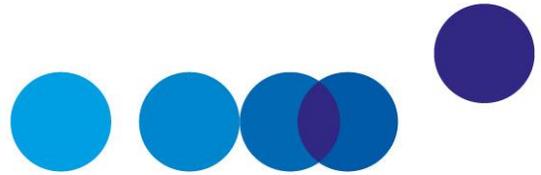
Les dépenses d'allocations des minima sociaux

Définition (selon la DREES) : montant des dépenses liées au versement des dix minima sociaux (voir plus haut).

	2016	2017	2018	2019
Les dépenses d'allocation des minima sociaux (en milliards d'euros)	27,275	27,324	27,514	28,315

Champ : France

Source : jeu de données (https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/336_minima-sociaux-rsa-et-prime-d-activite/information/)



COMPLÉMENT 6

LE PLAN D'INVESTISSEMENT DANS LES COMPÉTENCES : CONTENU ET PROGRAMME D'ÉVALUATION EN LIEN AVEC LA STRATÉGIE

Dans sa note d'étape de mars 2020, le comité d'évaluation indiquait qu'il travaillerait avec le comité d'évaluation du Plan d'investissement dans les compétences (PIC) à la mise en place d'une collaboration pour que les travaux d'évaluation du PIC apportent un éclairage sur l'accès des plus pauvres à l'emploi.

Cette fiche décrit le contenu du Plan d'investissement dans les compétences (objectifs, publics cibles, modalités de déploiement et budget) et le programme d'évaluation en lien avec la stratégie.

La description du Plan d'investissement dans les compétences

Faisant suite à la suggestion d'un grand programme d'investissement porté par le rapport Pisani-Ferry (2017), le plan d'investissement dans les compétences est une stratégie multidimensionnelle portant sur la période 2018-2022 visant à :

- former un million de demandeurs d'emploi peu ou pas qualifiés et un million de jeunes éloignés du marché du travail ;
- répondre aux besoins des métiers en tension dans une économie en croissance ;
- contribuer à la transformation des compétences, notamment liée à la transition écologique et à la transition numérique.

Le PIC est co-financé par l'État et les entreprises (via un financement dédié qui transite par France Compétence prévu dans la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel). Une partie importante de sa mise en œuvre est confiée aux conseils régionaux, compétents en matière de formation professionnelle des jeunes et des demandeurs d'emplois.

Les publics-cibles

Le PIC est destiné aux demandeurs d'emploi faiblement qualifiés et aux jeunes sans qualification. Il cible plus particulièrement les personnes en situation de fragilité, dont :

- les premiers niveaux de qualification (inférieur ou égal au baccalauréat) ;
- les résidents des Quartiers de la politique de la ville (QPV) et des Zones rurales à revitaliser (ZRR) ;
- les personnes en situation de handicap ;
- les personnes ni en emploi ni en formation ;
- les parents isolés ;
- les personnes en situation d'illettrisme ;
- les réfugiés.

Les modalités de déploiement du plan

Les actions déployées dans le cadre du PIC s'articulent autour de trois objectifs opérationnels : i) garantir un socle de compétences de base ; ii) répondre aux besoins des entreprises et qualifier la main d'œuvre ; iii) accompagner et sécuriser les parcours des individus.

Trois modalités de mise en œuvre sont prévues dans le cadre du plan :

- Les **Pactes régionaux d'investissement dans les compétences** co-élaborés par la Région et l'État dans le cadre du Crefop sont signés pour la période 2019-2022¹. Ils définissent les axes pour lesquels l'État interviendra en additionnalité des crédits des conseils régionaux.
- Le lancement ou l'intensification **d'actions nationales d'accompagnement dans l'emploi** des publics fragiles et de soutien aux enjeux de transformation des métiers.
- Le **lancement d'appels à projets pour innover et transformer par l'expérimentation** sur des volets nécessitant une nouvelle approche des politiques publiques : pratiques de *sourcing*, remobilisation, activation des pairs, micro-activités solvables, badges numériques ouverts et écosystème de confiance, employeurs inclusifs, etc.

¹ Deux conseils régionaux ont refusé la contractualisation avec l'État, PACA et Auvergne Rhône Alpes. Dans ces deux cas, c'est Pôle emploi qui est en charge du déploiement du dispositif ainsi que de la gestion de l'enveloppe budgétaire prévue dans le cadre du PIC

Le tableau en fin de document précise les actions répondant aux trois objectifs, leurs modalités de mise en œuvre ainsi que leur niveau d'avancement à octobre 2020¹.

Le budget

Le PIC est doté de près de 13,8 milliards d'euros sur la période 2018-2022². Pour 2020, ce sont 1,5 milliards d'euros en autorisations d'engagement et 1,1 milliards d'euros en crédits de paiement qui sont consacrés au PIC.

Ces montants prennent en compte une participation de France compétences au financement du PIC, par le biais d'un fonds de concours à hauteur de 1,6 milliard d'euros, et le concours du Fonds social européen (FSE) qui finance la Garantie jeunes à hauteur de 42,79 millions d'euros pour 2020.

Premiers éléments

À date, l'ensemble des négociations avec les régions pour la contractualisation des Pactes pluriannuels d'investissement dans les compétences ont été finalisées et la majorité des programmes nationaux ont été engagés.

Selon le premier rapport du comité scientifique, 964 000 personnes en recherche d'emploi sont entrées en formation en 2019. Plus d'1 million si l'on y ajoute les salariés en insertion. Entre 2017 et 2019, 154 000 entrées supplémentaires ont été enregistrées, soit une hausse de 19 %.

Le taux d'accès à la formation des demandeurs d'emploi peu qualifiés (niveau infra bac ou bac) a progressé à 10 % en 2019 alors que l'accès des jeunes demandeurs d'emploi aux formations reste stable, entre 16 et 17 %.

Sur le plan quantitatif, le plan semble donc en mesure d'atteindre ses objectifs en matière d'accès à la formation. En revanche, en raison notamment des conséquences de la crise, l'effet de ces formations sur l'insertion professionnelle et le niveau général du chômage risque d'être plus contrasté et devra faire l'objet d'une attention tout particulière.

¹ Issu du premier rapport d'évaluation du comité scientifique du PIC : https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares_pic_comite_scientifique_1er_rapport_oct2020.pdf

² Dont 6,7 milliards pour les décrocheurs et 7,1 milliards pour les demandeurs d'emploi. 90 % des fonds du Pic sont dirigés vers les actions de formation et 10 % visent la transformation du système par des expérimentations de nouveaux outils.

Articulation PIC – Stratégie pauvreté

Les articulations entre l'évaluation du PIC et de la Stratégie pauvreté se situent principalement au niveau des publics et des mesures en faveur de l'accompagnement, de la formation et de l'emploi.

Les publics cibles du PIC (voir ci-dessus) appartiennent aux catégories de population les plus susceptibles de se trouver en situation de pauvreté monétaire¹. Une partie des solutions mobilisées pour leur permettre d'accéder à terme à l'emploi sont des actions du PIC.

Plusieurs des mesures de la stratégie pauvreté sont directement liées ou pourraient bénéficier des évaluations produites dans le cadre du PIC :

Mesure 3.1. Une obligation de formation jusqu'à 18 ans

Mesure 3.3. Repérer, renouer le dialogue et (re)mobiliser les jeunes en risque d'exclusion pour les amener vers un parcours d'accompagnement et de formation

Le repérage des jeunes « invisibles » constitue un élément essentiel du plan d'investissement dans les compétences. À cet effet un appel à projets « Repérage et mobilisation des invisibles » a été lancé en février 2019. Dans ce cadre 230 projets sont soutenus dans ce cadre pour un montant de 60 millions d'euros.

Un nouvel appel à projet sera lancé début 2021, pour un montant de 40 millions d'euros.

Mesure 3.2. Extension de la Garantie jeunes

Le dispositif d'accompagnement de la Garantie jeunes et le versement d'une allocation PACEA sont des éléments clés des deux stratégies conjointes.

Mesure 3.4. Des expérimentations dans le cadre du plan d'investissement dans les compétences pour diversifier les opérateurs et les modalités d'utilisation de la Garantie jeunes.

Cette mesure de la stratégie reposait entièrement sur un appel à projet dédié dans le cadre du PIC. Ce dernier a cependant été abandonné.

Mesure 3.7. 100 000 salariés supplémentaires accueillis dans le secteur de l'insertion par l'activité économique pour favoriser le retour à l'emploi des personnes les plus fragiles.

¹ 60 % du revenu médian.

Le PIC vise à financer l'entrée en formation des salariés en Insertion par l'activité économique – IAE) afin de sécuriser leur parcours, avec une dotation de 240 millions d'euros à cet effet.

Outre ces mesures, on note que certaines expérimentations (déployées au niveau national ou dans le cadre des PRIC) ou dispositifs du PIC ont vocation à entrer en résonance avec les objectifs de la stratégie (notamment *le retour à l'emploi des personnes en situation de pauvreté*) et/ou peuvent venir alimenter la mesure 3.9. Notons par exemple entre autres :

- Le programme EMILE qui vise à proposer un accompagnement sur-mesure, global et intégré, aux Franciliens mal logés, afin qu'ils trouvent un logement adapté et un emploi dans une région présentant des besoins de main d'œuvre et des opportunités de logement (la date limite de soumission des projets a été retardée au 15 mai 2020, en raison de la crise sanitaire).
- Le dispositif « Mes compétences pour l'emploi » qui est un appui à la valorisation des acquis de l'expérience pour les publics en [Parcours emploi compétences](#).
- Les projets expérimentés dans le cadre de l'appel à projet national « Intégration professionnelle des réfugiés ».

L'évaluation du PIC et ses interactions avec l'évaluation de la Stratégie pauvreté

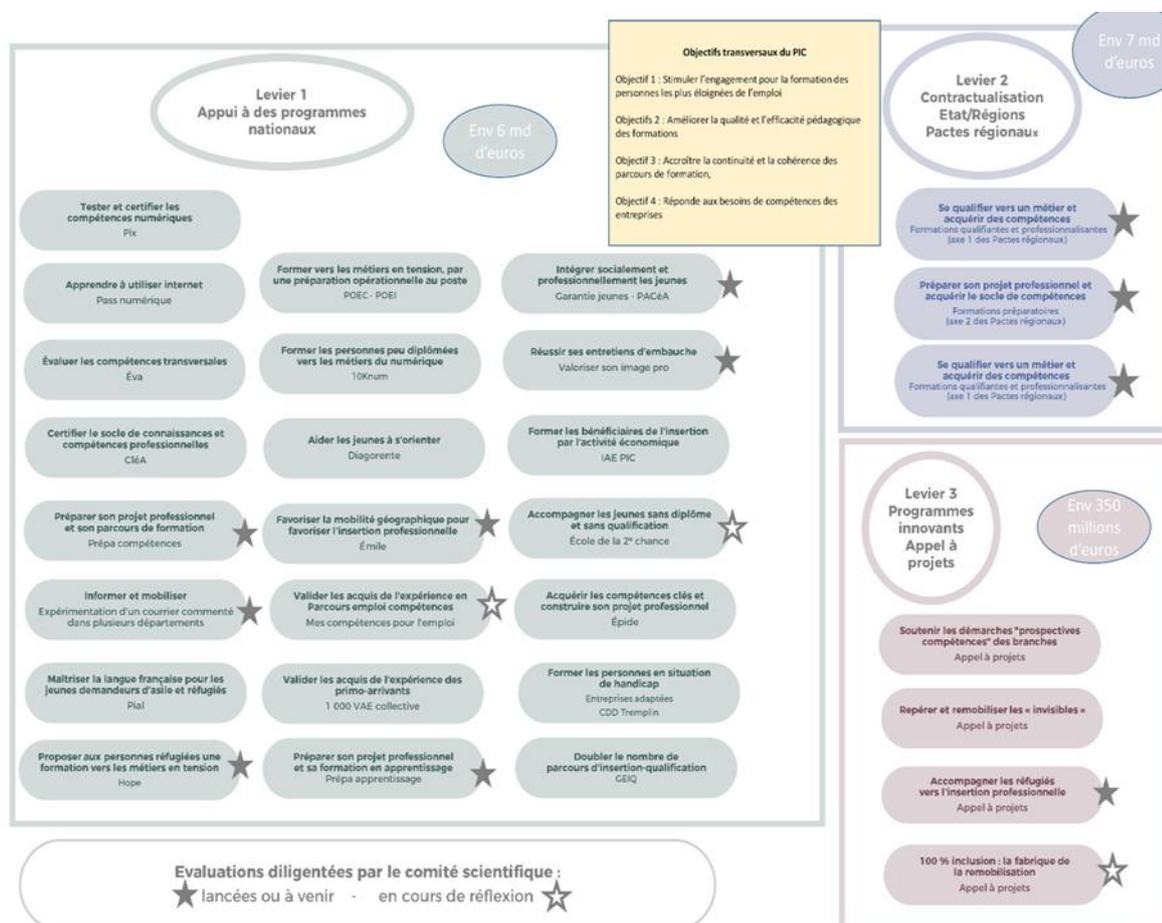
Outre les régions qui sont en capacité d'évaluer les initiatives qu'elles financent, l'évaluation du Plan est conduite par **un comité scientifique indépendant** composé d'une vingtaine de chercheurs de disciplines diverses.

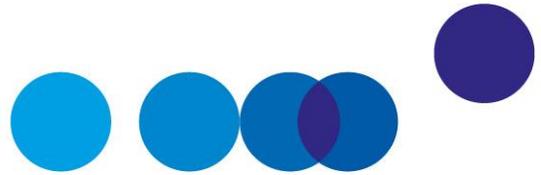
Dans le cadre de cette évaluation, une enquête trimestrielle (« Post-Formation ») et un dispositif statistique permanent (FORCE) ont été initiés. Par ailleurs, le comité scientifique a lancé une série de marchés d'études et d'appels à projets de recherche (APR).

Une attention toute particulière devra donc être apportée aux résultats de ces études qui peuvent venir nourrir l'évaluation de la stratégie pauvreté. Des relations avec la DARES (qui assure le secrétariat du comité scientifique) ont été tressées à ce titre.

En ce qui concerne les données statistiques produites dans le cadre du PIC, il aurait été utile de pouvoir connaître la part des personnes en situation de pauvreté bénéficiant des actions du PIC. En l'état, l'identification dans la base FORCE des personnes en situation de pauvreté n'est pas possible et nécessite un appariement avec d'autres bases de données.

Présentation des principaux dispositifs du PIC selon les trois leviers sur lequel ce plan d'investissement repose et présentation des dispositifs spécifiquement évalués par le conseil scientifique





COMPLÉMENT 7

EFFETS ATTENDUS SUR LA PAUVRETÉ DE HUIT POLITIQUES DE SANTÉ INTRODUITES DANS LA STRATÉGIE ET DANS LE SÉCUR DE LA SANTÉ – UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE (IRDES)

Institut de recherche **IRDES**
et documentation en économie de la santé

Par Damien Bricard, Paul Dourgnon et Jonas Poucineau

Mars 2021

Remerciements

Nous tenons à remercier Marine de Montaignac (France Stratégie), Catherine Pollak (Drees), Sandrine Danet (HCAAM) et Alice Blanchon (DSS), ainsi que Chloé Ravouna (DIPLP), pour leurs relectures et leurs éclairages.

Cette revue de littérature a largement bénéficié de l'appui du service de documentation de l'IRDES et de son responsable Marie-Odile Safon.

1. Synthèse

La revue de littérature s'intéresse aux effets sur la pauvreté de huit mesures de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et du Ségur de la santé. Ces mesures portent sur : (1) l'amélioration de l'accès et l'extension de l'assurance complémentaire ; (2)

le renforcement de l'offre de soins de proximité dans les territoires défavorisés ; (3) l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de grande pauvreté.

Le modèle théorique fait apparaître deux principaux courants de causalité : un effet direct sur la pauvreté, *via* la baisse des dépenses de santé, et un effet indirect, *via* l'accès aux soins et l'état de santé et leur effet sur le revenu. Ainsi, d'une part, l'amélioration de l'accessibilité financière des soins entraîne une diminution des dépenses de santé due à la réduction des primes d'assurance et à la baisse du coût des soins résultant de meilleures garanties. Cette baisse des dépenses peut réduire le risque de dépenses catastrophiques susceptibles d'entraîner une chute ou un maintien dans la pauvreté. D'autre part, l'amélioration de l'accès aux soins et, partant, de l'état de santé des bénéficiaires, influence à terme leur situation économique, en particulier l'emploi et le revenu. La littérature identifie 3 principaux leviers à l'accès aux soins des populations précaires : l'accessibilité financière aux soins, l'accessibilité et la disponibilité de l'offre et l'interaction médicale.

La littérature permettant d'éclairer les réformes de l'assurance complémentaire est le plus souvent américaine et française. Il s'agit pour la France des travaux sur l'impact de la CMUC sur le recours aux soins et sur les déterminants du non-recours à l'ACS et à la CMUC. Ainsi, la CMUC a permis d'améliorer le recours aux soins et de supprimer les restes à charge pour 75 % des bénéficiaires. Aux États-Unis, de nombreux travaux estiment les effets des extensions de *Medicaid* sur différentes dimensions de la pauvreté telles que les dépenses de santé, le recours aux soins, l'état de santé, l'accès à l'emploi. Parmi les leviers dont l'efficacité a été vérifiée, la souscription automatique à un programme d'assurance a permis de multiplier par trois le taux de personnes couvertes.

Les mesures portant sur l'offre de soin de proximité et l'adaptation des services de santé aux publics précaires et culturellement éloignés (participation des usagers, « allez-vers », interprétariat, formation des professionnels, prise en charge globale) peuvent être éclairées par les exemples des *Community Health Centers* aux États-Unis et au Canada. Les services d'aide et d'assistance sociale ont permis d'en augmenter le recours comme source de soins régulière (+7,2 %), diminuant ainsi le recours aux services d'urgence (-4,2 %). De même, les programmes *Housing First* ou *Medical Respite* apparaissent pertinents pour étudier l'offre médico-sociale pour la grande pauvreté. En France, les Appartements de coordination thérapeutique ont montré leur capacité à améliorer la situation socio-économique de leurs usagers, ceux-ci étant quatre fois plus souvent en emploi (4 % à 16 %) et trois fois moins fréquemment sans ressource financière (36 % à 12 %) en sortie de dispositif.

Les politiques étudiées couvrent des mesures généralistes portant sur l'assurance, des mesures locales portant sur l'organisation de services de santé au niveau des territoires, et des dispositifs ciblés traitant des publics marginalisés. L'évaluation des mesures généralistes pourra s'appuyer sur des dispositifs existants, tant données administratives que données d'enquête. Il est cependant important de noter des lacunes importantes de la

statistique publique pour l'observation de la distribution sociale des restes à charge après complémentaire, et des primes et garanties des contrats. L'observation de l'impact des centres de santé communautaires devra probablement être réalisée à travers des systèmes d'information *ad hoc* permettant d'observer aussi bien l'évolution du recours aux soins que des pratiques et plus généralement de l'offre ambulatoire locale, sur le modèle d'expérimentations et d'évaluations passées de dispositifs déployés à la même échelle. L'étude des dispositifs très ciblés portant sur des populations marginalisées ne pourra pas s'appuyer uniquement sur des approches contrefactuelles. Des approches mixtes faisant une place importante aux analyses qualitatives devront probablement être privilégiées.

2. Introduction

2.1. Contexte

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

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

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

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

Cette revue de littérature propose une perspective originale en ce qu'elle considère les effets de politiques de santé au-delà de la santé elle-même. Le cadre d'explication des effets des mesures de la Stratégie et du Ségur se situe donc à la croisée de deux courants de causalité réciproques, l'un faisant de la santé un déterminant de la situation économique et sociale des individus, l'autre plaçant la santé comme le produit de déterminants sociaux. Elle se place aussi comme une étape d'une approche globale de l'évaluation des politiques publiques considérant les effets non sanitaires des politiques de santé, mais aussi les impacts des politiques non sanitaires sur la santé. Une approche « *Health in all policies* » qui pourrait aussi justifier l'analyse de l'impact de certains dispositifs non sanitaires de la Stratégie sur l'état de santé des personnes pauvres.

2.2. Concepts et définitions

Le social dans le champ de la santé

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

Dans l'approche économique de Grossman, la santé devient une dimension singulière du capital humain, dont le stock initial et son évolution conditionnent la situation économique et sociale de l'individu. Dans un mouvement réciproque, le résultat de l'investissement de

l'individu dans sa propre santé, c'est-à-dire de ses efforts à se maintenir en bonne santé, est croissant avec son niveau d'éducation. Le modèle intègre donc de premiers éléments d'explication des inégalités sociales de santé.

Pauvretés, pauvreté en santé et précarité

La pauvreté est un concept pluriel. Pour cette étude, nous considérons la pauvreté au sens le plus large, c'est-à-dire en prenant en compte un faisceau de dimensions souvent liées entre elles : la pauvreté financière (manque de ressources économiques pour subvenir à ses besoins essentiels), la pauvreté sociale (faible soutien et participation sociale), et la pauvreté en santé (mauvaises conditions de vie, difficultés d'accès aux soins, faible littératie en santé).

Les mesures étudiées portent sur l'accès à l'assurance complémentaire, l'organisation des soins de proximité dans des zones défavorisées, et des mesures ciblées visant des populations « à la rue » ou très marginalisées. Elles concernent des groupes de population différents et donc des types ou des dimensions de la pauvreté également distincts. Nous reprenons ci-dessous quelques définitions communes de la pauvreté qui peuvent être pertinentes pour l'analyse des politiques étudiées et la complétons par des dimensions complémentaires qui nous semblent importantes.

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

La pauvreté en conditions de vie et la pauvreté relative sont couramment convoquées dans l'analyse des politiques sociales. La pauvreté en conditions de vie, ou privation matérielle, désigne une situation de difficulté économique durable. Le taux de pauvreté en conditions de vie est mesuré en France depuis 2004. Sa mesure est construite à partir de l'observation de différentes dimensions objectives de la pauvreté matérielle dans lesquelles on retrouve l'insécurité financière et le logement, également constitutifs de la précarité.

Le concept de pauvreté relative, qui est intrinsèquement associé à celui d'inégalité, apparait potentiellement pertinent pour étudier la redistribution opérée par les remboursements de santé et les transferts en nature consécutifs aux réformes de

l'assurance complémentaire. Il est donc important que les dépenses de santé et les transferts en nature soient pris en compte dans les indicateurs de pauvreté monétaire.

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

La précarité se caractérise par une accumulation de fragilités. Celles-ci concernent la situation vis-à-vis de l'emploi (contrats précaires, temps partiels non souhaités, emplois multiples, épisodes de chômage), la situation financière (fins de mois difficiles, endettement), la situation familiale, le logement, enfin la santé (état de santé dont santé mentale, renoncement aux soins lié notamment à des ruptures de droits).

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

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

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

3. Effets attendus des mesures sur la pauvreté

3.1. Typologie des mesures étudiées

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

Objectifs

Les objectifs annoncés de ces mesures relatives à la santé sont la baisse de l'insécurité financière en relation avec la prise en charge financière des soins et la réduction des inégalités d'accès aux soins et d'état de santé. Nous pouvons globalement considérer trois sous-objectifs principaux : augmenter et améliorer le recours aux soins des populations précaires, améliorer l'état de santé, enfin réduire la pauvreté (cf. figure ci-dessous).

Leviers à l'accès aux soins

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

- l'accessibilité financière concerne à la fois le coût des primes d'assurance et le montant des restes à charge après prise en charge par l'assurance obligatoire puis complémentaire ;

- l'accessibilité / disponibilité de l'offre concerne la proximité géographique de l'offre et l'adéquation de la ressource en personnel médical ou médico-social aux besoins de la population cible ;
- l'interaction médicale et avec le système de santé concerne l'adaptation de l'offre sanitaire et sociale à la population cible, en particulier la réduction de la distance culturelle entre médecins et patients (participation des usagers, « allez-vers », interprétariat, formation des professionnels, prise en charge globale).

Liste des mesures étudiées

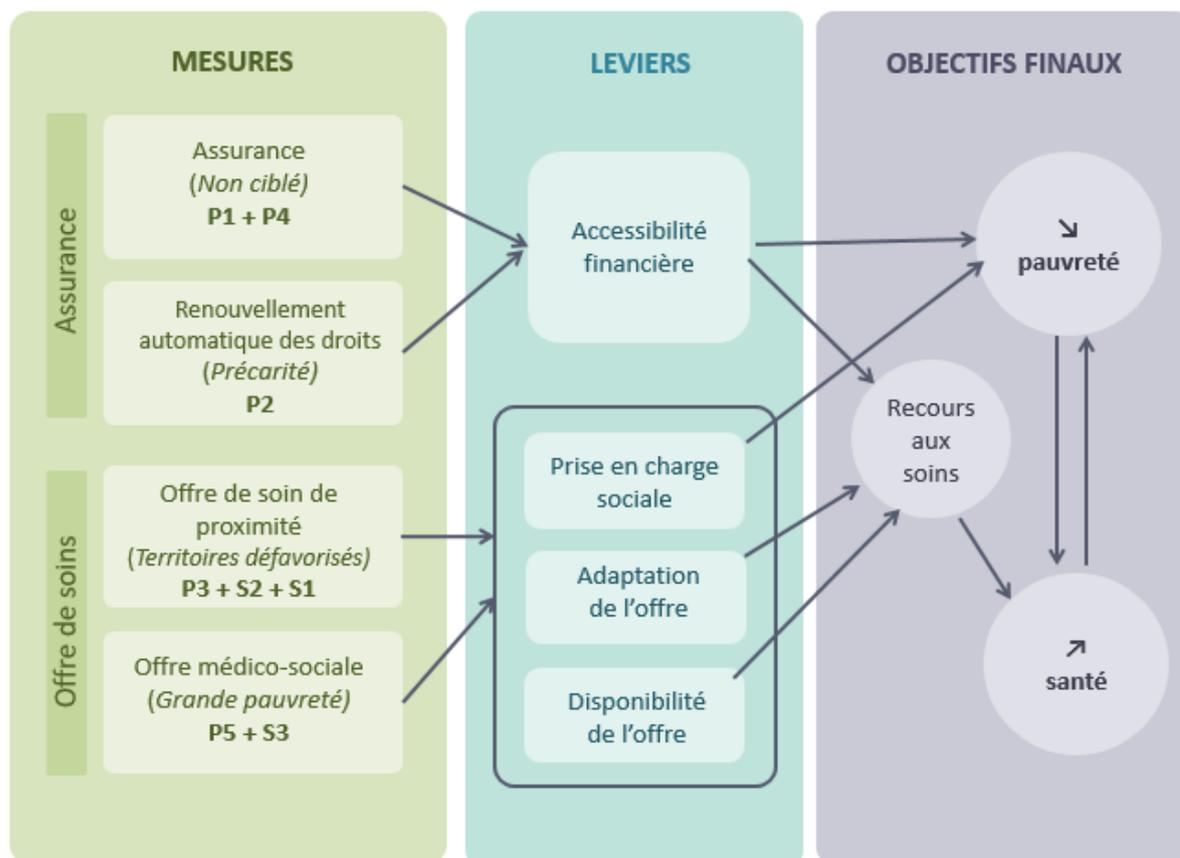
Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté	
P1	« Garantir à chacun l'accès à une complémentaire santé »
P2	« Renouveler automatiquement la CMU-C pour les allocataires du RSA »
P3	« Créer 100 centres de santé communautaires dans les QPV »
P4	« Accompagner le « 100 % santé » sur l'optique, les aides auditives et le dentaire »
P5	« Augmenter massivement les solutions d'accompagnement social renforcé : 1450 places supplémentaires d'ici 2022 pour les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS) ; 1200 places supplémentaires pour des appartements de coordination thérapeutique (ACT), soit une augmentation de 25 % de l'ONDAM spécifique »
Séjour de la santé	
S1	« 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 »
S2	« Créer 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations de territoires défavorisés »
S3	« 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 »

3.2. Cadre théorique et chaînes de causalité

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

Cadre théorique : schéma général

Figure 1 – Schéma général des chaînes de causalité



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

Les mesures relatives à l'offre de soins peuvent également agir à différents niveaux sur l'accès aux soins, la santé et la pauvreté. L'implantation de centres de santé au sein des quartiers défavorisés peut permettre de lever plusieurs barrières d'accès aux soins,

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

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

De façon générale, le capital social des individus peut jouer un rôle important dans les chaînes de causalité, et est lié de façon directe ou indirecte à l'accès aux soins, la santé et la pauvreté. En effet, la participation sociale, le stress psycho-social lié à la participation ou l'exclusion sociale, le réseau social, la confiance dans le système de soins et les relations sociales avec des proches influent tous et sont influencés par le niveau de précarité (sociale et sanitaire) des individus. Par exemple, les personnes en situation d'exclusion sociale sont plus exposées à des souffrances ou des pathologies psychiques ou somatiques, ont tendance à s'éloigner du système de soins par manque de connaissance ou de confiance en ce dernier, et ont probablement un réseau social plus restreint qui limite leurs chances de sortie de la précarité. Ces facteurs auront tendance à réduire leur accès aux soins, à dégrader leur état de santé et à augmenter leur niveau de pauvreté, ce qui aura pour conséquence d'accentuer leur exclusion sociale. À l'inverse, l'interaction du personnel médicosocial avec des personnes en grande précarité peut engendrer un cercle vertueux tendant vers la sortie de la pauvreté, par l'intermédiaire d'un ensemble de soins de santé, d'aides sociales et d'orientations vers le système de santé. Cet aspect vient donc enrichir et complexifier les chaînes de causalité entre les mesures relatives à la santé et les objectifs visés.

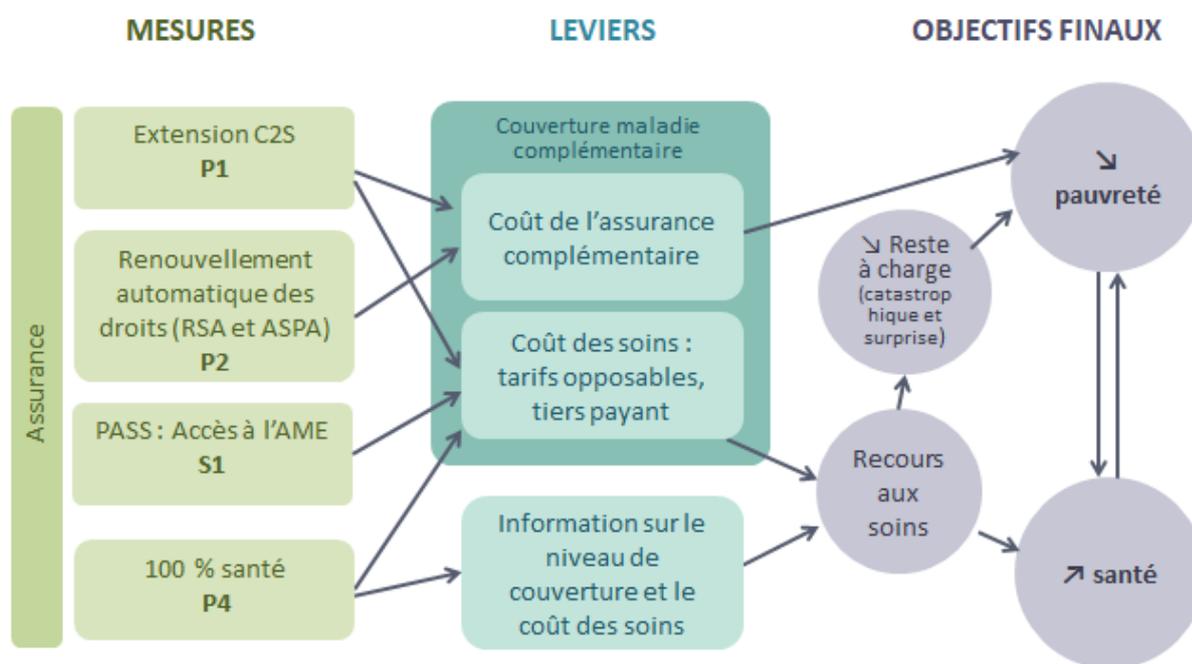
Mesures relatives à l'assurance

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

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

Le 100 % santé en audiologie, optique et dentaire permet de diminuer le coût des soins pour un public plus large de bénéficiaire d'une complémentaire santé (C2S et contrats responsables) en mettant en place des tarifs opposables et le tiers payant pour les équipements auditifs optiques et dentaires. En plus d'une diminution du coût des soins, cette mesure permet aussi d'améliorer l'information sur les contrats de complémentaire santé et le prix des soins dans la mesure où le socle des garanties minimum couvertes par les contrats est élargi. Une meilleure information sur le niveau de couverture et sur le coût des soins couplée aux mesures de gratuité des soins peuvent ainsi favoriser le recours aux soins et diminuer le renoncement aux soins tout en permettant d'éviter des restes à charge surprises et catastrophiques et donc le risque d'insécurité financière et de pauvreté. Au-delà de l'effet direct du coût de la complémentaire et du coût des soins sur la pauvreté, le recours aux soins peut permettre une amélioration de l'état de santé à court et plus long terme, à travers la prévention, et ainsi avoir un effet sur la pauvreté par le biais du lien santé-pauvreté.

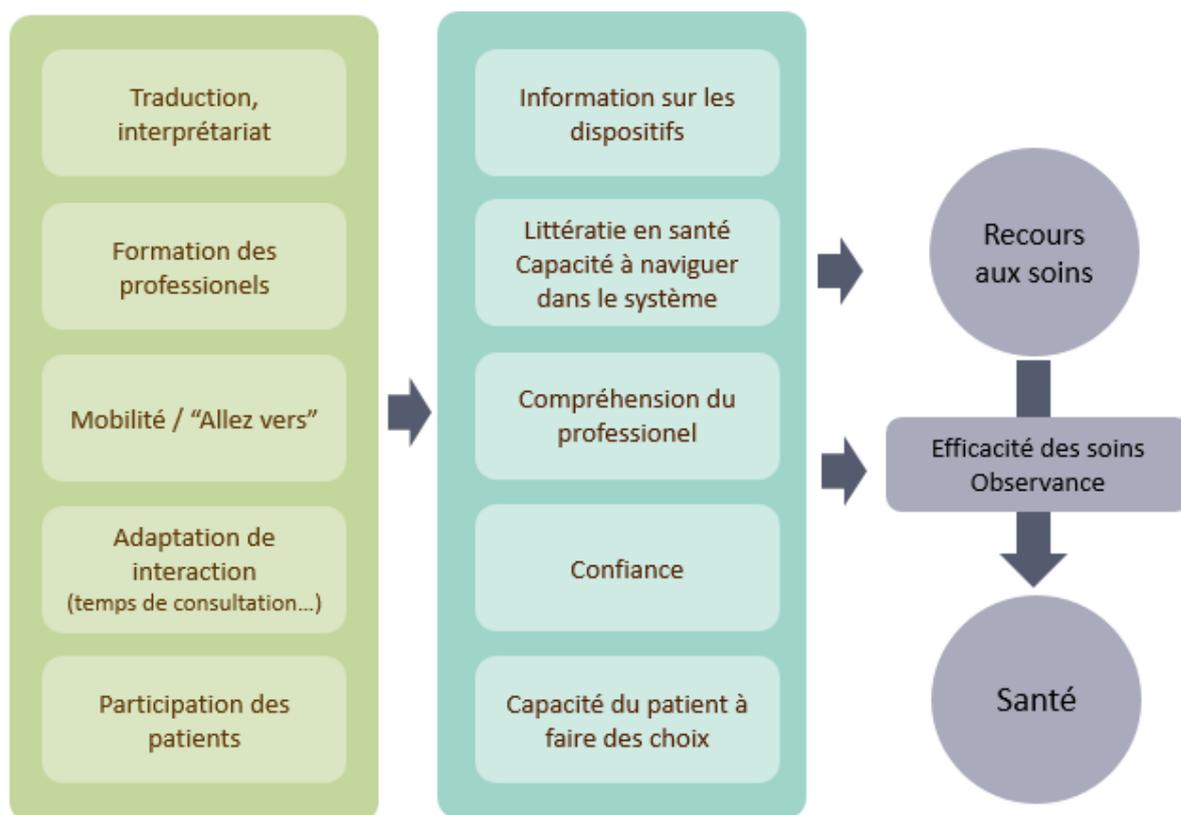
Figure 2 – Assurance et accessibilité financière aux soins



Interaction médicale, recours aux soins et santé

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

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



4. Revue de la littérature

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

Pour ce travail nous nous sommes appuyés sur les sources suivantes : (1) base documentaire de l'IRDES ; (2) recherche « boule de neige », à partir des références pertinentes en amont et en aval des travaux ; (3) recherche documentaire à partir de mots-clés dans une base de données bibliographiques (Medline) pour certaines thématiques spécifiques (centres de santé communautaires, PASS,...) ; (4) littérature grise comprenant

un ensemble de documents administratifs relatifs à la Stratégie, au Ségur et aux différentes mesures, ainsi que des rapports d'évaluation et bilans d'activité de certains dispositifs.

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

4.1. Assurance

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

Extension de l'assurance

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

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

Les effets à attendre de cette mesure d'extension de la CMU-C et de création de la C2S peuvent être tirés en premier lieu des études en France suite à la mise en place de la CMU-C. Concernant l'accessibilité financière aux soins, il a été montré que la CMU-C permettait de supprimer les restes à charges (RAC) pour 75 % des bénéficiaires même si des RAC élevés peuvent encore être observés pour certains bénéficiaires concernant les postes optiques, dentaires et les consultations et visites chez le médecin (Ricci & Gilles,

2010). Malgré un taux de non recours important à la CMU-C, la gratuité de la couverture permet aussi d'agir directement sur le budget des ménages bénéficiaires avec des effets redistributifs importants (Sireyjol, 2016). En revanche, les ménages les plus modestes au-dessus du seuil de la CMU-C doivent faire face à des taux d'effort particulièrement importants pour financer une complémentaire santé en dépit de l'ACS (Jusot *et al.*, 2011), ce qui réduit fortement la solidarité entre classes de revenu liée à l'assurance complémentaire contrairement aux effets redistributifs de l'assurance maladie obligatoire (Jusot *et al.*, 2017).

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

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

Depuis les années 1980 un certain nombre de réformes ont été mises en place pour modifier les critères d'éligibilité, en particulier pour Medicaid, afin d'étendre la couverture à un plus grand nombre de ménages. La réforme la plus importante a eu lieu en 2010 avec l'*Affordable Care Act* (ACA), communément appelée « *Obamacare* ». La mise en place de cette réforme fut également variable selon les états : dans la plupart des cas les États ont

décidé d'étendre la couverture publique de Medicaid, mais d'autres États ont choisi d'étendre l'assurance privée, tandis que certains États ont décidé de ne pas appliquer d'extension de la couverture. Avant l'*Obamacare*, une personne sur six n'était pas couverte par une assurance maladie (publique ou privée).

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

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

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

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

soins, et une réduction des recours aux urgences dans les États ayant mis en place l'ACA, contrairement aux résultats de l'*Oregon experiment* (Sommers *et al.*, 2016). En conséquence, l'expansion de Medicaid a également été associée à une meilleure santé perçue (Sommers *et al.*, 2016), notamment pour les chômeurs (Buchmueller *et al.*, 2019).

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

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

Sur le plan du niveau d'études et de l'accès à l'emploi, les auteurs montrent que les expansions de Medicaid ont augmenté les taux d'obtention du diplôme d'études secondaires, (équivalent du baccalauréat) (Miller & Wherry, 2019), et que l'éligibilité à Medicaid pour la petite enfance améliore l'accès à l'emploi, mais principalement pour la communauté « blanche » (Goodman-Bacon, 2016).

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

Extension des garanties dentaires et optiques

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

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

Une étude similaire par les mêmes auteurs, comparant le recours aux soins et la santé dentaire entre États selon le niveau de couverture proposé a montré une association positive entre le niveau de couverture des soins dentaires et la probabilité d'avoir consulté un dentiste récemment et une association négative avec la probabilité d'avoir des caries non soignées (Decker & Lipton, 2015). En Corée du Sud, des travaux récents visant à évaluer les effets de la prise en charge par le système national d'assurance maladie de certains soins dentaires pour les personnes âgées de 65 ans ou plus ont montré une

augmentation significative du recours aux soins dentaires ambulatoires, aux dentiers et aux implants dentaires dans les trois années suivant la réforme. La prise en charge des implants dentaires a également permis de réduire les disparités sociales de recours (Choi & Jung, 2020).

Non-recours à l'assurance

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

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

En France, une expérimentation sociale randomisée a été réalisée en 2009 auprès des personnes éligibles à l'ACS affiliées à la CPAM de Lille afin de tester deux hypothèses pour expliquer le faible recours à l'ACS : le manque d'information sur le programme et le chèque jugé trop faible par les personnes éligibles (Guthmuller *et al.*, 2014b). Un échantillon de personnes éligibles a été réparti aléatoirement en trois groupes : un groupe témoin bénéficiant du niveau standard de l'ACS ; un groupe bénéficiant d'une augmentation de la valeur du chèque; et un troisième groupe bénéficiant de la même augmentation avec en plus une invitation à une réunion d'information sur le programme. Les auteurs concluent que l'augmentation des chèques a eu un effet faible, mais significatif sur le recours à l'ACS, tandis que l'invitation à la réunion publique a eu des effets ambigus. Ils estiment cependant que la principale raison du faible taux de recours n'est pas liée au coût de la complémentaire santé, mais plutôt au manque d'accès à l'information concernant le programme et la complexité du processus de souscription – en phase avec

la littérature existante sur le recours à l'assurance soumise à des conditions de ressources (Currie, 2004 ; Remler *et al.*, 2001) – et souligne la difficulté de mise en place d'une campagne d'information pour améliorer le recours. D'autres travaux ont toutefois permis de montrer le potentiel intéressant de la mise en place d'interventions comportementales (*nudge*) à petite échelle et bien ciblées pour améliorer le recours à l'assurance des populations modestes (Wright *et al.*, 2017).

Aux États-Unis, des travaux ont été menés pour explorer les différents facteurs expérimentés dans la littérature pour améliorer le recours aux programmes d'assurance pour les ménages modestes (Remler & Glied, 2003). Si le montant et la durée des aides peuvent avoir un impact sur la participation, ainsi que l'accès à l'information (mais l'effet dépend des bénéfices potentiels pour les personnes éligibles), le facteur le plus influant semble être le fait de rendre l'accès automatique au programme. Pour illustrer cet aspect, des travaux comparant les taux de recours de programmes à destination de public éligibles comparables selon que la souscription est automatique ou volontaire montrent un impact potentiellement très important de la souscription automatique. Par exemple, le programme Medicare *Part B*, dont la souscription est automatique à moins que les individus refusent de participer, atteint un taux de recours de 96 %, alors que le Medicare *Savings Programs*, pour lequel les individus doivent effectuer une demande pour recevoir une assistance, atteint seulement 33 % de recours parmi la population éligible (Dorn & Kenney, 2006). D'autre part, en 2010, l'État de Louisiane a mis en œuvre l'*Eligibility Express Lane* (ELE), une option qui permettait d'inscrire par défaut à Medicaid des enfants lorsque leurs familles participaient au *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP). Ces dernières ont reçu une carte Medicaid, qui était automatiquement activée lors de la première utilisation. Après l'inscription initiale, 83 % des enfants ELE ont recouru à Medicaid pour accéder aux soins dans un délai d'un an. Lorsque des problèmes technologiques ont forcé la Louisiane à modifier sa méthode d'inscription, requérant aux parents de cocher une case d'acceptation sur le formulaire de souscription au SNAP, l'inscription à l'ELE a chuté de 62 % (Dorn *et al.*, 2018).

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

Tableau 1 – Synthèse des évaluations de dispositifs sur l'assurance

Levier / dispositif	Étude	Objectifs	Population	Données	Approche	Résultats
	Grignon, Perronnin et Lavis 2008	Évaluer l'impact de la CMU-C sur le recours aux soins des populations pauvres	Bénéficiaires de la CMU-C, inscrits soit automatiquement soit volontairement	Données administratives (EPAS 1998 à 2000) appariées à l'enquête ESPS 1998	Analyses avant / après et doubles différences	Pas d'effet net observé sur le recours aux soins pour l'ensemble de la population, à l'exception des soins de spécialistes ; en revanche les personnes inscrites volontairement avaient une probabilité plus élevée de recourir à tous types de soins (généralistes, spécialisés et médicaments prescrits), ainsi que des dépenses de santé plus élevées
Extension de l'assurance France	Guthmuller et Wittwer 2017	Évaluer l'effet du seuil d'éligibilité à la CMU-C sur le nombre de visites chez le médecin	Personnes éligibles à la CMU-C ou à l'ACS affiliées à la CPAM de Lille	Données administratives issues de la CAF et de la CPAM de Lille	Comparaison entre les personnes éligibles et non éligibles ; analyse par régression sur discontinuités	Pas d'impact significatif du seuil CMU-C sur le nombre de visites chez le médecin sur l'ensemble de la population, mais parmi les moins de 30 ans, les personnes éligibles sont plus susceptibles de consulter un spécialiste (et leur nombre de visites est nettement supérieur) que les personnes non éligibles
	Carré <i>et al.</i> 2021 (document de travail)	Estimer les effets de l'accès à la CMU-C sur le recours aux soins	Bénéficiaires de la CMU-C inscrits pour la première fois en 2014 ou 2015 et ré-inscrits après la première année d'inscription ; 18 à 75 ans en 2012	Données administratives (SNDS)	Analyse avant / après (2 ans avant / 2 ans après l'inscription à la CMU-C) ; comparaison avec un groupe contrôle	Impact important de l'accès à la CMU-C sur la probabilité de consommer des soins ambulatoires (soins dentaires en premier lieu, médecin généraliste, spécialiste, pharmacie) et sur le volume des dépenses de soins

Levier / dispositif	Étude	Objectifs	Population	Données	Approche	Résultats
Extension de l'assurance États-Unis	Glied, Chakraborty et Russo 2017	Évaluer l'impact de l'expansion de Medicaid sur les RAC des ménages à faible revenu et déterminer si les effets dépendent du mode d'expansion de Medicaid	Ménages aux revenus < 138 % du seuil de pauvreté ; 18-64 ans ; États-Unis	<i>Consumer Expenditure Survey</i> ; 2010–2015	Comparaison entre États selon qu'ils aient étendu Medicaid ou non, et comparaison entre les programmes traditionnels et les « <i>waiver programs</i> »	Réduction des RAC pour les familles aux revenus modestes, en premier lieu sur les services médicaux (hôpital + médecins) puis sur les primes et enfin sur les prescriptions de médicaments
	Levy, Buchmuller et Nikpay 2019	Estimer l'impact de l'expansion de Medicaid sous l'ACA sur la consommation des ménages aux faibles revenus	Ménages aux revenus < 138 % du seuil de pauvreté, dans 42 États des États-Unis	<i>Consumer Expenditure Interview Survey</i> ; données trimestrielles de 2010 à 2016 ; représentatives niveau national	Comparaison avant / après l'extension	Réduction faible mais significative des dépenses de santé trimestrielles (soins médicaux et primes) mais pas de changement significatif de la consommation hors santé
	McKenna et al. 2018	Examiner comment l'ACA a influé sur les disparités en matière de pression financière liée aux soins de santé, d'accès et d'utilisation des services de soins	18-64 ans ; États-Unis	<i>National Health Interview Survey</i> ; 2011 à 2016 ; enquête annuelle ; représentative niveau national	Comparaison avant / après l'extension	L'ACA a atténué la pression financière liée aux soins de santé et amélioré l'accès et l'utilisation des services de santé pour les ménages à revenu faible ou intermédiaire qui n'étaient auparavant pas éligibles aux programmes d'assurance

Couverture de postes de soins spécifiques (optique et dentaire)	Lipton et Decker 2015	Évaluer les effets de la couverture des soins optiques sur le recours aux soins et la vue (santé visuelle)	Population majeure vivant hors institutions ; États-Unis	<i>National Health Interview Survey</i> 2002 à 2013 ; enquête annuelle représentative au niveau national	Comparaison entre États selon le niveau de couverture et comparaison avant / après pour les États ayant étendu la couverture des soins optiques	Probabilité significativement plus élevée d'avoir consulté un ophtalmologue l'année passée pour les bénéficiaires, et significativement moins élevée d'avoir renoncé à des lunettes ou des lentilles de contact pour raisons financières, de déclarer des difficultés à voir ou des limitations fonctionnelles liées à la vue
	Decker et Lipton 2015	Évaluer les effets de la couverture des soins dentaires sur le recours aux soins et la santé dentaire	Population majeure vivant hors institutions ; États-Unis	<i>National Health Interview Survey</i> 2000 à 2012 et <i>National Health and Nutrition Examination Survey</i> 2000 à 2008 et 2011-2012 ; enquêtes représentatives au niveau national	Comparaison bénéficiaires vs. non bénéficiaires de Medicaid ; comparaison États proposant une couverture des soins dentaires vs. autres États et comparaison avant / après l'évolution de la couverture	Association positive entre le niveau de couverture des soins dentaires et la probabilité d'avoir consulté un dentiste récemment et association négative avec la probabilité d'avoir des caries non soignées
	Choi et Jung 2020	Étudier l'impact de la prise en charge par le système national d'assurance maladie de certains soins dentaires pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	Population âgée de 65 ans ou plus ; Corée du Sud	Enquête <i>Korea Health Panel Survey</i> 2012 et 2015	Comparaison avant / après	Augmentation significative du recours aux soins dentaires ambulatoires, aux dentiers et aux implants dentaires dans les trois années suivant la réforme ; réduction des disparités sociales de recours aux implants dentaires

Levier / dispositif	Étude	Objectifs	Population	Données	Approche	Résultats
Recours à l'assurance (take-up)	Guthmuller, Jusot et Wittwer 2014	Explorer et expérimenter deux hypothèses pour expliquer le faible recours à l'ACS : un manque d'informations sur le programme et un 'chèque' jugé trop faible	Personnes éligibles à l'ACS affiliées à la CPAM de Lille	Données expérimentales appariées aux données administratives	Expérimentation sociale randomisée	L'augmentation des chèques ACS a eu un effet faible mais significatif sur le recours à l'ACS ; l'invitation à la réunion publique a eu des effets ambigus
	Dorn et Kenny 2006	Comparer les taux de recours de programmes avec des publics cibles comparables selon que la souscription est automatique ou volontaire	Individus éligibles à Medicare ; 65 ans et plus ; États-Unis	Taux de recours calculés à partir des données administratives	Comparaison des taux de recours	Le programme Medicare Part B, dont la souscription est automatique, atteint un taux de recours de 96 %, alors que le Medicare Savings Programs, dont la souscription nécessite une démarche de la part des bénéficiaires, atteint seulement 33 % de recours
	Finkelstein, Hendren et Shepard 2019	Estimer la propension à payer pour l'assurance maladie pour les personnes à bas revenu et les implications pour le marché de l'assurance	Citoyens américains résidants au Massachusetts, 19-64 ans, éligibles au Commonwealth Care, non éligibles à Medicaid et n'ayant souscrit aucune autre assurance santé	Données administratives issues du Commonwealth Care, années 2009 à 2013	Analyse par régression sur discontinuités	Lorsque les subventions diminuent, le recours à l'assurance chute ; sur l'ensemble de la population, la propension à payer est toujours nettement inférieure (moins de deux fois) aux coûts anticipés ; le recours à l'assurance serait donc toujours très incomplet, même avec des subventions très généreuses

4.2. Centres de santé communautaires et PASS

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

Centres de santé communautaires

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

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

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

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

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

Concernant l'expérience canadienne, une étude qualitative permet de comprendre l'impact des initiatives de centres de santé communautaires en Ontario (Collins *et al.*, 2014). Cette étude montre le rôle important des initiatives communautaires afin de lutter contre l'isolement social et la pauvreté auprès des populations vulnérables. Elles permettent en particulier d'améliorer les relations sociales, de fournir des opportunités et des partenariats afin d'orienter les personnes vers la formation et l'emploi.

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

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les PASS ont été créés en 1998 par la loi relative à la lutte contre les exclusions. Les PASS proposent des services médicaux et sociaux. Elles s'apparentent en cela aux centres de santé communautaires. Elles permettent aux hôpitaux d'orienter les patients sans couverture santé vers l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'État (AME). L'aide médicale de l'État a été créée en 1999, en corollaire de la loi relative à la couverture maladie universelle (CMU) [27 juillet 1999] qui devait à l'origine unifier les droits à l'assurance maladie à tous les résidents en France, initiant une protection maladie réellement universelle. Mais le maintien de l'exigence de régularité de séjour pour l'assurance maladie introduit dans la loi dite « loi Pasqua » de 1993 a conduit à l'instauration d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en séjour irrégulier, financé par l'État, l'aide médicale de l'État (Wittwer, 2019). Bien que, ou peut-être parce que l'AME a suscité des débats récurrents, elle n'a pas fait l'objet d'une évaluation ou d'un suivi, au-delà de l'évolution annuelle des dépenses de remboursement

et les PASS n'ont fait eux non plus l'objet que de très peu d'études. L'AME, pourtant et comme d'autres dispositifs d'accès à l'assurance à destination des personnes pauvres, suscite un taux élevé de non-recours. Seule la moitié des personnes éligibles étaient couvertes en 2019 (Jusot, 2019). De plus, le non recours ne s'estompe pas avec le temps. Bien que la part de personnes couvertes augmente au cours du temps passé en France, une part importante des immigrants reste non -couverte. Selon la même étude, les PASS ne sauraient à elles seules permettre un accès de tous les étrangers sans titre de séjour à l'AME. Une étude de 2003 a montré qu'il était possible de constituer un système d'information, au moins ponctuel, permettant de décrire les publics des PASS, dont il faut rappeler qu'une partie est de nationalité française (Trinh-Duc *et al.*, 2005). Cette étude a également démontré l'importance de services d'interprétariat, un tiers des usagers ne parlant pas le français. L'impact des PASS sur la fréquentation des urgences des hôpitaux, mais aussi sur les parcours de leurs usagers n'a pas, à notre connaissance fait l'objet d'études quantitatives.

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

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

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

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

Au cours des dernières décennies, les pays développés ont connu une augmentation massive du nombre de personnes à la rue (Fazel *et al.*, 2014), notamment en France, où d'après les estimations de l'Insee et de la Fondation Abbé Pierre, le nombre de personnes sans domicile a augmenté de moitié entre 2001 et 2012 (Yaouancq *et al.*, 2013) puis doublé entre 2012 et 2020 (Fondation Abbé Pierre, 2020), atteignant près de 300 000 personnes fin 2020. Les personnes à la rue présentent un état de santé nettement dégradé par rapport au reste de la population, et souffrent fréquemment de pathologies somatiques ou psychiques, ainsi que d'addictions aux substances psychoactives (Feantsa & Fondation Abbé Pierre, 2018 ; Laporte & Chauvin, 2004). Les LHSS, LAM et ACT ont pour mission d'accueillir et d'accompagner sur les plans sanitaire et social des personnes majeures sans domicile fixe, dont l'état de santé ne nécessite pas une prise en charge hospitalière, mais est incompatible à la vie de rue.

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

L'accueil des patients dans des structures médicalisées pour une durée relativement longue – allant de deux mois pour les LHSS à une ou plusieurs années pour les ACT – permet une prise en charge globale des patients, avec en premier lieu un suivi médical complet (consultations régulières de médecins généralistes et spécialistes, analyses biologiques et imageries médicales, suivi psychologique et éducation thérapeutique), mais également une prise en charge sociale avec une aide à l'ouverture et à l'actualisation des

droits, ainsi que l'élaboration d'un projet de sortie dans le but de rendre la situation des patients plus pérenne, notamment sur le plan du logement.

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

Par ailleurs, un certain nombre de problématiques ont également été repérées dans les évaluations de ces dispositifs, à la fois en amont, en aval et pendant la prise en charge des patients. Concernant l'entrée dans les dispositifs, l'une des principales problématiques mises en avant était le manque de places disponibles, avec des taux élevés de refus ayant pour motif le manque de place (un tiers des demandes pour les LHSS, 21 % pour les ACT et 48 % en Île-de-France). Les autres problématiques relatives à l'entrée concernaient le manque de régulation des places disponibles – l'allocation des places n'étant pas coordonnée entre les structures et par conséquent effectuée directement par les médecins et les responsables des structures, il n'y aurait donc pas de priorisation des demandes en fonction de la gravité de la situation – et les procédures d'admission parfois très spécifiques ou complexes, pouvant décourager certains usagers potentiels et entraîner des renoncements aux soins.

Les problématiques relatives à la période de prise en charge concernaient l'accueil de populations spécifiques, avec notamment les personnes étrangères en situation très précaire, impliquant des difficultés liées à la barrière de la langue et à une distance culturelle entre médecins et patients, ainsi qu'à la résolution de situations administratives souvent longue et engendrant un allongement des durées de séjour. Les cas de patients avec des situations médicales complexes (comorbidités, troubles psychiatriques, addictions) peuvent aussi être difficiles à gérer pour les structures et provoquer également un allongement des durées de séjour. D'autre part, les structures ne sont pas toujours

adaptées à l'accueil de femmes et de mineurs et ne permettent souvent pas d'assurer un accueil sécurisant. Même dans les structures mixtes, les femmes sont nettement sous-représentées par rapport aux hommes.

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

Ensuite, concernant la littérature scientifique, il existe un pan important des travaux sur la grande pauvreté que nous pouvons mettre en relation avec les dispositifs étudiés : la littérature sur le modèle du *Housing First* ou Logement d'abord. Il s'agit d'un dispositif de prise en charge des personnes sans domicile souffrant de troubles psychiques sévères ou d'addictions, développée aux États-Unis dans les années 1980-1990, avec comme principe fondamental l'accès au logement pour ces populations vulnérables, sans condition ni obligation de traitement ou d'abstinence, en mettant le choix et le contrôle des usagers sur la durée et les modalités de leur traitement au cœur du programme (Tsemberis, 1999, 2011). Il s'oppose au modèle traditionnellement en place dans les pays développés axé sur les traitements (*Treatment First*), qui fonctionne par paliers : les personnes doivent d'abord franchir un certain nombre d'étapes avant de se voir proposer un logement, et notamment de démarrer un traitement et/ou de cesser leurs consommations de substances psychoactives (Sahlin, 2005). Le modèle du *Housing First* a ensuite été expérimenté et mis en place dans une quinzaine de pays d'Amérique du Nord et d'Europe, dont la France.

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

À l'international, les expérimentations menées ont globalement montré des résultats très probants, illustrant l'apport des programmes *Housing First* par rapport aux dispositifs en

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

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

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

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

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

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

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

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

Levier / dispositif	Étude	Objectifs	Population	Données	Approche	Résultats
Un chez-soi d'abord (Housing First France)	Tinland <i>et al.</i> 2020	Évaluer l'impact de l'expérimentation du modèle <i>Housing First</i> en France sur la santé, le recours aux soins des patients et sur les coûts	Personnes sans domicile, majeures, avec des troubles psychiques sévères et avec un niveau de besoins élevé ; 4 villes françaises (Paris, Marseille, Lille et Toulouse)	Enquêtes quantitatives auprès de 600 individus (300 par groupe) et étude qualitative réalisés à 5 moments différents (à 0, 6, 12, 18 et 24 mois de l'expérimentation)	Expérimentation randomisée pendant 24 mois, comparaison d'un groupe " <i>Housing First</i> " à un groupe " <i>Treatment As Usual</i> "; méthode mixte (quali et quanti)	Pas de différence dans le nombre d'hospitalisations ou de recours aux services d'urgence entre les deux groupes mais moins de jours d'hospitalisation pour le groupe HF ; meilleure stabilité dans le logement et scores plus élevés dans les échelles de bien-être psychologique et d'autonomie pour le groupe HF ; pas de différence pour le score de santé SF36, les symptômes de santé mentale et les taux de dépendance à l'alcool ou aux substances
	Padgett, Stanhope, Henwood et Stefancic 2011	Comparer les résultats associés aux programmes <i>Housing First</i> et <i>Treatment First</i> pour évaluer l'apport du modèle HF	Personnes sans domicile avec des addictions aux substances psychoactives ; New-York	Étude qualitative auprès de 75 bénéficiaires et de leurs <i>case managers</i> ; 3 interviews successives à 0, 6 et 12 mois de l'entrée dans le programme, interviews des ' <i>case managers</i> ' a posteriori	Comparaison des programmes <i>Housing First</i> et <i>Treatment First</i>	Taux significativement plus faibles de consommation de substances et d'utilisation de traitements de toxicomanie, et propension nettement moindre à quitter leur programme pour le groupe " <i>Housing First</i> "
Housing First International	Goering <i>et al.</i> 2014	Implémentation à grande échelle du modèle <i>Housing First</i> pour évaluer les effets sur le maintien dans le logement, l'utilisation des services de santé et sociaux, la qualité de vie et l'intégration sociale, ainsi que la faisabilité du programme et son coût	Personnes sans domicile avec des troubles psychiques sévères, majeures et avec un titre de séjour; Canada (5 villes)	Enquête auprès de 2 148 individus à l'entrée dans le service, puis suivi tous les trois mois pendant 2 ans	Comparaison entre le groupe " <i>Housing First</i> " et le groupe " <i>Treatment As Usual</i> "; évaluation randomisée ; méthode mixte (quali et quanti)	Résultats nettement meilleurs (maintien dans le logement, moindre recours aux services d'urgence, qualité de vie et satisfaction des patients) pour le groupe HF par rapport au groupe TAU

	Ornelas, Martins, Zilhão et Duarte 2014	Examiner les effets du programme <i>Casas Primeiro</i> sur l'intégration communautaire des participants	Bénéficiaires du programme <i>Casas Primeiro</i> à Lisbonne ; 30-67 ans ; souffrant de troubles psychiques et/ou d'addictions	Enquête auprès de 45 individus inscrits dans le programme depuis au moins 12 mois	Approche écologique ; méthode mixte (quali et quanti)	Amélioration significative de l'intégration communautaire (intégration sociale, économique, accès aux droits,...) et du bien-être des patients (<i>empowerment</i> , état de santé, réduction des addictions, projets pour la suite,...)
	Buchanan et al. 2006	Comparer les deux groupes selon le nombre d'hospitalisations, les visites aux urgences et les consultations externes de cliniques	Personnes sans domicile usagers d'un <i>Medical Respite Program</i> ; États-Unis	Enquête auprès des patients selon qu'ils aient été acceptés ou non en <i>respite care</i>	Intention de traitement ; comparaison groupe " <i>respite care</i> " vs. groupe " <i>waiting list</i> "	Deux fois moins de jours d'hospitalisations pour le groupe " <i>respite care</i> " ; pas de différence significative sur les urgences et les consultations externes
Medical Respite Programs	Zerger 2006	Évaluer les changements liés au lieu de vie, à la sévérité du diagnostic, au soutien économique et au statut vis-à-vis de l'assurance et du recours aux soins primaires	Personnes sans domicile usagers d'un <i>Medical Respite Program</i> ; États-Unis	Enquête auprès des usagers de 10 <i>Medical Respite Programs</i>	Comparaison avant / après le séjour dans un <i>Medical Respite Program</i>	Amélioration du statut de logement, meilleur accès aux soins et légèrement meilleur accès à l'assurance et soutien économique, amélioration de la sévérité du diagnostic

5. Recommandations pour l'évaluation des mesures

5.1. Mesures relatives à l'assurance

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

Objectifs de l'évaluation

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

Cadre de l'évaluation et méthodes

L'évaluation pourra distinguer le suivi d'indicateurs de résultats et de processus et l'évaluation d'impact. Le suivi d'indicateurs permettra d'étudier l'évolution du taux de couverture complémentaire et des primes, du taux de recours aux soins et de l'état de santé en fonction des revenus, et des indicateurs de niveau de vie et de pauvreté ou d'insécurité financière pour la population cible en comparaison à la population générale (en niveau et en mesurant des écarts/ratios ou le gradient selon le niveau de revenu).

Ce suivi peut être plus aisé que l'évaluation d'impact car il peut se faire à partir de sources différentes sans forcément introduire de groupe de comparaison ni de panel.

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

Populations d'intérêt

Les populations d'intérêt sont l'ensemble de la population éligible à la C2S en distinguant avec et sans participation financière. Pour ceux sans participation financière (anciennement CMUC), ils permettront d'avoir des résultats sur l'impact du renouvellement automatique ; et pour ceux avec participation financière (anciens éligibles à l'ACS) sur l'impact de la diffusion du nouveau dispositif.

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

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

Suivi et évaluation des résultats

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

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

Indicateurs de résultats finaux

Les indicateurs de résultats finaux concernant la pauvreté ou l'insécurité financière, l'état de santé et l'accès aux soins peuvent pour partie être mesurés avec des enquêtes en population générale sans appariement avec les données administratives de santé comme l'enquête SRCV ou l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux* ainsi que les enquêtes européennes EHIS et l'enquête SHARE pour les personnes âgées (tableau 4). Il est néanmoins nécessaire de bénéficier d'une mesure du niveau de revenu suffisamment fiable pour mesurer l'éligibilité aux dispositifs et pour certaines enquêtes du bénéfice de la C2S.

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

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

Tableau 4 – Principaux indicateurs de résultats finaux mobilisables en enquête en population générale

Renoncement aux soins	Taux de renoncement aux soins pour des raisons financières (en général et selon les postes)
	Taux de renoncement aux soins pour d'autres motifs que financiers pour voir s'il y a d'autres facteurs de renoncement qui persistent
État de santé	Indicateurs d'état de santé du mini-module européen
	Autres indicateurs de santé spécifiques : santé dentaire, santé mentale (stress psychosocial, dépression, PHQ8...), déclaration de maladie, santé fonctionnelle
Insécurité financière et pauvreté	Taux d'efforts en santé par rapport aux revenus en prenant en compte les dépenses pour les primes et les restes à charge après AMO et AMC
	Revenu disponible après dépenses de santé (primes et RAC)
	Gains monétaires (et de bien-être) en tenant compte les dépenses de santé remboursées par les dispositifs (AMO et AMC)
	Insécurité financière : indicateurs avec des seuils sur les taux d'efforts (>10 %, 20 %, 30 % du revenu) ou la distribution des RAC (dernier centile,...), variabilité des RAC pour mesurer le risque
	Conséquences sur les autres postes de dépenses du ménage et en particulier l'endettement/épargne, difficultés à finir les fins de mois, difficultés financières
	Taux de chômage et emploi
	Pauvreté monétaire et pauvreté en conditions de vie

Indicateurs de résultats intermédiaires

Les indicateurs de résultats intermédiaires permettent de mesurer et de valider l'effectivité des mesures concernant l'assurance et les effets provenant des principaux mécanismes causaux identifiés dans la littérature (tableau 5). Il s'agit en particulier du taux de recours à la C2S ainsi que plus généralement à une complémentaire santé mais aussi aux montants des primes payés pour une complémentaire. Les enquêtes cités ci-dessus permettent pour la plupart de connaître la couverture complémentaire et le type de contrat mais très rarement le montant payé pour les primes. En revanche des données administratives (y compris l'EDP-Santé) ne permet jusqu'à maintenant que de connaître le bénéfice de la CMUC et de l'ACS et donc potentiellement de la C2S mais pas des autres contrats ni d'identifier les personnes non couvertes. Les données administratives du SNDS et certaines données d'enquête permettent d'avoir des informations sur les recours aux

soins et les parcours de soins ainsi que les dépenses de santé remboursables pour la sécurité sociale et par la C2S. En revanche, les données administratives ne permettent jusqu'à maintenant que de connaître les restes à charge des ménages couverts par la C2S (ou ex CMUC) et pas pour les autres ménages (voir limites des dispositifs existants). Il serait aussi important de documenter par de nouvelles questions dans des enquêtes ou par des entretiens qualitatifs la connaissance des bénéficiaires et les éligibles sur les dispositifs, sur la qualité des contrats et le coût des soins. Cela permettrait aussi de mieux comprendre les limites des dispositifs et les raisons de non-couverture ou de couverture par une autre complémentaire santé. Des études de *testing* sur les refus de soins de patients « CMUistes » par les professionnels de santé ont été réalisées à plusieurs reprises, les plus récentes par le fonds CMU. Leurs résultats montrent que ces études devraient être maintenues à un rythme régulier et étendues aux assurés C2S et AME.

Tableau 5 – Indicateurs de résultats intermédiaires d'intérêt pour l'évaluation

Couverture complémentaire et montant des primes	Taux de recours à la C2S
	Taux de recours à une complémentaire santé quel que soit le type de contrat
	Montant des primes quel que soit le type de contrat
Recours aux soins/Parcours de soins et dépenses de santé remboursables (AMO et AMC (CSS)) / Restes à charge après AMO et AMC / Refus de soins	Taux de recours et nombre de recours : par poste de soins (ville et hôpital et dans le détail : généraliste, spécialistes, dentaire, urgence, etc.), en particulier en séparant les postes de soins liées aux dispositifs couverts par le 100 % santé (dentaire, optique, auditif)
	Indicateurs de qualité du parcours de soins : hospitalisations évitables, hospitalisations non programmées, soins de prévention, etc.
	Dépenses de santé remboursables par l'AMO et AMC (en particulier pour la C2S) : total et par poste de soins, afin d'avoir une valorisation monétaire de l'impact de la C2S
	Restes à charge après AMO et AMC (notamment C2S) : total et par postes de soins, par type de RAC (dépassements d'honoraires et autres participations)
	<i>Testing</i> pour le refus de soins pour les bénéficiaires de la C2S et AME
Informations sur les contrats/coûts des soins/connaissance des dispositifs	Nouvelles questions dans des enquêtes ou par entretiens qualitatifs
	Connaissance sur les dispositifs, la qualité des contrats et le coût des soins
	Raisons des refus des contrats avec participation financière, ou du choix d'une autre complémentaire par les éligibles, information sur le renouvellement automatique

Limites des sources de données existantes

L'analyse et le suivi des réformes de la complémentaire santé sont fortement limités par les lacunes des sources d'information publiques (tableau 6) sur deux dimensions importantes de l'évaluation :

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

Il n'existe pas en France de système d'information pérenne ni même de recueil ponctuel permettant d'étudier les restes à charge réels, c'est-à-dire après complémentaire et en incluant les primes d'assurance complémentaire, supportés par les ménages et leur distribution sociale et dans les états de santé. Si la comptabilité nationale montre que les restes à charge sont, en part de la dépense de santé, parmi les plus bas des pays disposant de systèmes de santé socialisés, il n'existe cependant pas de mécanisme les plafonnant, comme un bouclier sanitaire ou un système de franchises pourraient le faire. Aussi certains assurés peuvent-ils subir des taux d'efforts très importants. L'enquête *Budget de famille* de l'INSEE, réalisée tous les cinq ans depuis 1979 (2006, 2011, 2017), permet de recueillir une information sur les primes et les restes à charge, mais déclarative, donc limitée et qu'il est difficile de lier à des informations fines sur la complémentaire. De même les données de remboursement de l'assurance maladie, si elles peuvent contenir des informations issues des flux avec les organismes complémentaires ne permettent pas d'associer un remboursement complémentaire à chaque remboursement du régime obligatoire, en dehors de la CMUC. Une tentative d'appariement de données d'enquête, de l'assurance maladie et des principaux assureurs complémentaires, le projet MONACO (Dourgnon *et al.*, 2014) a montré l'intérêt et la faisabilité d'un tel système d'information, mais sans qu'il ait pu, pour des raisons institutionnelles, être pérennisé. Il nous semble qu'alors que le champ de la complémentaire santé est devenu depuis 2000 l'objet d'une série continue de réformes, que l'absence d'une telle source d'information représente une faille béante de la statistique publique. Le SNDS pourra peut-être permettre de combler une partie de ces besoins, en particulier dans le cadre du projet d'appariement des données des Assurances maladies (ADAM), mais nous notons que sa date de disponibilité et sa capacité à produire de l'information sur les restes à charge réels ne sont avérés aujourd'hui ni n'interviendront dans un futur proche. À défaut de ces informations sur les restes à charge réels au niveau individuel, un outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge (Omar) a été mis en place par la DREES pour simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre les trois financeurs (Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'individu).

Connaissance des contrats et primes d'assurance complémentaire

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

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

Tableau 6 – Sources de données existantes sur l'accès aux soins, la santé et le recours aux soins (données d'enquêtes en population générale et données administratives appariées)

Sources des données existantes	EDP santé : SNDS + EDP (avec les données socio-fiscales) : période couverte (2008-2022) mais son exploitation est pour l'instant limitée à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022
	EHIS 2019 appariée avec SNDS sur cinq ans
	SNDS : information sur le bénéfice de la C2S et anciennement CMUC et ACS mais pas d'information sur l'éligibilité, la non-couverture et les restes à charge après AMC autre que C2S
	Enquête <i>Statistiques sur les ressources et conditions de vie</i> (SRCV) : enquête longitudinale annuelle en panel avec des individus suivis sur 4 ans
	Enquête <i>Budget de famille</i> (2011 ; 2017)
	Enquête <i>Bénéficiaires de minima sociaux</i> (2003 ; 2006 ; 2012 ; 2018)
	Modèle Omar-Ines de la DREES

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

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

Nous regroupons dans cette section les investissements dans les centres de santé planifiés dans la Stratégie et le Ségur ainsi que les PASS. Tous proposent des services de soins et une prise en charge sociale.

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

Évaluation et suivi du déploiement, de l'activité et de la soutenabilité des structures

Déploiement et fonctionnement des structures

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

Pour les PASS, on attend de l'activité des PASS qu'elle fasse diminuer l'activité des services d'urgences et ou le nombre de recours non pertinents.

Accès et usage

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

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

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

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

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

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

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

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

Données administratives

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

Données d'enquête

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

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

Public cible

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

Objectifs

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

- **évaluer l'adéquation du volume de l'offre aux besoins des publics cibles** : il s'agit d'observer si l'augmentation du nombre de places prévu par les mesures est suffisante pour prendre en charge l'ensemble des personnes éligibles nécessitant une aide médico-sociale, et également si la répartition territoriale de l'offre est en adéquation avec les besoins, ou si certaines zones restent non pourvues ;
- **évaluer l'adéquation des dispositifs** (services proposés, modalités et conditions d'accueil, expérience et satisfaction des usagers) **aux besoins de publics spécifiques** comme les immigrés sans papiers, les personnes avec des situations

sanitaires complexes ou les femmes seules : il s'agit d'observer si les dispositifs permettent de répondre aux besoins de tous les types de publics ;

- **mesurer et expliquer le renoncement aux soins** des personnes présentant des besoins mais ne faisant pas les démarches pour être admis dans ces structures, afin d'étudier la question de l'adéquation de l'offre avec les besoins de la population cible sous l'angle des patients, et d'explorer les différentes barrières potentielles à l'accès aux soins ;
- **observer l'évolution de la situation sanitaire et socio-économique des patients** : afin d'évaluer le bénéfice réel des dispositifs sur la trajectoire des patients, et notamment dans l'objectif de leur permettre de sortir de la pauvreté, il est nécessaire d'observer l'évolution de leur situation sur le plan sanitaire mais également sur les plans social et économique, et de mesurer l'étendue et la durabilité des effets ;
- **observer la satisfaction des patients** : il est important d'associer le ressenti des patients à l'évaluation des dispositifs afin d'observer l'adéquation des services proposés à leurs attentes et besoins.

Informations nécessaires pour l'évaluation

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

- **informations sur la population cible** : estimation de la population éligible, et plus globalement de l'ensemble des personnes en situation de grande précarité avec des besoins médicaux et/ou sociaux importants, afin d'évaluer à la fois dans quelle mesure les dispositifs couvrent les besoins de la population éligible et également si certaines catégories d'individus présentent des besoins qui ne sont pas couverts par ces dispositifs. Plus généralement il serait important de connaître de façon précise le profil sociodémographique de la population cible et d'effectuer une typologie des besoins (besoins de soins, besoins matériels, accès aux droits ou démarches administratives, etc.) ;
- **informations sur les structures** : afin de mettre en relation les informations sur la population cible avec l'offre proposée, il faudrait recueillir un certain nombre d'informations sur les structures, à la fois quantitatives, comme les effectifs accueillis, les taux d'acceptation et motifs de refus (manque de place, inéligibilité, ...), le profil des patients (âge, sexe, situation légale, pathologie, addictions, etc.) et également des demandeurs (patients non admis) ; et qualitatives, comme la concertation des

structures entre elles pour réguler l'attribution des places, le niveau de complexité des procédures d'accès, ou encore les éventuelles problématiques liées à la prise en charge de publics spécifiques ;

- **informations sur les patients** : un certain nombre d'indicateurs seraient nécessaires pour évaluer la situation des bénéficiaires, comme la situation d'hébergement, l'état de santé (évolution des pathologie(s), état de santé perçu, limitations d'activité, santé mentale), les comportements à risque (addictions), le recours aux urgences et autres services de soins, le recours aux minima sociaux, la situation économique (employabilité, ressources perçues), le soutien social (liens avec la famille et l'entourage), la participation sociale (activités communautaires) ou encore le bien-être psychologique (confiance en soi, stress ressenti, sentiment de reprendre le contrôle de sa vie) ; afin d'évaluer la trajectoire des patients il serait nécessaire de recueillir ces différents indicateurs de façon répétée dans le temps ; observer leur satisfaction vis-à-vis des dispositifs serait également essentiel pour l'évaluation.

Méthodologie envisagée pour l'évaluation

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

Repérer la population cible

Pour pouvoir estimer la taille et le profil de la population cible, l'une des possibilités serait d'enquêter auprès des structures en amont, à partir desquelles les patients sont orientés en LHSS, LAM ou ACT. Le rapport de l'évaluation des LHSS de 2013 et le Bilan annuel des ACT 2019, nous donne des informations sur la provenance des patients admis en LHSS en 2011 et en ACT en 2019 : dans les deux cas il s'agit en premier lieu des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux (services hospitaliers, urgences, cliniques privées, centres de santé, services sociaux), puis des structures d'hébergement, des maraudes ou équipes mobiles, des associations ou veilles sociales (pour les LHSS), des CADA (pour les ACT) et dans de rares cas des présentations spontanées ou sous l'initiative de personnes proches.

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

Enquête auprès des structures

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

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

Enquête auprès des usagers

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

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

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

Dispositifs existants et limites

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

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

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

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

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

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

6. Bibliographie

- Adashi, E. Y., Geiger, H. J., & Fine, M. D. (2010). Health Care Reform and Primary Care—The Growing Importance of the Community Health Center. *New England Journal of Medicine*, 362(22), 2047-2050. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1003729>
- Afrite, A., Bourgueil, Y., Dufournet, M., & Mousquès, J. (2011). *Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?* 8.
- Allen, H., Baicker, K., Finkelstein, A., Taubman, S., & Wright, B. J. (2010). What The Oregon Health Study Can Tell Us About Expanding Medicaid. *Health Affairs*, 29(8), 1498-1506. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0191>
- Allen, H., Swanson, A., Wang, J., & Gross, T. (2017). Early Medicaid Expansion Associated With Reduced Payday Borrowing In California. *Health Affairs*, 36(10), 1769-1776. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0369>
- Atkinson, T., Freyssinet, J., Glaude, M., & Seibel, C. (Éds.). (1998). *Pauvreté et exclusion : Rapports*. Documentation Française.
- Baicker, K., Finkelstein, A., Song, J., & Taubman, S. (2014). The Impact of Medicaid on Labor Market Activity and Program Participation: Evidence from the Oregon Health Insurance Experiment. *American Economic Review*, 104(5), 322-328. <https://doi.org/10.1257/aer.104.5.322>
- Baicker, K., Taubman, S. L., Allen, H. L., Bernstein, M., Gruber, J. H., Newhouse, J. P., Schneider, E. C., Wright, B. J., Zaslavsky, A. M., & Finkelstein, A. N. (2013). The Oregon Experiment—Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(18), 1713-1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1212321>
- Bailey, M. J., & Goodman-Bacon, A. (2015). The War on Poverty's Experiment in Public Medicine : Community Health Centers and the Mortality of Older Americans. *American Economic Review*, 105(3), 1067-1104. <https://doi.org/10.1257/aer.20120070>
- Balsa, A. I., & McGuire, T. G. (2003). Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*, 22(1), 89-116. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00098-X)
- Bernad, R., Yuncal, R., & Panadero, S. (2016). *Introducing the Housing First Model in Spain : First Results of the Habitat Programme*. 10(1), 30.
- Bretherton, J., & Pleave, N. (2015, février 1). *Housing First in England : An Evaluation of Nine Services* [Monograph]. Centre for Housing Policy, University of York. <http://eprints.whiterose.ac.uk/83966/>
- Brevoort, K., Grodzicki, D., & Hackmann, M. B. (2017). Medicaid and Financial Health. *National Bureau of Economic Research*, 66.

- Buchanan, D., Doblin, B., Sai, T., & Garcia, P. (2006). The Effects of Respite Care for Homeless Patients: A Cohort Study. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1278-1281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.067850>
- Buchmueller, T. C., Levy, H. G., & Valletta, R. G. (2019). *Medicaid Expansion and the Unemployed* (N° w26553). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w26553>
- Busch-Geertsema, V. (2014). *Housing First Europe – Results of a European Social Experimentation Project*. 8(1), 16.
- Busch-Geertsema, V. (2016). *Le logement d'abord en Europe : Rapport final*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/089978>
- Carré, B., Jusot, F., Wittwer, J., Thomas, M., & Gastaldi-Menager, C. (2021). *Public health insurance impact on the consumption of healthcare services for low income populations*.
- Carrillo, J. E., Carrillo, V. A., Perez, H. R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A., & Byron, A. T. (2011). Defining and Targeting Health Care Access Barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), 562-575. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037>
- Chaupain-Guillot, S., & Guillot, O. (2015). Health system characteristics and unmet care needs in Europe : An analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781-796. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0629-x>
- Chauveaud, C., & Warin, P. (2016). *Le non-recours à la CMU-C. Enquête auprès de populations précaires*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01419359>
- Chevillard, G., Mousquès, J., Lucas-Gabrielli, V., & Rican, S. (2019). Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas? *Health Policy*, 123(5), 508-515. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.002>
- Choi, J.-S., & Jung, S.-H. (2020). The Impact of Expanded National Health Insurance Coverage of Dentures and Dental Implants on Dental Care Utilization among Older Adults in South Korea : A Study Based on the Korean Health Panel Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6417. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176417>
- Clemans-Cope, L., Long, S. K., Coughlin, T. A., Yemane, A., & Resnick, D. (2013). The Expansion of Medicaid Coverage under the ACA : Implications for Health Care Access, Use, and Spending for Vulnerable Low-income Adults. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 50(2), 135-149. <https://doi.org/10.1177/0046958013513675>
- Collins, P. A., Resendes, S. J., & Dunn, J. R. (2014). The Untold Story : Examining Ontario's Community Health Centres' Initiatives to Address Upstream Determinants of Health. *Healthcare Policy*, 10(1), 14-29.

- Cook, N. L., Hicks, L. S., O'Malley, A. J., Keegan, T., Guadagnoli, E., & Landon, B. E. (2007). Access To Specialty Care And Medical Services In Community Health Centers. *Health Affairs*, 26(5), 1459-1468. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1459>
- Cornu-Pauchet, M. (2018). Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*, N° 53(1), 43-56.
- Currie, J. (2004). *The Take Up of Social Benefits* (N° w10488). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w10488>
- Decker, S. L., & Lipton, B. J. (2015). Do Medicaid benefit expansions have teeth? The effect of Medicaid adult dental coverage on the use of dental services and oral health. *Journal of Health Economics*, 44, 212-225. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.08.009>
- Devaux, M. (2015). Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 16(1), 21-33. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
- DeVoe, J. E., Baez, A., Angier, H., Krois, L., Edlund, C., & Carney, P. A. (2007). Insurance + Access != Health Care : Typology of Barriers to Health Care Access for Low-Income Families. *The Annals of Family Medicine*, 5(6), 511-518. <https://doi.org/10.1370/afm.748>
- DGCS - Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS)*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_parcours_personnes_accueillies_lam_lhss_rapport_final.pdf
- Dorn, S., Capretta, J., & Chen, L. (2018). *Making Health Insurance Enrollment As Automatic As Possible (Part 1) | Health Affairs Blog*. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20180501.141197/full/>
- Dorn, S., & Kenney, G. M. (2006). Automatically Enrolling Eligible Children and Families Into Medicaid and SCHIP: Opportunities, Obstacles, and Options for Federal Policymakers. *Commonwealth Fund Fund Reports*. <https://doi.org/10.2510/376814>
- Dourgnon, P., Evrard, I., & Guillaume, S. (2014). *Vers un système d'information sur le coût des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages*. 6.
- Dufour-Kippelen, S., Legal, A., & Wittwer, J. (2006). *Comprendre les causes du non-recours à la CMUC*. https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/1898/Non-recours_LEGOS.pdf?sequence=2
- East, C. N., Miller, S., Page, M., & Wherry, L. R. (2017). *Multi-generational Impacts of Childhood Access to the Safety Net : Early Life Exposure to Medicaid and the Next Generation's Health* (N° w23810). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w23810>

Evans, C. S., Smith, S., Kobayashi, L., & Chang, D. C. (2015). The Effect of Community Health Center (CHC) Density on Preventable Hospital Admissions in Medicaid and Uninsured Patients. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(3), 839-851. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0081>

Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)

Feantsa, & Fondation Abbé Pierre. (2018). 3^{ème} Regard sur le mal-logement en Europe. https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/3e_regard_sur_le_mal-logement_en_europe_2018.pdf

Fédération santé & habitat. (2020). *Bilan national des appartements de coordination thérapeutique (ACT) 2019*.

Finkelstein, A., Hendren, N., & Shepard, M. (2019). Subsidizing Health Insurance for Low-Income Adults: Evidence from Massachusetts. *American Economic Review*, 109(4), 1530-1567. <https://doi.org/10.1257/aer.20171455>

Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., Allen, H., Baicker, K., & Oregon Health Study Group. (2012). The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year*. *The Quarterly Journal of Economics*, 127(3), 1057-1106. <https://doi.org/10.1093/qje/qjs020>

Fondation Abbé Pierre. (2020). *Près de 300 000 personnes sans domicile en France*. Fondation Abbé Pierre. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/pres-de-300-000-personnes-sans-domicile-en-france>

Fonds CMU. (2018). *Rapport_activite_2018.pdf*. https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2018.pdf

Fouquet, M. (2020). Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. *Études & Résultats (Drees)*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1166.pdf>

Glied, S. A., Russo, T., & Chakraborti, O. (2017). How Medicaid Expansion Affected Out-of-Pocket Health Care Spending for Low-Income Families. *The Commonwealth Fund*, 9.

Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., & et al. (2014). *National final report : Cross-site At Home/Chez Soi project*. (p. 48). Calgary: Mental Health Commission of Canada.

Goodman-Bacon, A. (2016). *The Long-Run Effects of Childhood Insurance Coverage : Medicaid Implementation, Adult Health, and Labor Market Outcomes* (N° w22899). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w22899>

- Grignon, M., Perronnin, M., & Lavis, J. N. (2008). Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France. *Health Economics*, 17(2), 203-219. <https://doi.org/10.1002/hec.1250>
- Guthmuller, S., Jusot, F., & Wittwer, J. (2014a). *Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009*. 8.
- Guthmuller, S., Jusot, F., & Wittwer, J. (2014b). Improving Takeup of Health Insurance Program A Social Experiment in France. *Journal of Human Resources*, 49(1), 167-194. <https://doi.org/10.3368/jhr.49.1.167>
- Guthmuller, S., & Wittwer, J. (2017). The Impact of the Eligibility Threshold of a French Means-Tested Health Insurance Programme on Doctor Visits : A Regression Discontinuity Analysis. *Health Economics*, 26(12), e17-e34. <https://doi.org/10.1002/hec.3464>
- Hicks, L. S., O'Malley, A. J., Lieu, T. A., Keegan, T., Cook, N. L., McNeil, B. J., Landon, B. E., & Guadagnoli, E. (2006). The Quality Of Chronic Disease Care In U.S. Community Health Centers. *Health Affairs*, 25(6), 1712-1723. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.6.1712>
- Hu, L., Kaestner, R., Mazumder, B., Miller, S., & Wong, A. (2016). *The Effect of the Patient Protection and Affordable Care Act Medicaid Expansions on Financial Wellbeing* (N° w22170). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w22170>
- Jusot, F. (2019). *Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : Premiers enseignements de l'enquête Premiers pas*. 8.
- Jusot, F., Carré, B., & Wittwer, J. (2019). Réduire les barrières financières à l'accès aux soins. *Revue française d'économie*, XXXIV(1), 133. <https://doi.org/10.3917/rfe.191.0133>
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C., & Shmueli, A. (2017). *Assurance maladie et complémentaires santé : Comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus*. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61676/1/er1005.pdf>
- Jusot, F., Perraudin, C., & Wittwer, J. (2011). L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : Les résultats de l'enquête *Budget de famille* 2006. *Economie et Statistique*, 450(1), 29-46. <https://doi.org/10.3406/estat.2011.9687>
- Laporte, A., & Chauvin, P. (2004). *Samenta : Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France* (p. 227). Observatoire du Samu social. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
- Levy, H., Buchmueller, T., & Nikpay, S. (2019). The Impact of Medicaid Expansion on Household Consumption. *Eastern Economic Journal*, 45(1), 34-57. <https://doi.org/10.1057/s41302-018-0124-7>

Lipton, B. J., & Decker, S. L. (2015). The effect of health insurance coverage on medical care utilization and health outcomes : Evidence from Medicaid adult vision benefits. *Journal of Health Economics*, 44, 320-332. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.10.006>

Lipton, B. J., & Decker, S. L. (2016). The effect of Medicaid adult vision coverage on the likelihood of appropriate correction of distance vision : Evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Social Science & Medicine*, 150, 258-267. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.055>

Loisy, C. (2000). *Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts*. 30.

McKenna, R. M., Langellier, B. A., Alcalá, H. E., Roby, D. H., Grande, D. T., & Ortega, A. N. (2018). The Affordable Care Act Attenuates Financial Strain According to Poverty Level. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 0046958018790164. <https://doi.org/10.1177/0046958018790164>

Miller, S., & Wherry, L. R. (2019). The Long-Term Effects of Early Life Medicaid Coverage. *Journal of Human Resources*, 54(3), 785-824. <https://doi.org/10.3368/jhr.54.3.0816.8173R1>

Mousquès, J., Bourgueil, Y., & Afrite, A. (2014). *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012*. (IRDES). [s.n.].

Neuhausen, K., Grumbach, K., Bazemore, A., & Phillips, R. L. (2012). Integrating Community Health Centers Into Organized Delivery Systems Can Improve Access To Subspecialty Care. *Health Affairs*, 31(8), 1708-1716. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1261>

Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H., Phillips, R. S., Greenfield, S., Massagli, M. P., Clarridge, B., & Kaplan, S. H. (2007). Providing High-Quality Care for Limited English Proficient Patients : The Importance of Language Concordance and Interpreter Use. *Journal of General Internal Medicine*, 22(S2), 324-330. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0340-z>

Nguyen, K. H., Trivedi, A. N., & Cole, M. B. (2021). Receipt of Social Needs Assistance and Health Center Patient Experience of Care. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(3), e139-e147. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.030>

Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, M., & Duarte, T. (2014). *Housing First : An Ecological Approach to Promoting Community Integration*.

Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home : Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1925-1936. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.011>

Padgett, D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F., & Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness : Comparing Housing First with Treatment First programs. *Community Mental Health Journal*, 47(2), 227-232. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9283-7>

- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Picon, E., Sannino, D. N., Henocq, B. M.-A.-C., & Seigneur, R. (2013). *EVALUATION DU DISPOSITIF LITS HALTES SOINS SANTE (LHSS)* (p. 179).
- Pleace, N., & Bretherton, J. (2013). The case for Housing First in the European Union : A critical evaluation of concerns about effectiveness. *European Journal of Homelessness*.
- Pleace, N., Culhane, D., Granfelt, R., & Knutagård, M. (2015). *The Finnish Homelessness Strategy – An International Review*. Ympäristöministeriö. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153258>
- Pleace, N., & Quilgars, D. (2013). *Improving health and social integration through Housing First : A Review*. <https://www.feantsaresearch.org/download/health-and-social-integration6437852015379683856.pdf>
- Probst, J. C., Laditka, J. N., & Laditka, S. B. (2009). Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions : An analysis across eight US states. *BMC Health Services Research*, 9(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-134>
- Remler, D. K., & Glied, S. A. (2003). What Other Programs Can Teach Us : Increasing Participation in Health Insurance Programs. *American Journal of Public Health*, 93(1), 67-74. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.1.67>
- Remler, D. K., Rachlin, J. E., & Glied, S. A. (2001). *What can the take-up of other programs teach us about how to improve take-up of health insurance programs?* (N° w8185). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w8185>
- Ricci, P., & Gilles, L. (2010). *Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMUC en 2010*. 13.
- Rothkopf, J., Brookler, K., Wadhwa, S., & Sajovetz, M. (2011). Medicaid Patients Seen At Federally Qualified Health Centers Use Hospital Services Less Than Those Seen By Private Providers. *Health Affairs*, 30(7), 1335-1342. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0066>
- Rust, G., Baltrus, P., Ye, J., Daniels, E., Quarshie, A., Boumbulian, P., & Strothers, H. (2009). Presence of a Community Health Center and Uninsured Emergency Department Visit Rates in Rural Counties. *The Journal of Rural Health*, 25(1), 8-16. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2009.00193.x>
- Sahlin, I. (2005). The Staircase of Transition. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 18(2), 115-136. <https://doi.org/10.1080/13511610500096400>
- Saloner, B., Wilk, A., & Levin, J. (2020). Community Health Centers and Access to Care Among Underserved Populations : A Synthesis Review—Brendan Saloner, Adam S. Wilk, Jonathan Levin, 2020. *Medical Care Research and Review*. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558719848283>

Sandel, M., Hansen, M., Kahn, R., Lawton, E., Paul, E., Parker, V., Morton, S., & Zuckerman, B. (2010). Medical-Legal Partnerships : Transforming Primary Care By Addressing The Legal Needs Of Vulnerable Populations. *Health Affairs*, 29(9), 1697-1705. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0038>

Shi, L., & Stevens, G. D. (2007). The Role of Community Health Centers in Delivering Primary Care to the Underserved : Experiences of the Uninsured and Medicaid Insured. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 30(2), 159–170. <https://doi.org/10.1097/01.JAC.0000264606.50123.6d>

Shin, P., Sharac, J., & Rosenbaum, S. (2015). Community Health Centers And Medicaid At 50 : An Enduring Relationship Essential For Health System Transformation. *Health Affairs*, 34(7), 1096-1104. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0099>

Sireyjol, A. (2016). *La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes*. 21.

Sommers, B. D., Blendon, R. J., Orav, E. J., & Epstein, A. M. (2016). Changes in Utilization and Health Among Low-Income Adults After Medicaid Expansion or Expanded Private Insurance. *JAMA Internal Medicine*, 176(10), 1501. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.4419>

Taubman, S. L., Allen, H. L., Wright, B. J., Baicker, K., & Finkelstein, A. N. (2014). Medicaid Increases Emergency-Department Use : Evidence from Oregon's Health Insurance Experiment. *Science*, 343(6168), 263-268. <https://doi.org/10.1126/science.1246183>

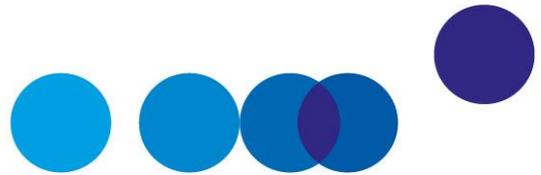
Tinland, A., Loubière, S., Boucekine, M., Boyer, L., Fond, G., Girard, V., & Auquier, P. (2020). Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery-oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness : A randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000785>

Trinh-Duc, A., de la Blanchardière, A., Porcher, R., Agard, C., Rouillard, B., Schlienger, I., Collin-Paradis, B., Grasland, A., Georges, C., N'diaye, A., & Farge-Bancel, D. (2005). Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). *La Revue de Médecine Interne*, 26(1), 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2004.09.012>

Tsemberis, S. (1999). From streets to homes : An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27(2), 225-241. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199903\)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199903)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y)

Tsemberis, S. (2011). *Housing First : The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual*. Sam Tsemberis.

- Wherry, L. R., Miller, S., Kaestner, R., & Meyer, B. D. (2015). *Childhood Medicaid Coverage and Later Life Health Care Utilization* (N° w20929). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w20929>
- Wittwer, J. (2019). *Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue*. 8.
- Wright, B. J., Garcia-Alexander, G., Weller, M. A., & Baicker, K. (2017). Low-Cost Behavioral Nudges Increase Medicaid Take-Up Among Eligible Residents Of Oregon. *Health Affairs*, 36(5), 838-845. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1325>
- Yaouancq, F., Lebrère, A., Marpsat, M., Régnier, V., Legleye, S., & Quaglia, M. (2013). *L'hébergement des sans-domicile en 2012*. 4.
- Yue, D., Pourat, N., Chen, X., Lu, C., Zhou, W., Daniel, M., Hoang, H., Sripipatana, A., & Ponce, N. A. (2019). Enabling Services Improve Access To Care, Preventive Services, And Satisfaction Among Health Center Patients. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(9), 1468-1474. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05228>
- Zerger, S., Doblin, B., & Thompson, L. (2009). Medical Respite Care for Homeless People : A Growing National Phenomenon. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(1), 36-41. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0098>



COMPLÉMENT 8

CHAÎNES DE CAUSALITÉ ET APPORTS DE LA LITTÉRATURE POUR LES MESURES AXÉES SUR L'ACCOMPAGNEMENT (DARES)

DARES

Par **Sébastien Grobon**, adjoint à la cheffe de la Mission d'analyse économique, DARES

Avril 2020

Les éléments de la Stratégie ayant trait à l'accompagnement, l'emploi et la formation peuvent être regroupés en trois ensembles :

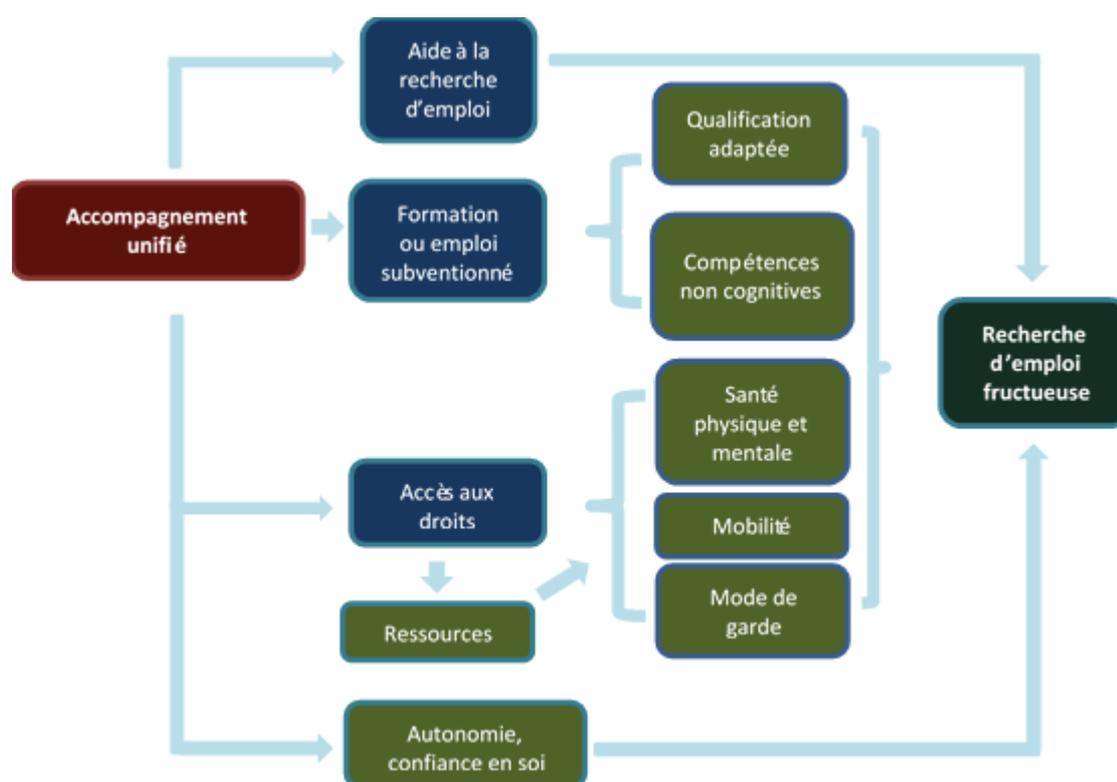
- un renforcement du soutien à l'insertion des jeunes en difficultés, en prolongeant leur formation initiale, ainsi qu'en renforçant les dispositifs permettant leur suivi et leur accompagnement ;
- un renforcement et une mise en cohérence de l'ensemble des offres d'accompagnement offertes aux personnes éloignées de l'emploi. Cela passe par des dispositifs unifiés comme la Garantie d'activité, ou l'idée d'un service public de l'insertion, une articulation entre l'action de Pôle emploi et celle des départements, qui disposent de plus de moyens, et entre l'accompagnement social et les aides à l'insertion professionnelle ;

- Le recours à des politiques d'emplois subventionnés : insertion par l'activité économique (IAE) et expérimentation associatives¹.

La Stratégie vise donc à faire du retour à l'emploi l'instrument principal de la sortie de la pauvreté. Il s'agit d'éviter la marginalisation en accroissant les contacts avec les services publics d'aide à la recherche d'emploi et l'insertion, de faciliter ces contacts en unifiant les dispositifs et les acteurs, et de favoriser les dispositifs offrant transitoirement un emploi aidé pour améliorer à terme les chances de retour à un emploi classique (IAE et expérimentations associatives).

La chaîne de causalité ci-dessous est une représentation simplifiée des mécanismes susceptibles d'entraîner une réduction de la pauvreté à partir des politiques d'accompagnement et de formation, par l'intermédiaire d'une action sur les différents freins au retour à l'emploi. Elle ne préfigure pas de la réalité de ces mécanismes, mais aide à identifier les risques et étapes à valider pour que cette chaîne se réalise.

Figure 1. Chaîne de causalité des mesures accompagnement, formation et emploi de la Stratégie pauvreté



¹ « Territoires zéro chômeur de longue durée », Convergence, TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) et SÈVE Emploi (médiation active vers l'emploi).

Le chemin théorique entre les mesures et l'objectif visé de réduction de la pauvreté se lit de la manière suivante. En théorie, l'accompagnement constitue une manière d'identifier l'ensemble des freins à l'emploi afin de pouvoir y remédier. Il s'agit d'abord d'une aide à la recherche d'emploi, qui permet également si nécessaire l'accès à une formation susceptible d'améliorer l'adéquation du niveau de qualification au type d'emploi recherché, ou encore l'ouverture de droits, à commencer par l'allocation chômage ou à des minima sociaux, mais également d'autres droits permettant de remédier à certains freins tels que la santé ou le mode de garde. L'accompagnement vise aussi à permettre à la personne suivie de gagner en autonomie et en confiance en soi, pour la conforter dans sa recherche d'emploi. L'objectif final est néanmoins l'accès à l'emploi, qui est d'abord vu comme garant d'une sortie de la pauvreté, qui sera d'autant plus durable que l'emploi sera stable, de qualité, et assurera l'autonomie financière du ménage. En second lieu, l'emploi participe également à l'intégration sociale et d'amélioration du capital humain. À plus long terme, le fait d'améliorer le succès de recherche d'emploi parmi les publics les plus en difficultés est également un facteur d'égalité des chances, qui limite l'irréversibilité des situations de pauvreté ainsi que leur hérédité sociale.

La stratégie consistant à rassembler différents types d'accompagnement pourrait en simplifier l'accès et favoriser une prise en charge globale de l'ensemble des freins à l'emploi. Inversement, la multiplication de dispositifs cloisonnés peut réduire la lisibilité des mesures proposées et freiner l'accès aux dispositifs, tout en étant source d'inégalités de traitement et en compliquant fortement le traitement de l'ensemble des freins : autant de problèmes qui réduisent les chances d'accès à l'emploi. Si le retour à l'emploi reste le critère principal d'évaluation de l'efficacité de ces dispositifs, son succès dépend grandement de la distance initiale de la personne accompagnée à l'emploi ou au système scolaire, difficilement observable dans les données administratives, mais déterminant l'amplitude de la force de rappel constituée par les différents freins listés dans le graphique ci-dessus, et donc l'ampleur des moyens à déployer pour les lever. Enfin, la prise en compte des enseignements tirés de dispositifs associatifs expérimentaux, tels que SÈVE Emploi, Convergence ou Territoires zéro chômeur de longue durée (TZCLD), peut permettre d'enrichir la palette des outils proposés, en recourant notamment à des manières alternatives d'accompagner les personnes vers l'emploi. Cela peut passer par une logique de mise en situation immédiate de travail (« circuits courts », à l'opposé de la logique séquentielle d'élaboration d'un projet et du passage obligé par une formation) d'accompagnement des entreprises (appui RH pour améliorer la procédure de recrutement, ainsi que la prise de poste), d'accompagnement des personnes dans les premiers mois de leur prise d'emploi, voire de changement du mode d'organisation du suivi (collectif plutôt qu'individuel). La difficulté réside aussi dans la capacité de l'institution accompagnatrice à être réellement partie prenante du marché du travail local en créant des liens de confiance avec les entreprises locales pour tirer parti des spécificités locales.

Ce modèle permet d'identifier les questions évaluatives suivantes :

1. Les mesures de la Stratégie pauvreté permettent-elles d'améliorer la lisibilité des dispositifs d'accompagnement autour d'un interlocuteur unique (amélioration de la gouvernance) ? Ce dernier est-il clairement identifiable par le public cible (amélioration du recours) ?
2. L'ensemble des freins à l'emploi est-il couvert ? La Stratégie se donne-t-elle les moyens d'y remédier ? Les difficultés des entreprises à recruter sont-elles également prises en compte ?
3. Ces mesures permettent-elles d'améliorer l'accès aux différentes mesures d'accompagnement (taux de suivi), en particulier au sein des publics les plus vulnérables ?
4. Permettent-elles d'intensifier le suivi des personnes déjà accompagnées (volume de suivi) ?
5. Permettent-elles d'améliorer les taux de retour à l'emploi des personnes suivies (rendement du suivi) ?
6. Ces mesures ont-elles un effet plus important sur certains publics, ou restent-elles en échec sur d'autres publics ? Peut-on relier ces situations à des caractéristiques observables dans les enquêtes ou données administratives ?

Les deux premières questions nécessitent d'analyser les effets de la Stratégie sur la gouvernance des mesures d'accompagnement. Les deux suivantes interrogent à la fois l'effectivité des mesures envisagées par la Stratégie, et la nature du public touché (public déjà suivi ou nouveau public, qualité du ciblage). Les deux dernières interrogent l'effet des accompagnements sur l'indicateur final de retour à l'emploi, et le lien qui peut être fait avec les caractéristiques observées dans les données.

Le suivi de ces mesures nécessite d'avoir des remontées de données sur les politiques locales ou des études de cas, afin d'évaluer les changements institutionnels permis par les mesures du plan. Il nécessite par ailleurs des données détaillées sur la nature de l'accompagnement réalisé par les différents acteurs, permettant dans l'idéal de savoir l'ensemble de ce qui leur est proposé d'une part, et s'ils parviennent à un emploi, dans l'idéal en fonction de leur profil, pour contrôler au moins en partie des biais de sélection. Dans le cas où les mesures de changement de l'accompagnement ne se feraient pas au même rythme dans tous les territoires, il conviendrait de coordonner cette mise en place afin de pouvoir comparer des territoires traités et non traités.

Les points suivants s'appuient sur des synthèses de la littérature existante pour dégager les principales préconisations qui en résultent, sans prétendre à l'exhaustivité. Concernant l'accompagnement et la formation des demandeurs, d'emploi¹ :

- **L'accompagnement précoce des demandeurs d'emploi, grâce à un suivi régulier et renforcé, a un impact positif important sur le retour à l'emploi**, à la fois en termes de rapidité et de qualité. L'effet semble d'autant plus important que le suivi est intensif, et se trouve renforcé s'il est associé à des mesures de contrôle, mais ces dernières ont aussi des effets pervers : elles risquent de diminuer la qualité ou l'adéquation de l'emploi retrouvé ou simplement substituer des recherches d'emploi formelles (au sens de vérifiables par l'accompagnateur) aux recherches informelles (reposant sur les réseaux sociaux) ce qui est particulièrement dommageable pour les publics peu qualifiés dont les canaux de recrutement sont majoritairement informels. Dans tous les cas, un tel accompagnement doit être mobilisé dès le début des épisodes de chômage et se traduire par un suivi régulier. Il semble particulièrement efficace pour les jeunes ;
- **la formation des demandeurs d'emploi a des effets positifs** si son contenu est adapté : elle améliore la qualité des emplois trouvés et la stabilité de l'emploi. Mais, comme la formation peut aussi retarder la reprise d'un emploi (effet d'enfermement), elle doit être prioritairement dirigée vers les publics les plus en difficultés. De plus, on attend un effet plus important en période de récession, période où l'intensification des recherches et du contrôle n'ont pas d'effet ;
- **un pilotage unifié de l'ensemble des actions d'accompagnement est préférable** et peut s'accompagner d'un outillage des conseillers en charge de l'accompagnement afin de les aider à allouer les moyens disponibles sur des critères objectifs, tout en gardant une certaine souplesse leur permettant de tirer parti de leurs propres connaissances issues du suivi ;
- **les problèmes de santé constituent un frein à l'emploi bien identifié²**, même si l'effet de la santé sur les parcours professionnels est variable selon les caractéristiques individuelles (âge, sexe, niveau de qualification) ;
- **l'effet causal de l'insertion par l'activité économique n'a pas été étudié**, mais une analyse descriptive des trajectoires des bénéficiaires semble indiquer pour certains un maintien en emploi, voire un infléchissement de leur trajectoire³. Les parcours sont très dépendants du profil, et le dispositif semble insuffisant pour sortir une majorité des

¹ Voir Fontaine F. et Malherbet F. (2013), « Accompagner les demandeurs d'emploi. Pour en finir avec le retard français », coll. « Sécuriser l'emploi », Presses de Sciences Po. Parent G. et Sautory O. (2014), « L'accompagnement des demandeurs d'emploi », *Travail et Emploi*, n° 139, p. 75-89.

² Voir Barnay T., Jusot F. (2018), *Travail et santé*, coll. « Sécuriser l'emploi », Presses de Sciences Po.

³ Voir Bellit S. (2019), « Les salariés en insertion par l'activité économique : quels parcours avant l'entrée ? Quelles perspectives à la sortie ? », Document d'étude n° 227, Dares.

bénéficiaires de l'exclusion durable du marché du travail. Il semble toutefois compenser la faiblesse des offres d'emploi dans certaines régions ;

- l'accompagnement associé à une mise en situation de travail rapide semble produire des effets de dynamique vertueuse et de raccourcissement des parcours¹.

Concernant les jeunes les plus en difficultés :

- **les politiques visant à rendre l'éducation plus accessible**, notamment en prolongeant la scolarité obligatoire, sont susceptibles d'avoir un effet sur le parcours des jeunes les plus en difficultés. Un effet bénéfique est attendu pour ceux qui auraient, sinon, arrêté leur scolarité juste après l'âge de fin d'études obligatoire. C'est le cas si l'extension de scolarité leur permet de prolonger leur scolarité, ou au moins d'acquérir davantage de compétences générales, et notamment non-cognitives, c'est-à-dire non corrélée avec les résultats scolaires, mais utiles pour la vie professionnelle (respect des règles, ponctualité, fiabilité). Les résultats d'études internationales montrent globalement un effet positif², mais ceux portant sur la France sont plus partagés : l'une de ces études³, portant sur la baisse du seuil de réussite de baccalauréat en 1968, conclut à des effets positifs durables sur le marché du travail (salaires et positions professionnelles plus élevées), alors que l'autre⁴, s'intéressant à l'augmentation de la durée de scolarité obligatoire survenue en 1967, ne conclut à aucun effet, notamment parce que cette réforme n'a pas conduit à une diminution du nombre de sorties sans diplôme du système éducatif. Se pose donc la question de la capacité du système scolaire à trouver des outils permettant à ces jeunes de tirer parti des années supplémentaires de scolarité ;
- **les politiques d'aide et d'accompagnement aux jeunes sans diplôme ou peu qualifiés ont également montré des effets positifs**. C'est notamment le cas de la Garantie jeunes⁵, programme d'accompagnement intensif, tourné vers le gain d'autonomie, l'emploi ou une expérience formatrice et accompagné d'une allocation, et

¹ Wuhl S. (1998), *Insertion. Les politiques en crise*, Puf, Paris ; Mayen P. (2007), « Passer du principe d'alternance à l'usage de l'expérience en situation de travail comme moyen de formation et de professionnalisation », dans Merhan F., Ronveaux C. et Vanhulle S (2007), *Alternance en formation*, De Boeck Supérieur, p. 83-100 ; DGEFP (2013), *Appui au recrutement & Médiations pour l'emploi*, Recueil des travaux préparatoires au 4^e séminaire de la DGEFP du 24 octobre 2013.

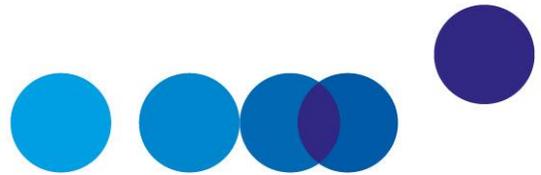
² Voir Kramarz F., Viarengo M. (2015), « Ni en emploi, ni en formation. Des jeunes laissés pour compte », Presses de Sciences Po, coll. « Sécuriser l'emploi ».

³ Maurin E. et McNally S. (2008), « Vive la Révolution! Long-Term Educational Returns of 1968 to the Angry Students », *Journal of Labor Economics*, vol. 26(1), p. 1-33.

⁴ Grenet J. (2013), « Is Extending Compulsory Schooling Alone Enough to Raise Earnings? Evidence from French and British Compulsory Schooling Laws », *Scandinavian Journal of Economics*, vol. 115(1), p. 176-210.

⁵ Gautié J. (2018), « Rapport final d'évaluation de la Garantie jeunes », février. Voir aussi Gaini M., Guillem M., Hilary S., et al., « Résultats de l'évaluation quantitative de la Garantie jeunes », *Travail et Emploi*, 153, p. 67-88.

destiné à des jeunes ni en emploi, ni en études, ni en formation, connaissant une situation économique et sociale précaire et présentaient des freins importants à l'emploi. L'évaluation a conclu à des résultats positifs sur l'emploi, y compris l'emploi durable. Des politiques proches, dites de « deuxième chance », ont déjà fait leur preuve dans d'autres pays, telles que les *job corps* aux États-Unis ou d'autres mesures fondées sur le « *mentoring* » en Allemagne ou aux États-Unis, mais elles sont encore peu développées en France (par exemple, l'Epide (Établissements pour l'insertion dans l'emploi) ou les internats de la deuxième chance) et leur efficacité n'a pas encore été évaluée.



COMPLÉMENT 9

ÉVALUATION DE LA GOUVERNANCE ET DE LA DIMENSION TERRITORIALE DE LA STRATÉGIE ET SYNTHÈSE DES AUDITIONS DES COMMISSAIRES

Évaluation de la gouvernance et de la dimension territoriale de la Stratégie

Introduction

Dans sa présentation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté du 13 septembre 2018, le président de la République porte l'ambition de « refonder un État providence contemporain qui réponde aux risques nouveaux, aux instabilités de la société ». Il appelle une « transformation de notre modèle social », qui, s'il en corrige un peu les effets, « ne permet pas suffisamment d'éradiquer la pauvreté ». Il s'agit d'une part de lutter contre le déterminisme social en agissant sur les causes de la pauvreté et, d'autre part, d'en finir avec « notre incapacité collective à permettre le retour au travail des personnes tombées dans la pauvreté ».

Faisant le constat d'une augmentation de 80 % des dépenses de RSA et d'une baisse de 50 % des dépenses d'insertion, le chef de l'État souhaite affirmer le rôle de l'État, à travers la création d'un service public de l'insertion, « l'État sera responsable, fixera l'ambition, sera garant de l'universalité, et donc également de la clarté du financement, et de sa totalité, mais il s'appuiera sur les départements, les métropoles, les acteurs sociaux, pour mettre en œuvre ».

L'atteinte des objectifs de la Stratégie exige « une gouvernance nouvelle », qui doit contribuer « à renouveler nos politiques sociales et à garantir leur efficacité ». Pour cela, la Stratégie s'appuie sur trois leviers de transformation :

- un choc de participation et la rénovation du travail social ;

- un pilotage de la Stratégie à partir des territoires et avec les entreprises ;
- une Stratégie évaluée et un fonds d'investissement social.

Pour les besoins de l'évaluation, ces trois leviers ont été réorganisés en trois volets, à l'exception de la rénovation du travail social qui sera traitée dans la fiche 5 :

- le pilotage de la Stratégie ;
- la contractualisation entre l'État et les départements/territoires ;
- l'appropriation de la Stratégie par les acteurs.

Le pilotage de la Stratégie

Un pilotage national par une délégation interministérielle

La Stratégie est portée par le ministère des Solidarités et de la Santé. Son élaboration et son pilotage ont été confiés à un délégué interministériel, placé sous l'autorité du ministre et entouré d'une petite équipe. Olivier Noblecourt est nommé délégué interministériel par décret du 15 novembre 2017. Marine Jeantet, alors commissaire à la lutte contre la pauvreté d'Île-de-France, lui succède le 4 mars 2020. L'équipe a depuis été complètement renouvelée. En plus d'un secrétaire général, elle comprend six conseillers et une assistante de direction. Un directeur de projet en charge du déploiement du service public de l'insertion et de l'emploi est actuellement en cours de recrutement et complétera l'équipe.

Les missions du délégué sont définies par le décret du 23 octobre 2017. Il apporte son concours à la définition et à la mise en œuvre de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. À cette fin, il a pour missions :

- d'organiser la concertation avec les principaux acteurs du champ de la prévention et de la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes ;
- de coordonner, au niveau interministériel, les travaux de préparation de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes et de rédaction des projets de textes législatifs et réglementaires ;
- d'assurer le suivi de la mise en œuvre de cette Stratégie.

Centrées sur les enfants et les jeunes, ces missions et les objectifs visés par la Stratégie sont par la suite élargis aux adultes¹.

¹ Le décret n° 2017-1488 du 23 octobre 2017 institue un « délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes ». La mention « des jeunes et des enfants » est supprimée par le décret du 24 janvier 2020 portant création des commissaires à la lutte contre la pauvreté.

Un pilotage régional par 18 commissaires

La fonction de commissaire à la lutte contre la pauvreté est créée par décret du 24 janvier 2020. Les dix-huit commissaires à la lutte contre la pauvreté, placés auprès du préfet de région, prennent leurs fonctions le 2 septembre 2019. Bien que tardives, ces nominations¹ sont présentées² comme répondant à un objectif de renouvellement de la gouvernance des politiques de solidarité, permettant de mobiliser les acteurs et d'adapter les objectifs de la Stratégie aux territoires. Les commissaires à la lutte contre la pauvreté ont pour missions centrales le pilotage et la mise en œuvre de la Stratégie pauvreté dans les territoires, et notamment :

- l'organisation des conférences régionales ;
- la préparation et le suivi de la contractualisation ;
- la coordination du déploiement de la Stratégie ;
- le *reporting* au préfet de région et au délégué interministériel ;
- la concertation territoriale autour du revenu universel d'activité et du service public de l'insertion ;
- le soutien au montage de projets innovants (les commissaires disposent d'une enveloppe de crédits régionale qui leur permet de repérer des actions innovantes *via* des appels à projets).

Pendant le premier confinement, les commissaires ont également contribué à la gestion de la crise : coordination des acteurs de l'aide alimentaire, participation à l'organisation d'opérations de mise à l'abri.

Positionnés auprès du préfet de région, les commissaires sont membres du comité de l'administration régionale. Ils doivent pouvoir s'appuyer sur les services de l'État relevant de la responsabilité des préfets de région, les agences régionales de santé et les rectorats. Dans les faits, les collaborations sont plus ou moins fluides (cf. *infra*, « Synthèse des auditions des commissaires à la lutte contre la pauvreté »).

Dans la pratique, le positionnement des commissaires vis-à-vis de l'échelon départemental et des conseils départementaux est très dépendant de la taille de la région. Pour les très

¹ « La nomination aux emplois de commissaire à la lutte contre la pauvreté est prononcée par arrêté du Premier ministre sur proposition du ministre de l'intérieur, après consultation du ministre chargé des affaires sociales et avis du préfet de région. La nomination des hauts fonctionnaires délégués dans les fonctions de commissaire à la lutte contre la pauvreté est prononcée par arrêté du Premier ministre sur proposition conjointe du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de l'outre-mer, après consultation du ministre chargé des affaires sociales et avis du préfet de région » : décret du 24 janvier 2020 portant création des commissaires.

² Cf. dossier de presse « Installation des hauts commissaires à la lutte contre la pauvreté », en présence du Premier ministre, mercredi 10 juillet, 2019, Hôtel Matignon.

grandes régions, les commissaires remplissent une fonction d'animation régionale plus que de pilotage direct des relations avec les départements. En lien fonctionnel avec le délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté comme avec les préfets de département, leurs priorités sont fixées par une lettre de mission, co-signée par le préfet de région et le délégué interministériel.

À une exception près, les commissaires sont issus de la fonction publique d'État ou de la fonction publique territoriale. Ils présentent des profils de haut niveau, aux compétences variées et complémentaires à partir desquels la DIPLP a su forger un vrai réseau qui incarne la stratégie dans les territoires. La majorité d'entre eux est en poste depuis 2019, à l'exception de l'Île-de-France, de l'Occitanie et du Grand-Est (en attente de nomination). Dans les territoires ultramarins, la mission de lutte contre la pauvreté est portée par un haut fonctionnaire délégué dans les fonctions de commissaire à la lutte contre la pauvreté¹.

Les commissaires ont été auditionnés à deux reprises par le président du comité d'évaluation de la Stratégie, en mars 2020 et début 2021.

Principaux enseignements des auditions des 14 commissaires en 2021²

Les commissaires ont été recrutés à un haut niveau de compétence et de motivation. Leur positionnement, très dépendant du contexte régional, reste fragile et constitue un point de vigilance au moment de la création des DREETS³. Le manque d'appui administratif est unanimement identifié comme un frein à la conduite de leurs missions.

La principale réussite de la contractualisation est d'amener de nouveaux enjeux et modes de collaboration avec les conseils départementaux. Toutefois, la cohérence de l'action de l'État est fragilisée par le manque d'outils de pilotage et la multiplication des appels à projets ministériels qui s'émancipent de la Stratégie. Le renforcement de l'interministérialité est une demande forte des commissaires.

La crise sanitaire a confirmé la pertinence de la stratégie et les a confortés dans la nécessité de leur engagement. Pour autant, elle a amoindri l'ambition transformatrice de la stratégie, avec un renoncement au moins temporaire au revenu universel d'activité et une « reministériélisation » des sujets.

¹ Selon les termes du décret du 24 janvier 2020 portant création des commissaires, « dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, un haut fonctionnaire est délégué dans ces fonctions ».

² Au premier trimestre 2021, le président du comité d'évaluation de la Stratégie pauvreté a auditionné quatorze commissaires à la lutte contre la pauvreté dont onze de régions de France métropolitaine et trois pour des départements d'Outre-mer. Une synthèse de ces auditions est proposée à la fin de ce document.

³ Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités.

Une réorganisation des services déconcentrés de l'État participant au service public de l'insertion

La circulaire du Premier ministre du 12 juin 2019 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'organisation territoriale de l'État prévoit de réorganiser le réseau déconcentré de l'État pour mieux répondre à certaines priorités, dont la création du service public de l'insertion. Pour cela, les compétences de l'État permettant « d'accompagner les personnes en difficulté de l'hébergement d'urgence à l'insertion par l'activité économique jusqu'à l'emploi » sont regroupées, au sein d'entités uniques¹. Initialement prévue au 1^{er} juillet 2020, cette réforme a été reportée en raison de la crise sanitaire de la Covid-19.

À compter du 1^{er} avril 2021, un nouveau service déconcentré de l'État sera créé : les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités. Elles regroupent les missions des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les services déconcentrés chargé de la cohésion sociale.

Au niveau départemental, les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et les directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDC-PP) sont regroupées avec les unités départementales des DIRECCTE au sein des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETS-PP).

« La rationalisation de ces services déconcentrés doit permettre à l'État territorial d'assurer un dialogue plus simple et efficace avec les acteurs du service public de l'emploi et de l'insertion que sont les collectivités territoriales ». ²

Ces services sont notamment chargés de :

- « l'animation et la coordination des politiques publiques de la cohésion sociale et de leur mise en œuvre, notamment celles relatives à la prévention et à la lutte contre les exclusions, à la protection des personnes vulnérables, à l'inclusion des personnes en situation de handicap, à la protection de l'enfance, un accès à l'hébergement et au logement des personnes en situation d'exclusion, en lien avec les directions régionales

¹ Les Drajes (délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports), créés au 1^{er} janvier 2021, portent les autres missions des DRJSCS, désormais rattachées au ministère de l'éducation nationale.

² Décret du 9 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations.

de l'environnement, de l'aménagement et du logement, au volet social et économique de la politique de la ville ainsi qu'au travail social et à l'intervention sociale ;

- [...] ;
- la formation et la certification dans les domaines des professions sociales, [...] ;
- les actions visant d'une part à mobiliser et à coordonner les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle et du monde économique sur le parcours des personnes les plus éloignées du marché du travail, notamment les étrangers primo arrivants, des résidents des quartiers prioritaires de la politique de la ville et des personnes vulnérables pour garantir leur inclusion dans la société et, d'autre part, à prévenir et à lutter contre les discriminations et à promouvoir l'égalité des chances. »

L'expérimentation du service public de l'insertion et de l'emploi

Après une phase de concertation lancée en septembre 2019 au niveau national et territorial, 14 expérimentations ont été mises en place au printemps 2020. Cette première phase s'est achevée en décembre 2020. Le service public de l'insertion et de l'emploi doit s'étendre à 65 nouveaux territoires en 2021. Cf. fiche mesure 3.8¹.

Les outils de suivi et de pilotage de la Stratégie

Les actions déployées dans les territoires au titre de la Stratégie pauvreté s'inscrivent dans trois catégories, classées ici dans l'ordre décroissant de leur poids budgétaire :

- des actions relevant de politiques publiques portées par différents ministères, déployées dans les territoires par l'État ;
- des actions relevant des compétences des départements, auxquelles l'État apporte un soutien financier dans un cadre contractuel où il détermine de nouveaux objectifs ;
- des initiatives locales soutenues par les commissaires sur des enveloppes financières qui leur sont déléguées.

Ces trois catégories d'actions bénéficient d'un pilotage et d'un suivi inégal.

¹ Ces fiches sont rassemblées dans [Les 35 mesures. Suivi et évaluation 2021](#), également disponible sur internet.

Les actions relevant de politiques publiques portées par l'État sont pilotées par les ministères compétents et déployées dans les territoires par les services de l'État. Elles représentent 28 des 35 mesures que compte la Stratégie. L'avancement de leur mise en œuvre est détaillé dans les fiches mesures. **Il n'existe toutefois pas de tableaux de bord permettant d'en assurer un suivi global au niveau national, régional et départemental.** L'enjeu est important car il permettrait de donner à voir le véritable niveau de l'investissement de l'État sur les politiques sociales, là où les montants investis dans les conventions avec les départements peuvent être jugés dérisoires.

Les actions faisant l'objet d'une convention entre l'État et les départements recouvrent sept des 35 mesures identifiées par le comité d'évaluation de la Stratégie. La négociation des conventions et de leurs avenants est encadrée par des instructions adressées aux préfets. Les conseils départementaux rendent compte de leur mise en œuvre *via* des rapports d'exécution annuels assortis d'indicateurs. Ces indicateurs appellent plusieurs réserves car ils n'ont pas été suffisamment concertés avec les collectivités. Ces dernières ne les comprennent pas de la même manière et ne disposent pas toujours de systèmes d'information pour les recueillir. Ils ont évolué plusieurs fois depuis la signature de conventions. Leur traitement au niveau national n'est pas fluide et ne permet pas au comité d'évaluation d'en disposer de manière régulière.

Enfin, concernant les **actions financées directement par les commissaires**, certains d'entre eux ont pris l'initiative d'en diffuser la liste. La DIPLP projette d'en faire réaliser un catalogue exhaustif en 2021.

Un bilan d'étape de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a toutefois été publié par la DIPLP en octobre 2020, faisant état de l'avancement d'une vingtaine de mesures, sur les 35 que compte la Stratégie. Le bilan exhaustif des mesures a été réalisé par France Stratégie pour le compte du comité d'évaluation, en lien avec les directions d'administrations centrales concernées et la DIPLP dans le cadre de l'élaboration de la note d'étape 2021.

Le conseil scientifique

Un conseil scientifique est installé dès le lancement de la concertation. Présidé par le ministre, il se voit confier trois missions :

- un rôle d'appui et d'expertise ;
- le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie ;
- le pilotage du fond d'investissement social.

Le conseil ne se réunit plus. Une partie de ses membres a intégré le comité d'évaluation.

La contractualisation entre l'État et les départements

Le cadre contractuel

Le déploiement de la Stratégie repose sur le principe d'une contractualisation entre l'État et les conseils départementaux qui a fait l'objet d'une **instruction aux préfets** de région, co-signée par le délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté et le directeur général de la cohésion sociale en février 2019¹.

Elle précise les objectifs et modalités d'élaboration des conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi (CALPAE). Il s'agit de définir des engagements réciproques visant à renforcer les coopérations entre acteurs et de mieux articuler leurs interventions.

Les conventions portent sur **sept mesures « socle »** (voir encadré) auxquelles peuvent s'ajouter des initiatives portées par les départements. Dans ce cadre, les départements sont amenés à mettre en œuvre des actions nouvelles ou à renforcer des actions existantes, avec un soutien financier de l'État.

Les instructions adressées au préfet prévoient un cofinancement des actions a minima à hauteur de 50 % par la collectivité, en fonction de clefs de répartition entre départements ou de barèmes (premier accueil inconditionnel et référents de parcours).

Il convient toutefois de préciser qu'il ne s'agit pas obligatoirement de dépenses nouvelles pour le département. Un effet d'aubaine pourrait donc conduire les départements à utiliser les crédits de la Stratégie pour des actions déjà programmées, en substitution à leurs propres crédits. Ce point pourra être vérifié dans le cadre de l'appel à projets de recherche consacré à la gouvernance et à la territorialisation de la Stratégie et de la mission confiée à l'IGAS (cf. le point sur l'évaluation *infra*).

Les CALPAE sont conclues pour trois ans et sont actualisées annuellement par voie d'avenant.

¹ Instruction n° DGCS/SD1/2019/24 du 4 février 2019 relative à la mise en œuvre territoriale de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté dans son volet « [Contractualisation entre l'État et les départements d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi](#) ».

Les sept mesures qui font l'objet d'une contractualisation État-département

Sept mesures « socle »¹ font l'objet d'une contractualisation entre État et département au titre de la mise en œuvre de la Stratégie (la numérotation reprise ci-dessous est celle de la note d'étape du comité d'évaluation de la Stratégie).

- Mesure 1.4 – l'innovation pour la formation des professionnels de la petite enfance ;
- Mesure 3.5 – des moyens contractualisés avec les départements pour empêcher les sorties « sèches » de l'aide sociale à l'enfance ;
- Mesure 3.6 – création d'une « Garantie d'activité » combinant accompagnement social renforcé et insertion dans l'emploi pour 300 000 allocataires par an ;
- Mesure 3.8 – pour généraliser l'accompagnement vers l'emploi des allocataires, un État garant du service public de l'insertion : renforcement des droits et devoirs et obligation contractualisée avec les départements de réaliser sous un mois l'instruction de la demande et l'orientation de tout bénéficiaire ;
- Mesure 4.1 – des maraudes mixtes États/département spécialisées dans la protection de l'enfance, pour aller vers les familles avec enfants dans la rue et faire cesser la mendicité des enfants ;
- Mesure 5.4 – renforcer l'accès aux droits et aux services sociaux (généralisation des accueils sociaux inconditionnels, expérimentation de « territoires zéro non-recours », coffre-fort numérique) ;
- Mesure 5.5 – un travail social rénové sur tout le territoire : le développement des référents de parcours ; la mise en place du plan de formation des travailleurs sociaux des conseils départementaux.

¹ L'instruction du 4 février 2019 relative à la mise en œuvre territoriale de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté dans son volet « Contractualisation entre l'État et les départements d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi » comporte les éléments de cadrage pour les mesures 3.5, 3.6, 3.8, 4.1, 5.4 et 5.5 – volet référents de parcours) et une matrice de contractualisation (convention type). L'instruction 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 », comprend les éléments de cadrage pour la mesure 1.4 et la mesure 5.5 – volet formation des travailleurs sociaux).

Une contractualisation étendue aux métropoles et aux régions

Lyon métropole, Nantes métropole et Toulouse métropole font partie des territoires démonstrateurs de la Stratégie. À ce titre, elles ont contractualisé avec l'État certaines de leurs initiatives s'inscrivant dans les axes de la Stratégie.

Le rôle des communes et des intercommunalités est crucial pour certaines politiques, comme la petite enfance, le logement et la politique de la ville. Toutefois, les articulations entre leurs compétences et actions et celles des départements demeurent complexes, et la création d'une dynamique collective et intercommunale autour de la stratégie peut représenter un défi.

L'instruction du 12 février 2020 invite les préfets de région à élargir les conventions aux métropoles et aux conseils régionaux. Selon la DIPLP¹, en 2020, l'État a engagé 10,55 M € dans la contractualisation avec 21 nouvelles métropoles, et 1,05 M € pour cinq conventions avec des conseils régionaux (les dates de signature et les contenus de ces conventions ne sont pas connus dans le détail. Les conventions avec les conseils régionaux porteraient essentiellement sur l'obligation de formation des 16-18 ans).

L'avancement de la mise en œuvre des conventions

En 2019, tous les départements ont signé une CALPAE à l'exception de deux départements d'Île-de-France². Leur exécution a toutefois été fortement perturbée par la crise sanitaire, aussi la remise des rapports d'exécution départementaux a-t-elle été reportée d'avril à juillet 2020.

Compte tenu de la signature parfois tardive des conventions 2019 et de l'impact de la crise sanitaire, de nombreuses actions n'ont pu être mises en œuvre par les départements. Ces derniers ont parfois été en difficulté pour faire remonter une information claire sur l'utilisation des crédits. En conséquence, plus d'un tiers des départements n'a pas obtenu la totalité des crédits pré notifiés pour l'année 2020. De plus, les avenants annuels aux conventions n'ont pu être signés qu'en octobre. L'instruction du 20 octobre 2020 modificative relative aux avenants 2020 aux conventions départementales d'appui à la lutte contre la pauvreté et à l'accès à l'emploi autorise le prolongement du délai de mise en œuvre et de justification des actions prévues par les avenants 2020 au 30 juin 2021, portant ainsi à neuf mois leur durée d'exécution réelle.

¹ *Mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, bilan d'étape*, octobre 2020. DIPLP.

² Les Hauts-de-Seine et les Yvelines.

Cette possibilité de prolongement offerte aux départements devra être formalisée par la signature d'un avenant. Elle n'est toutefois pas imposée aux départements qui ne le souhaitent pas et pourront ainsi bénéficier de leur enveloppe 2021 en début d'année.

Pour les signataires de la prolongation de l'avenant 2020, le nouveau calendrier est le suivant :

- renseignements de la matrice des indicateurs de l'année 2020 au 31 mars 2021 ;
- dialogue de performance en juin 2021 ;
- remise du rapport d'exécution au 30 juin 2021 ;
- au plus tard en septembre 2021, signature de l'avenant annuel qui portera sur la période allant de l'été 2021 au mois de juin 2022 ;
- remise des rapports d'exécution 2021 au 30 juin 2022.

Les premiers éléments de bilan de la mise en œuvre des conventions

Les mesures contractualisées présentent des niveaux d'avancement divers. Elles sont comparables en cela aux mesures non contractualisées.

Dans le cadre des auditions qu'il a conduites, le comité d'évaluation a pu recueillir un certain nombre d'éléments qualitatifs sur le processus d'élaboration des conventions et leur plus-value.

En premier lieu, les parties prenantes estiment que l'adaptation aux besoins des territoires est le point faible de la première génération de conventions. Le manque de temps et d'ingénierie de l'État disponible pour réaliser les diagnostics ainsi que le caractère figé des conventions en sont les principales causes.

Du point de vue des commissaires qui ont été auditionnés, la plus-value de la contractualisation avec les départements est de renouer un dialogue sur les objectifs et moyens de compétences décentralisées depuis de nombreuses années. Même si l'accueil a été au départ plus que réservé, l'exercice a le mérite de démontrer que cela est possible, là où l'État a plutôt tendance à être en retrait sur les compétences des collectivités.

Pour l'État, l'un des enjeux d'un cadre contractuel assorti d'indicateurs, même s'il est perfectible, est d'engager les départements sur la voie de l'évaluation de la performance. Mais en l'absence de travail préalable sérieux sur les indicateurs et les systèmes d'information des départements, cette ambition ne semble pas accessible.

L'amélioration des procédures induit des évolutions en termes de ressources humaines au sein des départements, dont les effets, pour positifs qu'ils soient, ne seront pas immédiats.

Les aspects positifs de la démarche sont assombrés par la multiplication des donneurs d'ordre et des appels à projets dans des domaines relevant de la lutte contre la pauvreté. Les exemples les plus fréquemment cités sont la protection de l'enfance, le service public de l'insertion et de l'emploi, le plan « Logement d'abord », ou encore l'appel à projets dédiés aux associations de luttés contre la pauvreté dans le cadre du plan de relance.

Le partage des bonnes pratiques

Le partage de bonnes pratiques est un outil important d'amélioration de l'efficacité des politiques sociales. Au regard de l'ambition de transformation de la gouvernance et des pratiques, cet aspect de l'animation de la stratégie revêt donc une importance particulière.

Un espace collaboratif dédié

Présenté comme l'outil privilégié du travail partenarial, l'espace collaboratif de la stratégie est ouvert à l'ensemble des parties prenantes dès la phase de concertation. Il présente les actualités de la stratégie et permet d'accéder aux documents de cadrage ainsi qu'aux productions des groupes de travail. En fonction du type d'accès dont dispose l'utilisateur il peut également accéder aux documents enregistrés par les commissaires régionaux (supports et comptes rendus de réunions, conventions signées avec les départements et rapport d'exécution).

Toutefois, il pêche par sa conception et sa gestion. Peu ergonomique, l'accumulation de documents non classés rend sa consultation fastidieuse. Il est jugé peu adapté aux personnes en situation de précarité par les membres du 5^e collège. Les commissaires constatent qu'il est de moins en moins utilisé par les acteurs. Sa refonte constitue un enjeu pour les prochains mois.

Un projet de What Works Center dédié

La DIPLP porte un projet inspiré des *What Works Centers* anglo-saxons visant à recenser, qualifier et capitaliser les bonnes pratiques dans une perspective d'essaimage. Un appel d'offres en cours permettra la délégation de s'appuyer sur un prestataire pour réaliser un catalogue thématique des actions initiées par les collectivités ou les associations dans le cadre de la Stratégie. Un certain nombre d'actions feront l'objet d'une analyse approfondie et leur impact sera évalué.

Le comité a souligné l'intérêt de ce projet.

La participation des acteurs

La concertation

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté met en avant la volonté d'instaurer « une gouvernance nouvelle portée par l'ensemble des acteurs sociaux à partir des territoires ». Le choix d'élaborer la Stratégie dans le cadre d'une large concertation associant les personnes et les acteurs concernés s'est inscrit dans cet objectif.

Au niveau national, six groupes de travail comptant environ 150 contributeurs (élus, acteurs associatifs, usagers, administration, etc.) ont produit une centaine de propositions. En parallèle, une consultation en ligne a permis de recueillir 7 200 contributions dont environ la moitié provenant de personnes directement concernées.

Neuf rencontres territoriales ont réuni 2 000 acteurs et ont été complétées par une vingtaine de déplacements du délégué interministériel en région.

Pour l'animation des groupes de travail, la DIPLP s'est appuyée sur l'ingénierie de l'agence nouvelle des solidarités actives (ANSA), notamment en matière de participation des personnes concernées. Des kits thématiques ont été mis à disposition des animateurs qui ont pu bénéficier, en tant que de besoin, d'un appui à l'animation.

Ce travail d'une année a abouti à la présentation de la Stratégie en octobre 2018.

L'animation régionale

Des conférences régionales d'acteurs sont prévues périodiquement afin de rendre compte des avancées de la stratégie en région. Quinze groupes de travail thématiques animés par les acteurs eux-mêmes et associant l'ensemble des parties prenantes (institutionnels, associatifs, personnes concernées...) ont produit des feuilles de route et participent au suivi de leur mise en œuvre. Même si l'animation régionale de la stratégie a été fortement ralentie en 2020 en raison de la crise sanitaire, de nombreuses réunions se sont tenues à distance.

La participation des personnes concernées

Le « **choc de participation** » est présenté comme l'un des trois leviers de transformation des politiques sociales. Il vise à permettre la participation des personnes concernées à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques, de manière pérenne. Il doit notamment se traduire par la généralisation des instances participatives et des comités d'usagers. Les démarches de co-formation et la pair-aidance ont vocation à être développées pour accompagner cette évolution.

Cette volonté politique s'est traduite par la recherche d'une participation importante des personnes concernées à la phase de concertation, aux conférences régionales et aux travaux des groupes thématiques régionaux. Des **groupes de travail transversaux** sont chargés dans chaque région de développer la participation au sein des groupes thématiques (Groupe de travail 14 animés par l'ANSA). Un kit de la participation citoyenne aux politiques de solidarité a été mis à disposition *via* l'espace collaboratif de la stratégie. Un objectif de 50 % de participation de personnes concernées à ces groupes de travail a été fixé par la DIPLP pour 2022.

Toutefois, certaines associations estiment que le choc de participation n'a pas eu lieu, les conditions permettant aux personnes concernées de s'exprimer n'étant pas réunies.

Dans les faits, les situations semblent contrastées, en fonction des territoires. Les membres du **5^e collège du CNLE** confirment ces disparités tout en notant de bonnes pratiques dans certaines régions où les personnes concernées sont majoritaires dans les groupes de travail.

Ils formulent néanmoins quelques points d'alerte, comme le manque de retour d'information aux participants sur l'avancée des travaux, ou des contraintes matérielles liées à la participation aux groupes de travail « peu compatibles avec les réalités des personnes mobilisées »¹.

Les premiers retours d'expérience montrent qu'il est plus facile d'associer les personnes concernées à des projets concrets et délimités dans le temps. Cette approche pragmatique qui doit sans doute être recherchée dans la mise en œuvre des actions, ne répond toutefois pas complètement à l'ambition initiale de la Stratégie.

À l'exception d'un ou deux territoires, la participation des personnes concernées reste donc à ce jour inférieure aux ambitions. La crise sanitaire est invoquée comme raison principale, mais l'on peut y ajouter l'inégale appropriation du sujet par les institutions, notamment par les commissaires. Une relance du processus passera sans aucun doute par leur acculturation aux démarches participatives et la possibilité d'avoir recours à des structures expertes.

Un travail sur le partage des bonnes pratiques dans le domaine de la participation des personnes concernées a été initié par la DIPLP *via* un appel à publication, lancé en novembre 2020 sur l'espace collaboratif de la stratégie. L'objectif est de réaliser une cartographie des lieux de participation qui facilitera le repérage de structures accueillant ou accompagnant des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion.

¹ Avis des membres du 5^e collège du CNLE.

La rénovation du travail social comme facteur de développement de la participation : une proposition récurrente enfin concrétisée ?

La participation des personnes concernées est l'une des six priorités du plan de formation continue des travailleurs sociaux, fixées avec le Haut Conseil du travail social.

Pour mémoire, le développement de la participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité à l'élaboration et au suivi des politiques publiques et la refondation du travail social faisaient partie des mesures du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du comité interministériel de lutte contre les exclusions du 21 janvier 2013.

Ce comité a notamment décidé de réunir les états généraux du travail social qui ont rendu leurs conclusions en 2015. Le renouvellement de la formation des travailleurs sociaux, le premier accueil inconditionnel, les référents de parcours, le fonds d'innovation et d'expérimentation sociale, comme la création d'une équipe nationale dédiée, présidée par une personnalité, sont autant de mesures de la Stratégie issue des États généraux du travail social. De ce point de vue, la Stratégie est l'héritière du plan pauvreté.

Pour plus de précisions sur la mise en œuvre du plan de formation des travailleurs sociaux, voir la fiche mesure 5.5.

Une charte d'engagements entre l'État et les associations

Conformément à la charte d'engagements réciproques pour la participation des personnes concernées au pilotage régional, des moyens financiers ont été délégués par l'État au niveau régional pour la prise en charge des frais de déplacement, restauration et hébergement des personnes concernées, mobilisables directement ou sous forme de subvention pour soutenir les associations qui portent l'animation du groupe 14 (de 20 000 à 50 000 euros par région). L'État s'était également engagé dans ce cadre à proposer une « formation à la participation » pour les animateurs des groupes de travail. Le comité d'évaluation ne dispose pas d'information sur la mise en œuvre de ces formations.

En contrepartie, les associations s'engagent à accompagner le processus participatif par :

- la promotion de la participation aux groupes de travail ;
- l'organisation matérielle de la participation des personnes concernées ;
- la formation des participants au groupe de travail 14 (personnes concernées, professionnels du travail social et élus) ;

- la sensibilisation des animateurs des autres groupes de travail aux enjeux et principes de la participation.

Ce dispositif semble avoir été mobilisé dans la phase de concertation et encore à ce jour par certains commissaires mais il est difficile de dire dans quelle proportion.

Un tissu associatif partie prenante de la Stratégie, mais déjà fragilisé avant la crise du coronavirus

La place des acteurs associatifs est prépondérante dans la stratégie. Les têtes de réseaux nationales comme les structures locales plus modestes ont largement contribué à la phase de concertation. De même, la mise en œuvre de nombreuses mesures de la Stratégie repose sur des opérateurs associatifs. Les effets produits par la Stratégie dépendront donc pour partie de la vitalité et de la professionnalisation du tissu associatif local.

Toutefois, le monde associatif a connu une importante fragilisation au cours des quinze dernières années. Plusieurs évolutions concomitantes y ont contribué, notamment l'apparition des marchés publics dans le champ social et la baisse des financements publics. Les vagues de déconcentration et de décentralisation partielles ont aussi eu de lourdes conséquences. Elles ont abouti à la multiplication des financeurs pour les mêmes actions et donc à une inflation de la charge administrative pour les associations.

« La recherche de financement est le point qui, parmi tous les autres, concentre les difficultés les plus aiguës des associations : complexité et multiplicité des dossiers de subvention, demandes répétées des mêmes documents par les services instructeurs, recours de plus en plus fréquent aux règles de la commande publique, absence de pluriannualité effective, refus de reconnaissance de la légitimité du bénéfice raisonnable, contrôles redondants et indicateurs superfétatoires, la liste est longue »¹. On assiste en outre à la polarisation du monde associatif, avec « D'un côté, de très grandes associations de moins en moins nombreuses et de taille de plus en plus importante mettant en place les politiques publiques et aspirant la quasi-totalité des financements publics, et l'essentiel des financements privés. De l'autre, des micro-associations de plus en plus nombreuses animant la vie locale et le quartier, et concentrant une part importante du bénévolat. »²

¹ 50 mesures de simplification pour les associations, Rapport parlementaire établi par Yves Blein, député du Rhône, octobre 2014.

² Viviane Tchernonog, *Les associations, état des lieux et évolutions, vers quel secteur associatif demain ?*, ADDES, octobre 2018.

Dans le cadre de « France Relance », un soutien exceptionnel de 100 millions d'euros sur deux ans est prévu pour les associations de lutte contre la pauvreté. Des appels à projets nationaux et régionaux ont été lancés en novembre 2020. D'ores et déjà, les services de l'État constatent que le rapport entre la somme des demandes et les crédits disponibles et de l'ordre de un pour dix, ce qui ne permettra pas de répondre à l'ensemble des besoins.

Des entreprises à mobiliser

La Stratégie promet « un nouvel engagement des entreprises dans la lutte contre la pauvreté ». Outre le développement du mécénat, trois modes de mobilisation des entreprises sont envisagés :

Le développement d'actions « ni gain ni pertes », qui abaissent le coût d'accès aux biens et services essentiels pour les populations les plus précaires, en s'appuyant principalement sur un partenariat avec l'association « Action Tank entreprise & pauvreté »¹ ;

La création de dotations d'action territoriale pour soutenir des programmes portés par les entreprises des territoires, expérimentées par la *Break Poverty Fondation* sur trois territoires pilotes, Romans-sur-Isère, Nantes et Béthune ;

Le lancement d'assises nationales pauvreté et économie collaboratives, initialement envisagé au premier semestre 2019, n'a vraisemblablement pas pu être concrétisé à ce jour.

Des groupes de travail associant les entreprises des territoires ont été organisés pour décliner ces propositions, mais l'absence de suivi formalisé de ces travaux ne nous permet pas à ce stade d'en mesurer précisément l'avancement. *Pour plus de précision sur la création d'une dotation d'action territoriale, voir la fiche 3.10.*

L'évaluation

L'évaluation de la gouvernance et de la dimension territoriale s'inscrit dans le cadre de l'évaluation globale de la Stratégie pilotée par le comité d'évaluation, qui a décidé de privilégier une approche pluridisciplinaire et des méthodes qualitatives et quantitatives, et

¹ L'association est co-présidée par Martin Hirsch, directeur de l'APHP et ancien haut-commissaire aux solidarités actives et Emmanuel Faber, ex-directeur général de Danone.

de s'appuyer sur les remontées du terrain des publics ciblés (en sollicitant notamment le 5^e collège du CNLE), des acteurs associatifs de lutte contre la pauvreté et des acteurs de terrain en charge de la mise en œuvre de la Stratégie.

Elle doit permettre de **mesurer l'effectivité de la mise en œuvre des actions prescrites au titre de la gouvernance** (participation des personnes concernées, moyens financiers réellement engagés mis en œuvre des formations, engagement des entreprises, etc.), **leur efficacité au regard des objectifs visés** (conventions avec les départements, charte avec les associations) ou déterminés par le comité d'évaluation (création d'une dynamique d'apprentissage entre les territoires, par exemple), **leur pertinence en termes de pilotage** (indicateurs, rapports d'exécution) et **leur impact sur la situation des personnes concernées** (atteinte des publics ciblés).

À cette fin, le comité d'évaluation a lancé un appel à projets de recherche sur les trois volets de la gouvernance et de la dimension territoriale de la stratégie pauvreté : le pilotage, la contractualisation entre l'État et les départements, l'appropriation de la stratégie par les acteurs.

Une équipe pluridisciplinaire a été retenue afin de réaliser ces travaux qui comprendront un rapport intermédiaire, un rapport final, des travaux monographiques ciblant dix à quinze territoires au sein de trois ou quatre régions. Les résultats seront disponibles fin 2021.

Le projet de recherche intitulé « **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** » est conduit, au titre du laboratoire de recherche ARENES (UMR - CNRS, 6051) et de la Chaire Territoires et mutations de l'action publique (TMAP), par Sciences Po Rennes et l'EHESP (directeur scientifique du projet : Romain Pasquier).

En parallèle, le ministre en charge des solidarités et de la santé a confié l'analyse approfondie du processus de contractualisation, par lettre de mission du 11 septembre 2020. Le rapport final devra être présenté à la fin du premier semestre 2021 afin que les préconisations puissent être pris en compte dans la négociation des avenants 2022.

Synthèse des auditions des commissaires à la lutte contre la pauvreté

Au premier trimestre 2021, le président du comité d'évaluation de la Stratégie pauvreté a auditionné quatorze commissaires à la lutte contre la pauvreté dont onze de régions de France métropolitaine et trois pour des départements d'Outre-mer.

Cette synthèse met en avant les éléments saillants de ces échanges et les points de vigilance sur lesquels le comité d'évaluation souhaite attirer l'attention.

Le profil, les missions et le positionnement des commissaires

Les commissaires sont tous, à une exception près, issus de la fonction publique d'État ou territoriale, certains étant passés de l'une à l'autre. En collectivité, ils ont le plus souvent occupé des fonctions de DGA ou DGS. Deux commissaires viennent de la direction générale à la cohésion sociale (DGCS), d'autres sont passés par les ARS.

Dans les territoires ultramarins, la mission de lutte contre la pauvreté est portée par un membre du corps préfectoral, secrétaire général de préfecture ou sous-préfet délégué à la cohésion sociale et à la jeunesse. Le caractère monodépartemental de ces territoires justifie ce choix. Les sous-préfets ne sont pas concernés par les constats portés sur le positionnement des commissaires métropolitains.

La plupart des commissaires ont leur bureau en préfecture de région ou dans les locaux du SGAR. La plupart d'entre eux peut s'appuyer sur un secrétariat partagé, mais ne dispose que rarement de chargés de mission dédiés.

Les missions confiées aux commissaires sont conformes au décret qui les encadrent et peuvent être déclinées dans une lettre de mission du préfet et/ou une feuille de route. Tous les commissaires affichent une motivation en adéquation avec leurs parcours et engagements professionnels antérieurs.

Leur positionnement vis-à-vis des préfets de département et des services de l'État est facilité par leur participation au comité de l'administration régionale (CAR), mais reste très dépendant de la configuration régionale. La présence de préfet délégué à l'égalité des chances (PDEC), ou les très grandes régions introduisent une médiation des services de l'État entre les conseils départementaux et les commissaires. Cette configuration les positionne plutôt dans une fonction d'animation régionale.

Les modalités de travail mises en œuvre dans les territoires autour de la stratégie comportent des figures imposées et des figures libres. L'organisation de conférences régionales et l'animation des groupes de travail sont des modalités d'animation des

réseaux d'acteurs prescrites par la DIPLP. En termes opérationnels, des comités de pilotage sont le plus souvent organisés au niveau régional et des comités de suivi au niveau départemental associant *a minima* les services de l'État et ses opérateurs.

Les commissaires entretiennent de bonnes relations de travail avec les services déconcentrés (ex-DRJSCS et DIRECCT) avec lesquels ils s'organisent en équipe projet. La collaboration des rectorats et des ARS est plus difficile à obtenir. Au niveau des collectivités, les relations avec les élus restent plutôt du domaine des préfets. La majorité des commissaires travaille directement avec les services des conseils départementaux avec qui les relations sont relativement fluides. Les conseils régionaux sont plus en retrait sur la question de la pauvreté, les partenariats se nouant essentiellement autour de l'obligation de formation des 16-18 ans.

Les commissaires entretiennent de bonnes relations avec les réseaux associatifs qui apprécient de trouver en eux un interlocuteur au niveau régional. En revanche, les points de vue et les pratiques des commissaires divergent sur la participation des personnes concernées. Les plus acculturés à cette question ont à cœur de la développer et certains s'appuient sur des opérateurs expérimentés.

Le fait de disposer d'une enveloppe régionale contribue à les positionner dans le jeu d'acteurs local. Les commissaires l'utilisent pour passer des appels à projets régionaux ou pour répondre à des besoins locaux identifiés par les préfets de département. Certains soutiennent aussi l'essaimage d'actions exemplaires identifiées par les groupes de travail.

Les commissaires ont été recrutés à un haut niveau de compétence et de motivation. Leur positionnement, très dépendant du contexte régional, reste fragile et constitue un point de vigilance au moment de la création des DREETS¹. Le manque d'appui administratif est unanimement identifié comme un frein à la conduite de leurs missions.

Leur vision de la mise en œuvre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté et de la contractualisation avec les départements

La démarche de contractualisation proposée par l'État dans le cadre de la stratégie a dans un premier temps été perçue comme une reprise en main des compétences propres des départements. L'allègement du pacte de Cahors² et le respect par l'État de ses engagements financiers ont contribué à lever certaines préventions initiales.

¹ Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités.

² Les contrats de Cahors sont des pactes financiers conclus en 2018 entre l'État et les collectivités dont les dépenses de fonctionnement étaient supérieures à 60 millions d'euros. Ils interdisent aux collectivités d'augmenter leur budget de fonctionnement de plus de 1,2 % par an. Ces contrats sont encadrés par l'article 29

Unanimement, les commissaires regrettent d'avoir été nommés après la signature de la première convention et de n'avoir pu infléchir leur contenu qu'au moment du premier avenant. Ils partagent toutefois un certain nombre de constats positifs quant à la plus-value de la démarche.

La contractualisation a permis de restaurer le dialogue avec l'État et entre les départements. Elle marque un changement de posture de l'État et un effort de transparence des départements sur des politiques déconcentrées depuis plusieurs décennies. Elle oblige les départements à mieux structurer leurs actions en termes d'objectifs et de moyens. Elle instaure une culture de l'évaluation inégalement développée jusque-là. En poussant les départements à améliorer l'efficacité de leurs actions et en réduisant l'hétérogénéité des pratiques, elle contribue à améliorer la qualité du service public et à renforcer l'équité territoriale.

Les commissaires identifient également les faiblesses de la démarche contractuelle et plus largement de la mise en œuvre de la stratégie.

L'adaptation aux besoins des territoires apparaît comme un point faible de la première génération de conventions. Le manque de temps et d'ingénierie disponibles pour réaliser les diagnostics et le caractère figé des conventions en sont les principales causes. De même, les indicateurs adossés à la contractualisation n'ont pas été suffisamment concertés avec les collectivités qui ne les lisent pas de la même manière et ne disposent pas toujours des systèmes d'information pour les recueillir.

Les crédits engagés par l'État dans la contractualisation – sans être négligeables – semblent relativement modestes au regard des budgets des politiques sociales des départements. L'enjeu pour les commissaires est donc de donner à voir l'ensemble des moyens engagés par l'État dans la lutte contre la pauvreté, *via* les mesures nationales de la stratégie dont le poids budgétaire et l'impact sont plus déterminants. Ils se heurtent en cela à deux difficultés.

La première est une difficulté technique car les commissaires ne disposent pas d'un tableau de bord et de remontées d'informations leur permettant de suivre l'avancée de la mise en œuvre des mesures de la stratégie dans leur région. Certains l'ont constitué à leur niveau.

La seconde est liée à la coordination interministérielle autour de la pauvreté, car la cohérence de l'action de l'État est mise à mal par la multiplication des appels à projets ou

de la loi du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022. Les conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi précisent que les dépenses du département correspondant à la part État de la convention ne sont pas prises en compte dans la norme d'évolution des dépenses de fonctionnement du pacte de Cahors. Les contrats de Cahors ont été suspendus en 2020 par la loi du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19.

à manifestations d'intérêt ministériels qui s'émancipent de la stratégie. La protection de l'enfance, le plan « Logement d'abord » et le service public de l'insertion et de l'emploi sont les plus fréquemment cités. Ces procédures demandent beaucoup de travail d'une part et ne donnent pas une impression d'efficacité à leurs interlocuteurs d'autre part. Plusieurs commissaires préconisent de réunir l'ensemble de ces dispositifs dans une convention cadre de type contrat de plan État-Région.

Pour les commissaires, la principale réussite de la contractualisation est d'amener de nouveaux enjeux et modes de collaboration avec les conseils départementaux¹. Pour leur permettre de déployer avec succès l'ensemble de la stratégie dans les territoires et obtenir ainsi l'impact attendu sur la pauvreté, ils appellent de leurs vœux une meilleure coordination interministérielle.

L'impact de la crise sanitaire vu par les commissaires

La crise sanitaire a renforcé les coopérations entre acteurs. Elle a remis au premier plan les besoins essentiels comme la mise à l'abri, l'aide alimentaire et la santé.

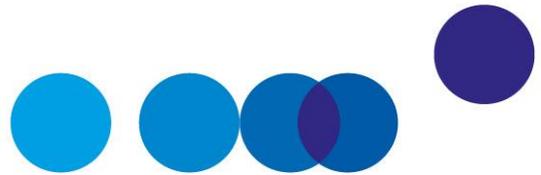
La crise a aussi mis en évidence la fragilité du modèle associatif de l'aide alimentaire qui constitue pour eux un point de vigilance important dans le contexte actuel.

La crise a aussi déstabilisé les dynamiques d'insertion de nombreux bénéficiaires du RSA et anéanti les bons résultats de certains départements.

Globalement, les commissaires considèrent que les mesures prises par le Gouvernement sont adaptées aux problématiques de leurs territoires, notamment pour les jeunes. Ils pointent aussi le montant insuffisant de l'appel à projets dédié aux associations de lutte contre la pauvreté dans le cadre du plan de relance. Le ratio entre les crédits disponibles et la somme des demandes est de 1/10.

Pour les commissaires, la crise sanitaire a confirmé la pertinence de la stratégie et les a confortés dans leur engagement. Pour autant, elle a amoindri l'ambition transformatrice de la stratégie, avec un renoncement au moins temporaire au revenu universel d'activité et une « reministériation » des sujets.

¹ En dehors du cas particulier des Outre-mer.



COMPLÉMENT 10

CONTINUITÉS ET DISCONTINUITÉS ENTRE LE PLAN PAUVRETÉ 2013-2017 ET LA STRATÉGIE PAUVRETÉ 2018-2022

Cette analyse s'appuie sur les actions telles qu'elles ont été annoncées lors du lancement du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017 et de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté de 2018 et non sur ce qui a été effectivement mis en œuvre. L'analyse intègre les actions du plan pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022, considéré par le comité d'évaluation comme un complément de la Stratégie sur le volet logement.

Plan et Stratégie : continuités et discontinuités

La mise en perspective de la Stratégie et du plan pauvreté permet de constater une réelle continuité dans les mesures. Plusieurs d'entre elles sont reproduites à l'identique à l'image de la Garantie jeunes, les Points conseils budgets, l'accompagnement des jeunes sortants de l'ASE, la prévention des expulsions, et les éléments relatifs à la gouvernance et à la participation ; la prime d'activité créée dans le plan pour apporter un soutien financier aux revenus d'activité des travailleurs modestes est revalorisée dans la Stratégie, une décision prise au moment de la crise des gilets jaunes.

D'autres mesures s'inscrivent dans des réflexions engagées dans le plan ou poursuivent des orientations très similaires. Parmi elles figurent les mesures d'accès à la santé (complémentaire santé solidaire), celles d'accès aux droits, et celles d'accès à la restauration scolaire.

La Stratégie se distingue cependant du plan sur plusieurs points. Les mesures destinées aux familles ont disparu au profit de celles s'adressant plus spécifiquement aux enfants. Certains publics ciblés par le plan ne sont plus présents dans la Stratégie. Il s'agit notamment des retraités, des mineurs isolés étrangers et des gens du voyage. Par ailleurs, le plan prévoyait des mesures de revalorisation des prestations monétaire, notamment pour les personnes sans emploi avec le RSA socle ; la Stratégie ne suit pas cette voie et privilégie des mesures d'accompagnement pour les personnes sans emploi, faisant de la sortie vers l'emploi le principal levier pour permettre aux gens de sortir de la pauvreté. Enfin, certains thèmes ont une moindre place dans la Stratégie au regard de celle du plan pauvreté, comme par exemple les loisirs et vacances et le logement. Il est à noter que les mesures en matière de logement du plan ont en grande partie été poursuivies dans le plan pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022 (le plan « Logement d'abord ») (par ex. la production de logement social et très social).

Les mesures concernées sont présentées dans la partie 1 de ce document. Les points de continuité et de discontinuité entre le plan et la Stratégie sont présentés dans la partie 2.

1. Poursuite des mesures du plan pauvreté dans la Stratégie et dans le plan « Logement d'abord »

Le tableau suivant présente pour chacune des 61 mesures du plan pauvreté les mesures poursuivies dans les 35 mesures de la Stratégie et dans le plan « Logement d'abord ».

Le tableau rassemble l'ensemble des 61 mesures du plan pauvreté, telles qu'elles ont été présentées en 2013¹. Pour chacune de ces mesures, il est indiqué si celle-ci est poursuivie entièrement, poursuivie partiellement ou non poursuivie dans la Stratégie et/ou dans le plan « Logement d'abord »². Lorsqu'il existe une continuité, il est précisé le numéro de la mesure dans la Stratégie qui poursuit celle du plan³ ; ou l'axe du plan « Logement d'abord » qui poursuit la mesure du plan.

¹ Document de présentation du Plan pluriannuel contre la pauvreté et l'inclusion sociale : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_pluriannuel_contre_la_pauvrete_et_pour_l_inclusion_sociale.pdf

² La liste des mesures du plan « Logement d'abord » peut être consultée ici : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/plaquette_ida_4p_vf.pdf

³ Pour les numéros des mesures de la Stratégie, se référer au volume *Les 35 mesures. Suivi et évaluation 2021*, également disponible sur internet.

Tableau 1 – Points de continuité et de discontinuité du plan pauvreté avec les 35 mesures de la Stratégie et les mesures du plan « Logement d'abord »

N°	MESURES DU PLAN PAUVRETÉ 2013	Continuité des mesures du plan pauvreté de 2013		Continuité partielle avec des mesures du plan pauvreté de 2013		Pas de continuité des mesures du plan pauvreté de 2013	
		Avec les 35 mesures de la Stratégie	Avec le plan Logement d'abord	Avec les 35 mesures de la Stratégie	Avec le plan Logement d'abord	Avec les 35 mesures de la Stratégie	Avec le plan Logement d'abord
AXE 1 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS ET PRÉVENIR LES RUPTURES							
Accès aux droits : lutter contre le non-recours et sécuriser les aides							
1	Un vaste programme d'accès aux droits	-	-	5.1 5.4 2.1 2.2.	-	-	Pas de continuité
2	Assurer aux allocataires de la CAF et de la MSA une meilleure lisibilité et une plus grande régularité des aides perçues	-	-	5.3.	-	-	Pas de continuité
Emploi, travail							
3	Inciter à une démarche de prévention active des exclusions au sein des entreprises et dans la négociation collective	-	-	-	-	-	Pas de continuité
Logement : disposer d'une offre de logements adaptée et prévenir les expulsions							
4	Produire du logement social et très social	-	Axe 1	-	-	-	Pas de continuité
5	Réguler les excès dans le parc privé	-	-	-	Axe 1, axe 2	-	Pas de continuité
6	Développer un programme de rénovation énergétique et de traitement des copropriétés dégradées	-	-	-	-	-	Pas de continuité
7	Mettre en œuvre une garantie universelle et solidaire des risques locatifs	-	-	-	-	-	Pas de continuité
8	Développer la prévention des expulsions	4.3	Axe 12	-	-	-	-
Santé : prévenir les inégalités d'accès aux soins et progresser en matière de santé des enfants et adolescents							
9	Inscrire une priorité à la lutte contre les inégalités de soin dans la Loi de Santé Publique	-	-	-	-	-	Pas de continuité
10	Mettre en œuvre la priorité sur la santé des enfants et des adolescents	-	-	1.10	-	-	Pas de continuité
Famille, enfance et réussite éducative : accentuer les efforts de redistribution envers les familles pauvres et renforcer leur lien avec les institutions éducatives							
11	Lancer une réflexion portant sur l'architecture des prestations familiales dans une optique de redistribution au profit des familles monoparentales et des familles nombreuses pauvres	-	-	-	-	-	Pas de continuité

12	Améliorer l'accueil en structures collectives des enfants de moins de 3 ans issus des familles modestes	-	-	1.1 1.2	-	-	Pas de continuité
13	Construire une école accueillante aux parents	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
14	Améliorer l'accès à la restauration scolaire en rendant effectif le principe de non-discrimination	-	-	1.7	-	-	Pas de continuité
15	Améliorer l'accès à l'école pour les enfants issus de campements ou bidonvilles	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
16	Améliorer l'accès à l'école pour les enfants sous-main de justice	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
Inclusion bancaire et lutte contre le surendettement : prévenir les difficultés des ménages modestes							
17	Mieux connaître les processus menant au surendettement des ménages	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
18	Mettre en place des mécanismes de détection des difficultés financières	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
19	Lutter contre l'accumulation des frais bancaires	-	5.7	-	-		Pas de continuité
20	Mettre en place un registre national des crédits à la consommation	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
AXE 2 : VENIR EN AIDE ET ACCOMPAGNER VERS L'INSERTION							
Améliorer le montant du RSA socle et favoriser l'accès aux biens essentiels							
21	Redonner une trajectoire de croissance au RSA socle	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
22	Statuer sur le devenir de l'aide personnalisée au retour à l'emploi (APRE) pour mieux aider les bénéficiaires du RSA en reprise d'emploi	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
23	Réformer les dispositifs de soutien financier aux revenus d'activité des travailleurs modestes	5.1 5.2	-	-	-	-	Pas de continuité
24	Étendre les tarifs sociaux du gaz et de l'électricité aux personnes éligibles à l'ACS	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
25	Obtenir une aide alimentaire européenne à la hauteur des défis de la crise	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
26	Permettre l'accès à tous à la culture et à la création artistique	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
27	Favoriser l'accès aux vacances pour les familles vulnérables	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
28	Favoriser l'accès aux sports et aux loisirs pour les familles vulnérables	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
29	Lutter contre l'isolement des personnes âgées	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
Emploi, travail, formation professionnelle							
30	Faciliter l'accès à l'emploi ou à la création d'activités en aménageant les parcours, jusqu'à la stabilisation dans un emploi durable	-	-	3.6 3.7 3.8 3.9	-	-	Pas de continuité

31	Ouvrir davantage l'accès à la formation pour les personnes peu qualifiées et lancer un chantier pour la reconnaissance des compétences acquises en situation de travail et aujourd'hui non sanctionnées par des diplômes	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
32	Créer une « Garantie jeunes » assurant aux jeunes les plus en difficulté des propositions d'emploi ou de formation et un soutien financier	3.2 3.4	-	-	-	-	Pas de continuité
33	Expérimenter des parcours d'insertion autour des emplois d'avenir pour les jeunes les plus fragiles	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
34	Faciliter la réinsertion professionnelle des personnes sous-main de justice	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
35	Faciliter l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
Logement, hébergement : créer les conditions d'une véritable politique d'accès au logement pour le plus grand nombre							
36	Réformer les modalités d'attributions des logements sociaux	-	-	-	Axe 6, Axe 7	Pas de continuité	-
37	Remédier à l'effectivité partielle du DALO	-	-	-	Axe 7, Axe 8	Pas de continuité	-
38	Mettre fin à la gestion au thermomètre de l'hébergement d'urgence et prioriser l'accès au logement	-	-	-	Axe 3	Pas de continuité	-
39	Développer des passerelles vers le logement (AVDL, Intermédiaire locative, résidences sociales...)	-	-	-	Axe 2	Pas de continuité	-
40	Mettre en place une politique à l'égard de l'habitat des Gens du voyage	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
41	Accompagner les personnes habitant des campements ou des squats	-	-	-	Axe 6	Pas de continuité	-
Santé : des complémentaires pour tous et une offre de soin de proximité							
42	Permettre l'accès à des complémentaires de qualité	-	-	2.4 2.1 2.2	-	-	Pas de continuité
43	Dynamiser les structures de soin de proximité	-	-	2.3	-	-	Pas de continuité
44	Organiser une conférence de consensus sur le consentement aux soins et le libre-arbitre des personnes à la rue	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
Familles, enfance : accompagner les jeunes parents et jeunes majeurs en difficulté							
45	Créer un statut de centre parental	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
46	Mieux accompagner les jeunes sortants de l'ASE	3.5	-	-	-	-	Pas de continuité
47	Mieux accompagner les mineurs isolés étrangers	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
Inclusion bancaire et lutte contre le surendettement : accompagner les personnes et les familles en situation de fragilité financière							
48	Consolider le droit au compte	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité

49	Développer un réseau de "Points Conseils budget"	5.7	-	-	-	-	Pas de continuité
50	Améliorer la procédure de traitement du surendettement	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
AXE 3 : COORDONNER L'ACTION SOCIALE ET VALORISER SES ACTEURS							
Renforcer l'interministérialité des politiques de solidarité							
51	Renforcer l'interministérialité des politiques de solidarité	Création d'une Délégation inter-ministérielle, contractualisation + Hauts Commissaires	-	-	-	-	Pas de continuité
Accentuer la territorialisation des politiques de lutte contre la pauvreté							
52	Mieux articuler les différents niveaux de compétence	Contractualisation + Hauts Commissaires	-	-	-	-	Pas de continuité
53	Mobiliser les fonds européens	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
54	Logement, hébergement: donner un nouveau souffle aux SIAO	-	Axe 6	-	Axe 6	Pas de continuité	-
55	Santé : mieux coordonner l'offre de soins	-	-	-	-	Pas de continuité	-
Reconnaître le droit à l'initiative sociale							
56	L'appui aux initiatives associatives et à l'engagement citoyen	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
57	Veiller en particulier à une organisation efficace avec les différents acteurs qui contribuent au retour à l'emploi	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
Développer sur de larges bases la participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité à l'élaboration et au suivi des politiques publiques							
58	Développer sur de larges bases la participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité	Choc de participation	-	-	-	-	Pas de continuité
Refonder le travail social							
59	Refonder le travail social	-	-	5.5	-	-	Pas de continuité
Observer les besoins, évaluer et capitaliser les pratiques							
60	Faire de l'observation et de l'évaluation des pratiques habituelles de l'action sociale	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité
61	Créer un observatoire de l'inclusion bancaire	-	-	-	-	Pas de continuité	Pas de continuité

2. Points de continuité et de discontinuité des actions du plan pauvreté, de la Stratégie et du plan « Logement d'abord »

Une mise en perspective des actions de la Stratégie et du plan « Logement d'abord » permet de préciser les thématiques des actions poursuivies totalement ou en partie, et les axes sur lesquels se distinguent ces deux politiques de lutte contre la pauvreté. Le plan « Logement d'abord » est intégré à cette analyse en tant que complément du volet Logement de la Stratégie.

Les points de continuité

- **Continuité totale**

8 des 61 mesures du plan pauvreté de 2013 sont poursuivies dans la Stratégie de 2018 :

Plan pauvreté 2013	Stratégie pauvreté 2018
8 Développer la prévention des expulsions	4.3 : Renforcer la prévention des expulsions, dans le cadre du plan « Logement d'abord »
23 Réformer les dispositifs de soutien financier aux revenus d'activité des travailleurs modestes	5.1 : Aller vers un revenu universel d'activité qui se substitue au maquis des prestations 5.2 : Revaloriser la prime d'activité
32 Créer une « Garantie jeunes » assurant aux jeunes les plus en difficulté des propositions d'emploi ou de formation et un soutien financier	3.2v Plus de 100 M€ consacrés à des solutions d'accompagnement vers l'emploi de tous les jeunes en complément d'une extension de la Garantie jeunes (500 000 bénéficiaires entre 2018 et 2022) 3.4 : Des expérimentations dans le cadre du plan d'investissement dans les compétences pour diversifier les opérateurs et les modalités d'utilisation de la Garantie jeunes
46 Mieux accompagner les jeunes sortants de l'ASE	3.5 : Des moyens contractualisés avec les départements pour empêcher les sorties « sèches » de l'aide sociale à l'enfance
49 Développer un réseau de "Points Conseils budget"	5.7 : Prévenir et lutter contre le surendettement : déploiement de 400 « Points conseil budget » sur l'ensemble du territoire et introduction d'un plafonnement des frais bancaires
51 Renforcer l'interministérialité des politiques de solidarité	Création d'une Délégation interministérielle, contractualisation + Hauts Commissaires
52 Mieux articuler les différents niveaux de compétence	Contractualisation + Hauts Commissaires
58 Développer sur de larges bases la participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité	Choc de participation

Quelques remarques sur ces mesures :

- 2 mesures du plan poursuivies sont des dispositifs qui ont fait l'objet d'une expérimentation dans le plan : PCB et Garantie jeunes.
- 2 mesures du plan et de la Stratégie répondent à des objectifs similaires : prévention des expulsions et meilleur accompagnement des jeunes qui sortent de l'ASE.
- 3 des mesures poursuivies dans la Stratégie ne font pas partie des 35 mesures de la stratégie pauvreté mais se rapportent aux questions de gouvernance et de participation.
- Il n'y a pas de thème commun marqué à travers ces 7 mesures reconduites.

● Continuité partielle

9 des 61 mesures du plan pauvreté sont partiellement poursuivies dans la Stratégie. Il s'agit des mesures suivantes :

Plan pauvreté 2013	Stratégie pauvreté 2018
1 Un vaste programme d'accès aux droits	<p>5.1 : Aller vers un revenu universel d'activité qui se substitue au maquis des prestations</p> <p>5.4 : Renforcer l'accès aux droits et aux services sociaux (généralisation des accueils sociaux inconditionnels, expérimentation de « territoires zéro non-recours », coffre-fort numérique)</p> <p>2.1 : Garantir à chacun l'accès à une complémentaire santé.</p> <p>2.2 : Renouveler automatiquement la CMU-C pour les allocataires du RSA.</p>
2 Assurer aux allocataires de la CAF et de la MSA une meilleure lisibilité et une plus grande régularité des aides perçues	5.3 : Moderniser la délivrance des prestations sociales en favorisant les échanges d'informations entre acteurs, en rendant automatique les démarches et en favorisant un paiement au juste droit, généraliser le datamining pour le repérage des bénéficiaires potentiels
10 Mettre en œuvre la priorité sur la santé des enfants et des adolescents	1.10 : Renforcer les missions des PMI sur l'accès à la santé et l'appui de la médecine de ville aux missions de la santé scolaire, dans le cadre du parcours de santé des enfants de 0 à 6 ans
12 Améliorer l'accueil en structures collectives des enfants de moins de 3 ans issus des familles modestes	<p>1.1 : Développer les modes d'accueil de la petite enfance, notamment dans les territoires fragiles avec la création d'un bonus « Territoires » permettant de diminuer à moins de 10 % le reste à charge des communes.</p> <p>1.2 : Réussir la mixité sociale dans les modes d'accueil du jeune enfant (bonus « Mixité »)</p>
14 Améliorer l'accès à la restauration scolaire en rendant effectif le principe de non-discrimination	1.7 : Une alimentation équilibrée pour tous : des tarifs de cantines plus accessibles

19	Lutter contre l'accumulation des frais bancaires	5.7 : Prévenir et lutter contre le surendettement : déploiement de 400 « Points conseil budget » sur l'ensemble du territoire et introduction d'un plafonnement des frais bancaires
30	Faciliter l'accès à l'emploi ou à la création d'activités en aménageant les parcours, jusqu'à la stabilisation dans un emploi durable	3.6 : Création d'une « Garantie d'activité » combinant accompagnement social renforcé et insertion dans l'emploi pour 300 000 allocataires par an 3.7 : 100 000 salariés supplémentaires accueillis dans le secteur de l'insertion par l'activité économique pour favoriser le retour à l'emploi des personnes les plus fragiles 3.8 : Pour généraliser l'accompagnement vers l'emploi des allocataires, un État garant du service public de l'insertion : renforcement des droits et devoirs et obligation contractualisée avec les départements de réaliser sous un mois l'instruction de la demande et l'orientation de tout nouveau bénéficiaire 3.9 : Essaimer les expérimentations évaluées positivement pour les personnes les plus fragiles pour 70 millions d'euros : Territoires zéro chômeur de longue durée, Convergence, Tapaj et SEVE
42	Permettre l'accès à des complémentaires de qualité	2.4 : Accompagner le « 100 % santé » sur l'optique, les aides auditives et le dentaire 2.1 : Garantir à chacun l'accès à une complémentaire santé. 2.2 : Renouveler automatiquement la CMU-C pour les allocataires du RSA.
43	Dynamiser les structures de soin de proximité	2.3 : Créer 100 centres de santé communautaires dans les QPV
59	Refonder le travail social	5.5 : Un travail social rénové sur tout le territoire : la formation des travailleurs sociaux et le développement des référents de parcours

Quelques remarques sur ces mesures :

- Les mesures de la Stratégie poursuivent ici une partie des mesures du plan ou des objectifs de ces mesures.
- Les mesures partiellement reconduites touchent l'ensemble des thématiques à l'exception du logement : 4 des mesures en partie poursuivies se rapportent à la thématique « Droits sociaux », 3 à la thématique « Petite enfance et éducation », 3 à la thématique « Santé » et 1 à la thématique « Accompagnement, formation et emploi ».
- Les mesures de lutte contre le non-recours du plan (mesures 1 et 2) sont partiellement reconduites dans la stratégie pauvreté de 2018.
- Les mesures santé de la stratégie pauvreté sont pour leur grande majorité issues de réflexions ou d'actions engagées dans le plan : ex : la garantie à tous de l'accès à une complémentaire santé.
- L'inclusion bancaire et la lutte contre le surendettement sont moins présentes dans la Stratégie (1 mesure) que dans le plan (7 mesures).

Le plan pauvreté n'a pas été poursuivi uniquement dans la Stratégie. Une analyse des actions du plan « Logement d'abord » et des actions du plan pauvreté montre ainsi que 9 des 11 mesures en matière de logement du plan y ont été reconduites ou partiellement reconduites. L'une d'elles (mesure 8) est également présente dans la Stratégie. Ces mesures sont présentées ci-dessous.

Tableau – Mesures du plan pauvreté reconduites dans le plan « Logement d'abord »

#	Nom de la mesure dans le plan pauvreté
4	Produire du logement social et très social
5	Réguler les excès dans le parc privé
8	Développer la prévention des expulsions
36	Réformer les modalités d'attributions des logements sociaux
37	Remédier à l'effectivité partielle du DALO
38	Mettre fin à la gestion au thermomètre de l'hébergement d'urgence et prioriser l'accès au logement
39	Développer des passerelles vers le logement (AVDL, Intermédiaire locative, résidences sociales...)
41	Accompagner les personnes habitant des campements ou des squats
54	Logement, hébergement: donner un nouveau souffle aux SIAO

Les éléments du plan absents de la Stratégie

Plusieurs thèmes présents dans le plan pauvreté de 2013 ne sont plus présents dans la Stratégie de 2018. Ils se rattachent au lien des familles avec l'école (4 mesures), et à la culture/aux loisirs/vacances (3 mesures).

Par ailleurs, plusieurs publics cibles dans le plan pauvreté de 2013 ne le sont plus dans la Stratégie de 2018. Il s'agit des enfants sous-main de justice, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des gens du voyage et des mineurs isolés étrangers.

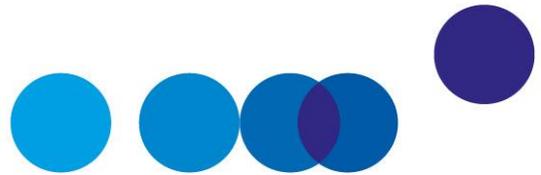
Le plan de 2013 poursuivait une volonté de revalorisation de certains minima sociaux (sans condition d'emploi) : 11. Lancer une réflexion portant sur l'architecture des prestations familiales dans une optique de redistribution au profit des familles monoparentales et des familles nombreuses pauvres ; 21. Redonner une trajectoire de croissance au RSA socle.

Ce n'est pas plus le cas dans la Stratégie de 2018. La revalorisation de la prime d'activité ajoutée à la Stratégie ne bénéficie qu'aux personnes précaires sous condition d'emploi.

Les axes du plan renforcés dans la Stratégie

Par rapport au plan de 2013, la Stratégie de 2018 met l'accent sur deux aspects :

- La Stratégie fait de la lutte contre la reproduction de la pauvreté en permettant aux enfants de familles défavorisées d'accéder à un mode d'accueil formel de qualité un axe fort de la Stratégie. Cinq des 35 mesures (de la 1.1 à 1.5) couvrent spécifiquement ce sujet.
- La Stratégie met l'accent sur les mesures d'accompagnement pour les personnes sans emploi, faisant de la sortie vers l'emploi le principal levier pour permettre aux gens de sortir de la pauvreté. Neuf des 35 mesures (de la 3.1 à 3.4 et de la 3.6 à 3.10) couvrent spécifiquement ce sujet.



COMPLÉMENT 11

MESURES PRISES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ DE MARS À DÉCEMBRE 2020

Cette note présente les mesures prises par le gouvernement de mars 2020 à décembre 2020 pour les plus précaires et pour prévenir et lutter contre la bascule dans la pauvreté.

- À partir de mars 2020, le gouvernement a mis en place, pour atténuer les effets du confinement général de la population qui a eu lieu entre le 17 mars et le 11 mai 2020, un plan de soutien économique à destination principalement des entreprises et des salariés, d'un montant de 45 milliards d'euros – montant porté à 110 milliards d'euros le 15 avril 2020¹. Des mesures d'urgence en matière d'assurance chômage, de prévention des licenciements, d'assurance maladie, d'assurance vieillesse, de perte d'autonomie, et dans le champ de la pauvreté, du logement et de la famille ont été mises en place. Les mesures prises jusqu'au 18 septembre 2020 sont recensées dans la note du comité d'évaluation sur la crise du coronavirus : « La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus : recommandations du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté »².
- Le 3 septembre 2020, Le Premier ministre a annoncé le lancement de « France Relance », un plan de relance destiné à redresser rapidement et durablement l'économie française. Doté d'un budget de 100 milliards d'euros sur deux ans, ce plan comprend parmi ses trois axes un volet « cohésion » de 36 milliards d'euros qui vise à « garantir la solidarité entre les générations, entre les territoires, et entre tous les Français ». Sont intégrés à ce volet des « mesures de soutien aux personnes

¹ Les mesures de soutien mises en place pour les entreprises : [plans de soutien sectoriels](#) et [mesures d'urgence](#) sont détaillées [sur le site internet du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance](#).

² Cette note est disponible sur le site de France Stratégie.

précaires », pour un budget total de 800 millions d'euros, dont 533 millions d'euros pour la hausse exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire. Ce volet comporte également le plan « 1 jeune, 1 solution », qui a été lancé le 23 juillet 2020¹ et est tourné vers l'emploi des jeunes notamment les jeunes éloignés de l'emploi, et le Ségur de la santé, dont certaines mesures visent les plus précaires (voir en annexe 1 les mesures du plan de relance et en annexe 2 pour les trois mesures du volet des « mesures de soutien aux personnes précaires »). La mise en œuvre concrète du plan de relance passe par une mission budgétaire unique « Relance » pour deux ans (2021-2022), pilotée par le ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance, afin de séparer les dépenses du plan de relance sur 2021-2022 des dépenses habituelles des ministères. Le suivi de l'exécution du plan est réalisé au niveau national et local par des organes dédiés (comités de suivi de la relance). Un tableau de bord, alimenté sur une base mensuelle par les territoires, est rendu public² et permet de suivre l'avancement des principales mesures du plan.

- Le 24 octobre 2020, le Premier ministre a annoncé 19 nouvelles mesures pour prévenir et lutter la bascule dans la pauvreté. Ces mesures, dont la liste est présentée en annexe 3, ont un coût estimé de près de 2 milliards d'euros. Elles sont articulées autour de trois axes :
 - soutenir financièrement les personnes précaires et modestes et renforcer l'accès aux droits (1 265 millions d'euros) ;
 - développer des solutions d'insertion et d'activité pour maintenir le lien avec l'emploi (420 millions d'euros),
 - renforcer l'accès à l'hébergement et au logement et le maintien dans le logement (213 millions d'euros).
- Le 29 octobre 2020, le Premier ministre Jean Castex a annoncé la mise en place de nouvelles mesures d'urgence pour atténuer les effets du reconfinement partiel de la population débuté ce jour-là, dont une enveloppe de 15 milliards d'euros par mois pour aider les entreprises.
- Le 26 novembre 2020, de nouvelles mesures à destination des plus précaires (voir l'annexe 4 pour une liste de ces mesures).

Le comité fera un nouveau point sur les mesures prises pour les plus précaires et pour prévenir et lutter contre la bascule dans la pauvreté depuis le début de la crise du coronavirus à l'automne 2021.

¹ https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan_jeunes.pdf

² Accessible [ici](#).

Annexe 1. Liste des mesures du plan de relance du 3 septembre 2020

Écologie		30 Md€
Rénovation énergétique	Rénovation thermique des bâtiments publics	4 Md€
	Rénovation énergétique et réhabilitation lourde des logements sociaux	500 M€
	Rénovation énergétique de TPE/PME	200 M€
	Rénovation énergétique des logements privés	2 Md€
Biodiversité, lutte contre l'artificialisation	Densification et renouvellement urbain (réhabilitation friches, aide aux maires pour la densification de l'habitat)	650 M€
	Biodiversité sur les territoires, prévention des risques et renforcement de la résilience	300 M€
	Démonstrateurs villes durables (PIA)	PIA*
	Réseaux d'eau et modernisation des stations d'assainissement y compris outre-mer	300 M€
Décarbonation de l'industrie	Décarbonation de l'industrie	1,2 Md€
Économie circulaire et circuits courts	Investissement dans le recyclage et le réemploi (dont accompagnement filière plastique)	226 M€
	Modernisation des centres de tri/recyclage et valorisation des déchets	274 M€
Transition agricole	Accélération de la transformation du secteur agricole (bio, haute valeur environnementale, circuits courts, projets alimentaires territoriaux)	400 M€
	Plan en faveur de l'indépendance protéinique	100 M€
	Modernisation des abattoirs et biosécurité en élevage, élevage en plein air et bien-être animal	250 M€
	Renouvellement des agro-équipements	250 M€
	Modernisation des technologies agricoles (développement des agro-équipements dans l'agriculture, alimentation favorable à la santé, etc.)	PIA*
	Forêt	200 M€
Mer	Pêche, aquaculture, mareyage	50 M€
	Verdissement des ports	200 M€
Infrastructures et mobilité vertes	Renforcement de la résilience des réseaux électriques	50 M€
	Développer les mobilités du quotidien	1,2 Md€
	Ferroviaire (aide SNCF Réseau, fret ferroviaire, petites lignes, modernisation / sécurité du réseau)	4,7 Md€
	Accélération de travaux sur les infrastructures de transport	550 M€
	Soutien à la demande en véhicules propres du plan automobile (bonus, prime à la conversion)	1,9 Md€

	Verdissement du parc automobile de l'État	180 M€
Technologies vertes	Développer l'hydrogène vert	2 Md€
	Nucléaire : développement des compétences, investissements industriels, modernisation dans la sous-traitance	200 M€
	R&D dans la filière nucléaire (PIA)	PIA*
	Plans de soutien aux secteurs de l'aéronautique et de l'automobile	2,6 Md€
	Soutien au développement des marchés clés dans les technologies vertes : hydrogène, recyclage et réincorporation de matériaux recyclés, produits biosourcés et biocarburants, agro-équipements pour la transition écologique, décarbonation de l'industrie (PIA)	3,4 Md€
Bpifrance	Nouveaux produits Climat de Bpifrance	2,5 Md€
Compétitivité		34 Md€
Fiscalité des entreprises	Baisse des impôts de production	20Md€
Financement des entreprises	Renforcement des fonds propres des TPE/PME et ETI	3 Md€
Souveraineté technologique / résilience	Soutien au développement des marchés clés : numérique (cyber, cloud, quantique, edtech, 2 ^e phase de la stratégie IA), et santé (santé digitale et bioproduction de thérapies innovantes) (PIA)	2,6 Md€
	Aides à l'innovation, projets d'innovation des filières stratégiques (PIA)	1,95 Md€
	Soutien au secteur spatial et financement de la recherche duale en matière spatiale	515 M€
	Préservation de l'emploi de R&D	300 M€
	Relocalisation : sécurisation des approvisionnements critiques	600 M€
	Relocalisation : soutien aux projets industriels dans les territoires	400 M€
	Investissements en fonds propres (PIA)	500 M€
Plan de soutien à l'export	Actions de Business France et mesures de soutien export	247 M€
Mise à niveau numérique de l'État, des territoires et des entreprises	Mise à niveau numérique des TPE, PME et ETI	385 M€
	Mise à niveau numérique de l'État et des territoires : identité numérique, numérisation des services publics (écoles, justice, culture)	1,5 Md€
Culture	Soutien aux industries culturelles et créatives (PIA)	PIA*
	Soutien aux filières, rénovations patrimoniales	1,6 M€
Commandes militaires	Anticipations de commandes dans le cadre du plan « aéronautique »	832 M€

Cohésion		36 Md€
Sauvegarde de l'emploi	Activité partielle de longue durée et formation des salariés en activité partielle	7,6 Md€
Jeunes	Aide en apprentissage et en contrat de professionnalisation, service civique	2,7 Md€
	Prime à l'embauche	1,1 M€
	Accompagnement renforcé et personnalisé	1,3 Md€
	Internats d'excellence	50 M€
	Formation sur les métiers d'avenir	1,6 Md€
Handicap	Prime à l'embauche pour les travailleurs handicapés	100 M€
Formation professionnelle	Programme d'investissement dans les compétences / digitalisation de la formation	900 M€
	Renforcement des moyens d'intervention et d'accompagnement de France Compétences et Pôle emploi	1 Md€
Recherche	Renforcement des moyens de l'Agence nationale de recherche	400 M€
	Financement de l'écosystème d'enseignement supérieur, de recherche et d'innovation et valorisation de la recherche (PIA)	2,55 Md€
Séjour de la santé / Dépendance	Investissement public	6 Md€
Coopération sanitaire	Soutien à des projets dans le secteur de la sécurité sanitaire, accès à un vaccin	50 M€
Cohésion territoriale	Développement du numérique sur l'ensemble du territoire (très haut débit, inclusion numérique)	500 M€
	Soutien aux actions de développement local, notamment outre-mer	250 M€
	Soutien aux collectivités territoriales : garanties de recettes et soutien direct à l'investissement local	5,2 M€
	Plan de relance de la Banque des territoires (construction de logement social, foncières pour les petits commerces)	3 Md€
	Rénovation des commerces de centre-ville	150 M€
	Aide au développement d'une offre de tourisme durable	50 M€
	Modernisation du réseau routier national et renforcement des ponts	350 M€
Soutien aux personnes précaires	Hausse de l'allocation rentrée scolaire, ticket des restaurants universitaires à 1 €	600 M€
	Soutien aux associations d'aide aux personnes vulnérables et développement de l'hébergement d'urgence	200 M€
Total		100 Md€

* Filière industrielle ou technologie d'avenir identifiée, qui sera financée par le PIA

Source : annexe du dossier de presse France Relance : « Toutes les mesures du plan de relance » accessible [ici](#).

Annexe 2. Plan de relance du 3 septembre 2020 – Mesures du volet « Soutien aux personnes précaires »

Source : annexe du dossier de presse France Relance : « Toutes les mesures du Plan de relance » accessible [ici](#).

Le volet cohésion du plan de relance prévoit les mesures suivantes de soutien aux personnes précaires, pour un budget total de 800 millions d'euros :

- Majoration de 100 euros par enfant de l'allocation de rentrée scolaire (533 millions d'euros).

Plus de 3 millions de familles ayant des revenus modestes ont reçu au mois d'août une allocation de rentrée scolaire pour leurs enfants scolarisés âgés de 6 à 18 ans. Cette allocation a été exceptionnellement majorée de 100 euros par enfant pour aider les familles à faire face aux dépenses de rentrée et contribuer à la relance de la consommation¹.

- Ticket des restaurants universitaires à un euro pour les élèves boursiers (57 millions)².
- Soutien exceptionnel aux personnes en grande précarité : hébergement d'urgence (100 millions d'euros).

Cette mesure de soutien exceptionnel entend améliorer le cadre de vie des personnes sans domicile, à la rue ou hébergées dans des centres d'hébergement, ou des hôtels. Cela se traduit par la poursuite et la capitalisation de l'expérience positive née de la crise et du confinement. Il s'agit de construire de nouvelles structures et de réhabiliter des structures existantes qui n'offrent pas des conditions de vie dignes aux personnes et les exposent à des risques en cas d'épidémie.

- Plan de soutien aux associations de lutte contre la pauvreté (100 millions d'euros).

Un plan exceptionnel de soutien de 100 millions d'euros permettra aux associations de lutte contre la pauvreté de déployer des actions spécifiques au plus près des besoins des personnes précaires pour les aider à faire face aux conséquences de la crise sanitaire.

¹ 28 % des ménages en situation de pauvreté monétaire sont bénéficiaires de l'ARS, et 38 % des bénéficiaires de l'ARS vivent sous le seuil de pauvreté monétaire (62 % au-dessus). Source : INSEE, enquête *Revenus fiscaux et sociaux 2016* (actualisée 2018) ; modèle INES 2018, calculs DREES.

² Cette mesure ne fait pas l'objet de précisions dans le dossier de presse « France Relance ».

Annexe 3. Liste et coût des 19 mesures pour éviter la bascule dans la pauvreté, annoncées le 26 octobre 2020

Mesures	Coût en M€/jusqu'en 2022
Soutenir financièrement les personnes précaires et modestes et renforcer l'accès aux droits (1 265 M€)	
Aide exceptionnelle de 150 euros pour les personnes au RSA, à l'ASS + 100 euros par enfant pour les familles au RSA, à l'ASS et aux APL	916 M€
Aide exceptionnelle de 150 euros pour les jeunes non étudiants aux APL et pour les étudiants boursiers	195 M€
Envoi de masques lavables gratuits à 9 millions de personnes précaires et de masques jetables aux personnes sans-abri	138 M€
Développement de l'offre de domiciliation avec 300 nouvelles structures en 3 ans	15 M€
Création de 100 Points conseil budget en 1 an	1,5 M€
Développement de datamining pour cibler et contacter des allocataires potentiellement éligibles à certains droits, renseignement automatique des formulaires avec les informations déjà transmises.	
Mise en place d'un groupe de travail sur la simplification administrative pour les associations	

Mesures	Coût en M€/jusqu'en 2022
Développer des solutions d'insertion et d'activité pour maintenir le lien avec l'emploi (420 M€)	
30 000 nouvelles aides au poste dans le secteur de l'insertion par l'activité économique	150 M€
Pas de sortie sèche d'IAE (prolongation de 12 mois de la possibilité de rester en IAE)	
Deux fois plus de parcours emplois compétences dans les quartiers de la politique de la ville et les zones de revitalisation rurale, avec un financement par l'État à 80 % contre 45 % aujourd'hui	120 M€
Aide à la mobilité <i>via</i> la création de nouvelles plateformes mobilité et le développement du micro-crédit pour accompagner 100 000 demandeurs d'emploi	70 M€
Lancement du service public de l'insertion et de l'emploi dans 30 départements	80 M€

Mesures	Coût en M€/jusqu'en 2022
Renforcer l'accès à l'hébergement et au logement et le maintien dans le logement (213 M€)	
Ouverture de la campagne hivernale le 18 octobre	
Prolongation de l'aide de 150 euros versée par Action Logement pour prévenir les impayés de loyers et aider au paiement des dépenses de logement, avec des critères d'accès élargis pour les plus fragiles	86 M€
Création d'équipes mobiles de visite à domicile des personnes menacées d'expulsion	81 M€
500 places d'hébergement pour les femmes sortant de maternité sans solution	40 M€
Accompagnement social et à l'alimentation dans les lieux d'hébergement pour 45 000 personnes	20 M€
Développement de lieux d'accueil et d'hébergement des grands marginaux	9 M€
Doublage du nombre de logements très sociaux à très bas niveaux de loyers financés	50 M€
Total	1 898 M€

Source : dossier de presse « De nouvelles mesures pour prévenir et lutter contre la bascule dans la pauvreté » accessible [ici](#).

Annexe 4. Mesures annoncées le 26 novembre 2020 pour les plus précaires

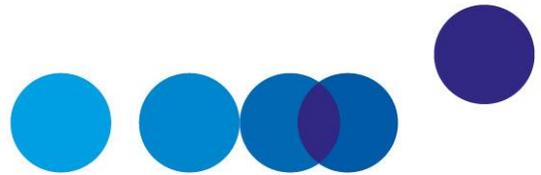
Cette liste n'a pas encore été validée par la DIPLP et les administrations. Elle le sera dans le cadre de la note du comité d'évaluation sur les effets de la crise du coronavirus sur la pauvreté à paraître à l'automne 2021.

- Pour les travailleurs précaires: garantie de ressources de 900 euros par mois jusqu'en février 2021 pour les travailleurs alternant les contrats courts, saisonnier, intérimaire ayant travaillé en 2019 mais n'ayant pas pu recharger leurs droits au chômage du fait de la crise (concerne 400 000 personnes dont 70 000 jeunes).

- Pour les jeunes :
 - le dispositif d'aide aux jobs étudiants va passer de 1 600 à 20 000 emplois (mis en place par le CROUS) pour venir en aide aux étudiants en 1^{re} année. Contrat de 4 mois, 10 h par semaine. Soit, un investissement de 50 millions d'euros ;
 - budget du CROUS doublé afin d'augmenter l'aide d'urgence apporté aux étudiants à 45 000 d'entre eux, 56 millions d'euros ;
 - en 2021, au moins 200 000 jeunes pourront bénéficier de la Garantie jeunes ;
 - jeunes diplômés : accompagnement par l'APEC ou Pôle emploi + allocation financière sur mesure qui peut aller jusqu'à 500 euros par mois.

Autres mesures :

- un renforcement du fonds de solidarité ;
- prolongement des droits des demandeurs d'emplois en novembre et décembre.



COMPLÉMENT 12

MODALITÉS DE CONSULTATION DU 5^e COLLÈGE DU CNLE ET DU PANEL CITOYEN

Dès l'installation du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté s'est imposée la volonté de compléter ses travaux par des éclairages issus de la réflexion, orientée vers l'intérêt général, de citoyens prêts à consacrer du temps à ces sujets, mais également de l'expérience des personnes les plus directement concernées. Pour la deuxième année consécutive, ont ainsi été consultés¹ :

- un panel *ad hoc* de citoyens, composé d'une trentaine de personnes représentatives de la population française (selon les critères de sexe, d'âge, de profession, de région, de catégorie d'agglomération et de niveau d'études), qui vise à prendre en considération autant que possible les questions que nos concitoyens peuvent se poser lorsqu'ils s'interrogent sur les politiques de lutte contre la pauvreté ;
- le 5^e collège (anciennement 8^e collège) du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), composé de personnes en situation d'exclusion ou de précarité accompagnées par des associations, qui vise notamment à attirer l'attention sur certains enjeux de mise en œuvre qui pourraient, sans cela, demeurer inaperçus, et à prendre en compte « leurs savoirs de vie ».

Ce document vise à préciser les modalités de ces consultations.

Un cadre partagé

Dans le cadre de la préparation de son rapport, le comité d'évaluation a souhaité recueillir, outre les avis de deux groupes sur l'évaluation de la Stratégie, leur point de vue sur une

¹ Les conditions dans lesquelles se sont mis en place ces dispositifs – inédits sous cette forme, dans cette durée et avec un tel objet, ainsi que le détail de leur organisation sont présentés dans l'annexe 7 de la [note d'étape de mars 2020](#) du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

série de thématiques d'intérêt particulier pour l'élaboration du rapport. Pour alimenter leur réflexion, ont été fournies aux participants du panel citoyen et du 5^e collège du CLNE des informations sur le déploiement de la Stratégie pauvreté depuis son lancement en octobre 2018 ainsi que sur les travaux en cours et/ou réalisés par le comité d'évaluation depuis la première note d'étape. Il leur a également été apporté des éléments de contexte et une présentation des enjeux de certains des points d'attention que le comité souhaitait mettre en avant : des experts susceptibles d'offrir aux panélistes une vision synthétique des problématiques ont été sollicités à cette effet.

Comme l'an passé, les deux groupes ont rédigé un avis. Transmis au comité en amont de la rédaction de la note d'étape annuelle, ils ont été explicitement pris en compte par le comité et sont également disponibles dans le présent volume (compléments 13 et 14). Le comité y a également répondu directement par écrit, dans un message adressé à l'ensemble des membres du panel citoyen d'une part, du collège des personnes accompagnées d'autre part. Des rencontres entre le président du comité d'évaluation et des « rapporteurs » désignés par chacun des deux groupes sont également prévues.

Dans le détail, les calendriers, les partenaires mobilisés pour l'animation des travaux, les modalités de formation, de dialogue et de recueil des avis ont légèrement différé entre le panel citoyen et le collège.

La consultation du panel citoyen (2021)

Le dispositif de consultation : le panel citoyen

Comme l'an dernier¹, le choix a été fait pour le panel citoyen d'une formule mixte entre un travail en groupe (pendant un premier week-end complet, puis un samedi pour la rédaction de l'avis) et des échanges à distance, sur une plateforme en ligne mise à leur disposition entre les deux week-ends de travail. En raison du contexte sanitaire, la consultation a eu lieu intégralement à distance. Vingt-trois citoyens du panel ont participé à l'exercice.

Le calendrier

- samedi 9 et dimanche 10 janvier 2021 : week-end de travail du panel citoyen à distance ; sessions d'échanges et de formation animées par l'IFOP ;

¹ La méthodologie de consultation du panel citoyen a été définie, en amont de l'élaboration de la première note du comité, avec l'appui des services du Service d'information du gouvernement (SIG), par les équipes de France Stratégie et de son prestataire l'IFOP.

- du 10 au 23 janvier 2021 : plateforme d'échanges en ligne ouverte entre les citoyens membres du panel sur la base d'une trame d'animation et d'une liste de points sur lesquels ils sont amenés à réagir ;
- samedi 30 janvier 2021 : 2^e session de travail collectif animée par l'IFOP, en vue de la validation de la contribution écrite ;
- semaine du 30 janvier au 8 février 2021 : rédaction finale de l'avis et validation à distance du texte par l'ensemble des membres du panel ;
- 8 février 2021 : transmission de l'avis citoyen aux membres du comité d'évaluation ;

Le contenu de la formation

Le programme de ce week-end de formation et de la journée de rédaction de l'avis par les citoyens était le suivant :

Samedi 9 janvier		
9h15 - 9h30	Mot d'accueil	Marine de Montaignac pour France Stratégie et IFOP
9h30 - 10h30	Point d'étape sur la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté	- État des lieux de la mise en œuvre de la Stratégie; - Présentation des inflexions de la Stratégie depuis la crise du Covid-19 (Intervenant : Marine Jeantet, déléguée interministérielle à la lutte contre la pauvreté)
11h30 - 12h30	Les travaux d'évaluation de la Stratégie pauvreté par le comité d'évaluation	- Méthodologie retenue dans le rapport de mars 2020 et travaux du comité en 2020 - Les questions vives/d'intérêt pour le CE - Intervenants : Louis Schweitzer (Président du comité d'évaluation), Marine de Montaignac (FS), Arthur Heim (FS)
14h - 15h	Les angles thématiques : le RSA jeunes, le non-recours	Sur chacune des thématiques, une présentation du contexte, des enjeux (renforcés avec le Covid-19) et des réponses des politiques actuelles - Intervenant : Sébastien Grobon, ministère du Travail
16h30 - 17h30	Échanges avec le comité d'évaluation	- Echanges (questions/réponses) avec le panel citoyen - Séance préparée par l'IFOP, intervenants : Louis Schweitzer, Emmanuel Gagneux, Patrick Doutreligne, membres du comité d'évaluation)
17h30 - 17h45	Temps de clôture de la journée	
Dimanche 10 janvier		
	Temps d'échanges en sous-groupes	
Samedi 30 janvier	Présentation par l'IFOP de la synthèse des discussions du week-end et des échanges sur la plateforme à tous les citoyens réunis en direct, puis travail de l'avis avec les citoyens.	

Au cours de la semaine du 10 au 23 janvier 2021, les citoyens ont pu échanger sur une plateforme dédiée en ligne en s'appuyant sur des courts textes de contextualisation et un questionnement guidé. La consultation a été organisée selon le calendrier suivant :

- lundi 18 janvier : la prise en compte du coronavirus par le comité d'évaluation ;
- mardi 19 janvier : les points importants pour le rapport 2021 (priorités, points de vigilance, sujets manquants...) ;
- Mercredi 20 et jeudi 21 janvier : les points d'attention pour le comité ;
- vendredi 22 janvier : la poursuite de la consultation.

Les échanges avec le comité d'évaluation

Afin que s'engage un dialogue entre les citoyens du panel et les membres du comité d'évaluation, plusieurs modalités d'échange ont été mises en place :

- lors du week-end de travail, plusieurs membres du comité d'évaluation sont venus dialoguer avec l'ensemble du panel, afin d'exprimer leurs attentes et de répondre à leurs questions ;
- le samedi 30 janvier, les panelistes ont pu échanger avec le président du comité d'évaluation ;
- une fois l'avis rédigé par les citoyens, deux d'entre eux, désignés « rapporteurs » par le groupe, l'ont présenté au président du comité d'évaluation ;
- enfin, simultanément à l'adoption du second rapport du comité d'évaluation, celui-ci a adressé à l'ensemble des membres du panel citoyen une lettre de réponse à l'avis citoyen, visant à témoigner de la prise en compte de différents aspects de cet avis dans la note méthodologique.

Les apports de la contribution

Dans son avis (voir complément 14), le panel citoyen a fait part de sa volonté, malgré la difficulté de l'exercice, de voir se prolonger l'exercice d'évaluation participative tout au long du déploiement de la Stratégie. Ils réclament à cet effet que soient fournies davantage de données sur sa mise en œuvre, notamment territoriale, et ses premiers résultats.

Conscients du poids de la crise sanitaire et de ses conséquences sur le calendrier de déploiement de la Stratégie, les citoyens s'alarment de l'augmentation du niveau de pauvreté et de la multiplication des publics concernés. Ils suggèrent d'établir de nouveaux indicateurs et des outils de recensement afin d'en prendre en compte les impacts, notamment dans les domaines du logement, de l'emploi, de la santé, de l'éducation, de

l'accès aux droits sociaux, de la fracture numérique et des besoins énergétiques. Le panel estime en outre que plusieurs thèmes, qui font écho à l'actualité sanitaire et sociale méritent l'attention du comité d'évaluation : la grande pauvreté, dont la définition pourrait gagner à être enrichie ; les personnes qui vont tomber dans la pauvreté du fait de la crise, source de préoccupation majeure et priorité pour l'action ; le non-recours ; l'accompagnement ; le logement et la domiciliation. Les citoyens se montrent en outre favorable à la création d'une prestation sociale pour les 18-24 ans et appellent à traiter avec précaution de la thématique du lien entre niveau de prestations sociales et recherche d'emploi. Enfin, il encourage le comité à se saisir du thème de la petite enfance, pierre angulaire de la philosophie de la Stratégie.

Le comité d'évaluation a pris en compte ces recommandations et poursuit le dialogue avec le panel citoyen, dans la durée.

La consultation du 5^e collège du Conseil national des politiques de lutte contre l'exclusion (2021)

Le dispositif de consultation : le 5^e collège du CLNE

Afin de prendre en compte le regard des personnes plus spécifiquement concernées par les politiques de lutte contre la pauvreté, France Stratégie s'est rapprochée du Conseil national des politiques de lutte contre l'exclusion (CNLE) pour poursuivre la consultation initiée l'an dernier. Celle-ci a immédiatement donné une suite favorable à cette sollicitation et préparé, avec l'appui de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), les modalités de consultation des membres du collège des personnes concernées (aujourd'hui « 5^e collège »). Afin de s'inscrire dans les modalités habituelles de leur sollicitation par le CNLE, les membres du 5^e collège sont réunis sur deux journées, en semaine – cette année le contexte sanitaire a imposé la tenue à distance de ces réunions.

Pour la rédaction du premier avis, le 5^e collège du CNLE avait été accompagné par l'Agence nouvelle pour les solidarités actives (ANSA). Cette année, le secrétariat général du CNLE s'est chargé de cet accompagnement. Le panel était également plus large puisque le 5^e collège a vu le nombre de ses membres passer de 16 à 32 lors de la récente réforme du CNLE. Ce sont tous les membres du 5^e collège qui ont été invités à donner leur avis. Dix-neuf ont effectivement participé à la consultation.

Le calendrier

- 18-19 janvier 2021 : journées de formation/information et de recueil de l'avis des membres du 5^e collège du CLNE ;
- 19-29 janvier 2021 : rédaction de l'avis par le secrétariat général du CNLE et validation par les membres du 5^e collège ;
- 29 janvier : communication de l'avis à France Stratégie.

Le contenu de la formation

Le programme des deux journées de formation et de rédaction de l'avis était le suivant :

Lundi 18 janvier		
9h15 - 9h30	Mot d'accueil	Ouverture par Fiona Lazaar (présidente du CNLE) et Marine de Montaignac (France Stratégie)
9h30 - 10h30	Point d'étape sur la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté	État des lieux sur la mise en œuvre de la Stratégie, présentation des inflexions de la Stratégie depuis la crise du Covid-19 – Intervenant : Francis Bouyer (secrétaire général de la DIPLP)
11h30 - 12h30	Les travaux d'évaluation de la stratégie pauvreté par le comité d'évaluation	- Méthodologie retenue dans le rapport de mars 2020 et travaux du comité en 2020 - Les questions vives/d'intérêt pour le CE - Intervenants : Louis Schweitzer (Président du Comité d'évaluation), Marine de Montaignac (FS)
14h - 15h	Les angles thématiques : l'accompagnement, le RSA jeunes, le non-recours	Sur chacune des thématiques, une présentation du contexte, des enjeux (renforcés avec la crise du coronavirus) et des réponses des politiques actuelles - Le non-recours (intervenant : Antoine Rode Odenore) - L'accompagnement (intervenant : Anne Frétel, économiste, IRES-université de Lille) - Une aide sociale pour les jeunes : (intervenant : Sébastien Grobon, ministère du Travail)
16h - 17h	Échanges avec le comité d'évaluation	- Échanges (questions/réponses) avec le le 5 ^e collège (séance préparée par le CNLE, intervenants : Louis Schweitzer, Emmanuel Gagneux, Patrick Doutreligne, Nicolas Duvoux, membres du comité d'évaluation)
17h-18h	Échanges au sein du 5^e collège	Échanges sur les questions proposées pour le comité d'évaluation aux membres du collège des personnes concernées – intervenants : Marine de Montaignac, France Stratégie et Brigitte Zago-Koch, Secrétaire générale du CNLE

Mardi
19 janvier

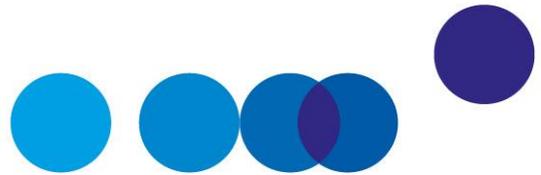
Préparation de la rédaction de l'avis, sur la base du questionnaire suivant, proposé par France Stratégie :

- *Quels sont les points importants que le comité doit garder en tête pour le rapport de mars 2021 ?*
 - *Quels sont les thèmes qui sont prioritaires à vos yeux pour les prochaines études que va lancer le comité d'évaluation (des sujets en particulier, des mesures de la Stratégie en particulier...) ?*
 - *D'après vous, comment le comité peut-il prendre en compte la crise du coronavirus dans l'évaluation de la Stratégie pauvreté ?*
 - *Quel est votre avis sur les sujets que le comité envisage de mettre en avant dans le rapport de mars 2021 (en particulier l'accompagnement, le non-recours et la prestation sociale pour les jeunes de 18 à 25 ans) ? Parmi ces sujets, lesquels vous semblent prioritaires et lesquels vous semblent être manquants ? Avez-vous des demandes ou des suggestions pour la suite de la consultation, par exemple sur la fréquence des échanges avec le comité durant l'année, sur la manière dont se déroulent les consultations, etc. ?*
-

Les apports de la troisième contribution du 5^e collège

Comme lors des précédents avis, les membres du 5^e collège ont insisté sur l'importance de la dimension qualitative de l'évaluation et de la prise en compte du ressenti et de l'expérience des personnes concernées. Ils attendent également une déclinaison territoriale de l'évaluation ainsi qu'un meilleur suivi des moyens financiers et humains mis en œuvre pour le déploiement de la Stratégie, y compris dans le contexte de la crise du Covid-19.

Tout en insistant sur la nécessité de ne pas hiérarchiser ou prioriser les thématiques de la Stratégie, ils partagent avec le comité l'intérêt pour les sujets de l'accompagnement et du non-recours et recommandent que soient étudiés en particulier : la question de la « maltraitance institutionnelle », la mise en œuvre des mesures de simplification administrative ainsi que la qualité de l'accueil et de l'accompagnement. Le 5^e collège s'est également dit favorable à la création d'une prestation pour les jeunes de 18 à 24 ans. Comme le panel citoyen, il est particulièrement attentif à la nécessaire prise en compte des effets de la situation sanitaire dans l'évaluation et souhaitent notamment une réflexion sur l'évolution du nombre et de la typologie des personnes en situation de pauvreté, sur l'impact des fermetures de services, des déscolarisations, de la raréfaction des stages et alternances ainsi que sur les expériences de terrain qui se sont déployées pendant les confinements.



COMPLÉMENT 13

AVIS DU 5^E COLLÈGE DU CNLE



Avis du collège des personnes concernées au comité d'évaluation de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté

Le 29 janvier 2021

Contexte

La ministre des Solidarités et de la Santé a confié à France Stratégie l'évaluation *ex post* de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Afin d'alimenter le travail d'évaluation, France Stratégie a souhaité, à la demande du CNLE auprès du délégué interministériel à la lutte contre la pauvreté (en 2019), recueillir l'avis des personnes concernées afin d'élargir le champ des voix susceptibles de se faire entendre dans la conception de l'évaluation et dans l'interprétation des résultats. L'objectif est en effet de bénéficier de leurs savoirs de vie essentiels que personne ne peut connaître ou exprimer à leur place.

Une **première consultation** des personnes concernées a eu lieu en janvier 2020 dans le cadre de la conception de la méthodologie pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés par la stratégie. Le panel était de 11 personnes concernées. L'avis qui a été rendu par le 5^e collège du CNLE a été annexé au premier rapport du comité d'évaluation, [publié sur le site internet de France Stratégie](#) en mars 2020.

Une **deuxième consultation** a été faite en septembre 2020 dans le cadre de la préparation d'une note du comité d'évaluation sur les effets de la crise du coronavirus sur la pauvreté. La contribution du collège des personnes concernées du CNLE a été annexée à cette note, publiée sur le site internet de France Stratégie le 1^{er} octobre 2020¹.

Pour la **troisième** fois, les personnes concernées sont consultées afin de connaître leur avis sur : l'avancée des travaux du comité d'évaluation depuis janvier 2020 ; des thématiques particulières mises en avant par le comité d'évaluation. Ce troisième avis est transmis au comité d'évaluation pour son propre rapport et sera annexé à celui-ci lors de sa publication prévue en mars 2021.

Le collège des personnes concernées a été consulté en visioconférence en deux temps : une journée d'information le 18 janvier 2021 puis une matinée de concertation le 19 janvier 2021.

Dix-neuf membres du collège des personnes concernées ont contribué à cet avis.

Association référente	Nom	Prénom
ACEPP-UPP	TIHAMI	Yasmina
ACEPP-UPP	CHAKRIT	Gemina
ACEPP-UPP	LELIEVRE	Sylvie
Apprentis d'Auteuil	SALZANO	Sandra
Apprentis d'Auteuil	BENMAA	Sonia
Armée du Salut/CNPA	YOUNES	Yasmina
ATD Quart Monde	MONGUILLON	Nathalie
ATD Quart Monde	SOULIER	Lucienne
Chom'actif	TERNOIR	Sylvain
CHRS l'Avenir	VIRLOGEUX	Dominique
FAS Val de Loire	FOUCHE	Sylvie
FAS Val de Loire	ROULY	Cédric
Habitat et Humanisme	BOUTET	Catherine
Habitat et Humanisme	MARIN	Servio
Pas à pas	GRENIER	Marie-Jeanne
Les petits frères des pauvres	MARCEL	André
Les petits frères des pauvres	DIOP	Fatouma
Secours populaire français	GENDRE	Serge
La tribu de Tachenn	DECLÉ	Coralie

¹ « La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus : recommandations du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté », octobre 2020.

Les personnes concernées du CNLE ont travaillé sur cinq questions principales :

- Quels sont les points importants que le comité doit garder en tête pour le rapport de mars 2021 ?
- Quels sont les thèmes qui sont prioritaires à vos yeux pour les prochaines études que va lancer le comité d'évaluation (des sujets en particulier, des mesures de la Stratégie en particulier, ...) ?
- D'après vous, comment le comité peut-il prendre en compte la crise du coronavirus dans l'évaluation de la Stratégie pauvreté ?
- Quel est votre avis sur les sujets que le comité envisage de mettre en avant dans le rapport de mars 2021 (en particulier l'accompagnement, le non-recours et la prestation sociale pour les jeunes de 18 à 25 ans) ?
- Parmi ces sujets, lesquels vous semblent prioritaires et lesquels vous semblent manquer ?
- Avez-vous des demandes ou des suggestions pour la suite de la consultation, par exemple sur la fréquence des échanges avec le comité durant l'année, sur la manière dont se déroulent les consultations, etc. ?

Le Secrétariat général du CNLE a animé ce temps de réflexion collective, enregistré la parole des personnes concernées pour rédiger un projet d'avis soumis à la relecture et validation des 19 membres présents, avant transmission à France Stratégie.

Question 1 – Quels sont les points importants que le comité doit garder en tête pour le rapport de mars 2021 ?

- **En tout premier lieu les membres du 5^e collège recommandent qu'une attention particulière soit apportée au calcul du taux de pauvreté monétaire officiel au regard de la crise actuelle.**

En effet, dans ce contexte de crise, une baisse générale du niveau de vie est une hypothèse envisageable. Si tel est le cas, celle-ci entraînera mécaniquement une baisse du taux de pauvreté monétaire mais cela ne signifiera pas pour autant qu'il y aura moins de personnes pauvres.

- *Comment alors va être calculé (rectifié) le taux de pauvreté pour refléter la réalité ? Les critères qui sont utilisés aujourd'hui pour définir la pauvreté verront-ils leur pertinence revisitée ?*

Les personnes concernées soulignent que le calcul du revenu médian ne reflète pas les différences territoriales au regard des taux d'efforts plus ou moins importants pour certains

postes de dépenses. Ils souhaitent enfin attirer l'attention sur les effets de toute baisse du taux de référence sur les aides.

Elles rappellent leur préférence pour la notion de « reste à vivre », de « besoins pour vivre », de la définition de budget de référence pour déterminer les situations de pauvreté reflétant mieux les contraintes et disparités territoriales.

- **Les membres du collège attirent l'attention des membres du comité d'évaluation sur l'objectif de la Stratégie qui est de lutter contre la pauvreté et sa reproduction.**

- *Ils souhaiteraient savoir quels moyens financiers et humains ont réellement été mis en œuvre pour atteindre cet objectif en 2020 ?*

- **Les membres du 5^e collège préconisent d'accentuer la communication des données sur les déclinaisons territoriales de la Stratégie pauvreté.**

- *Ils demandent au comité d'évaluation ce qu'il envisage de mettre en place pour aller au-delà d'une vision globale et nationale de la mise en œuvre de la Stratégie ?*

Ils souhaiteraient à cet égard qu'une évaluation territoriale soit réalisée avec une **cartographie de l'évolution de la mise en œuvre par territoire y compris dans les départements et territoires d'Outre-mer** (où en sont-ils dans la mise en œuvre de la Stratégie ?). Cette cartographie portant à la fois sur l'état de la mise en œuvre et les moyens dédiés à la réalisation des objectifs fera ressortir les différences de niveau d'avancement.

Les membres du collège des personnes concernées craignent que l'évaluation des effets de la Stratégie au niveau national entraîne une généralisation qui, si elle ne prend pas en compte les disparités territoriales, risque de ne pas appréhender tous les aspects de la pauvreté et au final d'exclure des personnes en situation de pauvreté.

- **Ils souhaitent que l'implication des personnes concernées soit mieux prise en compte dans l'évaluation**

Les personnes concernées sont parties prenantes dans la mise en œuvre de la Stratégie. Il a plusieurs fois été rappelé que la Stratégie était « faite » pour et par les personnes concernées.

Des groupes devaient être mis en place dans chaque région dans lesquels les personnes concernées devaient représenter 50 % des participants. **Un manque d'intégration** aux travaux au niveau local est rapporté. L'absence de mobilité due à la crise Covid peut en partie expliquer les difficultés rencontrées mais ce qui est également mis en avant concerne l'insuffisance, l'absence d'écoute et de co-construction avec les personnes concernées dans les groupes locaux.

- *Est-ce que le comité d'évaluation dispose des informations lui permettant d'évaluer ce qui a changé au niveau territorial quant à l'implication et la participation des personnes concernées et la mobilisation des associations ?*

Question 2 – Quels sont les thèmes qui sont prioritaires à vos yeux pour les prochaines études que va lancer le comité d'évaluation (des sujets en particulier, des mesures de la Stratégie en particulier, etc.) ?

- **Les membres du 5^e collège alertent sur la question de la maltraitance institutionnelle**

Cette maltraitance qui aboutit à du non-recours à ses droits, renforce les frustrations sur la qualité de l'accompagnement aboutit finalement à une perte de confiance dans les institutions sociales.

À titre d'exemple, la non-réponse des institutions aux demandes des personnes concernées, y compris même aux travailleurs sociaux qui les accompagnent. La complexité administrative, les demandes récurrentes de documents, la mise en place de téléconseillers, la peur de se tromper constituent autant de violences au quotidien.

Des pratiques relatives aux récupérations des indus par la CAF en particulier ont été rapportées. Ces récupérations sont ressenties comme venant sanctionner une action délibérée sans que le droit à l'erreur soit envisagé. Les pratiques semblent disparates (remboursements immédiats sans lissage dans le temps, non-versement de prestation jusqu'à extinction de la dette, non-réponse aux demandes de remise gracieuse) mais l'absence de communication apparaît très partagée au sein du 5^e collège, y compris quand la demande provient d'un travailleur social accompagnant la personne concernée.

- *Les membres du collège des personnes concernées souhaiteraient qu'une étude quantitative sur l'ampleur du phénomène soit menée avec un volet qualitatif qui détaille les pratiques et causes courantes de récupération et recueille les témoignages des personnes qui y ont été confrontées.*

Au-delà de cette demande, les personnes concernées souhaiteraient :

- *Que soit évalué le croisement des données entre administrations et organismes sociaux (application de « dites-le nous une fois » dans le domaine des prestations) ; « Quand notre situation change, par exemple quand on change de département, c'est très long, parfois il faut tout refaire, ne pourrait-on pas centraliser les informations dans un seul endroit, faciliter le partage de données ».*
- *Que soit évalué l'impact du recours au télé conseil sur les démarches administratives et de ses effets sur l'accueil des personnes : respect de la personne,*

temps d'attente...) ; (« on n'est plus dans l'accueil inconditionnel mais dans l'accueil conditionné »)

- *Que soit évalué la qualité de l'entretien plutôt que le résultat à la fois du côté de la personne concernée que de celle qui accueille. Comment mesurer l'écoute ? Les personnes concernées proposent que dans les questionnaires d'évaluation des entretiens un item puisse porter sur la qualité (par exemple : je me sens entendu ; j'ai le sentiment que ma parole a été prise en compte ainsi que mes choix ; j'ai pu être accompagnée par la personne de mon choix ...)*

Les personnes concernées soulignent également que la maltraitance administrative concerne aussi les travailleurs sociaux et les « conseillers administratifs » qui répondent à des directives imposées par leur hiérarchie. À cet égard ils sont vigilants quant à l'impact que pourraient avoir leurs propositions ci-dessus sur les « répondants » eux-mêmes. Ils rappellent que les évaluations proposées n'ont pas pour objet de mettre en cause les personnes mais de voir comment le système impose des pratiques qui les contraignent dans l'exercice de leur écoute.

- **Concernant les mesures de la Stratégie la question de l'accompagnement dans les dispositifs interroge.**

Dans la Stratégie de lutte contre la pauvreté, l'accompagnement est omniprésent (« dès avant la naissance jusqu'à 18 ans et plus ») et sur de nombreux dispositifs.

Les personnes concernées souhaiteraient savoir :

- *Comment les acteurs, quels qu'ils soient (préfectures, mairies, Pôle emploi...) selon les territoires et chacun en fonction de ses compétences se sont emparés de la Stratégie pour accompagner les personnes, les structures ?*
- *S'il est possible d'évaluer la fonction d'accompagnement en elle-même, d'en mesurer les effets, de déterminer ce qu'est « un accompagnement gagnant » ?*

- **En ce qui concerne l'analyse de l'impact de la mise en œuvre de la Stratégie**

La mise en œuvre de la Stratégie se mesure en termes quantitatifs et les membres du collège des personnes concernées souhaiteraient que :

- *l'impact soit mesuré aussi en termes qualitatifs pour prendre aussi en compte le ressenti des personnes ;*
- *la mise en œuvre de la Stratégie soit étudiée au regard de la situation de pauvreté, sans se focaliser uniquement sur les personnes (en quoi la Stratégie a-t-elle, par*

les mesures mises en œuvre, créé un environnement, une sécurité qui évite la reproduction de la pauvreté par exemple).

Question 3 – D’après vous, comment le comité peut-il prendre en compte la crise du coronavirus dans l’évaluation de la Stratégie pauvreté ?

De manière générale, les effets de la crise sur la pauvreté devraient être intégrés à l’évaluation de la Stratégie et permettre d’accroître les moyens alloués à la lutte contre la pauvreté. En effet, la crise sanitaire impacte directement à la fois les personnes déjà identifiées comme en situation de pauvreté mais ajoute également de nouvelles problématiques et de nouveaux publics.

• Concernant des nouvelles problématiques

Les personnes concernées redoutent que la crise sanitaire freine les travaux sur la mise en œuvre de la Stratégie pauvreté : mise en œuvre des mesures, définition de nouvelles priorités, moyens financiers. Elles appellent à la vigilance sur ce point, l’objectif est le maintien du déploiement de la Stratégie.

Elles rappellent que la fermeture de nombreuses structures (écoles, centre d’alternance, associations) et services (services publics, centres sociaux) a renforcé l’isolement des personnes. L’accès à certains soins a été ralenti, des traitements abandonnés et les délais sont aujourd’hui rallongés pour les rendez-vous. Des services ont été supprimés (coupures téléphones, internet). La Covid a engendré non seulement de l’isolement mais aussi du stress et accru les violences notamment intrafamiliales. La généralisation de l’accompagnement à distance du fait de la crise est mentionnée comme une pratique contribuant à éloigner les publics en situation de pauvreté des démarches.

- *Les membres du collège des personnes concernées souhaiteraient connaître parmi les mesures de la stratégie dont la mise en œuvre a été ralentie ou différée quelle est la part de l’impact de la Covid ?*
- *Les moyens des évaluations permettent-ils de mesurer l’effet des fermetures des services sur les personnes en situation de pauvreté au moment de la crise sanitaire ?*
- *L’impact psychologique de la déscolarisation sur les enfants peut-il être mesuré ? Si oui, comment ? idem pour la perte de chance par exemple pour les jeunes en alternance qui ne trouvent pas d’entreprise d’accueil ou de stage ou qui ne pourront assumer financièrement le report de leurs études faute de validation de leur formation ?*

● **Concernant les « nouveaux publics »**

Les membres du 5^e collège s'interrogent sur la prise en compte des « nouveaux pauvres », des personnes en situation de fragilité qui ont basculé dans la pauvreté du fait de la crise.

Ils souhaitent dans le même temps attirer l'attention sur les risques liés à une nouvelle priorisation des publics (les jeunes par exemple) pour que celle-ci ne ralentisse pas la prise en compte d'autres personnes (ceux en grande pauvreté, jeunes en établissement ou sortants de l'ASE par exemple) dont la situation continue de se dégrader.

- *Existe-t-il un moyen d'évaluer, de mesurer cette nouvelle pauvreté ?*

L'ancrage de ces nouvelles personnes dans la pauvreté aura un impact sur les avancées, les objectifs et les moyens de la Stratégie.

- *Comment l'évaluation peut s'adapter à cette situation nouvelle pour évaluer une Stratégie élaborée antérieurement à la crise ?*

À l'instar de ce qui est en cours dans le cadre des travaux du comité scientifique du CNLE, pour intégrer, ces nouvelles problématiques et « nouveaux publics » à l'évaluation, les personnes concernées recommandent en particulier le recueil de récits, la consultation des structures associatives. Ces évaluations pourraient être co-construites par les personnes concernées.

- *Dans le cadre de l'évaluation, il pourrait aussi être tenu compte des initiatives, y compris citoyennes, qui se sont déployées sur le territoire pendant le confinement. Ces pratiques en particulier l'« aller-vers » pourraient être une source d'enseignement pour orienter de futures actions.*

Question 4 – Quel est votre avis sur les sujets que le comité envisage de mettre en avant dans le rapport de mars 2021 (en particulier l'accompagnement, le non-recours et la prestation sociale pour les jeunes de 18 à 25 ans) ? Parmi ces sujets, lesquels vous semblent prioritaires et lesquels vous semblent manquer ?

Tous les sujets proposés sont importants une priorisation n'est pas souhaitée. La question de la domiciliation, de l'importance de disposer d'une boîte à lettre sécurisée a cependant été mise en avant par un participant.

Ceux concernant l'ensemble des thèmes proposés des recommandations ont été faites sur certains points dans les réponses apportées aux questions précédentes (« nouveaux pauvres », gouvernance et approche territoriale).

Les personnes concernées ont souhaité approfondir certains thèmes et s'exprimer particulièrement sur d'autres.

- **Avis sur les sujets proposés**

- *Concernant l'accompagnement*

Les membres du collège des personnes concernées ont noté que des travaux seraient menés sur ce sujet dans le cadre de l'évaluation. Ils souhaitent à cet égard porter à la connaissance du comité quelques points.

L'amélioration de **la qualité de l'accompagnement** est prioritaire pour plus d'efficacité et lutter contre la défiance et la maltraitance, en rappelant que cette maltraitance s'applique non seulement aux personnes mais aussi à leurs accompagnants (cf. question 2).

Ils rapportent que les accompagnements sont souvent accessibles uniquement dans le cadre de dispositifs, limités dans le temps et soldés par des solutions qui sont imposées et non choisies. La réduction des personnes accompagnées à des chiffres et des dossiers est également interprétée comme une déshumanisation. L'envie **d'être entendu mais surtout écouté** prime dans la qualité relationnelle et la construction d'un parcours réellement individualisé. Le besoin de **conseils bienveillants sans ingérence** et non d'obligations fixées dans des contrats revient également comme un point de l'accompagnement à revoir. Les solutions ne doivent pas s'imposer.

Les membres du 5^e collège recommandent aussi la **pluridisciplinarité des équipes** d'accompagnement, la possibilité d'être accompagné par une personne de confiance lors des entretiens, qui ne doivent pas être limités dans la durée, ainsi que celle de **pouvoir changer de référent**. Elles souhaitent également que le **droit de refuser** soit reconnu sans qu'il entraîne de perte de droits.

- *Concernant le non-recours (cf. également question 2)*

Plusieurs réflexions sur le non-recours concernent la connaissance des droits, le cloisonnement des informations, des structures ainsi que leur multiplicité.

La complexité administrative, les difficultés à finaliser les dossiers (pièces demandées impossible à fournir), de la durée des procédures sont également cités comme motifs de non-recours.

(« Quand on est à la rue ou dans des squats souvent on a tout perdu : 6 mois d'attente pour ouvrir le droit au RSA faute de toutes les pièces »)

Comme déjà mentionné la peur de se tromper et d'être redevable peut être source de non-recours alors même que la personne sait que si elle ne demande pas un droit d'autres lui seront inaccessibles (« droits en cascade »).

Les membres du collège des personnes concernées outre les suggestions déjà proposées (questions ci-dessus) attirent l'attention sur le fait que *les données actuelles sur le non-recours mériteraient d'être regardées au travers des préconisations déjà faites sur cette problématique dans des travaux antérieurs afin d'évaluer comment elles ont ou non été prises en compte et ont influé sur les pratiques actuelles (par exemple : simplification des formulaires, implication des personnes concernées dans les structures...).*

➤ *En ce qui concerne la prestation pour les jeunes de 18 à 25 ans*

Les membres du 5^e collège sont plutôt favorables à un revenu pour les jeunes qui soit déconnecté des ressources parentales.

Ils convergent sur le fait que le fléchage « prestation sociale » est restrictif car il enferme dans la sphère sociale et ne reflète pas la totalité des besoins ou aspirations des jeunes vers l'autonomisation. Le souhait est plutôt de raisonner en termes de soutien (moyens de base) apporté par l'État pour que le jeune puisse construire son parcours avec le temps nécessaire pour le faire.

C'est un soutien qui doit avoir pour seul objectif de se construire, faire des choix, avoir de l'ambition, trouver son chemin et faire face avec sérénité aux besoins « primordiaux ».

L'absence de contrainte tant sur le principe que sur la durée des moyens alloués évite « d'entrer » dans une case, un dispositif qui oblige en contrepartie d'une rémunération à accepter d'entrer dans des dispositifs d'accompagnement ou de formation non choisis dans lesquels ils ne se projettent pas.

L'attention est également appelée sur l'âge limite de 25 ans. Certains jeunes n'ont pas de droits ouverts au RSA après 25 ans par exemple les jeunes en étude.

Ils rappellent que dans un premier temps le déblocage d'aides d'urgence doit primer dans l'attente de l'aboutissement de la réflexion sur les contours d'un soutien pérenne.

➤ *Pour ce qui est de la proposition relative à la grande pauvreté*

Des précisions sont demandées. S'attachera-t-on à un chiffrage ? selon quels critères d'évaluation celui-ci sera-t-il réalisé ? Ces critères prendront-ils en compte les raisons de la grande pauvreté et le parcours qui conduit les personnes dans la pauvreté, puis dans la grande pauvreté

« On va toujours plus bas et c'est d'autant plus dur de remonter. »

➤ *Sur le lien entre prestation et recherche d'emploi*

Les personnes concernées souhaitent qu'il soit pris en compte le fait qu'avec un RSA « on survit » et qu'il est difficile de répondre à certaines obligations dès lors que les difficultés de la vie quotidienne n'en laissent pas la disponibilité physique et mentale.

- **Les sujets manquants**

- *La question des personnes invisibles*

Quels seraient les moyens à déployer permettant de rencontrer et rendre visibles les personnes que l'on ne voit pas et qui le plus souvent sont en très grande précarité ?

- **Les parcours des jeunes et enfants placés ;**
- **La question du logement et de l'hébergement ne ressort pas suffisamment ni les actions de lutte contre les expulsions. Aucun retour n'a été réalisé sur les effets de l'interdiction des expulsions locatives pendant l'état d'urgence sanitaire ;**
- **La question de la santé et de l'accès aux soins par exemple les délais d'attente qui obèrent les chances des personnes ou famille en situation de pauvreté de bénéficier de certaines mesures de la Stratégie (par exemple troubles du langage et réussite scolaire) ;**
- **Le public migrant est aussi évoqué comme absent/oublié de cette stratégie ;**
- **Le revenu universel d'activité ;**
- **En termes de territoires : ne pas oublier les territoires d'Outre-mer, ni les zones rurales.**

Question 5 – Avez-vous des demandes ou des suggestions pour la suite de la consultation, par exemple sur la fréquence des échanges avec le comité durant l'année, sur la manière dont se déroulent les consultations, etc. ?

Des échanges réguliers avec les membres du comité d'évaluation sont appréciés.

Les personnes souhaiteraient que ces échanges soient intégrés au CNLE (comité d'évaluation et CNLE et non seulement comité d'évaluation et personnes concernées).

Elles souhaitent enfin un échange entre les différents collèges du CNLE, que les autres collèges s'expriment sur l'avis rendu par le collège des personnes concernées.

Autres préconisations et remarques à destination du comité d'évaluation de la Stratégie

- **Sur l'aspect sémantique, le 5^e collège souligne que la pauvreté n'est pas une condition/catégorie mais une situation**

Ils demandent ainsi à ce que le terme « personnes en situation de pauvreté » soit utilisé plutôt que « les pauvres ».

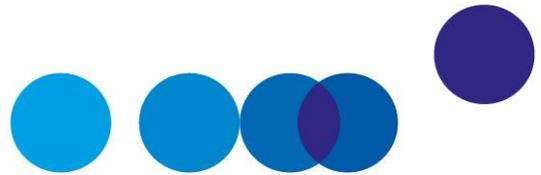
- **Les personnes concernées incitent le comité d'évaluation à produire des analyses qualitatives**

Les personnes à qui s'adressent les mesures doivent être mises en capacité de s'exprimer dessus parce que c'est aussi un moyen d'orienter, de réorienter les politiques publiques.

Au-delà de la quantification des mesures, de l'atteinte des résultats, les membres du collège des personnes concernées attirent l'attention sur le fait que les personnes, les familles doivent être replacées au cœur de la Stratégie. *Les effets de la Stratégie ou l'impact de telle ou telle mesure sur leur situation (situation personnelle et de la famille) pourrait ainsi être analysés.*

- **La question de la temporalité**

Les personnes concernées sont bien conscientes que la temporalité de l'évaluation n'est pas celle de l'urgence. Cependant en demandant que l'évaluation s'adapte à la situation actuelle d'augmentation de la pauvreté liée à la crise sanitaire, elle devrait permettre au regard des résultats déjà obtenus de réévaluer les dispositifs pour les rendre plus performants ou les déployer plus massivement.



COMPLÉMENT 14

AVIS DU PANEL CITOYEN



Comment évaluer la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ?

Janvier 2021

Notre groupe est composé de 23 citoyens, habitant différentes régions de France et agglomérations de tailles différentes. Il est à l'image de la diversité de la population française, que ce soit en termes d'âge, de sexe, de profession, etc. Chacun d'entre nous a une histoire et un rapport à la pauvreté qui lui est propre.

Nous avons été invités à participer à cette concertation citoyenne portant sur l'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, et plus précisément à nous prononcer sur les éléments et les critères qui nous semblent les plus importants à retenir pour évaluer cette stratégie. Il s'agit du **deuxième avis** que nous formulons dans ce cadre.

Après un an, quel regard portons-nous sur la stratégie de lutte contre la pauvreté du gouvernement ?

Le panel citoyen était content de se réunir une nouvelle fois, en présence des membres du comité d'évaluation, afin de poursuivre la réflexion engagée il y a plus d'un an sur l'évaluation de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Malgré la période très perturbée en raison de la crise sanitaire, il était important pour nous de poursuivre les travaux entamés jusqu'ici.

À la suite des interventions du samedi 9 janvier, plusieurs éléments ont positivement marqué notre attention.

- en premier lieu, nous sommes rassurés de constater que les objectifs fixés par la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ont été maintenus malgré le contexte de pandémie ;
- la présentation d'un bilan intermédiaire de la Stratégie nous a permis d'apprendre que certains des objectifs ont été atteints depuis sa mise en application. Nous avons retenu que plus de 82 000 places en crèche ont bénéficié du bonus « Mixité » en 2019, et qu'il y a eu également la mise en place de maraudes mixtes dans dix-sept départements ciblés.

Ces présentations nous ont aussi permis d'approfondir certains aspects de la Stratégie :

- **La formation et l'accompagnement des publics jeunes entre 18-25 ans**, avec l'extension de l'obligation de formation à 18 ans depuis la rentrée 2020 et l'engagement d'une réflexion sur une **prestation sociale pour les jeunes âgés de 18 à 25 ans**.
- **L'approche de la Stratégie, à travers une gouvernance territoriale et la nomination de commissaires régionaux à la lutte contre la pauvreté**, a également retenu notre attention. Bien que le rôle et la mission de ces commissaires restent à préciser, l'idée de **décentraliser**, de mobiliser de nouveaux acteurs, aux profils et compétences diverses, semble aller dans le bon sens.

Néanmoins, cette journée d'échanges n'a pas répondu à toutes nos attentes.

Malgré leur richesse, les interventions nous ont apporté peu d'éléments nouveaux. Nous avons déjà abordé la plupart des thématiques, comme la définition de la grande pauvreté ou le non-recours, ce qui a pu donner à certains d'entre nous un sentiment de « retour en arrière », voire de stagnation.

Pour cette deuxième rencontre avec le comité, il nous a manqué **un véritable bilan d'étape, sur la mise en œuvre la stratégie de lutte contre la pauvreté et son évaluation**. En l'état, il nous est difficile d'appréhender les évolutions concrètes de la Stratégie jusqu'à ce jour.

- Après une année, nous aurions souhaité disposer d'un **« tableau de bord » avec des données précises sur l'état d'avancement des mesures de la Stratégie**, des éléments de comparaison d'année en année, des résultats chiffrés (par exemple, a-t-on observé une baisse de la pauvreté depuis la mise en place de certaines mesures de la Stratégie ? Combien de personnes qui étaient à la rue ont eu accès au logement ? Combien d'enfants de familles en grande difficulté ont pu être accueillis en crèche ?)

- **À l’heure actuelle, nous manquons de données pour mesurer les bénéfices concrets de chaque mesure en matière de lutte contre la pauvreté** : autrement dit, quelle mesure a été mise en place effectivement, et quels sont les résultats qu’elle a produits ? Parmi les objectifs fixés, quels sont ceux qui ont été atteints, et comment ? Quels sont ceux qui ont été reportés, et pourquoi ? Dans le même ordre d’idée, il nous a été dit que l’objectif de mixité sociale dans les crèches a été atteint à 96 %, mais nous ne disposons d’aucun indicateur pour appréhender les bénéfices sur les publics visés : dans les faits, comment ces 96 % ont-ils été mesurés ? Est-ce que la mixité sociale s’est créée davantage ? Est-ce qu’il y a eu des effets positifs en termes d’apprentissage et d’acquisition du langage chez l’enfant, comme il était prévu ? Est-ce que cette mesure a permis aux parents de travailler/de chercher du travail ?
- En l’absence de données chiffrées et de suivi des premiers résultats d’évaluation, **il apparaît toujours aussi complexe de se mettre dans la peau de l’évaluateur**. Pour identifier de nouveaux critères d’évaluation ou éventuellement des axes d’amélioration, nous avons besoin de savoir **quelle est déjà la portée de cette stratégie**.
- Par ailleurs, nous avons l’impression de concentrer le travail d’évaluation sur des mesures à venir ou sur des mesures qui n’existent pas encore, et non sur les actions déjà engagées pour les publics précaires.

Au-delà de ce constat, il nous a semblé que l’impact de la crise sanitaire liée au coronavirus sur la pauvreté n’est pas suffisamment pris en compte dans l’évaluation de la politique publique.

- S’il est encore trop tôt pour prendre la mesure de cette crise, ses **effets sur l’augmentation du niveau de pauvreté sont indéniables et d’ores et déjà perceptibles**, en attestent l’augmentation de la demande d’aide alimentaire, du nombre de demandeurs d’emploi ou du RSA, les impayés locatifs observés au cours du premier confinement... Il est indispensable que ces effets soient **anticipés** dès à présent dans l’évaluation à venir des mesures de la Stratégie.
- Comme nous l’avons souligné dans une note de synthèse sur l’impact de la pandémie sur la pauvreté adressée au comité en septembre 2020, nous sommes persuadés que la crise sanitaire ne peut être qu’un **amplificateur et un accélérateur de la pauvreté**, en maintenant les personnes en situation de précarité dans la pauvreté, en faisant basculer de nouveaux publics dans la pauvreté, par un « effet domino ».
- La crise sanitaire a **déjà un impact important sur des domaines qui sont liés à la Stratégie de lutte contre la pauvreté**, qu’il s’agisse du logement, l’emploi, la santé, l’éducation, l’accès aux droits sociaux, la fracture numérique, les besoins énergétiques...

- Nous savons que **des mesures de la Stratégie ont été retardées** en raison du contexte, à l'instar de la formation des 600 000 professionnels de la petite enfance, de la création de crèches dans les QPV ou encore de la tarification sociale des cantines ;
 - Par ailleurs, **la crise sanitaire vient nuancer les résultats** obtenus sur certains objectifs, comme le bonus de mixité sociale dans les crèches.
- Le contexte actuel a également **un impact sur l'ensemble des publics visés par la Stratégie et même au-delà.**
- À commencer par **les plus jeunes**, qui constituent l'axe prioritaire de la Stratégie mais pour lesquels, paradoxalement, nous n'avons pas obtenu d'indicateurs **de suivi pour pouvoir évaluer l'impact de cette crise sur ces publics** ;
 - L'expérience du confinement a exposé **la petite enfance** à une double fracture numérique et scolaire et, chez les familles les plus précaires, à des conditions de vie dégradées (perte de revenus des parents, logement exigu, sur-occupation...) ;
 - Il nous paraît indéniable que le décrochage scolaire observé au cours du premier confinement est à prendre en considération ;
 - Par ailleurs, la crise accentue les difficultés d'insertion sur le marché du travail pour **les jeunes** (fermeture des entreprises, mise en arrêt de certains secteurs de notre économie, difficultés à trouver un stage ou une alternance...).
- La pandémie a révélé **des « nouveaux pauvres » ayant déjà basculé ou étant susceptibles de basculer dans la pauvreté à moyen et long terme**, soit :
- **Les étudiants** ;
 - **Les personnes en fin de droit de chômage** ;
 - **Les personnes bénéficiaires du chômage partiel**, susceptibles de perdre leur emploi ;
 - **Les indépendants et les autoentrepreneurs** ;
 - **Les dirigeants des petites et moyennes entreprises** ;
 - **Les travailleurs non déclarés** ;
 - **Les personnes dont l'activité est en arrêt** (comme les commerçants, hôteliers, intermittents) ;
 - **Les personnes isolées**, notamment les personnes âgées ;
 - **Les familles monoparentales** ;
 - **Les migrants** ;
 - **Les saisonniers** ;
 - **Les travailleurs frontaliers.**

- Dans ce contexte il est important d'établir de nouveaux indicateurs et pour cela, des outils de recensement nous semblent incontournables.
- Par ailleurs, il est nécessaire de prendre en considération les effets liés aux mesures d'urgence engagées par le gouvernement depuis le début de la crise sanitaire sur le niveau de pauvreté.

Ces constats nous mènent à nous interroger sur **la capacité de la Stratégie de lutte contre la pauvreté à s'adapter à cette nouvelle crise** et, au-delà, sur la façon dont le comité peut prendre en considération ses effets dans son travail d'évaluation.

Notre avis sur les compléments d'action proposés par le comité d'évaluation

Pour la publication de son deuxième rapport, le comité d'évaluation envisage de faire **un focus sur huit thématiques** qu'il a identifiées comme pertinentes dans la réflexion sur la lutte contre la pauvreté.

Il souhaite étudier chacune d'entre elles et éventuellement émettre des recommandations spécifiques à destination des décideurs publics. Dans ce cadre, les membres du comité ont sollicité l'avis du panel citoyen pour qu'il puisse s'exprimer à ce sujet.

De notre point de vue, **il est tout à fait légitime que le comité envisage d'approfondir la réflexion sur ces différents thèmes, spécifiques et complémentaires, qui font écho à l'actualité sanitaire et sociale.**

Nous adressons tout de même aux membres du comité **quelques points de vigilance** sur ces points d'intérêt, qui sont le fruit de nos commentaires lors de nos discussions en sous-groupes ou sur la plateforme.

La grande pauvreté : une définition à compléter à l'aune de la crise sanitaire, sans « repartir de zéro »

Nous avons compris que l'objectif sous-jacent est d'identifier des critères plus tangibles dans le but de mesurer la grande pauvreté et d'agir pour la réduire. Le comité d'évaluation nous a fait part d'une définition qui associe pauvreté monétaire et pauvreté en conditions de vie, ce que nous approuvons.

De l'avis de tous, **la grande pauvreté est un axe majeur de la Stratégie de lutte contre la pauvreté** qui mérite **une attention particulière dans le contexte actuel de crise sanitaire**, pouvant l'amplifier à long terme.

En effet, la grande pauvreté est susceptible de concerner **différents publics, à la fois** :

- **les bénéficiaires de minima sociaux de longue durée**, comme les travailleurs handicapés ou les retraités aux petites pensions ;
- **les personnes qui ne bénéficient pas d'un filet de sécurité sociale**, plus difficile à recenser, soit les personnes sans domicile fixes et les migrants.

Néanmoins, la grande pauvreté est malheureusement **un phénomène structurel, pour lequel il existe déjà des indicateurs de suivi**, à l'instar du taux de pauvreté monétaire et du taux de pauvreté en conditions de vie mesurés.

Nous nous interrogeons ainsi sur **la pertinence d'une nouvelle définition de la grande pauvreté** et craignons, au contraire, que cela ne retarde le travail d'évaluation de la Stratégie.

Face à l'urgence sanitaire et sociale, **la priorité est à l'action et au recensement des publics concernés**. Il nous paraît important d'affiner sans doute les critères d'évaluation mais de ne pas « repartir de zéro ». Pour compléter la définition, nous suggérons d'intégrer **des critères plus immatériels comme l'état psychologique et la détresse**.

« On veut évaluer, quantifier, planifier, soupeser, publier (une tonne de notes) ... mais quand va-t-on réellement agir ? » (Panel citoyen)

Pour recenser les personnes en situation de grande pauvreté, nous suggérons de quantifier :

- **Le nombre de bénéficiaires de prestations sociales**, notamment le RSA ;
- **Le nombre de locataires de logements sociaux et ultra-sociaux** ;
- **Le nombre de personnes sans domicile fixe à la rue**.

Pour le faire, il est nécessaire de solliciter les acteurs de terrain, au plus près de ces populations :

- **Les associations**, à la fois pour recenser les personnes auxquelles elles viennent en aide mais aussi pour proposer un suivi et un accompagnement ;
- **Les centres d'hébergement d'urgence**, notamment pour recenser les personnes à la rue ;
- **Les bailleurs sociaux**, à même d'identifier les personnes en rupture de bail pour non-paiement.

Les nouveaux pauvres : une source de préoccupation majeure pour le panel citoyen

Au cours de nos échanges, la problématique des « **nouveaux pauvres** » révélés par la crise sanitaire et l'expérience des confinements successifs a représenté **une source de préoccupation importante**, que nous avons déjà évoquée. Ce thème est **une priorité, au même titre que la grande pauvreté**, car nous craignons que « **le pire reste à venir** », avec **un réel risque de bascule dans la grande pauvreté pour ces publics à long terme**.

Pour le moment il semble que la précarité des « nouveaux pauvres » – répertoriés au début de l'avis – soit contenue par les aides exceptionnelles mises en place par le gouvernement ; toutefois, **il est urgent de repérer rapidement ces « nouveaux pauvres » – ou ceux susceptibles de le devenir – pour agir et éviter une pauvreté durable**. En effet, **les chances de « rebond » sont plus grandes** pour ces publics s'ils sont repérés et aidés assez tôt.

Pour les recenser, **nous suggérons de prendre en compte plusieurs indicateurs quantitatifs**, comme :

- **Le nombre de bénéficiaires du chômage partiel ;**
- **Le nombre de bénéficiaires des aides exceptionnelles ;**
- **Le nombre de nouveaux demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi ;**
- **Le nombre de fermetures d'entreprises ou de dépôts de bilan.**

Les acteurs qui peuvent jouer un rôle selon nous pour aider au recensement :

- **Les acteurs institutionnels**, comme Pôle emploi, URSSAF, CCI, CAF, CCAS et autres acteurs susceptibles d'anticiper les défaillances ;
- **Les acteurs de terrain, comme les associations caritatives et les banques alimentaires ;**
- **L'Éducation nationale et l'enseignement supérieur** pour repérer les jeunes, les enfants qui sont en rupture scolaire depuis le premier confinement, ceux qui n'ont pas d'équipement numérique.

Par ailleurs, **la situation de ces « nouveaux pauvres », jusqu'ici en dehors du « radar » de la pauvreté, rappelle l'importance du « aller-vers » le citoyen** pour ces publics qui, selon nous, se tourneront plus difficilement vers les services sociaux, soit par manque de connaissance, soit par retenue.

Il nous paraît pertinent d'associer au recensement des **questionnaires qualitatifs afin d'interroger les « nouveaux pauvres » identifiés**. Ces questionnaires pourraient être

distribués par différents acteurs, par exemple à l'inscription en tant que demandeur emploi, ou dès l'attribution d'une aide sociale : interroger sur leur parcours, l'emploi avant la crise et après, les sources de privation (y compris dans le domaine de la culture ou des loisirs).

Le non-recours : une forte incompréhension sur les ressorts et l'ampleur d'un tel phénomène

La difficulté d'accès aux droits sociaux et le non-recours représentent des sujets d'intérêt récurrents pour le panel citoyen depuis le début de la consultation. Nous avons déjà identifié la problématique d'accès aux droits, **avec l'instauration d'un guichet unique**, comme des leviers importants dans la lutte contre la pauvreté.

En tant que citoyens, nous avons nous-mêmes déjà été confrontés à cette problématique d'accès aux droits dans nos démarches quotidiennes. Parmi nous, nombreux sont ceux qui ont dû faire face à des difficultés administratives pour réclamer leurs droits. Il s'agit d'un **phénomène structurel** – en aucun cas lié à la crise sanitaire.

À ce stade, nous identifions **deux principaux points de blocage expliquant en partie le non recours** :

- **Le déficit d'information et d'orientation des bénéficiaires vers les « bons services »** parmi la multitude d'aides existantes ;
- **La lourdeur et la complexité du système administratif français, qui peut être décourageant, même pour les citoyens les mieux informés** (avec des démarches longues et fastidieuses, des difficultés à remplir certains formulaires et à se repérer entre les différents services publics).

Nous retenons néanmoins que les ressorts du non-recours sont multiples et complexes. Il est difficile de mesurer l'ampleur d'un tel phénomène. À ce titre, nous avons été choqués d'apprendre que le taux de non-recours au RSA est estimé à près de 30 % en France.

Ces chiffres ont suscité **une forte incompréhension** et de nombreux débats sur la plateforme :

- Il existe beaucoup de prestations et d'aides sociales en France et nous ne comprenons pas qu'il n'est **toujours pas possible d'identifier les publics bénéficiaires et/ou prioritaires** ;
- Par ailleurs, **comment peut-on estimer le coût du non-recours et ne pas attribuer les aides ?**

- Si l'on n'est pas en mesure de quantifier les bénéficiaires, **comment fait-on pour calculer les budgets des aides ?**

Face à la complexité du système administratif, nous réitérons la proposition d'un « **point d'entrée unique** », qui permettrait d'informer et d'orienter les personnes pour savoir ce qui peut être fait.

Nous n'avons pas été convaincus par la difficulté invoquée concernant l'instauration d'un guichet unique.

- **Il y a des exemples qui démontrent que cela est non seulement souhaitable mais réalisable** : le simulateur *mesdroitssociaux.fr*, indiqué dans l'émission *Capital*, le site *aides-sociales.fr* recommandé par l'un des membres du panel.
- En outre, **de bonnes pratiques existent déjà** :
 - La suppression des numéros surtaxés des services publics, depuis le 1^{er} janvier 2021,
 - Des expériences locales d'« aller-vers » :
 - Des bus qui vont au-devant des administrés dans des régions isolées ;
 - La CAF de certaines municipalités (Bordeaux, Boulay) tente de juguler le non-recours avec un service de *datamining*, des personnels dédiés aux appels vers les personnes concernées ;
 - Une collaboration locale entre les associations et les instances territoriales (conseils régionaux) pour la distribution de téléphones mobiles aux personnes sans domicile fixe. Il s'agit d'un téléphone prépayé qui permet de maintenir le contact entre les associations et les personnes concernées, notamment en cas de détresse ;
 - Dans le même ordre d'idée, l'exemple d'Emmaüs qui a fourni des téléphones mobiles aux personnes désocialisées ou vivant en zone isolée.

Cela demeure essentiel, à la fois pour informer les personnes de leurs droits mais aussi pour les orienter et les accompagner dans les démarches à engager, car le système administratif est trop complexe.

Pour le faire, **des médiateurs dédiés** à cette mission pourraient être désignés.

Nous avons bien compris que le guichet unique n'était pas suffisant et qu'il devait être associé avec le « aller-vers ».

Dans ce cadre, nous identifions **plusieurs pistes à explorer** :

- **Recenser les personnes qui ont droit aux aides non demandées**, en s'appuyant sur des acteurs de terrain (à la fois les associations en contact avec ces publics et les institutionnels) ;

- **Mobiliser les commissaires régionaux** sur la lutte contre le non-recours au niveau local ;
- **Déléguer à certains acteurs du privé des missions d'information** (comme les bailleurs privés ou la banque par exemple, qui est en capacité de savoir si une personne est en difficulté ou non et de l'informer sur ses droits) ;
- **Profiter de la communication entre services publics, à l'instar des impôts ;**
- **Informers les bénéficiaires par une campagne de communication sur ce thème ;**
- **Créer un numéro vert**, autrement dit **donner un repère** pour faciliter un recours aux aides ;
- **Développer l'intelligence artificielle et les outils numériques** afin que les personnels en charge de renseigner puissent déposer des dossiers de demande de prestations sociales.

« Nécessité de répertorier, recenser en établissant une communication automatique entre chaque administration pouvant disposer d'un nom, prénom, d'un numéro : Sécu, CAF, Impôts, hôpitaux, médecins, maraudes, hébergement, mairie, assistante sociale, école, associations bienfaitantes, etc. Avec la création d'un numéro vert, un mail, une adresse, un bureau accessible à tous les professionnels du social pour enfin pouvoir contacter ces invisibles qui ont bien dû une seule fois passer dans un de ces services ! Il ne faut pas attendre qu'ils viennent. » (Panel citoyen)

La prestation sociale pour les jeunes de 18-25 ans : une mesure bienvenue pour le panel citoyen, dont la mise en œuvre semble compromise au regard de l'actualité parlementaire au Sénat

L'idée d'une prestation sociale pour cette tranche d'âge a suscité **de l'enthousiasme** au sein de notre panel. Nous percevons en effet **plusieurs bénéfices concrets** à cette mesure :

- La mise en place d'une aide pour les plus jeunes viendrait **combler le manque de prestations sociales mis en exergue par la crise sanitaire** pour ce segment de la population. En effet, les jeunes figurent parmi ceux qui vont subir de plein fouet les effets de la crise sanitaire et économique, or ils ne bénéficient d'aucun filet de sécurité ;
- Cela permettrait de **corriger les inégalités sociales liées à l'aide parentale**, renforcer l'égalité des chances et agir comme **un tremplin pour l'emploi des jeunes à plus long terme**.

Toutefois, il ne faudrait pas que cette prestation soit une aide supplémentaire qui vienne complexifier et alourdir davantage le système d'aides français. Pour qu'elle soit bénéfique pour les jeunes en situation de précarité, il faut, selon nous, qu'elle s'inscrive dans **une politique de moyen et long terme** et qu'elle soit assortie de **plusieurs conditions d'attribution** pour s'assurer de ses effets positifs en termes d'insertion sur le marché du travail :

- **Une priorité accordée aux jeunes sans emploi, en situation de précarité** ;
- Une **obligation de recherche d'emploi ou de formation** pour les jeunes qui en bénéficient ;
- **Un suivi régulier avec les acteurs au cœur du dispositif** (Pôle emploi, CAF, les Missions locales, l'investissement des entreprises, etc.) ;
- **Une limite de durée** pour le versement de cette prestation, comme pour le chômage.

À terme, pour mesurer l'efficacité d'une telle mesure, nous pourrions évaluer le taux d'insertion sur le marché du travail pour les jeunes qui ont bénéficié de ces aides.

Néanmoins, le rejet par le Sénat de la proposition de loi visant à étendre le RSA aux 18-25 ans nous laisse **sceptiques sur la mise en application d'une telle mesure et**, dans le cadre des travaux du comité d'évaluation, **la nécessité de consacrer un temps de réflexion à ce sujet.**

« Après avoir lu cette info, je me questionne sur les réelles possibilités d'avancer si chaque mesure peut être finalement rejetée ? » (Panel citoyen)

Le lien entre le niveau de prestations sociales et la recherche d'emploi : une thématique à manier avec précaution

Au cours des discussions, **nous ne sommes pas parvenus à trouver un consensus** sur les liens entre le niveau de prestation et la recherche d'emploi. Il s'agit d'un sujet sensible qui a suscité plusieurs débats, principalement autour de **la dégressivité des aides sociales.**

- Pour une partie d'entre nous, ce principe de « dégressivité » pour **inciter les bénéficiaires à trouver un emploi semble être comme un bon compromis** s'il apporte une réelle contribution pour le retour à l'emploi ;
- Pour d'autres, il présente **un risque de stigmatisation** pour ceux qui ne trouvent pas d'emploi, et notamment **pour les publics les plus précaires, qui risquent d'être davantage pénalisés.**

D'une part, c'est une thématique qui relance la question sur le niveau des salaires en France et notamment du salaire minimum. En toute logique, si les salaires étaient moins bas, le calcul entre les aides sociales et le retour à l'emploi ne se poserait pas.

D'autre part, de ce que nous avons appris, ce sujet va se heurter à la disparité des critères de calcul des aides qui existent entre les différents organismes sociaux.

L'effet de l'accompagnement : un thème qui soulève de nombreux doutes en l'absence d'exemples probants

L'accompagnement est **un thème très vaste, plutôt délicat, qui a été peu nourri lors des formations**. Il peut représenter un suivi au plus près de la personne en situation de précarité, avec à la clé **le gain d'une personnalisation**, notamment pour les plus jeunes, mais plusieurs interrogations émergent :

- **Dans quelles circonstances attribuer un accompagnement ?**
- **Quels sont les acteurs en charge de l'accompagnement ?**
- **Quels sont les moyens humains pour réaliser cet accompagnement ?** À ce titre, l'exemple des conseillers Pôle emploi nous paraît peu probant ;
- **Quelle est la frontière entre l'accompagnement et le contrôle ?**

« Des associations de lutte contre la pauvreté ont indiqué que l'accompagnement pouvait être vécu comme du contrôle. Peut-être que le dispositif ou l'accompagnant n'étaient pas adaptés ? S'il y a accompagnement, il faut aussi donner les moyens à l'accompagnant de bien faire son travail (et ne pas prendre exemple sur les conseillers Pôle emploi qui ont tellement de personnes à suivre qu'ils ne peuvent pas faire correctement leur job). » (Panel citoyen)

Nous avons identifié **plusieurs indicateurs pour mesurer les bénéfices liés à l'accompagnement** :

- **Le taux d'insertion sur le marché du travail ;**
- **Le type de contrat trouvé** (emploi à temps plein ou missions de courte durée) ;
- **Le type de logement trouvé ;**
- Des retours d'expérience, par **l'audition des personnes ayant accompagné des bénéficiaires de prestations sociales récemment ;**

- **Interroger les personnes qui sont sorties du système d'aides sociales** pour savoir comment cela s'est fait et connaître l'influence de l'accompagnement.

Le logement et la domiciliation administrative et effective : une priorité absolue

Ce thème rejoint **un domaine déjà cité comme crucial lors de nos précédents travaux, le logement effectif**, qui selon nous reste **une priorité absolue**. C'est un sujet sur lequel il y a eu peu de réponses lors des formations et de la part du comité d'évaluation.

De nombreux liens ont été mis en ligne sur la plateforme et leur lecture nous scandalise quant à la situation des pauvres face au logement, en particulier lorsque des bailleurs n'entretiennent pas leur parc et ne rénovent pas les logements vacants.

- Selon nous, il s'agit d'**un thème qui n'est pas dépendant de la crise sanitaire mais dont les besoins augmentent considérablement avec cette crise** ;
- **La décentralisation peut permettre d'être au plus près des besoins** mais il convient de garantir un contrôle de l'État, notamment lorsque les contractualisations entre l'État et les collectivités territoriales ne sont pas respectées en matière de construction, d'attribution et de réhabilitation des logements sociaux et des logements vacants destinés à l'habitat social.

La gouvernance et l'approche territoriale : un intérêt marqué pour la décentralisation

Nous saluons la volonté d'approche territoriale de la Stratégie qui nous paraît pertinente à plus d'un titre. Les commissaires régionaux sont considérés comme **un nouvel échelon**, qui est appréhendé de manière ambivalente :

- Il y a **un vif intérêt pour la décentralisation, la proximité territoriale** et pour le fait qu'il s'agisse de profils et de parcours divers qui peuvent apporter un regard neuf sur la Stratégie.

« Les premières missions des commissaires nous donneront une première indication sur leur niveau d'influence. Il sera donc intéressant de quantifier leurs interventions, dans quels domaines et d'en analyser les résultats. Une implantation physique de proximité dans les locaux de la préfecture, de la région, etc., favoriserait leur action et démontrerait, déjà, une volonté politique de collaboration étroite avec les instances de décision qui resteront, à mon avis, les services de préfectures et les collectivités territoriales (métropoles). » (Panel citoyen)

- Néanmoins, **de nombreuses questions restent en suspens**, avec la crainte qu'ils ne soient que des relais symboliques, car nous savons désormais qu'ils sont seuls et ont peu de moyens financiers et logistiques :
 - Quel sera le rôle de ces commissaires ?
 - Quelles seront leurs prérogatives, leurs missions, leurs marges de manœuvre ? Ont-ils des objectifs fixés et par qui ? Dans ce cas, nous serions intéressés par la communication de ces résultats ;
 - Quel est leur pouvoir, pourront-ils décentraliser ou atténuer les disparités territoriales et les disparités au sein d'un même territoire ? Seront-ils en capacité d'accorder l'attention particulière que nécessitent les DOM-TOM ?
 - Est-ce que les commissaires vont pouvoir coordonner et mobiliser les acteurs sociaux concernés sur leur territoire ?
 - La création de ces postes de commissaires, leur prochaine audition... n'est-ce pas du retard dans l'action alors que nous sommes déjà la deuxième année de l'évaluation ?

Nous sommes convaincus de leur intérêt mais ces différents éléments nous rendent très pessimistes quant à leur impact sur l'application de la Stratégie.

Après tous les échanges, une question se fait plus prégnante : **en définitive, qui est en charge d'appliquer la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté ?**

Quelle suite à donner à la consultation citoyenne ?

La consultation citoyenne est toujours une expérience enrichissante, mais nous avons été conduits à faire des constats qui étaient peu encourageants.

- **La lenteur de la mise en œuvre des actions ;**
- **Le thème de la petite enfance** qui constituait en grande partie la philosophie de la Stratégie a été **très peu abordé**, et est absent des points d'intérêt du comité d'évaluation ;
- En nous informant, nous avons pu découvrir **une pléthore d'organismes publics ou privés qui agissent autour de la pauvreté**. La visite du site du ministère des Solidarités et de la Santé révèle qu'il y a des consultations citoyennes, des comités de citoyens, des débats publics autour des thèmes débattus... Comment se retrouver entre ces différents acteurs ?
- **Et surtout le manque de premières données et de résultats**. Dans les points d'intérêt, il est évident qu'un premier suivi pour les indicateurs est indispensable, et il était déjà attendu lors des formations le 9 janvier ;

- Après une année, il reste difficile d'avancer dans le travail citoyen sans aucun repère, de se prononcer sans pouvoir constater l'apport des préconisations afin d'y réfléchir, d'améliorer, voire d'innover ;
- Il apparaît une sorte de stérilité à penser à évaluer quand il n'y a pas d'action à évaluer.

*« Je suis fatigué de lutter contre la pauvreté car on essaie de remonter un ruisseau qui se transforme en torrent car la nature (humaine) est bien plus forte que nous (panel) ! »
(Panel citoyen)*

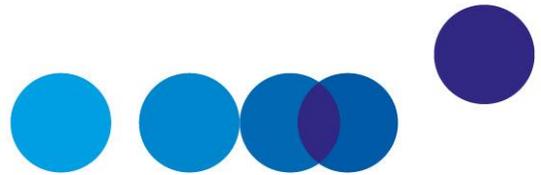
« Les actions semblent tellement difficiles à mettre en place, lointaines, utopiques que cela peut décourager. J'attends une simplification, une rapidité, moins d'analyses, on connaît, on sait, on agit mais gardons l'optimisme. » (Panel citoyen)

Au regard de ces constats, nous formulons **plusieurs attentes et demandes** au comité d'évaluation. Pour les prochaines consultations, nous souhaitons :

- **Obtenir les premiers résultats de l'évaluation**, avec des données chiffrées et des indicateurs sur la situation actuelle, afin de **constater l'efficacité et l'avancée de la Stratégie** ;
- **Obtenir un tableau de bord dans l'esprit d'un échéancier avec les mesures mises en place, les montants dépensés et l'état d'avancement des travaux** ;
- Avoir **un échange direct avec les membres du comité d'évaluation**, pour avoir des réponses aux questions posées, savoir ce qui est recevable en termes de participation du panel citoyen, constater l'avancement du travail entre le comité et les citoyens ;
- **Rencontrer les commissaires régionaux à la lutte contre la pauvreté**, éventuellement sur le terrain, en région ;
- **Connaître le pouvoir d'influence que détiennent ces commissaires, sur des organismes comme la CAF par exemple** ;
- **Rencontrer des acteurs de terrain en lutte contre la pauvreté**, avoir un retour concret de ce que font les acteurs et de ce qui se passe au plus près des personnes pauvres, en particulier les personnes qui interviennent dans les DOM-TOM.

Nous faisons part d'une crainte quant à la **perspective de 2022 et la fin du quinquennat** :

- Nous souhaiterions que l'implication engagée par tous, panel citoyen et comité d'évaluation, ne soit pas remise en cause par les prochaines échéances électorales.
- Il est évident que l'ambition de la Stratégie ne peut se concevoir que dans la durée et donc dans la continuité des travaux déjà engagés.



COMPLÉMENT 15

LES DONNÉES MOBILISABLES

Les ressources mobilisées pour l'évaluation seront nationales et internationales, de natures diverses, quantitatives et qualitatives, sur des thématiques et des temporalités multiples. Ce document se limite à la présentation des données quantitatives et nationales qui pourront servir à l'évaluation. Ces données sont issues de grandes enquêtes annuelles, périodiques ou ponctuelles pour de rares cas, de cohortes et de panels, de modèles de simulation et de bases de données administratives.

Le document se compose de deux parties. La première partie offre une courte description de chacune des données. Ces dernières sont organisées par groupe de mesures. La deuxième partie présente sous forme de tableau les principales informations relatives aux données, à savoir l'organisme de référence, la périodicité lorsqu'il s'agit d'enquête, ainsi que la disponibilité passée et/ou à venir des données, par groupe de mesures.

Petite enfance et éducation

- L'enquête Filoué, *Fichier localisé des usagers des EAJE*, de la CNAF permettra de suivre les caractéristiques des enfants accueillis dans les établissements d'accueil de jeunes enfants et de leurs familles. La prochaine édition, à partir de données 2018 fera l'objet d'exploitations à partir de début 2020. Elle portera sur un échantillon de plus de 2000 EAJE avant une généralisation progressive à partir de l'année 2020.
- Les panels d'élèves de la DEPP (panel 2007 du second degré, panel 2011 du premier degré, panel de la maternelle prochainement) pourront apporter des informations sur les parcours et les résultats scolaires des élèves, ainsi que sur leurs caractéristiques individuelles et collectives.
- L'enquête ES-PE, *Établissements et services de la protection de l'enfance*, de la DREES, fournira des informations sur l'activité des établissements et services de la protection de l'enfance, le personnel en fonction et le profil des enfants et jeunes adultes accueillis dans

ces structures. L'enquête est quadriennale. La dernière date de 2017 et la prochaine sera effectuée en 2021.

- L'enquête *Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants* de la DREES offrira un panorama complet des solutions de garde adoptées par les parents pour leurs jeunes enfants, au regard de leurs contraintes professionnelles. Les résultats de la prochaine enquête 2021 seront disponibles au printemps 2022, faisant suite à l'enquête de 2013.
- L'enquête annuelle PMI, *Protection maternelle et infantile*, de la DREES permettra d'apporter un recueil des données sur les personnels et activités des services de PMI, les établissements et services d'accueil de la petite enfance (accueil collectif, familial, assistantes maternelles), ainsi que sur la formation, le contrôle et l'accompagnement des assistantes maternelles.
- Les enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés de la DREES, d'une périodicité biennale, seront une source d'information sur l'état de santé des jeunes enfants et des adolescents à l'échelle nationale.
- La cohorte ELFE, Étude longitudinale française depuis l'enfance, de l'INED et l'Inserm permettra d'examiner les informations sur le bon développement, la santé, la scolarité, l'alimentation, la vie familiale et sociale ou encore l'environnement d'une génération d'individus nés en 2011. Ses premières données sont disponibles jusqu'aux 3 ans des enfants ; les données relatives aux 5 ans des enfants seront mises à disposition dans les mois à venir. La cohorte a pour ambition de suivre cette génération d'individus sur vingt ans.
- La *Lettre* et le [rapport annuel](#) de l'ONAPE seront utiles pour obtenir des données sur l'état et l'évolution de l'accueil du jeune enfant en France.
- Des données de l'ACCOS, de la CAF, de l'ONPE et du SNIIRAM pourront également être mobilisées.

Santé

- Le panel santé (cohortes à la rentrée 2013 et 2014) des élèves en situation de handicap (nés en 2001 ou en 2005) de la DEPP sera utile pour obtenir des données sur les élèves scolarisés en milieu ordinaire (écoles et établissements scolaires du second degré de l'enseignement public et privé) et dans les établissements médico-sociaux.
- L'enquête annuelle *Aide sociale* de la DREES permettra le recueil auprès des conseils départementaux des informations sur les bénéficiaires des aides sociales, les personnels de ces collectivités et les dépenses relevant de l'aide sociale départementale. La [dernière enquête](#) a été publiée en août 2020.
- L'enquête ES-DS, *Établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale*, de la DREES permettra d'apporter des informations sur l'activité des

établissements et services pour adultes et familles en difficulté sociale, sur le personnel en fonction et sur le profil des personnes accueillies dans ces structures. La prochaine édition est prévue pour 2021, succédant à celle de 2016.

- L'enquête sur les contrats modaux de la DREES fournira des informations sur l'activité des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, la population qu'elles couvrent et les garanties qu'elles offrent. Les résultats de 2016 sont disponibles depuis cette année ; ceux de 2019 le seront en 2021.
- Les enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés de la DREES, d'une périodicité biennale, seront une source d'information sur l'état de santé des jeunes enfants et des adolescents à l'échelle nationale.
- Le dispositif SRCV, Statistiques sur les ressources et conditions de vie, de l'INSEE sera utile pour obtenir des informations sur les revenus (de l'année civile précédant la collecte), la situation financière et les conditions de vie des ménages. Le recueil des données est annuel.
- Les données de l'AMC (ACPR, déclaration TSA), de la CAF, des comptes de la santé (DREES), de l'EDP-Santé, du Fonds CSS, de Pôle emploi, du SDNS, du SNIIRAM-DCIR (CNAM) et de l'UNOCAM.

Logement

- L'enquête ES-DS, *Établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale*, de la DREES permettra d'apporter des informations sur l'activité des établissements et services pour adultes et familles en difficulté sociale, sur le personnel en fonction et sur le profil des personnes accueillies dans ces structures. La prochaine édition est prévue pour 2021, succédant à celle de 2016.
- La cohorte ELFE, Étude longitudinale française depuis l'enfance, de l'INED et l'Inserm permettra d'examiner les informations sur la santé, la scolarité, l'alimentation, la vie familiale et sociale ou encore l'environnement d'une génération d'individus nés en 2011. Elle comporte des données sur le mal-logement. Ses premières données sont disponibles jusqu'aux 3 ans des enfants ; les données relatives aux 5 ans des enfants seront mises à disposition dans les mois à venir. La cohorte a pour ambition de suivre cette génération d'individus sur vingt ans.
- Fidéli, Fichiers démographiques sur les logements et les individus, de l'INSEE fournira une base de données statistiques sur les logements et leurs occupants. La collecte des données est annuelle.
- L'enquête *Sans Domicile 2012* de l'INSEE offrira une estimation du nombre de personnes sans domicile en 2012, une description des caractéristiques des sans-abri et des sans-domicile et des difficultés d'accès au logement.

- Le fichier Filocom, Fichier des logements à l'échelle communale, du SDES constitué tous les deux ans, permettra d'obtenir des données rapprochées entre la taxe d'habitation et les informations foncières et fiscales des ménages.
- L'enquête *Logement*, réalisée par l'INSEE jusqu'en 2013, sera pilotée par la SDES et réalisée par IPSOS en 2020. Elle permettra d'obtenir une description des conditions de logement des ménages et de leurs dépenses en logement. Les résultats seront publiés en 2021.
- Les données de l'ANAH, de la CAF, de la Fondation Abbé Pierre, de l'ONPE, du SI SIAO, de la Ville de Paris.

Droits sociaux

- Le système d'information I-milo, système d'information des missions locales, des missions locales financé par la DGEFP sera utile pour connaître le nombre de jeunes accueillis en mission locale et les différents événements ayant eu cours dans leur parcours d'insertion.
- L'enquête BMS, *Bénéficiaires de minima sociaux*, de la DREES fournira des informations sur les conditions de vie des bénéficiaires des minima sociaux. Réalisée environ tous les six ans, la dernière étude date de 2018.
- ENIACRAMS, Échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux, de la DREES est un panel annuel de bénéficiaires ou d'anciens bénéficiaires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux d'âge actif. Il permettra de suivre l'évolution de la situation des individus, non seulement dans les compléments de revenus d'activité et les minima sociaux ainsi que par rapport au chômage (indemnisé ou non) mais aussi par rapport à l'emploi salarié.
- L'enquête annuelle OARSA, *Orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA*, de la DREES permettra d'obtenir auprès des collectivités territoriales des informations telles que les effectifs des bénéficiaires du RSA, la part des personnes orientées, la répartition par organisme référent unique, le délai entre la date de la demande de RSA et celle de la première orientation vers un parcours d'insertion.
- Les RI-Insertion, Remontées individuelles sur l'insertion, de la DREES fournira une base de données statistique sur l'orientation, l'accompagnement et l'insertion des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA). Ce projet est lancé par la DREES en 2019, en vue d'une collecte prévue au quatrième semestre 2020 et d'une première mise à disposition de la base prévue mi-2021.
- FiLoSoFi, Dispositif sur les revenus localisés sociaux et fiscaux, de l'INSEE permettra de disposer d'indicateurs sur les revenus déclarés et disponibles à l'échelle communale, supra-communale et infra-communale, ainsi que d'indicateurs de niveau de vie, d'inégalité et de pauvreté à un niveau local infra-départemental. Le recueil des données est annuel.

- L'enquête ENRJ, *Enquête sur les ressources des jeunes*, de l'INSEE offrira une description fine des différentes ressources des jeunes adultes. La dernière enquête date de 2014.
- Le dispositif SRCV, Statistiques sur les ressources et conditions de vie, de l'INSEE sera utile pour obtenir des informations sur les revenus (de l'année civile précédant la collecte), la situation financière et les conditions de vie des ménages. Le recueil des données est annuel.
- L'appariement entre l'enquête *Emploi* et le fichier historique de Pôle emploi (2012-2015) de la DARES, l'INSEE et Pôle emploi permettra d'identifier et de dénombrer les inscrits en catégorie A non chômeurs au sens du BIT et les chômeurs BIT non-inscrits en catégorie A.
- Le modèle INES, développé par la DREES, l'INSEE et la CNAF fournira des simulations sur les effets de la législation sociale et fiscale française.

Accompagnement, formation et emploi

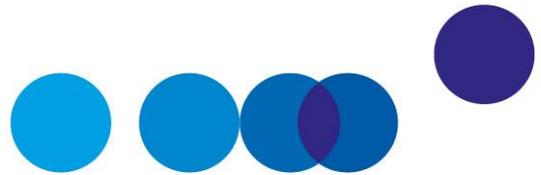
- Le système d'information I-milo, système d'information des missions locales, des missions locales financé par la DGEFP sera utile pour connaître le nombre de jeunes accueillis en mission locale et les différents événements ayant eu cours dans leur parcours d'insertion.
- La Base Brest, gérée par la DARES donnera des informations sur l'entrée en formation d'une partie des jeunes de moins de 18 ans sans recouvrement. Elle paraît avec I-Milo. Elle donnera lieu à une publication annuelle de la DARES sur la formation des personnes en recherche d'emploi et servira à alimenter la base PMT d'Eurostat et de l'outil de conjoncture du marché du travail.
- Le traitement TRAJAM, Trajectoires des jeunes appariées aux mesures actives du marché du travail, de la DARES fournira une base de données statistiques permanente permettant de suivre les trajectoires professionnelles des jeunes (16-25 ans voire les 16-30 ans) ayant participé à des mesures actives du marché du travail (accompagnement, formation et contrats aidés). La première version du panel a été finalisée en 2020, un travail méthodologique de redressement et calcul de pondérations est en cours.
- Les enquêtes annuelles IVA et IPA, *Insertion dans la vie active et Insertion professionnelle des apprentis*, de la DEPP permettront de mesurer l'insertion des sortants des formations professionnelles de lycée ou de CFA, sept mois après la fin de leur formation initiale.
- L'enquête annuelle *Aide sociale* de la DREES permettra le recueil auprès des conseils départementaux des informations sur les bénéficiaires des aides sociales, les personnels de ces collectivités et les dépenses relevant de l'aide sociale départementale.
- L'enquête BMS, *Bénéficiaires de minima sociaux*, de la DREES fournira des informations sur les conditions de vie des bénéficiaires des minima sociaux. Réalisée environ tous les six ans, la dernière étude date de 2018.

- Les RI-Insertion, Remontées individuelles sur l'insertion, de la DREES fournira une base de données statistiques sur l'orientation, l'accompagnement et l'insertion des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA). Ce projet a été lancé par la DREES en 2019, en vue d'une collecte prévue au quatrième semestre 2020 et d'une première mise à disposition de la base prévue mi-2021.
- L'enquête annuelle OARSA, *Orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA*, de la DREES permettra d'obtenir auprès des collectivités territoriales des informations telles que les effectifs des bénéficiaires du RSA, la part des personnes orientées, la répartition par organisme référent unique, le délai entre la date de la demande de RSA et celle de la première orientation vers un parcours d'insertion. La [dernière enquête](#) a été publiée en octobre 2020.
- L'enquête annuelle *Emploi en continu* de l'INSEE qui vise à observer le marché du travail de manière structurelle et conjoncturelle, fournira des mesures sur les concepts d'activité, de chômage, d'emploi et d'inactivité tels qu'ils sont définis par le Bureau international du travail (BIT). La [dernière enquête](#) est paru en mars 2021.
- L'enquête annuelle EVA, *Entrée dans la vie adulte*, de l'INSEE et la DARES permettra d'obtenir des informations auprès des jeunes sortis du système éducatif sur leur entrée dans la vie adulte et de mettre en regard leur parcours scolaire avec leur insertion professionnelle. L'enquête aborde le motif d'arrêt des études, la situation professionnelle ainsi que les conditions de vie. La collecte aura lieu du 1^{er} mars au 7 juillet 2021.
- L'enquête annuelle relative aux actions de la Mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS), alimentée pour les académies, permettra de connaître le nombre de jeunes qui ont pu bénéficier d'un accompagnement dans le cadre de la MLDS et leur devenir après cet accompagnement.
- L'indicateur suivi par l'OCDE dans son *Panorama de l'éducation/Transition de l'école au travail : jeunes hommes et femmes déscolarisés sans emploi de 15-19 ans et 20-24 ans*, dans les pays de l'OCDE permettra d'apporter des informations à ce sujet. Les données les plus récentes datent de 2019.
- L'appariement entre l'enquête *Emploi* et le fichier historique de Pôle emploi (2012-2015) de la DARES, l'INSEE et Pôle emploi permettra d'identifier et de dénombrer les inscrits en catégorie A non chômeurs au sens du BIT et les chômeurs BIT non-inscrits en catégorie A.
- Les données issues du fichier historique de Pôle emploi.
- Les données de la DEPP (comme les flux de sortants précoces du système éducatif de plus de 16 ans, taux de scolarisation par âge), de la Journée défense et citoyenneté (JDC), du Système interministériel d'échange d'information (SIEI), du Système d'information de l'Éducation nationale (SIEI), du Système d'information de l'Enseignement supérieur (SISE).

Source	Organisme	Périodicité	Disponibilité	
			Passée	Prochaine
Petite enfance et éducation				
Enquête Filoué	CNAF	-	Précédente en 2015	À partir des données de 2018, premières analyses en 2020
Panel de la maternelle	DEPP	-	-	Constitué en 2020, lancé en 2022
Panel du premier degré	DEPP	-	2011-2016	-
Panel du second degré	DEPP	-	2007-2013	-
Enquête ES-PE	DREES	Tous les 4 ans	2017	2021
Enquête <i>Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants</i>	DREES	Tous les 5-7 ans	Précédente en 2013	Prochaine en 2021, résultats en 2022
Enquête PMI	DREES	Annuelle	-	-
Enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés	DREES	Biennale	2019	-
Cohorte ELFE	INED, INSERM	-	-	Cohorte de 20 ans (2011-2031)
<i>Lettre et rapport de l'ONAPE</i>	ONAPE, piloté par la CNAF	Annuelle	2020	2021
<i>Autres sources de données</i>	<i>ACCOS, CAF, ONPE, SNIIRAM</i>	-	-	-
Santé				
Panel santé des élèves en situation de handicap	DEPP	-	Rentrée 2013 et rentrée 2014	-
Enquête <i>Aide sociale</i>	DREES	Annuelle	-2020	-2021
Enquête ES-DS	DREES	Tous les 4 ans	2016	2021
Enquêtes sur les contrats modaux	DREES	Ponctuelle	Résultats 2016 dispo. en 2019	Résultats 2019 disponibles en 2021
Enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés	DREES	Biennale	2019	-
Dispositif SRCV	INSEE	Annuelle	-	-
<i>Autres sources de données</i>	<i>AMC (ACPR, déclaration TSA), CAF, comptes de la santé (DREES), EDP-Santé, Fonds CSS, Pôle emploi, SDNS, SNIIRAM-DCIR (CNAM), UNOCAM</i>	-	-	-
Logement				
Enquête ES-DS	DREES	Tous les 4 ans	2016	2021
Cohorte ELFE	INED, INSERM	-	-	Cohorte de 20 ans (2011-2031)
Fidéli	INSEE	Annuelle	-	-
Enquête <i>Sans Domicile</i>	INSEE	-	Précédente en 2012	-
FILICOM	SDES	Biennale	-	-

Enquête <i>Logement</i>	INSEE/SDES	Ponctuelle	2013	2021 (la collecte d'oct. 2019 à juillet 2020)
<i>Autres sources de données</i>	<i>ANAH, CAF, Fondation Abbé Pierre, ONPE, SI SIAO, Ville de Paris</i>	-	-	-
Droits sociaux				
I-milo	DGEFP	Continu	-	-
Enquête BMS	DREES	Tous les 6 ans environ	2018	-
ENIACRAMS	DREES	Annuelle	-	-
Enquête OARSA	DREES	Annuelle	-	-
RI-Insertion	DREES	-	-	Mise à disposition des bases de données mi-2021
Filosofi	INSEE	Annuelle	-	-
ENRJ	INSEE	Ponctuelle	2014	-
Dispositif SRCV	INSEE	Annuelle	-	-
Appariement entre l'enquête <i>Emploi</i> et le fichier historique de Pôle emploi (période 2012-2015)	DARES-INSEE-Pôle emploi	-	Premiers résultats en juillet 2019	-
Modèle INES	INSEE-DREES	-	-	-
Accompagnement, emploi, formation				
I-milo et base Brest	DGEFP	Continu	-	-
TRAJAM	DARES	-	-	2020
Enquêtes IVA et IPA	DEPP	Annuelle	-	-
Enquête <i>Aide sociale</i>	DREES	Annuelle	2020	2021
Enquête BMS	DREES	Tous les 6 ans environ	2018	-
RI-Insertion	DREES	-	-	Mise à disposition des bases de données mi-2021
Enquête OARSA	DREES	Annuelle	2020	2021
Enquête <i>Emploi en continu</i>	INSEE	Annuelle	2020	2021
Enquête EVA	INSEE-DARES	Annuelle	-	2021
Enquête relative aux actions de la Mission de lutte contre le décrochage scolaire	MLSD	Annuelle	-	-
Appariement entre l'enquête <i>Emploi</i> et le fichier historique de Pôle emploi (2012-2015)	DARES-INSEE-Pôle emploi	-	Premiers résultats en juillet 2019	-
Fichier historique	Pôle emploi	Trimestriel	-	-
<i>Panorama de l'éducation/Transition de l'école au travail</i>	OCDE	-	2019	-
<i>Autres sources de données</i>	<i>DEPP, JDC, SIEI, SIEI, SISE</i>	-	-	-

Source : France Stratégie



COMPLÉMENT 16

LES ÉVALUATIONS ET ANALYSES MENÉES ET À VENIR DES ADMINISTRATIONS

Pour son travail d'évaluation, le comité s'appuiera sur des évaluations et des analyses.

Ce document présente à la fois les évaluations, passées et à venir, de dispositifs mis en place dans la Stratégie et les analyses effectuées par les administrations sur ces dispositifs. Ces travaux sont organisés par groupes de mesures.

Petite enfance et éducation

- L'évaluation à venir du programme « Parler Bambin » financée en grande partie par « La France s'engage », ainsi que par la CNAF. Ce programme vise à encourager et favoriser le développement du langage dès le plus jeune âge. Les résultats sont attendus en 2021. L'ANSA est en charge de l'évaluation.
- L'évaluation des crèches à vocation d'insertion professionnelle (Avip) effectuée par la CNAF et financée sur des fonds européens. Cette étude s'articule autour de deux volets : l'évaluation des effets et l'identification des conditions de réussite du dispositif (volet 1) et la conception et le test sur deux départements des outils d'accompagnement permettant d'accompagner la stratégie de déploiement du dispositif AVIP (volet 2). La construction du système d'information (SI) et le suivi des profils pourra être effectif à partir du mois de juin 2020, date de clôture de la plateforme d'appels à projets du fonds social européen (FSE). Les résultats sont attendus en 2021.
- Les évaluations nationales à l'entrée du CP. Ces évaluations sont conçues par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) en collaboration étroite avec le Conseil scientifique de l'éducation nationale (Csen) et la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) ;

- La Direction des statistiques, de l'évaluation et de la recherche (Dser) de la CNAF, a conduit une étude visant à comparer l'attribution des bonus « Mixité » et la part d'enfants vivant dans une famille sous le seuil de pauvreté accueillis en EAJE sur l'année 2019. Pour conduire cette comparaison, sachant que le bonus « Mixité » a été mis en place en 2019, et que « Filoué » porte sur les données 2018, l'octroi du bonus a été simulé à partir des participations familiales connues dans la base Filoué. Cette première étude reste exploratoire et devra être confirmée sur un échantillon représentatif robuste dans les prochaines années.
- L'étude de la DIPLP auprès des communes et des établissements publics de coopération intercommunale sur la tarification sociale des cantines scolaires et la distribution de petits déjeuners dans les écoles. Cette étude vise notamment à identifier les freins à la mise en place de la mesure de tarification sociale des cantines et pourrait mener à un paramétrage de la mesure. L'étude pourra être menée sur le premier semestre 2021. Des analyses quantitative et qualitative de la mesure doivent être réalisées. Parmi les livrables attendus figure une cartographie exhaustive des communes et tarifications.

Santé

- L'analyse par la DREES de l'évolution de la couverture par une complémentaire santé de la population entre 2014 et 2017 (suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise), par âge, statut d'emploi, niveau de vie à partir des sources EHIS 2014 et SRCV 2017, publiée en octobre 2020.
- Les travaux en cours de la DREES sur le taux de recours à la CMUC/ACS à partir du modèle de microsimulation Inès.
- L'étude de la DREES sur l'état de santé, la couverture maladie et le renoncement aux soins prévue au premier trimestre 2021, faite à partir de l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux* de 2018.
- L'étude *Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018* de la DREES, publiée en février 2020.
- L'enquête BMS, *Bénéficiaires de minima sociaux*, de la DREES.
- L'étude de la DREES sur l'état de santé et le renoncement aux soins prévue pour 2021, effectuée à partir de l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux* de 2018.

- L'étude *Complémentaire santé solidaire : des personnes à la santé plus fragile* du Crédoc de janvier 2020.
- Le rapport annuel du Fonds de la complémentaire santé solidaire prévu par l'article L.862-7 du CSS.
- Le rapport annuel 2019 sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé du Fonds de la complémentaire santé solidaire.
- L'enquête ES-DS, *Établissements et services en faveur des adultes et familles en Difficulté Sociale*, de la DREES.
- Le répertoire FINESS, Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

Accompagnement, formation et emploi

- L'évaluation du dispositif des entretiens giratoires par la CNAF prévue pour publication en 2021.
- Les résultats sur le bilan des missions locales par la DARES sont prévus en 2021.
- L'évaluation de l'accompagnement intensif des jeunes demandeurs d'emploi effectuée par Pôle emploi en 2016. La note de synthèse de l'évaluation en 2017 est [disponible en ligne](#).
- L'évaluation de l'expérimentation de la Garantie jeunes par un comité scientifique présidé par Jérôme Gautié. Le rapport final d'évaluation de février 2018 est [disponible en ligne](#). Suite à cette période d'expérimentation dans plusieurs départements, la Garantie jeunes a été généralisée à toute la France y compris aux départements d'Outre-mer.
- L'évaluation de l'expérimentation territoriale pour la réduction du chômage de longue durée par son comité scientifique présidé par Olivier Bouba Olga. Le rapport intermédiaire du comité scientifique d'évaluation a été publié le 25 novembre 2019 ([disponible en ligne](#)) et le rapport final est prévu pour début 2021.
- Par ailleurs, une évaluation économique de l'expérimentation a été effectuée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) ([disponible en ligne](#)). Ce rapport IGAS-IGF s'inscrit en complémentarité avec les travaux d'évaluation du comité scientifique prévus par la loi qui examinent plus globalement l'impact sur les personnes participant à l'expérimentation et sur les territoires.

- Le rapport du conseil d'orientation des politiques de jeunesse *Les jeunes au cœur du futur service public de l'insertion* publié en juillet 2020 ([disponible en ligne](#)).
- L'étude sur les effets de l'accompagnement sur le devenir des salariés en insertion de la DARES de septembre 2018. L'étude est [disponible en ligne](#). Le document d'étude sur les trajectoires des bénéficiaires de l'IAE, Insertion par l'activité économique, par la DARES. Le document d'étude de janvier 2019 est [disponible en ligne](#).
- L'étude de la DARES : *Dares Analyses* n°2020-006, Cindy Reist, février 2020, « Les jeunes ni en études, ni en emploi, ni en formation (NEET) : quels profils et quels parcours ? » ([disponible en ligne](#)).
- L'étude de la DARES : *Dares Résultats* n°2020-008, Olivier Frances, février 2020, « L'insertion par l'activité économique en 2018. Une baisse des embauches contrebalancée par une hausse du temps de travail » ([disponible en ligne](#)).
- L'étude de la DARES : *Dares Document d'études* n° 2019-227, Sonia Bellit, janvier 2020, « Les salariés en insertion par l'activité économique : quels parcours avant l'entrée ? Quelles perspectives à la sortie ? » ([disponible en ligne](#)).
- L'étude de la DARES : *Dares, Document d'études* n° 2018-224, Véronique Rémy, septembre 2018, « Quels effets de l'accompagnement sur le devenir des salariés en insertion ? » ([disponible en ligne](#)).
- L'étude de l'INJEP : *INJEP Analyses et synthèses* n°31, Quentin Francou, janvier 2020, « Les "NEET", des ressources et des conditions de vie hétérogènes », à partir de l'*Enquête nationale sur les ressources des jeunes* (ENRJ) 2014 produite par la DREES et l'INSEE en 2014 ([disponible en ligne](#)).
- L'étude de la DREES sur les freins à l'emploi, la recherche d'emploi et la situation d'activité prévue en 2021, à partir de l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux* de 2018.
- Une étude de la DREES sur l'accompagnement prévue en 2021 à partir de l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux* de 2018.
- Une étude prévue pour le premier semestre 2021 de la DREES sur les jeunes en foyers de jeunes travailleurs (FJT) à partir de l'enquête ES-DS, *Établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale*.
- Le document d'étude sur les demandeurs d'emploi et leur accompagnement par le service public de l'emploi par la DARES en 2021. Le document reposera sur des données 2014-2017, antérieures à la mise en place du plan Pauvreté, et sans focus sur les salariés les plus pauvres.

- À partir du panel ENIACRAMS, *échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux*, la DREES prévoit de publier en 2021 des études sur :
 - Le retour à l'emploi, la sortie des minima sociaux et la pérennité de cette sortie ;
 - L'emploi non salarié des bénéficiaires ;
 - L'accompagnement et la formation par Pôle emploi pour les bénéficiaires qui y sont inscrits.
- L'étude de Pôle emploi : Pôle emploi *Éclairages et Synthèses* n° 47, François Avenir, Eric Renard, Nicolas Subileau, Renaud Garrigues, novembre 2018, « L'accompagnement global des demandeurs d'emploi : une réponse adaptée aux besoins d'un public particulièrement fragilisé », évaluation du dispositif d'accompagnement global des demandeurs d'emploi ([disponible en ligne](#)).
- Deux enquêtes *ad hoc* sur les trajectoires des jeunes sortis de l'ASE :
 - L'*Étude longitudinale sur l'autonomisation des jeunes après un placement* (ELAP), dirigée par Isabelle Frechon (Printemps-CNRS/UVSQ/INED).
 - L'*Étude relative aux modalités d'accompagnement des jeunes de 16 à 21 ans de l'aide sociale à l'enfance mises en œuvre par les services départementaux de l'ASE*, menée par le cabinet ASDO, finalisée en mai 2020 ([disponible en ligne](#)).

Logement

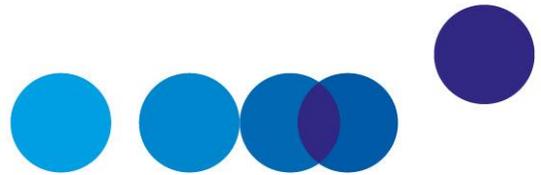
- L'étude de la DREES sur la prise en charge des familles dans les centres d'hébergement prévue pour le 1^{er} semestre 2021 à partir de l'enquête ES-DS 2016.
- L'étude de la DREES sur les conditions de logement et le statut d'occupation prévue au premier trimestre 2021 à partir de l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux* de 2018. Elle est parue en janvier 2021 ([disponible en ligne](#)).
- L'étude sur la mesure du phénomène de cohabitation intergénérationnelle présumée subie en France, à partir des données FILOCOM et de l'enquête nationale *Logement*, de la SDES à paraître.

Droits sociaux

- L'évaluation du dispositif des entretiens giratoires par la CNAF qui devrait être publiée en 2021.

- L'évaluation de la prime d'activité par la DGCS. Le rapport d'évaluation de 2017 est [disponible en ligne](#).
- L'évaluation du dispositif « Rendez-vous des droits » par la DREES de 2020 est [disponible en ligne](#). L'évaluation de l'accompagnement global des demandeurs d'emploi effectuée par Pôle emploi en 2017. La note de synthèse de l'évaluation en 2018 est [disponible en ligne](#).
- Les travaux de recherche sur la mesure du non-recours aux prestations sociales (à l'aide du modèle INES) menés par deux post-doctorats à la DREES depuis 2019.
- L'étude qualitative sur le non-recours à la prime d'activité et l'étude sur les prestations internationales de la CNAF.
- L'étude de la DREES sur l'accompagnement prévue en 2021 à partir de l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux* de 2018.
- Les études de la DREES sur la [vie sociale](#) et les [conditions de vie](#) des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité parues en 2020 à partir de l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux* de 2018.
- Les travaux de recherche sur la mesure du non-recours aux prestations sociales (à l'aide du modèle INES) menés par deux post-doctorats à la DREES, financés par la DIPLP. Ces travaux ont démarré en 2019 pour deux ans.
- L'évaluation de l'expérimentation des référents de parcours par la DGCS de mars 2018 est [disponible en ligne](#).
- Bilan de l'expérimentation d'un coffre-fort numérique, par l'UNCCAS et la DGCS, septembre 2017 ([disponible en ligne](#)).

L'étude sur l'évolution du nombre et du profil des bénéficiaires avant et après revalorisation de la prime d'activité de la DREES à l'automne 2021.



COMPLÉMENT 17

NOTE SUR LA PAUVRETÉ EN FRANCE (INSEE)



Direction générale

Direction des statistiques démographiques et sociales
Département des ressources et des conditions de vie des ménages

Note N°2021_6564_DG75-F301 à l'attention du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

Par **Valérie Albouy**, cheffe du département des ressources et des conditions de vie des ménages

Montrouge, le 19 mars 2021

En 2018, 9,3 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire en France métropolitaine. Ce seuil est fixé par convention en Europe à 60 % du niveau de vie médian de la population de chaque pays, et s'élève en 2018 pour la France à 1 063 euros par mois. Il correspond à un revenu disponible mensuel de 1 595 euros pour un couple sans enfants et de 2 232 euros pour un couple avec deux enfants de moins de quatorze ans. Parmi les 9,3 millions de personnes pauvres, 5,3 millions ont un niveau de vie inférieur à 50 % du niveau de vie médian de la population, soit 885 euros par mois.

Le taux de pauvreté monétaire, c'est-à-dire la part de personnes pauvres dans la population, est de 14,8 % en 2018. Il augmente de 0,7 point par rapport à 2017. La baisse des allocations logement induite par la réforme de la réduction du loyer de solidarité explique une part importante de la hausse du taux de pauvreté en 2018. Selon l'estimation avancée réalisée à l'automne 2019, si l'on neutralisait la baisse des allocations logement

induite par la réduction du loyer de solidarité, la hausse du taux de pauvreté serait réduite de 0,4 point. Le reste de la hausse serait lié à une plus faible progression des revenus d'activité en dessous de la médiane et, dans une moindre mesure, aux autres évolutions de la législation affectant le niveau de vie des plus modestes (gel du barème et baisse de 5 euros des aides au logement, réforme de la prestation d'accueil du jeune enfant). Au cours de ces vingt dernières années, le taux de pauvreté est à son minimum en 2004, à 12,7 %. Il est ensuite remonté entre 2005 et 2007, puis plus fortement après la crise économique de 2008. Après une baisse en 2012 et 2013, il a peu varié entre 2014 et 2017.

Selon l'estimation avancée publiée à l'automne 2020, le taux de pauvreté monétaire diminuerait de 0,3 point en 2019 pour atteindre 14,5 %. La publication de l'indicateur mesuré pour 2019 est prévue à l'été 2021. Une première estimation des indicateurs de pauvreté et d'inégalités pour l'année 2020 devrait être publiée en fin d'année 2021.

La moitié des personnes pauvres a un niveau de vie inférieur à 855 euros mensuels en 2018. L'intensité de la pauvreté, qui mesure l'écart du niveau de vie médian des personnes pauvres au seuil de pauvreté, est stable à 19,6 %. Sur longue période, l'intensité de la pauvreté a progressivement diminué de 1996 à 2002 et varie depuis entre 19,0 % et 20,1 %, à l'exception d'un point haut en 2012 (21,4 %).

Figure 1 – Taux de pauvreté monétaire depuis 1996



Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 1996-2004 ; Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005-2018.

Les premiers déterminants de la pauvreté sont la situation d'activité et la configuration familiale

En 2018, les chômeurs et adultes inactifs (hors retraités) ont des taux de pauvreté plus de trois fois supérieurs à celui des actifs occupés : 37,8 % des chômeurs et 32,7 % des adultes inactifs (hors retraités) vivent sous le seuil de pauvreté, contre 8,4 % des actifs occupés. Pour autant, occuper un emploi ne met pas à l'abri de la pauvreté : un peu plus de 2 millions de personnes en emploi ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté des retraités est relativement faible, de 8,7 % mais a augmenté de 1,1 point entre 2017 et 2018, si bien qu'il est désormais plus élevé que celui des actifs occupés (+ 0,2 point sur un an) ; le taux de pauvreté des chômeurs augmente plus légèrement (+ 0,2 point).

Les écarts avec les chômeurs se sont accentués au cours des vingt dernières années : depuis 1996, alors que le taux de pauvreté des chômeurs a augmenté (+ 2,6 pt), celui des retraités et des actifs occupés a légèrement diminué (resp. - 0,9 et - 0,6 point). Cette relative stabilité depuis 20 ans contraste avec les vingt années précédentes, marquées notamment par une forte diminution de la pauvreté parmi les retraités et une augmentation continue chez les actifs.

Au sein des actifs ayant déjà travaillé, les taux de pauvreté des ouvriers et des employés, respectivement de 15,2 % et de 13,1 % en 2018, sont beaucoup plus élevés que ceux des professions intermédiaires (5,6 %) ainsi que des cadres et professions intellectuelles supérieures (3,5 %). Les agriculteurs et indépendants ont un taux de pauvreté encore plus élevé, de 22,4 %.

En ce qui concerne les ménages d'âge actif¹, ce sont les couples sans enfant et les couples avec un ou deux enfants qui sont les moins touchés par la pauvreté : les taux de pauvreté des personnes vivant dans ces ménages sont de 7,1 % et 9,3 % respectivement. À l'inverse, les familles monoparentales et les couples avec trois enfants ont des taux de pauvreté élevés : respectivement 35,3 % et 23,1 % en 2018. Le niveau de vie des familles monoparentales, très présentes parmi les familles pauvres, a en outre été davantage pénalisé par la réforme des aides au logement : une famille monoparentale sur deux (50,4 %) bénéficie d'une allocation logement, contre 22 % de l'ensemble des ménages. Pour les membres d'une famille monoparentale, le taux de pauvreté augmente fortement en 2018 (+ 1,7 point), sans tenir compte de la baisse des loyers dans le parc social. Le taux de pauvreté des personnes vivant dans un ménage composé d'un couple avec un ou deux enfants s'accroît bien plus faiblement (+ 0,4 point sur un an).

¹ Dont la personne de référence a moins de 65 ans.

Au cours des vingt dernières années, la structure de la pauvreté a été très affectée par les évolutions des configurations familiales survenues pendant cette période. En 2018, 2,3 millions de personnes pauvres vivent en famille monoparentale, et 1,8 million dans un ménage composé d'un couple avec trois enfants ou plus. Depuis 1996, ce nombre a augmenté de 1,2 million de personnes pour les familles monoparentales et diminué de 743 000 personnes pour les familles nombreuses. Cette évolution est due conjointement à l'augmentation du nombre de personnes vivant en famille monoparentale (de 4,2 à 7,1 millions de personnes) et à l'aggravation de leur situation : leur taux de pauvreté a augmenté de 6,9 points sur la période. Le phénomène inverse est observé pour les couples avec trois enfants ou plus, qui deviennent relativement moins fréquents dans la population, et dont le taux de pauvreté a diminué de 4,1 points sur la période, principalement entre les années 1996 et 2008.

2,9 millions d'enfants vivent dans un ménage pauvre

En 2018, un tiers des personnes pauvres sont des enfants, soit 2,9 millions d'enfants pauvres. Leur taux de pauvreté est plus élevé que celui de l'ensemble de la population : 21,0 % d'entre eux sont en situation de pauvreté, soit plus d'un enfant sur cinq (+ 0,9 point entre 2017 et 2018). Au-delà du fait que les familles nombreuses sont plus souvent pauvres, la pauvreté des enfants s'explique notamment par la situation sur le marché du travail des parents. Ainsi, 42 % de ces enfants pauvres vivent dans un ménage au sein duquel aucun parent ne travaille.

En regardant conjointement la situation sur le marché du travail et la configuration familiale, on constate que les enfants vivant avec un seul parent, celui-ci étant sans emploi, sont très exposés à la pauvreté : 78 % sont pauvres. 23 % des enfants pauvres sont dans cette situation, soit 688 000 enfants.

Tableau 1 – Répartition des enfants selon le statut de pauvreté et la configuration familiale (en %)

	Enfants non pauvres	Enfants pauvres
Parents en couple	83	57
Deux parents en emploi	62	11
Un seul parent en emploi, l'autre chômeur ou inactif	17	36
Aucun des deux parents en emploi	3	9

Parent isolé	15	38
En emploi	13	15
Chômeur ou inactif	2	23
Autre ménage	2	5
Ensemble	100	100

Champ : France métropolitaine, enfants vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétropolées 1996-2004 ; Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005-2018.

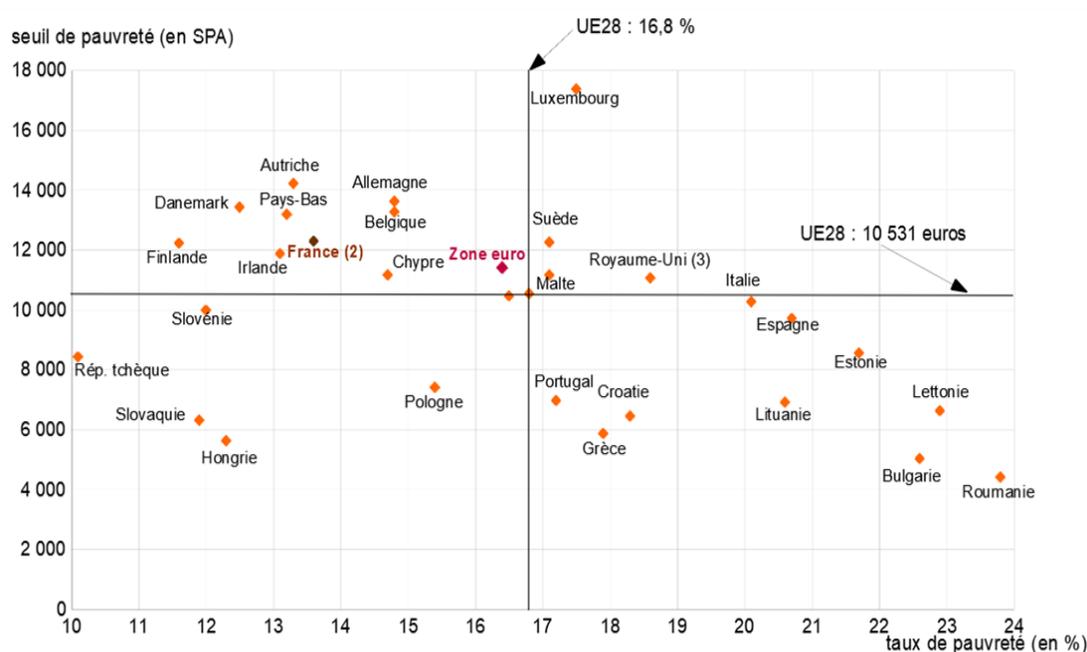
La France a un des taux de pauvreté monétaire parmi les plus faibles de l'UE

En 2018, la France a un taux de pauvreté monétaire relativement faible dans l'Union européenne. Selon l'enquête SILC¹, il s'élève à 13,6 % contre 16,8 % en moyenne en Europe². Le taux de pauvreté monétaire est particulièrement bas en Finlande, ainsi qu'en République tchèque, en Slovénie et en Slovaquie, mais ces trois pays ont des seuils de pauvreté beaucoup plus faibles que la France en valeur absolue (resp. de 31 %, 19 % et 49 %). Le seuil de pauvreté étant défini de manière relative, il varie en effet d'un pays à l'autre en fonction du niveau de vie médian. À l'inverse, plus d'une personne sur cinq vit sous le seuil de pauvreté monétaire dans 10 pays dont l'Italie et l'Espagne, ces deux pays ayant en outre des seuils de pauvreté inférieurs à la France en valeur absolue.

¹ Des différences de champ et de méthodologie expliquent l'écart entre ce chiffre et le chiffre de référence au niveau national (14,1 %). L'enquête SILC est comparable entre les pays de l'Union européenne.

² UE à 27, hors Croatie et y compris Royaume-Uni.

Figure 2 – Seuil et taux de pauvreté dans l'Union européenne en 2018



Note : Donnée SILC-2018 portant sur l'année 2017. Les données du Royaume-Uni portant sur l'année 2018 (SILC-2019) ne sont pas disponibles

Champ : individus vivant dans un ménage de l'Union européenne à 28 pays.

Source : Eurostat, dispositif EU-SILC.

La pauvreté en conditions de vie

La pauvreté monétaire repose sur le fait de disposer d'un niveau de vie inférieur à un certain seuil de la distribution des niveaux de vie dans la population. Il s'agit donc d'une mesure unidimensionnelle au sens où elle repose sur un indicateur unique, et relative au sens où elle classe les personnes en fonction de leur position dans l'ensemble de la distribution des niveaux de vie. Cet indicateur n'épuise pas le concept de pauvreté. Pour le compléter, des indicateurs de pauvreté non-monnaire ou en conditions de vie ont été conçus. Ils sont fondés sur la mesure des conséquences de la faiblesse des revenus et les adaptations du mode de vie qu'elle nécessite : privations, impossibilités d'acquérir ou de consommer certains biens, d'assurer certains éléments de confort ou enfin d'honorer certaines dépenses obligatoires. Si le nombre cumulé de difficultés ou de privations dépasse un certain seuil, la personne est considérée comme pauvre en conditions de vie.

La **privation matérielle et sociale** mesure la proportion de personnes qui déclarent au moins cinq restrictions matérielles parmi une liste de 13. C'est un indicateur harmonisé au niveau européen, qui a vocation à remplacer l'ancien indicateur de pauvreté en conditions de vie, qui n'était utilisé qu'en France.

En 2019, 13,0 % de la population est en situation de privation matérielle et sociale en France métropolitaine. Le chiffre pour 2020 sera connu au premier trimestre de 2021. En 2014, première année disponible pour cet indicateur, le niveau de l'indicateur était au plus haut (13,6 %). Il a ensuite diminué pour osciller entre 12 et 13 % entre 2015 et 2018. Il progresse en 2019 pour atteindre 13,0 % (+0,5 point). La difficulté la plus fréquemment rencontrée parmi celles entrant dans cet indicateur est celle de ne pas pouvoir faire face à une dépense inattendue d'un montant de l'ordre du seuil de pauvreté mensuel (environ 1 000 euros) : c'est le cas, en 2019, de près d'un tiers des personnes résidant en France métropolitaine. Vient ensuite le fait de ne pas pouvoir s'offrir une semaine de vacances hors de son domicile, une difficulté rencontrée par un quart des personnes. À l'inverse, seulement 2 % des Français déclarent ne pas pouvoir payer un accès à internet.

Privations matérielles et sociales et niveau de vie sont très corrélés : 38,5 % des personnes en dessous du 1^{er} quintile de niveau de vie sont en situation de privation matérielle et sociale, 16,9 % de celles entre le 1^{er} et le 2^e quintile, et moins de 1 % de celles au-dessus du 4^e quintile. Ainsi, 44 % des personnes en situation de privation matérielle et sociale sont aussi en situation de pauvreté monétaire en France, ce qui représente 5,7 % de la population totale.

Vivre en couple plutôt que seul protège contre les privations matérielles. Les ménages les plus en difficulté sont les familles monoparentales (29,2 % contre 6,1 % seulement pour les couples sans enfant). Les personnes au chômage sont également particulièrement touchées (36,4 %). Mais occuper un emploi n'en protège pas complètement : 17,6 % des employés et 18,6 % des ouvriers sont en situation de privation matérielle et sociale. Cette situation concerne également 11,6 % des indépendants (artisans, commerçants et chefs d'entreprise) En revanche, le taux de privation matérielle et sociale est faible parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (1,7 %). Par ailleurs, les retraités sont 11,0 % à être dans cette situation. De même que la catégorie socio-professionnelle, le type de diplôme influe fortement sur le fait de subir des privations matérielles et sociales : 20,5 % des personnes sans diplôme (ou d'un diplôme du niveau du BEPC) sont touchées contre 4,3 % seulement des personnes détentrices d'un diplôme de niveau Bac+2 ou plus.

Les femmes sont plus touchées que les hommes par la pauvreté matérielle (14,4 %, contre 11,5 % en 2019). Les classes d'âge actif, et particulièrement les personnes de 45 à 60 ans, sont davantage en situation de pauvreté matérielle et sociale que les plus jeunes, les moins de 30 ans, ou les retraités, 17,7 % des personnes résidant dans l'agglomération parisienne sont touchées par la pauvreté matérielle contre 12 à 16 % des personnes vivant dans une plus petite unité urbaine. Le taux de privations matérielles et sociales est le plus bas pour les personnes vivant en milieu rural (9,9 %).

Définitions

Le **revenu disponible** comprend les revenus d'activité (y compris indemnités de chômage), retraites et pensions, les revenus du patrimoine et les autres prestations sociales (prestations familiales, allocations logement et minima sociaux). Tous ces revenus sont nets des impôts directs et des prélèvements sociaux.

Pour comparer le revenu de ménages de tailles et de compositions différentes, on divise le revenu disponible d'un ménage par son nombre d'unités de consommations pour obtenir le **niveau de vie**. Les **unités de consommation** tiennent compte du nombre de personnes, mais aussi du fait que ces personnes réalisent des économies en vivant ensemble (sur les dépenses de logement par exemple).

Pauvreté matérielle et sociale

Établi en 2017, l'indicateur de privation matérielle et sociale de l'Union européenne est défini comme la proportion de personnes vivant en ménage ordinaire (c'est-à-dire hors logements collectifs et habitations mobiles) incapables de couvrir les dépenses liées à au moins cinq éléments de la vie courante sur treize considérés comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable. Les treize éléments sont les suivants :

- avoir des impayés de mensualités d'emprunts, de loyer ou de factures d'électricité, d'eau ou de gaz ;
- ne pas pouvoir se payer une semaine de vacances par an hors du domicile ;
- ne pas pouvoir se payer un repas contenant de la viande, du poulet ou du poisson (ou l'équivalent végétarien) au moins tous les deux jours ;
- ne pas pouvoir faire face à une dépense imprévue d'un montant proche du seuil mensuel de pauvreté (environ 1 000 euros pour la France) ;
- ne pas pouvoir se payer une voiture personnelle ;
- ne pas pouvoir maintenir le logement à bonne température par manque de moyens financiers ;
- ne pas pouvoir changer les meubles hors d'usage par manque de moyens financiers ;
- ne pas pouvoir se payer des vêtements neufs ;
- ne pas posséder au moins deux paires de bonnes chaussures par manque de moyens financiers ;

- ne pas pouvoir dépenser une petite somme d'argent pour soi sans avoir à consulter quiconque ;
- ne pas pouvoir se retrouver avec des amis ou de la famille au moins une fois par mois pour boire un verre ou pour un repas par manque de moyens financiers ;
- ne pas pouvoir avoir une activité de loisir régulière par manque de moyens financiers ;
- ne pas avoir accès à Internet par manque de moyens financiers.

Sources utilisées

L'enquête *Revenus fiscaux et sociaux* (ERFS) est la source de référence sur les niveaux de vie et la pauvreté monétaire en France métropolitaine. La situation des personnes (familiale, professionnelle, en matière de logement) y est connue *via* la réponse à une grande enquête statistique nationale (l'enquête *Emploi*). Cette enquête est ensuite enrichie par des données administratives pour la connaissance des revenus (données fiscales et données des caisses de sécurité sociale pour les prestations sociales non imposables).

Le champ de cette enquête couvre une population de 63,1 millions de personnes fin 2018. Il comprend les personnes vivant en France métropolitaine et appartenant à des ménages ordinaires dont la personne de référence n'est pas étudiante et dont le revenu déclaré à l'administration fiscale est positif ou nul. Il exclut donc les personnes résidant en institution ainsi que les personnes sans domicile.

L'enquête SILC (ou SRCV pour Statistiques sur les revenus et les conditions de vie dans sa version française) est une enquête menée dans chaque pays européen avec une méthodologie coordonnée, qui interroge les ménages sur leurs conditions de vie et leurs revenus. C'est la source de référence en France pour la pauvreté en conditions de vie. En France, cette enquête bénéficie du même dispositif d'appariement avec des sources fiscales et sociales pour une connaissance précise des revenus (dans d'autres pays européens, ces revenus peuvent être déclaratifs). Cette enquête est la source de référence pour la comparaison des niveaux de vie et de la pauvreté en Europe. Les résultats issus de cette enquête sur la pauvreté et les inégalités en France peuvent légèrement différer de ceux d'ERFS, et on considère généralement ERFS plus fiable (car s'appuyant sur un échantillon d'enquêtés plus grand).

Encadré 1 – Pauvreté monétaire dans les Dom

Les chiffres présentés dans cette note se rapportent à la seule France métropolitaine. L'INSEE mesure les revenus dans toute la France, et notamment dans les Dom mais avec des méthodologies parfois différentes. En effet, des problèmes de qualité des données administratives dans certains Dom, notamment sur les adresses, empêchent d'utiliser dans ces territoires les données administratives comme l'INSEE le fait en métropole. Ainsi, les données administratives sont exploitables pour la mesure des revenus à La Réunion et en Martinique mais pas dans les autres Dom. Dans ces territoires, l'INSEE réalise régulièrement des enquêtes spécifiques et mesure les revenus sur une base déclarative. L'enquête utilisée est une enquête sur la consommation, l'enquête *Budget de famille*. Cette enquête est réalisée tous les cinq ans environ, à la fois dans les Dom pour lesquels on peut s'appuyer sur des sources administratives pour la mesure des revenus, et dans les Dom où on ne le peut pas.

Les derniers résultats pour l'ensemble des Dom, tirés de l'enquête de 2017, mettent en lumière des taux de pauvreté élevés dans les Dom. Une personne sur trois vit sous le seuil de pauvreté national en Guadeloupe et en Martinique (resp. 33 % et 34 %). Le taux de pauvreté monétaire est également particulièrement élevé à La Réunion (42 %), en Guyane (53 %) ainsi qu'à Mayotte (77 %). Ces taux de pauvreté sont plus bas quand on calcule la pauvreté en référence à un seuil de pauvreté local : ils s'établissent alors dans une fourchette de 16 % à La Réunion à 42 % à Mayotte.

En Martinique et à la Réunion, des dispositifs basés sur les données administratives sont produits annuellement. Les derniers résultats sur les revenus de 2017, mesuraient un taux de pauvreté de 38 % pour La Réunion, et de 29 % pour la Martinique, et soulignaient que les prestations sociales avaient un poids trois fois plus important dans le revenu des ménages que celui qu'elles ont en métropole.

Encadré 2 – Les revenus des personnes sans domicile

Dans les enquêtes auprès des ménages sur lesquelles se fondent les dispositifs de mesure des revenus ERFs et SRCV, seules les personnes vivant dans des logements dits « ordinaires » sont interrogées, c'est-à-dire celles vivant dans un logement personnel et non collectif. Les personnes sans domicile, c'est-à-dire faisant appel à des services d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid, etc.) ou dormant dans des lieux non

prévus pour l'habitation, qui sont bien sûr dans des situations de grande pauvreté ont fait l'objet de deux enquêtes spécifiques réalisées par l'INSEE et l'INED en 2001 et en 2012, les enquêtes *Sans Domicile*.

En 2012, l'enquête *Sans Domicile* dénombrait 143 000 personnes sans-domicile en France métropolitaine. Parmi ces personnes, 66 300 étaient des adultes francophones vivant dans une agglomération de plus de 20 000 habitants. Leur revenu mensuel médian par unité de consommation était de 430 euros le mois précédant l'enquête.

La principale source de revenu déclarée par les sans-domicile était le revenu de solidarité active (RSA, 30 %). Venaient ensuite les revenus du travail (25 %), les allocations de chômage (8 %), l'allocation d'adulte handicapé (AAH, 7 %), la retraite ou le minimum vieillesse (6 %) puis l'argent versé par une association (5 %). 14 % d'entre eux déclaraient n'avoir perçu aucun revenu, allocation ou aide provenant d'un organisme public ou d'une association le mois précédant l'enquête.

Enfin, quatre sans-domicile sur dix avaient des dettes à rembourser. Le montant moyen de ces dettes était de près 4 000 euros et de 5 330 euros pour les sans-abri, c'est-à-dire les personnes dormant dans un lieu non prévu pour l'habitation.

Références

Delmas F. et Guillauneuf J. « En 2018, les inégalités de niveau de vie augmentent », *Insee Première*, n° 1813, septembre 2020.

Blasco J. et Gleizes F., « Qui est pauvre en Europe ? Deux figures différentes de la pauvreté, par l'approche monétaire ou par la privation matérielle et sociale », in *La France dans l'Union européenne*, coll. « Insee Références », avril 2019.

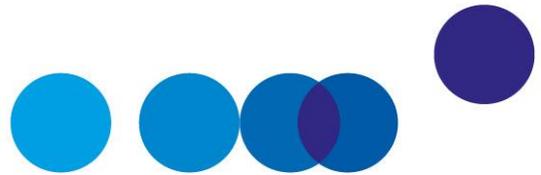
Les revenus et le patrimoine des ménages, coll. « Insee Références », édition 2018.

Audoux L., Mallemanche C. et Prévot P., « Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte », *Insee Première*, n° 1804, juillet 2020.

« Statistiques publiques dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer », *Insee Méthodes*, n° 135, septembre 2019.

« Revenu, niveau de vie et pauvreté en 2018 : Enquête *Revenus fiscaux et sociaux* (ERFS) », *Insee Résultats*, octobre 2020.

« Pauvreté en conditions de vie de 2004 à 2018 – Enquête SRCV », *Insee Résultats*, octobre 2020.



COMPLÉMENT 18

VERS UN REVENU DE BASE POUR LES JEUNES DE 18 À 24 ANS ? ÉTAT DE LA RECHERCHE ET PROPOSITION D'EXPÉRIMENTATION

*Document de travail produit par **Élise Huillery** (Université Paris-Dauphine), membre du comité d'évaluation de la Stratégie pauvreté, **Sébastien Grobon** (DARES et CES) et **Arthur Heim** (conseiller scientifique, France Stratégie)*

Le système socio-fiscal français est construit autour d'un principe de dépendance des jeunes adultes envers leurs parents qui explique en particulier l'absence d'aide monétaire de droit commun pour les jeunes de moins de 25 ans. Ce principe perdure également en raison de la croyance en des effets pervers liés au versement d'une prestation à des jeunes, qui n'a pourtant pas été confirmée par des travaux empiriques. Le seul dispositif existant est la Garantie jeunes, construite autour d'un accompagnement intensif donnant accès à une prestation monétaire. Pour les étudiants, les bourses sont d'un montant insuffisant pour réellement permettre de compenser une aide parentale trop faible. Cette note vise à fournir des éléments de réflexion et une piste d'expérimentation en vue de l'introduction d'une prestation plus large à destination des jeunes adultes.

1. Une prestation pour les jeunes adultes qui semble nécessaire, mais dont certains effets donnent lieu à débat

Les données existantes sur la situation financière des jeunes font état d'une situation de détresse financière pour certains jeunes sans emploi, en emploi peu rémunéré ainsi que certains étudiants, ce qui pose la question de l'introduction d'une prestation de soutien au revenu pour ces publics. Les jeunes sont globalement une des populations les plus

touchées par la pauvreté¹. Une dépendance des jeunes adultes envers les ressources parentales est induite par des politiques publiques axées sur l'aide aux familles d'une part et la crainte d'effets pervers si une prestation était versée directement aux jeunes adultes d'autre part : cette logique laisse les jeunes d'origine sociale modeste sans accompagnement financier vers l'autonomie. L'enquête ENRJ menée par la DREES et l'INSEE en 2014 a montré tant l'importance des aides monétaires et dépenses totales consenties par les parents pour les jeunes adultes que leur répartition inégale selon le revenu et la position sociale des parents². Particulièrement préoccupante apparaît la situation des jeunes sans emploi ni formation (NEET), peu aidés par des parents plus souvent d'origine modeste, peu diplômés et dont la situation difficile risque de perdurer : sur les 960 000 NEET recensés en 2018, la moitié l'était depuis un an au moins³. La crise sanitaire a rappelé les limites, pour les étudiants et à plus forte raison pour les jeunes NEET, de ce système reposant uniquement sur l'aide parentale et sur des revenus d'appoints tirés de petits boulots. En période de crise, les difficultés du marché du travail et les pertes de revenus des parents redoublent la vulnérabilité des jeunes, avec des effets délétères et potentiellement persistants sur le parcours éducatif ou professionnel des jeunes.

Ce défaut de protection sociale des jeunes a été souligné par plusieurs rapports officiels⁴, qui préconisent l'adoption d'une prestation pour les jeunes, avec différents modèles possibles⁵ :

- poursuite de la logique de dépendance parentale des jeunes et amélioration des dispositifs ciblés existants sans logique d'ensemble ;

¹ Voir notamment la note du CAE n°41, « Mieux lutter contre la pauvreté par des aides monétaires » https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_-_conseil_d_analyse_economique_-_avril_2017.pdf ainsi que les derniers chiffres de l'Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4774590?sommaire=4774594>

² Voir par exemple : Castell L. *et al.* (2016), « Les principales ressources des 18-24 ans », *Insee Première* n° 1603 ; Grobon S. (2018), « Combien coûte un jeune adulte à ses parents ? », in *Les revenus et le patrimoine des ménages, édition 2018*, coll. « Insee Références ».

³ DARES (2020), « Les jeunes ni en études, ni en emploi, ni en formation (NEET) : quels profils et quels parcours ? », *Dares Analyses*, n°06.

⁴ Cahuc, P., Carcillo, S. et Zimmermann, K. (2013), « L'emploi des jeunes peu qualifiés en France », *Notes du Conseil d'analyse économique* ; IGAS (2015), « La protection sociale des jeunes de 16 à 29 ans » ; « Repenser les minima sociaux : Vers une couverture socle commune », Rapport de mission de M. Christophe Sirugue auprès du premier ministre, avril 2016 ; Dulin A. et Verot C. (2017), « Arrêtons de les mettre dans des cases ! Pour un choc de simplification en faveur de la jeunesse », Rapport de mission simplification jeunesse auprès du Premier ministre, mars.

⁵ Pour une synthèse récente, voir Chevalier T. et Grobon S. (2019), « Où va la politique de jeunesse en France ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 53-77.

- création d'une prestation de droit commun à destination des jeunes sans emploi, soit sur le modèle de la Garantie jeunes, soit sur celui du RSA, remettant en cause la dépendance parentale des jeunes pour les sortis d'études uniquement ;
- extension d'une logique d'autonomie à l'ensemble des jeunes, y compris étudiants avec l'idée d'une prestation de droit commun à destination des jeunes sortis d'études et un droit à un financement de la formation, qu'elle soit initiale ou continue.

Selon le modèle considéré, la prestation concerne uniquement les jeunes sans emploi et sans formation (NEET), ou peut avoir une visée plus large incluant les étudiants, voire les jeunes en emploi les plus pauvres. Dans cette note, nous nous plaçons dans une perspective incluant les jeunes actifs sans emploi, les jeunes en emploi peu rémunérés et les étudiants, sous condition de ressources des parents.

D'un point de vue théorique, plusieurs effets peuvent être attendus de l'introduction d'une prestation destinée aux jeunes :

- Des bénéfices positifs de la réduction de la contrainte budgétaire des jeunes¹ :
 - pour l'ensemble : sortie d'une situation de détresse matérielle qui peut entraîner des problèmes de santé et de conditions de vie durables ;
 - étudiants : investissement dans une formation plus longue ;
 - jeunes sans emploi : investissement dans des formations ou dans des recherches d'emploi plus longues, permettant l'accès à un emploi mieux adapté à leur formation initiale et à leurs souhaits.
 - jeunes en emploi peu rémunéré : recherche d'un emploi supplémentaire permettant de compléter les revenus, ou d'un emploi mieux adapté, formation permettant l'accès à un emploi plus stable et/ou mieux rémunéré.
- À l'inverse, pour les jeunes sans emploi, ou dont le travail est peu rémunéré, le coût d'opportunité plus important de travailler crée un effet désincitatif. Cela peut réduire leur offre de travail (recherche d'emploi moins importante). Mais il existe actuellement peu de preuves empiriques de l'ampleur de cet effet (voir la partie suivante).

Ces questions de réactions comportementales à une prestation renvoient plus largement à la littérature portant sur l'intéressement au travail, la question de l'accompagnement et de ses effets sur l'insertion, en lien avec l'existence de freins à l'emploi :

¹ L'annexe 3 du rapport d'évaluation de la Garantie jeunes confirme à l'aide d'une analyse qualitative que l'allocation est utilisée pour les jeunes pour combler leurs dettes, subsister ou aider leur famille, ou investir dans une formation. Voir « La Garantie jeunes en action. Usages du dispositif et parcours de jeunes » : https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2-annexe_3.pdf

- Depuis l'introduction de l'*Earned Income Tax credit* aux États-Unis dans les années 1970, les prestations liées à la pauvreté intègrent des objectifs d'incitation monétaire au retour à l'emploi. C'est notamment le cas en France avec le RSA activité et la Prime pour l'emploi, remplacées par la Prime d'activité. La littérature portant sur ces prestations invite à limiter les taux de prélèvements à la sortie des prestations, et à permettre notamment que les publics les plus éloignés de l'emploi, susceptibles d'avoir une élasticité de l'offre de travail au coût supérieur, soient davantage incités monétairement. La création d'un barème invite notamment à un arbitrage entre une incitation monétaire plus forte dans le bas de la distribution encourageant la reprise d'un emploi pour les personnes sans emploi, et une incitation plus forte dans le milieu de la distribution incitant à l'augmentation du travail parmi les personnes ayant déjà un emploi mais un trop faible temps de travail pour obtenir un revenu suffisant ;
- L'accompagnement est quant à lui conçu en théorie comme complémentaire de cette logique en permettant d'encourager une démarche active de recherche d'emploi, tout en fournissant des services permettant d'aider à lever les principaux freins à l'emploi (mode de garde, santé, ou handicap par un recours privilégié aux aides de droit commun, mais aussi compétences par des formations adaptées).
 - cette logique correspond en théorie à la logique mise en œuvre par Pôle emploi dans l'accompagnement des demandeurs d'emploi et par les Missions locales pour la Garantie jeunes. Pour qu'elle fonctionne en pratique, l'accompagnement doit être fait par un acteur bien identifié (afin d'éviter le non recours), il doit se donner les moyens de mesures transversales et intensives pour réellement permettre de lever les freins à l'emploi (avec un budget conséquent), être fait par des référents suffisamment qualifiés, et être suffisamment intensif et précoce ;
 - une question importante est celle du caractère obligatoire ou non de cet accompagnement, et du conditionnement du versement d'une prestation monétaire au suivi de l'allocataire par des rendez-vous réguliers. Le caractère obligatoire permet d'instaurer une logique incitative permettant d'éviter que des personnes souffrant de freins importants à la reprise d'emploi ne se trouvent enfermées dans une situation durable de chômage ou d'inactivité, dont elles auront d'autant plus de mal à sortir qu'elle se sera installée depuis longtemps. Il comporte aussi un coût important, et peut ne pas être adapté à tous les publics, voire avoir des effets pervers si les rendez-vous sont perçus comme un contrôle exercé sur les allocataires sans offrir des moyens suffisants ou adéquats pour les aider : dans ce cas les personnes suivies peuvent simplement chercher à « donner le change » sans adhérer réellement à la démarche, et on peut s'attendre à une efficacité très faible. L'ampleur respective des effets positifs et négatifs dépend des moyens employés, de la qualité du suivi et de la capacité à instaurer une logique bienveillante qui n'apparaisse pas comme un simple contrôle assorti de sanctions ;

- dans le cas des jeunes sortis d'études, la logique adoptée actuellement est celle d'un suivi obligatoire et intensif sous la forme de la Garantie jeunes, réservée aux publics les plus éloignés de l'emploi et les moins aidés par leurs parents. Même s'il a vocation à être étendu, ce dispositif ne concerne pas tous les jeunes étant dans cette situation mais est prescrit par la mission locale dans certains cas, avec l'accord du jeune. La création d'un dispositif de droit commun, a fortiori s'il est étendu aux étudiants, pose la question de l'accompagnement, qui pourrait être d'une nature différente selon les publics, et obligatoire ou pas. Pour les étudiants, la logique des bourses est par exemple celle d'un suivi très réduit, limité à une obligation d'assiduité. Concernant les jeunes sans emploi, se pose toutefois la question de l'articulation entre un suivi et une prestation de droit commun d'une part, et la logique de la Garantie jeunes d'autre part.

Enfin, la question de l'adhésion des jeunes aux dispositifs d'accompagnement pose plus largement celle du non recours, qui nécessite une réflexion sur le niveau d'information des jeunes et la lisibilité des politiques qui les visent.

2. Des résultats empiriques lacunaires, mais qui infirment plutôt les effets négatifs redoutés

Les arguments en faveur de l'ouverture de droits à une prestation monétaire pour les jeunes de moins de 25 ans peuvent être résumés en trois axes :

- équité : les jeunes acquièrent la pleine jouissance de leurs droits et devoirs civiques et leur responsabilité juridique à 18 ans, il n'est pas équitable de les priver de leurs droits sociaux ;
- pauvreté : les moins de 25 ans sont beaucoup plus exposés à la pauvreté et moins assurés contre ce risque (rare accès au chômage ou au RSA) ;
- capabilité : le manque de ressources peut placer les jeunes dans une trappe à pauvreté et inactivité qui les excluent durablement de la société.

À ces arguments on oppose généralement l'idée qu'au contraire, une prestation monétaire pour les moins de 25 ans leur suffirait et les désinciterait à travailler ou s'éduquer, et que la solidarité familiale et intergénérationnelle couvre ces risques. L'ajout d'une prestation

monétaire aurait alors un effet substitution sur cette solidarité familiale et n'améliorerait pas la situation des jeunes¹.

D'un point de vue empirique, le débat sur l'ouverture de droits à une prestation monétaire pour les jeunes de moins de 25 ans peut donc se résumer en une question de recherche : vont-ils ou non être désincités à s'éduquer, à travailler, à participer à la vie de la Cité ?

Le design de la prestation et son mode de calcul va avoir une influence forte sur les effets de substitution de la solidarité familiale.

2.1. Des effets désincitatifs des minima sociaux en France ?

Comme la section précédente en a fait mention, cette interrogation n'est pas spécifique aux jeunes. Elle se pose aussi pour les « plus adultes » autour de la générosité des minima sociaux, les débats sur la mise en place d'un revenu de base ou encore le taux de remplacement de l'assurance chômage.

La vision qui a dominé le monde politique mais aussi la pensée orthodoxe en économie est celle d'un effet désincitation dominant justifiant l'exclusion des jeunes de la plupart des prestations monétaires, elles-mêmes maintenues à un niveau faible pour la population générale et généralement agrémentées de contreparties (recherche d'emploi, accompagnement social, formation, etc.). Elle est motivée tout à la fois par des considérations morales et paternalistes – qui supposent que les pauvres prennent de mauvaises décisions, gèrent mal leur argent ou l'utilisent pour consommer des biens non-nécessaires (alcool et tabacs dans les pays en développement et produit high-tech dans les pays développés²) - que par des raisonnements économiques dans lesquels les agents seraient rationnels et réagiraient aux incitations monétaires³.

Suivant ces principes, une attention particulière a donc été dédiée à s'assurer qu'il existe toujours des gains monétaires à la reprise d'emploi dans toutes les reformes des transferts et minima sociaux menées depuis vingt ans. Dans un document de travail, Cusset *et al.* (2019)⁴ en font la démonstration en utilisant modèles de microsimulation et cas-types,

¹ D'autant que si la formule de calcul d'une prestation pour les jeunes était la même que pour le RSA, alors le soutien familial serait déduit du RSA ; ce qui désinciterait complètement les familles à maintenir leur soutien et pourrait empirer la situation d'au moins une partie des jeunes.

² Voir Banerjee A. V. et Duflo E. (2019), *Good Economics for Hard Times*. et pour une discussion sociologique plus spécifique à la France, Colombi D. (2020), *Où va l'argent des pauvres ?*, Payot et Rivages.

³ Moffitt R. A. (2016), *Economics of Means-Tested Transfer Programs in the United States, Volume II*, University of Chicago Press ; Chan M. K. et Moffitt R. A. (2018), « Welfare Reform and the Labor Market », *Annual Review of Economics* 10, p. 347-81.

⁴ Cusset P. Y., Maigne G., et Vermersch G. (2019), « [Protection contre la pauvreté et gains monétaires au travail depuis vingt ans](#) », *La Note d'analyse*, France Stratégie.

renouvelant pour partie les analyses menées par Deroyon *et al.*¹ (2008). Ils documentent de plus une dégradation des conditions de vie de certains types de ménages, en particulier ceux sans activité. En effet, en euros constants, le revenu disponible des ménages sans activité évolue moins vite que le seuil de pauvreté.

Pourtant, il n'y a eu que très peu d'études empiriques pour tenter de mettre en exergue ces effets désincitatifs. Simonnet et Danzin² (2014) ont entrepris de mesurer l'effet de l'introduction du RSA en 2008 et sa part « chapeau » – qui correspond aujourd'hui à la prime d'activité – censée augmenter les incitations à la reprise d'emploi par rapport au RMI. Les résultats de cette analyse ne mettent en avant des effets positifs sur la reprise d'activité que pour les cheffes de familles monoparentales (alors appelées mères isolées). Pour les autres configurations familiales, il n'y a pas d'effets significatifs de l'introduction du RSA chapeau sur l'activité. Bargain et Vicard (2014) ont pour leur part analysé si le RMI puis le RSA avaient un effet désincitatif sur l'emploi autour de 25 ans. En effet, puisque ces deux dispositifs excluent les jeunes de moins de 25 ans³, si l'effet désincitatif est important, l'éligibilité au RSA au moment du 25^e anniversaire devrait engendrer une chute du taux de participation au marché du travail à cette date. En analysant les données françaises de 2004 à 2011, ils n'identifient aucune rupture de taux d'activité ou de taux d'emploi sauf pour les premières années pour le seul groupe des jeunes les moins qualifiés, qui disparaît ensuite avec l'introduction du RSA.

Ainsi, les quelques travaux empiriques spécifiques à cette question en France ne soutiennent pas l'hypothèse d'effets désincitatifs importants. C'est donc que les freins et déterminants de l'activité sont à trouver ailleurs. Les travaux plus anciens de Dubet et Vérétoit⁴ (2001) ont questionné pourquoi les personnes restent au RMI et, si l'idée que les personnes gagneraient trop peu (notamment parce qu'elles ont des coûts cachés : transport, garde d'enfants...), beaucoup se sentent en réalité en incapacité de travailler (dépression, maladie, handicap...), et les mesures susceptibles de leur permettre de retravailler sont d'une toute autre nature. Quant à celles qui décident de reprendre une activité, c'est avant tout car « elles ne supportent plus » d'être au chômage, en inactivité, où le stigma social est devenu intolérable.

¹ Deroyon T. *et al.* (2008), « [2 L'influence des incitations financières sur le retour à l'emploi des bénéficiaires du RMI](#) », in *RMI. L'état des lieux*, Paris, La Découverte, p. 167-185.

² Simonnet V. et Danzin E. (2014), « [L'effet du RSA sur le taux de retour à l'emploi des allocataires. Une analyse en double différence selon le nombre et l'âge des enfants](#) », *Economie et statistique* 467, n° 1), p. 91-116.

³ Sauf quelques rares exceptions de déclaration de grossesse pour parent mineur, ou pour des jeunes de moins de 25 ans justifiant d'une période d'activité passée suffisante.

⁴ Dubet F. et Vérétoit A. (2001), « Une "réduction" de la rationalité de l'acteur. Pourquoi sortir du RMI ? », *Revue française de sociologie* 42, n° 3, p. 33.

2.2. Psychologie comportementale et pauvreté

Les travaux empiriques présentés dans la section précédente montrent que, contrairement aux modèles économiques standards, on ne retrouve pas ou très peu de signes d'effets désincitatifs des prestations monétaires en France. C'est probablement donc que d'autres mécanismes sont à l'œuvre. D'autres théories concurrentes ont émergées plus récemment et offrent une grille de lecture intéressante pour analyser la pauvreté. Inspirées notamment de la psychologie et d'économie comportementale, ces recherches ont immédiatement appuyé ces théories sur des travaux empiriques de grande qualité.

La publication de Mani *et al.*¹ (2013) dans la revue *Science* teste l'hypothèse selon laquelle la pauvreté, en soit, affecte les fonctions cognitives, directement. Pour cela, les auteurs analysent les résultats de deux recherches :

- Une, expérimentale, consistant à induire des réflexions sur les finances (cas type d'un véhicule à faire réparer) à un échantillon de personnes tout en réalisant de simples tâches cognitives telles que du calcul mental. Cette étude montre que devoir gérer un problème financier réduit les performances cognitives chez les pauvres mais pas chez les participants aisés ;
- Une, examinant les fonctions cognitives d'agriculteurs au cours du cycle de la plantation qui montre qu'elles sont moins bonnes avant la récolte, lorsqu'ils sont pauvres, mais pas après lorsqu'ils sont plus riches.

Les auteurs montrent que ces différences de performances ne s'expliquent pas par des différences de temps disponible, de nutrition ou d'effort au travail, ni par le stress. Au contraire, ils pensent que ces résultats s'expliquent par le fait que les problèmes liés à la pauvreté consomment des ressources mentales ce qui laisse moins de temps et d'énergie pour d'autres tâches. Ces résultats changent les perspectives et les politiques publiques adaptées à la lutte contre la pauvreté puisqu'ils ne concernent pas les pauvres, mais n'importe quelle personne qui se trouverait en situation de pauvreté. Aussi d'autres recherches² mettent en exergue ce phénomène de « bande passante mentale » et ses conséquences dans la prise de décision, dans la productivité et dans la persistance de la pauvreté. La complexité des processus administratifs exigés des personnes en situation de pauvreté pour recourir aux différentes aides apparaît aussi problématique et explique plausiblement une partie du non-recours. Projetés sur les jeunes de moins de 25 ans, ces résultats peuvent expliquer les difficultés de ceux en situation de pauvreté à poursuivre

¹ Mani A. *et al.* (2013), « [Poverty Impedes Cognitive Function](#) », *Science* 341, n° 6149 (30 août): 976-80.

² Schilbach F., Schofield H., et Mullainathan S. (2016), « [The Psychological Lives of the Poor](#) », *American Economic Review* 106, n° 5, p. 435-40.

des études en temps normal, et laisse craindre une détérioration (durable ?) pour ceux qui, en raison de la crise sanitaire tombent dans la pauvreté.

Cette vague de littérature plaide donc pour la mise en place d'une prestation monétaire pour mettre les jeunes en capacité d'agir en réduisant la charge cognitive de la pauvreté. Mais elle ne répond pas à la question cruciale des incitations.

Malheureusement, il n'existe pas aujourd'hui de réponse claire dans la littérature à cette question mais un faisceau de preuves peut être constitué à partir de résultats de travaux semblables à l'étranger.

En particulier, trois courants de littérature peuvent être mobilisés : celui sur les transferts monétaires conditionnels, celui sur les transferts monétaires non-conditionnels et enfin celui des aides aux étudiants.

2.3. Transferts conditionnels et incitations

Les transferts conditionnels ont été largement utilisés dans les pays en développement et dans une moindre mesure dans les pays développés pour inciter les bénéficiaires à adopter certains comportements (avoir un carnet de vaccination à jour, inscrire les enfants à l'école, etc.). La revue systématique et méta-analyse de Kabeer et Waddington¹ (2015) montre que pour les ménages qui ont bénéficiés de ces programmes (rigoureusement évalués), le travail des enfants a diminué, en particulier pour les garçons, la consommation et l'investissement des ménages ont augmentés et le lissage de la consommation s'est amélioré. En outre, les effets sur le travail des filles ont été limités et les effets sur l'offre de travail des adultes dans les ménages bénéficiaires ont été mitigés. De façon similaire, Millán *et al.*² (2019) montrent que les effets à long terme de ces programmes (sur les enfants des bénéficiaires principalement) sont généralement positifs, notamment sur l'éducation.

En somme, l'agrégation des résultats de la recherche sur les transferts conditionnels montre que les familles pauvres utilisent ces ressources pour améliorer leur sort et celui de leurs enfants et adoptent généralement des comportements orientés vers le long terme (épargne, investissement, éducation et santé).

¹ Kabeer N. et Waddington H. (2015), « [Economic Impacts of Conditional Cash Transfer Programmes: A Systematic Review and Meta-Analysis](#) », *Journal of Development Effectiveness* 7, n° 3, p. 290-303.

² Molina Millán T. *et al.* (2019), « [Long-Term Impacts of Conditional Cash Transfers: Review of the Evidence](#) », *The World Bank Research Observer* 34, n° 1, p. 119-59.

2.4. Transferts inconditionnels et incitations

Les travaux sur les transferts non-conditionnels sont de nature très diverse et il est souvent difficile de les comparer tant les montants, la fréquence, le type de transferts varient.

De plus, les résultats des expérimentations et programmes pilotes ont une portée limitée puisque la dimension expérimentale change le contexte et peut entraîner des réactions différentes chez les participants et ceux du groupe de contrôle (effet Hawthorne et John Henry notamment). Savoir qu'on est exclu d'un programme qui verse sans condition des ressources peut s'avérer particulièrement décourageant, mais ne pas le savoir serait inéquitable au regard des principes d'éthique de la recherche.

Parmi les travaux disponibles, on trouve par ailleurs des expériences naturelles locales qui peuvent s'apparenter à un revenu de base. C'est par exemple le cas des dividendes de Casino aux Cherokee en Caroline du Nord, des dividendes du fonds permanent en Alaska, etc.

Pour le premier, Akee et al.¹ (2010) ont montré que la distribution d'un revenu universel représentant près de la moitié du revenu annuel moyen à cette population (certes particulière des indiens cherokee) n'avait pas d'effet sur la participation au marché du travail mais au contraire, augmentait la durée des études des enfants d'un an, réduisait la probabilité de commettre un crime mineur de 22 % pour les jeunes mineurs.

Pour le second, Damon et Marinescu (2020)² n'identifient pas d'effet sur l'emploi mais une hausse de l'emploi à temps partiel. Par ailleurs les auteurs fournissent un travail de calibration macroéconomique qui montre que ces résultats sont cohérents avec un effet de stimulation de l'économie locale par ce revenu universel, un des seuls résultats macroéconomiques sur cette question.

Si les travaux sont difficilement comparables, DePaz *et al.*³ (2020) ont malgré tout entrepris une revue de littérature systématique traitant spécifiquement de cette question. D'une analyse partant de 1 200 documents, les auteurs ont identifié 50 cas sur lesquels il existe plusieurs recherches. Parmi elles, ils ont gardé 18 travaux qui satisfaisaient leurs exigences méthodologiques et analysé 38 autres qui présentaient des résultats contrastés. Les conclusions de cette revue systématique sont sans appel : ils n'ont trouvé aucune

¹ Randall K. Q. Akee *et al.* (2010), « Parents' Incomes and Children's Outcomes: A Quasi-Experiment Using Transfer Payments from Casino Profits », *Applied Economics* 2, n° 1, p. 30.

² Damon J. et Marinescu I. (2020), « [The labor market impacts of universal and permanent cash transfers: Evidence from the Alaska permanent Fund](#) », NBER, janvier.

³ Manuela A. de Paz-Báñez *et al.* (2020), « [Is There Empirical Evidence on How the Implementation of a Universal Basic Income \(UBI\) Affects Labour Supply? A Systematic Review](#) », *Sustainability* 12, n° 22 (13 novembre): 9459.

évidence d'un effet négatif sur la participation au marché du travail. Au contraire, les auteurs ont mis en avant des effets positifs sur l'emploi parmi les adultes.

Ces résultats sont critiqués par Hoynes et Rothstein¹ (2019) pour qui le caractère expérimental ou local reste peu informatif sur ce que serait la situation avec un revenu de base généralisé et où se pose toujours la question du financement.

2.5. Transferts monétaires pour les moins de 25 ans en France

Pour revenir à la question d'une prestation à destination des jeunes, nous pouvons déjà rappeler que des projets concrets d'expérimentation ont déjà été envisagés en France. Dès 2016, plusieurs départements envisageaient l'expérimentation d'un revenu de base à partir de plusieurs scénarii parmi lesquels il était envisagé d'ouvrir ce revenu aux jeunes dès 18 ans, ou 21 ans dans un scénario alternatif. L'Institut des politiques publiques (IPP)² avait alors réalisé diverses simulations et calibration mais ce projet n'a jamais abouti.

Dans la situation actuelle, les prestations monétaires à destination des jeunes de moins de 25 ans sont principalement limitées aux Aides au logement (APL), sous condition de ressources et de domiciliation, et aux bourses sur critères sociaux dans l'enseignement supérieur. Ces dernières sont aujourd'hui le principal outil de soutien financier aux étudiants mais demeurent très faibles au regard du coût de la vie étudiante³. Les effets de ces bourses ont été évalué par Grenet et Fack⁴ (2015) qui ont ainsi montré que bénéficiaire d'une aide même très modeste ($\pm 1\,500$ euros par an) avait un effet important sur la probabilité de s'inscrire dans l'enseignement supérieur, sur celle de poursuivre ses études dans un niveau supérieur, et pour les étudiants à des niveaux délivrant des diplômes (i.e. licence et master), d'obtenir un diplôme. La décision de s'éduquer davantage pour des étudiants aux revenus modestes en France est très fortement conditionnée par les ressources des étudiants.

Pour les jeunes de moins de 25 ans qui ne sont pas en études, il existe depuis 2013 un dispositif appelé Garantie jeunes qui combine un programme d'accompagnement et d'insertion intensif avec une prestation monétaire dégressive conditionnée par la

¹ Hoynes H. et Rothstein J. (2019), « [Universal Basic Income in the United States and Advanced Countries](#) », *Annual Review of Economics* 11, n° 1 (2 août 2019): 929-58.

² Mahdi Ben Jelloul *et al.* (2018), *Revenu de base : simulations en vue d'une expérimentation*, Paris, Institut des politiques publiques, p. 178.

³ Il existe d'autres prestations en nature comme les logements étudiants du CROUS, les restaurants universitaires qui pratiquent des tarifs dégressifs et subventionnés et, localement, les collectivités territoriales peuvent apporter des compléments.

⁴ Fack G. et Grenet J. (2015), « [Improving College Access and Success for Low-Income Students: Evidence from a Large Need-Based Grant Program](#) », *American Economic Journal: Applied Economics* 7, n° 2 (avril): 1-34.

participation aux différentes activités du programme d'accompagnement. Les résultats de ce dispositif ont fait l'objet de plusieurs évaluations récemment synthétisées par la DARES¹ (2019). Ce dispositif semble efficace lorsqu'on compare les premiers territoires entrés dans le dispositif avec ceux entrés plus tard² même si ce résultat s'obtient à partir d'hypothèses qu'on peut juger fortes³. La Garantie jeunes concerne un public particulièrement fragile, ayant un faible niveau de diplôme et étant pour la plupart déjà accompagné par les missions locales.

L'efficacité de ce dispositif est une bonne nouvelle. Cependant, on ne sait dire avec ces analyses si l'effet obtenu est causé par la prestation monétaire (qui pourrait libérer de la bande passante mentale si on repense aux travaux de Mani *et al.* Cité plus haut), par l'accompagnement intense, ou par les deux à la fois. Avant la mise en place de la Garantie jeunes, un programme très semblable a été testé dans une expérimentation financée par le fonds d'expérimentation pour la jeunesse : Le Revenu contractualisé d'autonomie. Très proche de la Garantie jeunes, et deux fois plus long que le Contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS), ce dispositif était composé d'un accompagnement social renforcé organisé par les missions locales et d'un transfert monétaire d'au plus 250 € (soit environ ½ RSA, et en moyenne la moitié de ce que reçoivent les bénéficiaires de la Garantie jeunes⁴). L'évaluation de cette expérimentation par les chercheurs du CREST⁵ montre que dans ce cas, il n'y a aucun effet sur l'emploi. À partir de l'évaluation qualitative, les chercheurs identifient 2 causes à l'absence d'effet : d'abord le caractère automatique de la prestation ne « permet pas aux conseillers des missions locales de faire levier sur la construction et la mise en œuvre de projets d'insertion », et ensuite ils insistent sur le fait que ce faible montant ne soulage que très peu la contrainte financière des jeunes. Seuls ceux hébergés chez leurs parents voient leur niveau de vie augmenter.

¹ DARES, « La Garantie jeunes : quels jeunes et quel bilan après cinq ans ? », *DARES Analyse*, n° 18 (2019): 9.

² Mathilde Gaini et al., « Résultats de l'évaluation quantitative de la Garantie jeunes: Quels publics, quels accompagnements et quelles trajectoires des bénéficiaires ? », *Travail et emploi*, n° 153 (1 janvier 2018): 67-88, <https://doi.org/10.4000/travailemploi.7933>.

³ Effet constant et homogène pour toutes et trajectoires parallèles bien qu'on compare des territoires volontaires avec d'autres non volontaires.

⁴ Le rapport de la DARES indique qu'en moyenne les jeunes en Garantie jeunes touchent 3 900 €, contre 1 800 € pour le RCA).

⁵ CREST/ EEP, « Revenu contractualisé d'autonomie: Rapport d'évaluation », Rapport d'évaluation (Paris: INJEP, 2014).

3. Proposition d'expérimentation pour un revenu conditionnel aux ressources parentales

3.1. Motivation

La mise en place d'un revenu de base à destination des jeunes de 18 à 24 ans a pour premier objectif de permettre aux jeunes de vivre dans des conditions matérielles décentes et de limiter les situations de précarité et de pauvreté. Par ailleurs, cet objectif primordial peut interagir avec des décisions économiques fondamentales : poursuivre ses études, se former, et travailler.

Sur le plan théorique, les effets possibles d'un revenu de base pour les jeunes sur la formation et l'insertion professionnelle sont contrastés. Concernant les jeunes sortis de la formation initiale, on peut d'une part craindre qu'un tel revenu diminue l'incitation à travailler et à chercher un emploi, et d'autre part espérer que les jeunes actifs qui bénéficient d'un environnement économique plus stable et plus serein se trouvent dans de meilleures dispositions matérielles et psychologiques pour rechercher un emploi, ce qui aurait pour effet d'augmenter l'offre de travail et/ou d'accroître la qualité des emplois occupés par les jeunes. Concernant les étudiants, les difficultés financières peuvent accélérer la décision d'arrêter les études et d'entrer sur le marché du travail, avec des effets potentiellement négatifs sur l'acquisition de capital humain. Un revenu de base pourrait dans ce cas atténuer les difficultés financières et rendre plus facile la poursuite d'études.

Dans les deux cas, l'enjeu est de taille pour les pouvoirs publics puisqu'une mesure de ce type représente un investissement budgétaire significatif avec des effets sociaux et économiques potentiellement importants mais incertains.

Dans ce contexte, une démarche d'expérimentation et d'évaluation de l'impact d'un revenu de base pour les jeunes de 18 à 24 ans, sortis de la formation initiale, en emploi peu rémunéré et étudiants, paraît particulièrement opportune en ce qu'elle permettrait d'observer les effets réels de cette politique sur l'offre de travail pour les uns et sur l'investissement en éducation pour les autres, de manière à éclairer la décision publique sur sa pertinence en vue d'une éventuelle généralisation. Dans la suite de cette note, nous proposons un protocole expérimental permettant d'évaluer rigoureusement un revenu de base pour les jeunes.

3.2. Population cible

La mise en place d'un revenu de base pour les jeunes de 18 à 24 ans pourrait concerner les jeunes se trouvant dans l'une des trois situations suivantes :

- **Étudiants** : les jeunes inscrits dans un établissement d'enseignement secondaire ou supérieur ont actuellement droit aux bourses d'enseignement supérieur conditionnelles aux ressources des parents. Le revenu de base pour les jeunes se substituerait au système actuel des bourses d'enseignement supérieur, en conservant les mêmes conditions d'éligibilité que le système actuel :
 - condition d'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur + assiduité + passer les examens ;
 - ne concerne pas les étudiants qui reçoivent un salaire (internes en médecine, fonctionnaires stagiaires, doctorants en contrat doctoral) ;
 - aucune baisse du transfert si l'étudiant gagne un revenu d'un job étudiant.
- **NEET** : les jeunes sans emploi et sans formation sont actuellement sans ressources de droit commun en dehors des aides au logement sous condition de revenu. Le soutien familial représente donc à l'heure actuelle la principale source de revenu de cette population.
- **Jeunes actifs pauvres** : les jeunes actifs ayant un faible revenu ont actuellement droit à la prime d'activité (PA) mais pas au RSA. Le maintien de la PA permet de maintenir l'incitation financière à la reprise d'emploi, et l'ajout d'un revenu de base augmenterait les revenus de ces jeunes de manière à réduire les situations de grande précarité quand les revenus d'activité sont très bas.

Le revenu de base pour les jeunes représenterait donc une extension du principe du RSA offert à partir de 25 ans aux moins de 25 ans, sans changement concernant l'accès aux aides existantes (ex : prime d'activité, aide personnalisée au logement) par rapport à la situation actuelle, hormis la substitution de ce revenu de base aux bourses d'enseignement supérieur actuelles.

3.3. Critère social

Le revenu de base pour les jeunes pourrait dépendre d'un critère social fondé sur les ressources familiales, exactement comme le système actuel des bourses d'enseignement supérieur dans le cas des étudiants. Une condition de ressources familiales n'est certes pas optimale si l'objectif est d'encourager les jeunes à une plus grande autonomie vis-à-vis du milieu familial (au Danemark les aides sont versées indépendamment du revenu des parents), mais elle présente deux avantages importants :

- Premièrement, il est plus réaliste de conditionner le revenu de base pour les jeunes aux ressources familiales pour des raisons à la fois politiques et budgétaires.

- Deuxièmement, la conditionnalité sur critère social donne une opportunité d'évaluer rigoureusement l'impact du revenu de base pour les jeunes sur l'offre de travail (cf. *infra*, section « Évaluation d'impact »).

Une condition de ressources familiales nous semble donc optimale dans le cadre de l'expérimentation. Elle pourrait reprendre les critères utilisés pour l'attribution des bourses d'enseignement supérieur, l'avantage étant de s'appuyer sur un cadre déjà éprouvé sur le plan administratif et sur le plan politique :

- Elle porterait sur le revenu global brut figurant sur l'avis d'imposition (ou de non-imposition) de la famille.
- Elle tiendrait compte de points de charge basés sur le nombre d'enfants à charge, avec deux points par enfants à charge non étudiant et 4 points par enfant à charge étudiant (en plus du jeune candidat au revenu de base).
- Le critère social donnant droit au revenu de base pour les jeunes serait identique à celui donnant droit à une bourse d'enseignement supérieur, mais avec une simplification puisque les 8 niveaux de bourses actuels seraient fondus en deux niveaux de revenu de base (cf. plus bas section « Montant »).

En revanche, il semble préférable que le lieu de résidence n'intervienne pas dans le versement du revenu de base. Les jeunes répondant au critère social ci-dessus vivent par définition dans des foyers à revenu modeste, donc le soutien familial peut s'avérer insuffisant même quand le jeune vit dans le même foyer que ses parents. Inversement, on peut supposer que les jeunes vivant séparément de leurs parents et ne répondant pas au critère social peuvent bénéficier d'un soutien familial en plus des allocations déjà disponibles dans le cadre de la politique d'aide au logement. La condition de ressources familiales semble donc nécessaire et suffisante pour définir l'éligibilité au revenu de base.

3.4. Montant

L'expérimentation porterait sur deux niveaux de revenu de base, versé sur douze mois (au lieu de dix mois pour la plupart des étudiants dans le système actuel de bourses d'enseignement supérieur¹) :

- **Catégorie A : 340 euros nets par mois** (= 60 % du RSA socle) pour les jeunes dans les échelons Obis-1-2 selon les critères du système actuel des bourses d'enseignement supérieur.

¹ 12 sous certaines conditions, notamment le fait d'être originaire de l'Outre-mer.

- **Catégorie B : 565 euros nets par mois** (= 100 % du RSA socle) pour les jeunes dans les échelons 3-4-5-6-7 selon les critères du système actuel des bourses d'enseignement supérieur.

3.5. Taille de la population éligible

Pour calculer la taille de la population éligible, il faut d'abord calculer la proportion de jeunes 18-24 ans répondant au critère social. Pour cela, on peut s'appuyer sur la population étudiante pour qui s'applique déjà le critère social. Parmi les étudiants en 2018-2019, environ 20 % des étudiants se trouvent dans les échelons 0-2 et 17,5 % dans les échelons 3-7.¹ Les étudiants étant issus de milieux sociaux plus favorisés que la moyenne des jeunes, une première estimation est une proportion de 30 % des jeunes non étudiants dans les échelons 0-2, et de 25 % des jeunes non étudiants dans les échelons 3-7 parmi les jeunes 18-24 ans. *Cette estimation demande à être précisée en s'appuyant sur des données plus précises de l'INSEE.*

Ensuite, il faut estimer la proportion de jeunes étudiants, NEET et actifs pauvres. Parmi les jeunes 18-24 ans, les statistiques de la DARES permettent d'évaluer la proportion d'étudiants à 51 %², la proportion de jeunes en emploi à 33 %, et la proportion de NEET à 16 %³. Par ailleurs, parmi les 33 % de jeunes 18-24 ans qui sont en emploi, le revenu moyen parmi les salariés est de 7 500 euros nets annuels, soit 625 euros nets mensuels, ce qui suggère une proportion de jeunes actifs dont les revenus sont entre 340 et 565 euros aux environs de 20 %, et une proportion de jeunes actifs dont les revenus sont inférieurs à 340 euros aux environs de 20 %. Sur l'ensemble des jeunes 18-24 ans, 6,5 % seraient donc actifs avec des revenus entre 340 et 565 euros par mois, et 6,5 % seraient actifs avec des revenus inférieurs à 340 euros. *Ces estimations demandent également à être précisées en s'appuyant sur des données plus précises de l'INSEE.*

En croisant maintenant les deux estimations, on obtient une première estimation de la population éligible :

- Environ 15,6 % des jeunes 18-24 ans éligibles au revenu de base catégorie A, soit 565 euros par mois (dont 10 % étudiants, 4 % NEET et 1,6 % jeunes actifs), soit environ 828 000 jeunes.
- Environ 16 % des jeunes 18-24 ans éligibles au revenu de base de 340 euros par mois (dont 10,2 % étudiants, 4,8 % NEET et 2 % jeunes actifs), soit environ 850 000 jeunes.

¹ https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2019/64/1/NF_Boursiers_2019_1184641.pdf

² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238379?sommaire=4238781>

³ https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2020-006_da__les_neet_profils_parcours.pdf

- **Au total, la proportion de jeunes 18-24 ans éligibles au revenu de base serait donc d'environ 31,6 % (dont 20,2 % étudiants, 8,8 % NEET, et 3,6 % jeunes actifs), soit un total d'environ 1 678 000 jeunes¹.**

3.6. Cadrage budgétaire

En faisant l'hypothèse que le revenu de base ne modifie pas le nombre de jeunes éligibles², le coût budgétaire serait d'environ 9 milliards d'euros par an :

- $12 \times 565 \times 828\,000 = 5\,613\,840\,000$
- $12 \times 340 \times 850\,000 = 3\,468\,000\,000$

Le budget 2021 du ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation indique que les bourses sur critères sociaux représentent 2,2 milliards³. L'impact de cette réforme sur les autres prestations sociales, qui doit faire l'objet d'une évaluation détaillée, réduirait également le coût de cette mesure. L'articulation de cette aide aux jeunes avec les avantages fiscaux dont bénéficient les parents (notamment la demi-part liée aux jeunes) devra également être prise en compte dans le chiffrage.

Le surcoût budgétaire de la mesure serait donc au plus de 6,8 milliards (9 milliards - 2,2 milliards).

3.7. Évaluation d'impact

La méthodologie consisterait à comparer les comportements d'éducation et d'insertion professionnelle des jeunes situés juste en dessous et juste au-dessus des seuils d'éligibilité au revenu de base (340 et 565 euros par mois). L'hypothèse permettant d'identifier l'impact causal de ce revenu est la similarité des jeunes situés juste au-dessus et juste en dessous des seuils d'éligibilité. Si une différence de comportement apparaît, celle-ci pourra être attribuée au revenu de base car celui-ci crée une discontinuité de traitement (la seule) entre les deux groupes situés de part et d'autre des seuils. Cette méthode est appelée « régression en discontinuité ».

¹ Les statistiques de l'INSEE indiquent un total de 5 317 000 jeunes nés entre 1996 et 2002 ans dans la population française au 1^{er} janvier 2020 (donc âgés de 18 à 24 ans au 1^{er} janvier 2021) : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>

² C'est une hypothèse forte qui doit être revue à la lumière des résultats de l'évaluation d'impact, puisque le revenu de base pourrait augmenter ou diminuer la population NEET, et augmenter ou diminuer la proportion des jeunes actifs pauvres.

³ [DP_budget_2021_2_1331125.pdf](#) (enseignementsup-recherche.gouv.fr)

Le scénario privilégié est la mise en place de ce dispositif au niveau national. Si toutefois l'adhésion n'était pas acquise au niveau national, il pourrait être proposé à des départements volontaires de mettre en place le revenu de base pour les jeunes dont les parents sont domiciliés dans leur territoire. Pour pouvoir généraliser l'impact ainsi obtenu dans les départements volontaires, il faudrait alors vérifier que les départements volontaires ont des caractéristiques similaires à l'ensemble des départements, ce qui suppose un nombre de départements volontaires relativement grand et des caractéristiques moyennes proches de l'ensemble du pays.

Les indicateurs d'impact utilisés pour évaluer les effets du revenu de base pour les jeunes seront liés à l'investissement dans l'éducation (nombre d'années d'études, plus haut diplôme obtenu, réussite aux examens tout au long du parcours), à la formation continue (temps passé en formation), et à l'insertion sur le marché du travail (durée de la recherche d'emploi, durée du contrat de travail, adéquation entre l'emploi occupé et la formation initiale et continue, revenus du travail).

Annexe 1 – Échelon des bourses d'enseignement supérieur sur critères sociaux

Barème des ressources en euros (= revenu global brut sur l'avis d'imposition / de non-imposition) pour l'année universitaire 2020-2021.

Points de charge :

- 2 points par enfant à charge (autre que l'étudiant) ;
- 4 points par enfant à charge scolarisé dans l'enseignement supérieur (autre que l'étudiant) ;
- 1 point si le lieu d'étude est au-delà de 30 km du lieu d'habitation des parents ;
- 2 points si le lieu d'étude est au-delà de 150 km du lieu d'habitation des parents.

Pts de charge	Échelon 0 bis	Échelon 1	Échelon 2	Échelon 3	Échelon 4	Échelon 5	Échelon 6	Échelon 7
0	33 100	22 500	18 190	16 070	13 990	11 950	7 540	250
1	36 760	25 000	20 210	17 850	15 540	13 280	8 370	500
2	40 450	27 500	22 230	19 640	17 100	14 600	9 220	750
3	44 120	30 000	24 250	21 430	18 640	15 920	10 050	1 000
4	47 800	32 500	26 270	23 210	20 200	17 250	10 880	1 250
5	51 480	35 010	28 300	25 000	21 760	18 580	11 730	1 500

6	55 150	37 510	30 320	26 770	23 310	19 910	12 570	1 750
7	58 830	40 010	32 340	28 560	24 860	21 240	13 410	2 000
8	62 510	42 510	34 360	30 350	26 420	22 560	14 240	2 250
9	66 180	45 000	36 380	32 130	27 970	23 890	15 080	2 500
10	69 860	47 510	38 400	33 920	29 520	25 220	15 910	2 750
11	73 540	50 010	40 410	35 710	31 090	26 540	16 750	3 000
12	77 210	52 500	42 430	37 490	32 630	27 870	17 590	3 250
13	80 890	55 000	44 450	39 280	34 180	29 200	18 420	3 500
14	84 560	57 520	46 480	41 050	35 750	30 530	19 270	3 750
15	88 250	60 010	48 500	42 840	37 300	31 860	20 110	4 000
16	91 920	62 510	50 520	44 630	38 840	33 190	20 940	4 250
17	95 610	65 010	52 540	46 410	40 400	34 510	21 780	4 500

Source : <https://www.etudiant.gouv.fr/fr/les-bourses-sur-criteres-sociaux-1486>

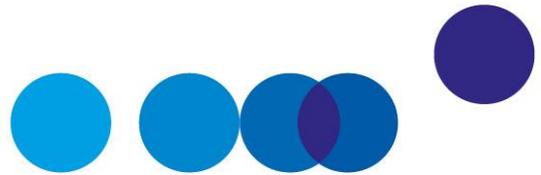
Annexe 2 – Montant des bourses d'enseignement supérieur sur critères sociaux

Montants 2020/2021

Types de bourse	Taux annuels sur 10 mois (en euros)	Taux annuels sur 12 mois pour les étudiants bénéficiant du maintien de la bourse pendant les grandes vacances universitaires* (en euros)
Échelon 0 bis	1 032	1 238
Échelon 1	1 707	2 048
Échelon 2	2 571	3 085
Échelon 3	3 292	3 950
Échelon 4	4 015	4 818
Échelon 5	4 610	5 532
Échelon 6	4 889	5 867
Échelon 7	5 679	6 815

*Le versement de la bourse sur 12 mois concerne essentiellement les étudiants originaires des Outre-mer.

Source : <https://www.etudiant.gouv.fr/fr/les-bourses-sur-criteres-sociaux-1486>



Directeur de la publication

Gilles de Margerie, commissaire général

Directeur de la rédaction

Cédric Audenis, commissaire général adjoint

Secrétaires de rédaction

Olivier de Broca, Gladys Caré, Anaïs Teston

Contact presse

Matthias Le Fur, directeur du service Édition/Communication/Événements

01 42 75 61 37, matthias.lefur@strategie.gouv.fr

RETROUVEZ
LES DERNIÈRES ACTUALITÉS
DE FRANCE STRATÉGIE SUR :



www.strategie.gouv.fr



[@Strategie_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)



[france-strategie](https://www.linkedin.com/company/france-strategie)



[FranceStrategie](https://www.facebook.com/FranceStrategie)



[@FranceStrategie_](https://www.instagram.com/FranceStrategie_)



[StrategieGouv](https://www.youtube.com/StrategieGouv)

Les opinions exprimées dans ce rapport engagent leurs auteurs et n'ont pas vocation à refléter la position du gouvernement.


FRANCE STRATÉGIE




**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Institution autonome placée auprès du Premier ministre, France Stratégie contribue à l'action publique par ses analyses et ses propositions. Elle anime le débat public et éclaire les choix collectifs sur les enjeux sociaux, économiques et environnementaux. Elle produit également des évaluations de politiques publiques à la demande du gouvernement. Les résultats de ses travaux s'adressent aux pouvoirs publics, à la société civile et aux citoyens.