

DOCUMENT DE SYNTHÈSE
COLLOQUE

**La recherche, pour
mieux comprendre
et lutter contre les
effets de la précarité**

Mercredi 8 novembre 2023
Conseil économique, social et environnemental

Février 2024

LA FONDATION HOSPITALIÈRE POUR LA RECHERCHE SUR LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE REMERCIE SES PARTENAIRES POUR LEUR SOUTIEN



L'ARS Ile-de-France soutient la Fondation depuis sa création, pour son fonctionnement ainsi que pour ses actions, notamment pour une partie de la dotation des appels à projets de recherche en 2021, 2022 et 2023.



L'ARS Occitanie a confié à la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale la responsabilité de mener un ambitieux programme de recherche sur la thématique « changements climatiques et précarité », financé sur la durée du PRS 2023-2028.



La Fondation Carrefour, à travers sa mission d'intérêt général en faveur de la Transition Alimentaire Solidaire, soutient la recherche scientifique sur l'alimentation. Dans ce cadre, elle a contribué au lancement de l'appel à projets de recherche « Agir contre la précarité alimentaire » en 2022. Il s'est conclu par la sélection de 2 projets lauréats. De nouvelles pistes sont explorées pour prolonger le partenariat entre les deux fondations.



La Banque des Territoires a participé financièrement à l'appel à projets de recherche 2022-2023, permettant de doubler la dotation de cet appel. Le financement additionnel était ciblé sur l'ingénierie de projets portés par des structures travaillant sur les questions de la santé et/ou de l'hébergement de personnes âgées précaires ou de femmes en situation de vulnérabilité. Deux projets lauréats ont été soutenus dans ce cadre.



Créée il y a 10 ans, très impliquée auprès des acteurs du handicap, la Fondation d'entreprise Malakoff Humanis Handicap apporte des réponses aux problèmes que rencontrent les personnes en situation de handicap, quel que soit leur handicap. Elle favorise un meilleur accès à la santé et aux soins et œuvre également pour faciliter l'accès à l'emploi, au sport et à la culture. La Fondation Malakoff Humanis Handicap participe à la co-construction et au co-financement de l'appel à projets de recherche 2023-2024, autour de la thématique « Handicap, soins et précarité ».



C'est sous l'impulsion de ses équipes médicales que l'Hôpital de Nanterre (CASH de Nanterre), acteur historique dans la prise en charge médicale et sociale des populations précaires et exclues, a souhaité créer une fondation dédiée à la recherche sur la précarité, convaincus que l'expérience de cette prise en charge peut servir la recherche à l'hôpital comme ailleurs.



PARTENAIRE DU COLLOQUE

RésidSocial est une entreprise de l'économie sociale et solidaire, agréée ESUS, engagée dans l'hébergement d'urgence de personnes en situation de précarité. Sa mission est d'acquiescer des hôtels sans étoile, souvent vétustes et peu adaptés à l'hébergement moyenne durée, pour les adapter aux besoins d'un public familial.

En tant qu'« hébergeur solidaire », le modèle de RésidSocial repose sur trois piliers fondamentaux : la réalisation de travaux d'engergure permettant l'accueil dans la durée de familles ; l'installation d'une équipe dédiée au maintien d'une qualité de prestations d'hébergement et à la création de lien social ; la structuration d'un réseau de partenaires solides à même de soutenir et accompagner les familles sur la résidence. RésidSocial gère actuellement 10 résidences en Ile-de-France, et accueille environ 670 personnes. Grâce au soutien d'investisseurs institutionnels de premier plan, RésidSocial prévoit de doubler son parc d'ici 2024.

La Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale et RésidSocial ont décidé de se rapprocher pour développer un partenariat, portant en premier lieu sur le soutien financier à l'organisation du Colloque.

Le Président de RésidSocial, Stéphane Moreau, est également administrateur de la Fondation depuis septembre 2021.



Colloque sous le patronage du Ministre de la Santé et de la Prévention, et de la Ministre des Solidarités et des Familles.



8h30-9h30	Accueil des participants - Café
9h30-9h40	Intervention de Thierry BEAUDET , Président du CESE.
9h45-10h00	Présentation de la Fondation Hospitalière Pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion Sociale Luce LEGENDRE , Présidente de la Fondation, Directrice de l'Hôpital de Nanterre-Max Fourestier.
10h00-10h15	Introduction du Colloque Gilles DE MARGERIE , Commissaire général, France Stratégie.
10h15-11h10	TABLE RONDE INDICATEURS DE PAUVRETÉ, DE QUOI PARLE-T-ON, COMMENT L'ÉVALUER ? Jim OGG , Unité de recherche sur le vieillissement CNAV. Projet financé par la Fondation, « Retracer dans le contexte européen le développement des indicateurs de pauvreté, confronter ces indicateurs avec l'expérience de la grande pauvreté observée sur le terrain ». <u>Animation par Julien Damon (Sciences Po) et Pierre Grapin (BIPE), membres du Conseil scientifique de la Fondation</u> Hervé BONAMY , Vice-président national, Secours Catholique-Caritas France. Maxime LADAIQUE , Responsable de l'information statistique à la division des politiques sociales, OCDE. Thomas LELLOUCH , Directeur de Projet Statistiques de la grande pauvreté, Insee. ➤ Échanges avec la salle
11h10-11h30	Pause-café
11h30-11h45	Introduction « Territoires et précarité » Didier JAFFRE , Directeur général, ARS Occitanie.
11h45-13h00	TABLE RONDE TERRITOIRES ET PRÉCARITÉ : DU CONSTAT À L'ACTION. Florence WEBER , ENS-PSL. Projet financé par la Fondation, « Analyse des mobilités résidentielles des populations en grande pauvreté, des villes métropolisées vers les petites villes en décroissance ». <u>Animation par le Pr Gérard Salem (Université Paris Nanterre, Société Internationale de Santé Urbaine), membre du Conseil scientifique de la Fondation</u> Frédéric CHEREAU , Maire de Douai, Co-président de la commission santé de l'Association des maires de France. Patrick JARRY , Conseiller municipal, conseiller départemental des Hauts-de-Seine, conseiller métropolitain et ancien Maire de Nanterre (2004-2023). Françoise TENENBAUM , Vice-présidente de Dijon métropole, Délégation Solidarité, politiques sociales, santé, Vice-présidente du Conseil régional Bourgogne Franche-Comté, Présidente de l'Union des Gérontopôles de France. ➤ Échanges avec la salle

13h00-14h00	Déjeuner - Visite des stands
14h00-14h15	Introduction « Santé et précarité » Amélie VERDIER , Directrice générale, ARS Ile-de-France.
14h15-16h00	TABLE RONDE QUELLES SOLUTIONS POUR PRENDRE EN CHARGE LA SANTÉ DES PLUS PAUVRES ? Annabel DESGRÉES DU LOÛ , Directrice de recherche en démographie - santé publique, Institut de Recherche pour le Développement. Projet financé par la Fondation, « Mesurer l'impact d'une nouvelle structure pour les femmes en situation de précarité vivant avec une maladie chronique ». <u>Animation par le Pr Jean de Kervasdoué (Académie des Technologies), membre du Conseil scientifique de la Fondation</u> Pr Claude JEANDEL , Chef du département de gériatrie, CHU de Montpellier. Maria MELCHIOR , Directrice de recherche, Inserm - Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale (ERES), membre du Conseil scientifique de la Fondation. Dr Alain MERCUEL , Chef du service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale », GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. Dr Florence RIGAL , Présidente, Médecins du Monde. Stéphanie RIST , Rapporteuse Générale de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Dr Benoit DE SARCUS , Chef de Pôle, Hôpital de Nanterre-Max Fourestier. ➤ Échanges avec la salle
16h00-16h15	Synthèse des travaux Pr Pierre FUMOLEAU , Président du Conseil scientifique de la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale, Directeur scientifique du Cancéropôle Est.
16h15	Conclusion du colloque par Aurore BERGÉ, Ministre des Solidarités et des Familles

Nous remercions le Conseil économique, social et environnemental pour son accueil.



Nous remercions RésidSocial pour son soutien à l'organisation de ce colloque.





RETROUVEZ EN LIGNE
LES ENREGISTREMENTS VIDÉOS
 DES DIFFÉRENTES SESSIONS
 DU COLLOQUE
 Flashez le QR code ci-contre





Luce LEGENDRE Présidente de la Fondation Directrice de l'Hôpital de Nanterre-Max Fourestier

Monsieur le Président du Conseil économique, social et environnemental, merci d'accueillir le premier colloque de la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale en votre enceinte, ce lieu emblématique de la participation citoyenne.

Monsieur le commissaire général, madame la déléguée interministérielle à la lutte contre la pauvreté et messieurs les commissaires régionaux, madame la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, monsieur le directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie, monsieur le président du Conseil d'administration de l'Hôpital de Nanterre, monsieur le président du Conseil scientifique de la Fondation, mesdames les vice-présidentes du Conseil d'administration de la Fondation, mesdames et messieurs les membres du Conseil d'administration et du Conseil scientifique de la Fondation, mesdames et messieurs les intervenants, mesdames et messieurs, merci à vous pour votre présence pour une journée que nous espérons riche en réflexion collective.

Nous sommes honorés que ce colloque bénéficie du patronage du ministre de la Santé et de la Prévention et de celui de la ministre des Solidarités et des Familles, Madame la ministre Aurore Bergé, qui nous fera l'honneur de conclure notre colloque.

Au nom des administrateurs et des membres du Conseil scientifique de la Fondation, je suis heureuse de pouvoir rassembler aujourd'hui chercheurs, acteurs de terrain, collectivités, entreprises et fondations d'entreprises, institutionnels, tous engagés dans la lutte contre la précarité.

Depuis la création de notre fondation hospitalière, nous sommes convaincus que c'est avec l'ensemble des parties prenantes que nous pourrions trouver des solutions pour lutter contre la précarité. Nous sommes tout aussi convaincus du rôle fondateur de la recherche pour documenter, étudier, mettre en perspective, objectiver les innovations sociales. Une recherche pour agir au plus près des réalités du terrain, comme celle que vit au quotidien l'hôpital de Nanterre, que la majorité d'entre vous connaissent mieux sous le nom du CASH de Nanterre.

Le travail coordonné au CASH de professionnels du secteur sanitaire, médico-social et social, y représente une conduite originale qui donne à cet établissement un rôle d'expert. Notre fondation a été au départ imaginée par les hospitaliers du CASH de Nanterre, au contact des personnes précaires et exclues, eux qui avaient acquis une expérience de la prise en charge médicale et sociale de ces populations. Je souhaite ici rendre un hommage sincère à tous les professionnels du CASH de Nanterre qui m'ont accueillie lors de ma prise de fonction le 1^{er} janvier 2019. Ils font preuve d'un engagement dont j'ai pu me rendre compte à de nombreuses reprises, et en particulier pendant la période si complexe de la crise COVID.

L'expérience de cette prise en charge peut et doit servir à la recherche, à l'hôpital comme ailleurs. C'est sur ces principes qu'a été créée il y a quatre ans la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale, avec le soutien du président du Conseil d'administration du CASH de Nanterre, Monsieur Jarry, du président de la CME, Luc Rozenbaum, du chef de pôle du pôle de médecine sociale, Jacques Hassin, aussi et surtout grâce au soutien de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, en la personne de Didier Jaffre, qui nous fait l'honneur de sa présence. Et bien évidemment, avec le soutien du ministère de la Santé.

Notre fondation a déjà émis trois appels à projets de recherche grâce au soutien de l'ARS Île-de-France, de la Fondation Carrefour, de la Banque des Territoires, avec lesquels nous espérons construire des liens durables.

Grâce au travail rigoureux de son Conseil scientifique, présidé par le professeur Fumoleau, la Fondation soutient dix projets de recherche, dont trois présenteront l'avancée de leurs travaux.

Un nouvel appel à projet sera lancé dès la semaine prochaine [ndlr : le 14 novembre 2023], en partenariat cette fois-ci avec la Fondation Malakoff Humanis Handicap, sur le sujet de l'accès aux soins des personnes handicapées en situation de précarité.

La Fondation travaille également à la conception de projets spécifiques en lien avec des chercheurs, des acteurs de terrain et des financeurs. Nous sommes ainsi fiers d'avoir été mandatés par l'Agence Régionale de Santé Occitanie pour mener un ambitieux programme de recherche sur la question des changements climatiques et de la précarité.

Nous espérons que ce colloque permettra de mieux faire connaître les travaux de la fondation hospitalière, de faire progresser les connaissances et les pratiques collectives dans la lutte contre la précarité, mais aussi d'initier de nouveaux partenariats avec des équipes de recherche, des acteurs de terrain et avec de futurs financeurs, car nous sommes jeunes, donc ambitieux, et nous avons besoin de ressources additionnelles pour pouvoir accompagner l'innovation et la recherche.

Avant de céder la place aux débats autour de trois principaux axes de réflexion, la nécessaire évolution des indicateurs de la pauvreté, le rôle fondamental de l'approche territoriale, la prise en compte des caractéristiques sanitaires spécifiques des populations précaires, je tiens à remercier les administrateurs et les membres du Conseil scientifique de la Fondation pour leur implication, et en particulier les deux vice-présidentes, le docteur Françoise Le Guilloux, par ailleurs présidente de la commission médicale d'établissement du CASH de Nanterre, et madame Élisabeth Vinot, qui s'est particulièrement impliquée dans la conception de ce colloque. Je remercie tout autant monsieur Alexandre Martini, le directeur de la Fondation, qui, grâce à ses compétences et son engagement, accompagne depuis sa naissance notre fondation. Je remercie enfin RésidSocial, qui a permis l'organisation de ce colloque ; son président qui est dans la salle, monsieur Stéphane Moreau, interviendra en fin de matinée. Et je remercie bien évidemment toutes les personnes qui contribuent à la réussite de ce colloque.

Je vous souhaite à tous et à toutes un très bon colloque.



Élisabeth VINOT

**Conseiller spécial CNAM, Fondatrice de la Fondation
du CNAM, Vice-présidente de la Fondation.**

Monsieur le Président du CESE, Madame la Présidente de la Fondation, Mesdames et Messieurs, chers collègues, chers invités,

Monsieur Gilles de Margerie introduira le colloque qui nous réunit aujourd'hui. Au préalable, ayant pris une large part dans l'organisation de cette journée, je souhaite remercier tout particulièrement les membres du Conseil scientifique et les membres du Conseil d'administration, qui m'ont apporté leurs compétences et leur sensibilité, pour définir les thèmes de nos travaux, qui je l'espère, connaîtront de nombreux prolongements, puisqu'il s'agit de thèmes de recherche sur le sujet auquel nous sommes tous ici très sensibilisés.

Je voudrais tout particulièrement remercier le Professeur Pierre Fumoleau qui, malgré des soucis personnels prolongés, n'a jamais cessé de nous apporter son soutien et ses compétences, forgées au cours d'une longue et brillante carrière au service de la santé.

Je voudrais également souligner la part significative prise par le Professeur Jean de Kervasdoué, dont le soutien et l'amitié m'ont beaucoup aidée. Le Conseil scientifique dans son ensemble a pris une large part dans la définition des thèmes qui seront soumis à votre réflexion sur la journée.

Je voudrais aussi remercier personnellement le Directeur de la Fondation Alexandre Martini avec lequel, en duo, nous avons progressivement bâti le programme que vous connaissez, et qui fut soumis à l'arbitrage de notre Présidente.

Enfin, nous ne pouvons ignorer que si nous nous réunissons aujourd'hui, c'est grâce à la décision prise par le directeur général de l'ARS Ile-de-France de l'époque, notre actuel ministre de la Santé et de la Prévention, épaulé comme chacun le sait, par Monsieur Didier Jaffre, lorsqu'il occupait les fonctions de directeur de l'offre de soins en Ile-de-France.

Sans leur volonté, sans leur appui permanent, nous n'aurions pas atteint nos objectifs, qui se concrétisent aujourd'hui au travers de nos travaux.

Enfin, je tiens à adresser à Madame Stéphanie Rist, Députée et Rapporteuse générale de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, mes remerciements très sincères et amicaux, pour son apport certes récent, mais ô combien efficace !

Je souhaite à tous nos experts et personnalités intervenant au cours des trois tables rondes de la journée, d'excellents travaux, et pour la Fondation des contributions qui nous permettront de franchir d'autres dimensions et de formuler de nouveaux projets.





Introduction par Gilles DE MARGERIE, Commissaire général, France Stratégie

Merci de votre invitation – le programme de la journée est passionnant – et je suis très heureux et honoré d'introduire vos débats.

France Stratégie, que j'ai dirigée depuis janvier 2018 jusqu'il y a quelques jours, a eu la responsabilité de l'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Nous avons, par ailleurs, publié une série de travaux sur le poids des héritages sociaux dans les parcours scolaires et d'études supérieures, sur leurs impacts sur les rémunérations dans les années d'entrée dans la vie active, sur les positions sociales atteintes, et sur les politiques en faveur de la mobilité sociale des jeunes.

Je voudrais dire quelques mots sur l'évaluation de la stratégie de lutte contre la pauvreté, en insistant sur la méthode que nous avons adoptée ; puis mettre en lumière quelques éléments saillants de nos études sur le poids des héritages, qui peuvent aider à comprendre les déterminants de certaines des formes de précarité.

Comment porter une appréciation sur l'action publique vis-à-vis de la pauvreté, et en particulier sur la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté ?

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté annoncée en 2018 avait formulé deux objectifs généraux : éviter la reproduction sociale de la pauvreté et permettre de sortir de la pauvreté par l'emploi. Elle comprenait 35 mesures. Un comité d'évaluation a été mis en place, sous la présidence de Louis Schweitzer, qui a produit trois rapports et deux notes spécifiques concernant l'impact de la pandémie. Certains pans importants n'ont pas été mis en œuvre ou sont encore à l'étude ; le plus important d'entre-eux est la mise en place d'un revenu universel d'activité. Un point important est également à signaler : le retard pris par rapport à un ambitieux plan de formation des travailleurs sociaux qui avait été prévu. L'organisation territoriale, avec la mise en place de commissaires à la lutte contre la pauvreté et de contrats au niveau départemental, a été considérée pertinente dans son principe, même si sa mise en œuvre est perfectible.

L'enveloppe financière prévue a été très largement dépassée sur la période 2019-2021, avec un total passé de 4,3 milliards d'euros prévus à 12,1 milliards d'euros, notamment avec le quadruplement des dépenses liées à la prime d'activité, à la suite de la crise des Gilets jaunes.

Les dépenses prévues pour les autres postes ont été mises en place à environ 80 %. Sans ces mesures, le taux de pauvreté, estimé en 2020 à 14,6 %, et qui fluctue depuis des années dans une bande de plus ou moins 1 % autour de 14 %, aurait été sensiblement supérieur, 0,6 à 0,7 %. Les mesures mises en place lors de la pandémie ont, elles, évité une aggravation estimée à 0,5 %.

Quelques mots sur l'évaluation de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté :

- une évaluation qui s'apparentait largement à un suivi de la mise en œuvre des mesures au fur et à mesure de leur déroulé, « in itinere » comme on dit parfois, et, faute de recul, peu d'éléments de type évaluations « ex post » – juste quelques mesures sur des indicateurs qui sont connus sans trop de délai. Au moment où nous nous parlons, les dernières statistiques disponibles, hors estimations préliminaires, portent encore sur 2020 – une année à beaucoup d'égards complètement atypique. En outre, il manquait beaucoup de données, et le comité d'évaluation a eu du mal à obtenir ce dont il avait besoin ;
- surtout, une méthode doublement innovante avec la mise en place d'un panel citoyen d'une trentaine de personnes, aussi représentatives que possible, accompagnant la démarche du comité d'évaluation, et la consultation du 5^e collège du CNLE, qui rassemble des personnes « concernées » ;
- l'initiative prise par le comité, avec l'engagement actif de son président, Louis Schweitzer, d'ajouter une dimension à l'étude – celle de l'objectif d'éradication de la « grande pauvreté » – et de formuler des propositions, dont la plus importante portait sur l'expérimentation d'une forme de revenu universel inconditionnel.

Quelques mots maintenant sur trois travaux récents de France Stratégie qui, sans traiter le sujet de la pauvreté, permettent de beaucoup progresser dans la connaissance du caractère « hérité » des parcours scolaires, des parcours professionnels, et des rémunérations. L'élément le plus nouveau de nos analyses, c'est que nous voyons à la fois jouer des mécanismes forts de reproduction sociale, dominés par l'impact du milieu social des parents, par le fait d'être une femme ou un homme, par le lieu où l'on a grandi, et par l'origine migratoire ; mais en même temps une très grande imprévisibilité au niveau individuel.

Je voudrais insister sur les conclusions de la note sur « ce qui compte le plus » dans la formation des inégalités, émise lors du printemps dernier [2023]. Nous y constatons qu'entre des trentenaires dont les parents font partie du quart aux revenus les plus modestes dans la population, et ceux dont les parents font partie du quart aux revenus les plus aisés, il y a plus de mille euros d'écart dans les rémunérations mensuelles. Plus de six cents euros entre hommes et femmes – avec un écart qui se creuse nettement à l'arrivée des enfants. Et un poids, après prise en compte des origines sociales, assez modeste des origines migratoires – de l'ordre de 150€ d'écart de revenus mensuels – ou territoriales – mêmes ordres de grandeur d'écarts, selon que vous venez d'une zone très défavorisée ou non.

On ne peut qu'être frappé par l'importance de l'écart lié à l'origine sociale. Mais, quand on regarde de plus près, on découvre des phénomènes plus inattendus. Comparons par exemple des situations très typées, dont les moyennes sont très éloignées, en rapprochant la situation des femmes d'origine modeste de celle des hommes d'origine aisée. Dix pour cent des femmes d'origine modeste atteignent des niveaux de revenus supérieurs à ceux de la moitié des hommes d'origine aisée. Elles ont donc surmonté le double facteur « hérité » qui aurait pu les conduire à avoir « en moyenne », une rémunération très inférieure.

Quand nous avons vu cela, nous avons voulu creuser, et nous nous sommes rendus compte que, en prenant deux personnes tirées au sort, les quatre facteurs que nous avons étudiés (origine sociale, sexe, origine migratoire, origine territoriale) n'expliquaient qu'aux alentours de 10 % de leurs positions respectives. Il y a donc bien des écarts forts en moyenne, mais aussi une grande dispersion des trajectoires individuelles. Je crois que c'est un résultat important pour la conception des politiques publiques en matière de pauvreté.

Ceci rejoint la mise en évidence, maintenant très ancienne et documentée, de l'importance des accidents de la vie, des accrocs de parcours, qui viennent s'ajouter au caractère très socialement déterminé des niveaux de revenus – en particulier des niveaux modestes de revenus.

Ces accidents de la vie n'arrivent évidemment pas complètement par hasard : ils affectent souvent les plus vulnérables, ceux dont le travail est le plus précaire, ceux dont les ressources sont modestes. Ils sont parfois le résultat de situations très individuelles, mais souvent, comme l'ont montré beaucoup de sociologues, ces situations sont rendues possibles par des évolutions sociales plus lourdes : montée des foyers monoparentaux, poids des emplois précaires (CDD indéfiniment renouvelés, sans parler, pour les jeunes, des multiples formes intermédiaires comme les stages ou l'apprentissage qui peuvent être d'excellents outils d'insertion, mais aussi des facteurs de fragilisation s'ils s'éloignent de leurs objectifs), dans un contexte où le filet social très protecteur que nous avons, qui rend d'immenses services, comprend aussi de grands trous – en particulier pour les 18-25 ans.

Au fond, nous avons une situation où se conjuguent deux modes d'entrée et éventuellement de maintien dans la pauvreté :

- celui de la distribution de la population entre tranches de revenus, dont nous savons maintenant assez bien mesurer le point auquel elle est, en moyenne, héritée d'une génération à l'autre – pour caricaturer, c'est souvent : pauvre, fils de pauvre, et riche, fils de riche ; mais nous savons aussi que ces écarts, importants en moyenne, ne déterminent pas absolument les trajectoires individuelles, qui sont très variées ; des moyennes éloignées, donc, mais un mouvement intense autour de ces moyennes ;
- celui des accidents de la vie, au croisement des destinées singulières des individus, et des déterminants sociaux multiples qui y rendent vulnérable.

Cette pluralité des modes d'entrée dans la pauvreté a sans doute, même s'il y a encore beaucoup à creuser sur ce sujet, des impacts importants sur les modes de sortie de la pauvreté. Ce n'est pas la même chose que d'être, pendant quelques mois, peut-être un an ou deux, dans une situation de pauvreté, mais avec une perspective réelle d'en sortir à terme assez rapprochée, et d'y être enfermé durablement. Et en précisant qu'un mode d'entrée ne commande pas un mode de sortie.

J'insiste sur ce point parce qu'il me paraît capital pour l'orientation des politiques publiques :

- de puissants mécanismes redistributifs ont été mis en place, et, pour l'essentiel, ils atteignent leurs objectifs ; rappelons qu'après redistribution les inégalités sont nettement moindres qu'avant, et qu'elles se trouvent honorablement classées en France par rapport aux pays comparables. Il est toujours possible d'essayer de faire mieux, en trouvant le bon équilibre entre ce qui permettrait d'étendre le « filet de sécurité » et ce qui risquerait de créer des trappes durables à pauvreté. Les réflexions qui tournent depuis des années sur le revenu universel d'activité, ou le revenu inconditionnel, ou celles sur les obligations d'activité dans certains régimes d'aide, ne sont pas près de s'éteindre ;
- mais il y aura toujours des situations de grand précarité, plus ou moins directement déterminées par les origines sociales, et résultant souvent plutôt de trajectoires de vie personnelle accidentées.

En résumé, la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté a été, sur le plan financier, largement mise en œuvre, du fait de la hausse de la prime d'activité ; elle a été inégalement mise en œuvre sur une série de mesures ; et nous ne savons pas encore si ce qui a été mis en œuvre produit les résultats espérés. Ce qui, même perfectible, comme le souligne le rapport, a fonctionné, c'est l'architecture déconcentrée et décentralisée choisie pour faire vivre la stratégie, avec le rôle des commissaires à la lutte contre la pauvreté, et ce sont surtout les transferts monétaires.

Ce qui pêche encore, ce sont notamment les mesures bénéficiant à la petite enfance, pourtant déterminantes pour le sort futur des enfants ; c'est l'accompagnement, et ce qui concerne ceux dont c'est la responsabilité ; et notamment le retard sur les formations prévues pour les travailleurs sociaux. Et, pour la pauvreté des jeunes, le trou qui reste entre 18 et 25 ans dans les dispositifs publics.

Enfin – mais je n'ai guère besoin d'insister sur le point, parce que la nature des sujets abordés et du cadre institutionnel de notre réunion fait que vous l'avez en tête – le point clé, que nous devons je crois tous garder en tête : nous pourrions toujours progresser sur des politiques nationales, sur le choix des institutions départementales ou municipales les mettant en œuvre, sur les taux de non recours. Mais la manière dont s'engendrent, aujourd'hui, les situations les plus précaires, à partir de positions sociales héritées, de déclassements, d'accidents de la vie, ne permet pas d'espérer qu'une solution administrative unique résolve toutes les questions.

Il faut des acteurs multiples, comme ceux réunis aujourd'hui, des manières multiples d'appréhender les situations, comme celles des trois projets de recherche que nous allons découvrir ensemble, et des initiatives multiples, et donc hétérogènes, partielles, mais irremplaçables pour apporter des réponses à des situations concrètes qu'on croirait, sinon, sans issue.



INDICATEURS DE PAUVRETÉ, DE QUOI PARLE-T-ON, COMMENT L'ÉVALUER ?

Animation par Julien Damon (Sciences Po Paris) et Pierre Grapin (BIPE), membres du Conseil scientifique de la Fondation

Hervé BONAMY, Vice-président national, Secours Catholique-Caritas France.

Maxime LADAIQUE, Responsable de l'information statistique à la division des politiques sociales, OCDE.

Thomas LELLOUCH, Directeur de Projet Statistiques de la grande pauvreté, Insee.

Dans la présentation de la table ronde, **Julien Damon**, membre du Conseil scientifique de la Fondation, souligne la diversité aujourd'hui des indicateurs de la pauvreté, qui entraîne des quantifications différentes (cf. le chiffre de 5 millions de personnes pauvres évoqué par le président du CESE dans son discours introductif, et celui de 9 millions évoqué par le secrétaire général de France Stratégie, tous deux exacts). D'où l'importance de faire un panorama de ces indicateurs, sans forcément définir quel en est le meilleur.

Pierre Grapin, membre du Conseil scientifique de la Fondation, rappelle que ce thème des indicateurs figurait dans le cadre du premier appel à projets de la Fondation, ce qui a amené au soutien du projet de recherche porté par Jim Ogg.



Jim Ogg, sociologue franco-britannique, présente une synthèse de son travail de recensement et d'analyse des différentes approches et des indicateurs associés, avec une ouverture sur les réflexions en cours au Royaume-Uni. Ce projet a été financé par la Fondation, en sa qualité de lauréat de l'AAP de recherche 2021/2022.

Ces indicateurs ont tous à la fois des éléments positifs et des éléments négatifs : pauvreté relative, à 60 % et 50 % du niveau de vie médian ; pauvreté absolue ; privations matérielles et sociales (est considérée pauvre une personne qui cumule 5 privations, sur une liste de 13 ; 7 sur 13, pour une situation de grande pauvreté) ; prise en compte des changements sociétaux non pris en compte par les indicateurs officiels.



Hervé Bonamy présente les principaux résultats issus des études du Secours Catholique - Caritas France sur la population des personnes accueillies : une baisse du niveau de vie médian de -7,6 % en un an (2022 vs. 2021), un « reste à vivre » qui baisse encore à 5 € par jour et par personne (dite « part arbitrabable » : nourriture, vêtements, loisirs), une aggravation de la pauvreté en particulier pour les mères isolées avec enfants et les jeunes adultes entre 15 et 25 ans, le poids toujours plus lourd des dépenses contraintes pré-engagées (loyer ou prêt immobilier, électricité, gaz, Internet, assurances, etc.).

Dans les accueils du Secours Catholique, la demande adressée le plus souvent aux bénévoles reste l'écoute (57 %), suivie de la demande alimentaire (51 %). 47 % des ménages rencontrés sont confrontés à des impayés ; la part des ménages en location précaire repart à la hausse après avoir stagné pendant la période Covid. De plus en plus de jeunes adultes se trouvent en situation de grande précarité, sachant que 85% des 15-25 ans sont issus d'une famille déjà en situation de grande pauvreté, et que cette tranche d'âge n'a pas droit au RSA.

Hervé Bonamy évoque également la hausse du non-recours aux droits : plus d'un tiers des personnes éligibles ne l'ont pas perçu en 2022, phénomène en croissance et encore plus marqué chez les hommes seuls et les étrangers.

Il insiste en conclusion sur l'importance de ne pas laisser seules les personnes, « faire à partir de ces personnes et avec elles, et non pas pour elles », pour leur permettre d'accéder aux droits fondamentaux.

(Document de présentation disponible sur demande)



Maxime Ladaïque confirme que la mesure la plus courante est le taux de pauvreté monétaire relative, fournie à l'OCDE par l'Insee grâce à l'enquête emploi, revenus, fiscaux et sociaux. En France, en 2019 (dernières données disponibles), 8 % de la population vivaient avec moins de 50 % du niveau de vie médian, soit 1 000 € net pour une personne célibataire et à peu près 2 000 € pour une famille avec deux enfants. Ce chiffre est inférieur à la moyenne européenne, qui est à 11 %, à 12 % pour les pays de l'OCDE. Si on regarde la mesure à 60 % du revenu médian (ce qu'utilise l'Union européenne), l'ordre des pays est similaire, avec en France 14-15 % à un niveau de vie individuel inférieur à 1 200 €, soit environ 10 millions de personnes, soit 4 millions de personnes en plus entre les 50 % et les 60 % du revenu médian, dans cette définition plus large de la pauvreté. Pour l'Union Européenne, le taux est à 17 %, 18 % pour l'OCDE, et jusqu'à 25 % dans les pays où la pauvreté est plus développée.

Au cours des dernières années, le taux de pauvreté n'a pas beaucoup évolué dans l'absolu, mais plutôt par rapport aux groupes d'âge : la pauvreté a baissé pour les personnes âgées, elle a augmenté pour les jeunes et pour les enfants.

Maxime Ladaïque partage également des données plus récentes, issus du World Gallup Survey, sur le pourcentage de personnes qui déclarent ne pas avoir eu les moyens de s'acheter à manger lors des 12 derniers mois, des chiffres en hausse dans les deux tiers des pays de l'OCDE. En ce qui concerne la pauvreté non-monnaire, la part de ceux qui ont cinq privations est en France de 14 à 15 % ; pour sept privations, les privations sévères, la France est à 8 %, soit ici un peu au-dessus de la moyenne OCDE.

En illustration de possibles solutions, il présente la corrélation entre le taux de pauvreté et les dépenses sociales publiques dans les pays de l'OCDE : la France est un pays qui dépense beaucoup en termes de dépenses sociales publiques, avec une corrélation avec le taux de pauvreté relativement inférieur. Il présente également la corrélation entre la redistribution (à la fois les prélèvements obligatoires et les prestations sociales) et la pauvreté avant/après redistribution : en moyenne (en 2019), la redistribution réduit la pauvreté, de 27 % à 12 % pour la moyenne OCDE.

Il partage enfin quelques recommandations par groupe d'âges : pour les enfants, l'importance d'investir dans le pré-scolaire, dans les services de garde de jeunes enfants, pour les familles à faibles revenus (aujourd'hui, ce sont les familles à hauts revenus qui profitent le plus de ces gardes, avec un rapport de un à trois) ; pour les jeunes, lutter contre le décrochage scolaire, contre l'absentéisme, pour le développement de l'apprentissage qui a

fortement augmenté les dernières années, mais qui est toujours à un niveau inférieur à ce qu'il est par exemple en Norvège, en Autriche ou en Allemagne. Il confirme qu'il existe également des marges de manoeuvre sur le non-recours, estimé à 30 % par la DREES.

(Document de présentation disponible sur demande)



Thomas Lellouch démarre son propos en réaffirmant qu'on ne peut faire l'impasse sur la conception monétaire, que ce soit le taux de pauvreté monétaire où on mesure le niveau de vie relativement au reste de la population, ou la pauvreté en conditions de vie qui mesure les privations matérielles et sociales, qui sont causées par l'insuffisance de ressources financières. L'intérêt de ces indicateurs est en effet qu'ils sont basés sur des critères objectifs, ils sont observables statistiquement, plus facilement comparables entre les individus que des dimensions plus subjectives. Ils permettent également des comparaisons internationales possibles, comme l'intervention de l'OCDE l'a montré, pour mettre en perspective l'importance du phénomène entre les différentes régions, les différents pays.

Mais il confirme également que l'approche monétaire a des limites, avec des problèmes de couverture : ces indicateurs sont basés sur des données d'enquête dites en population générale, c'est-à-dire un échantillon d'individus au sein de personnes qui ont des logements, ce qui exclut de fait toutes les personnes qui sont sans domicile, les personnes en communauté dans les logements collectifs, notamment les résidences étudiantes, les habitations mobiles, les gens du voyage, soit toute une partie de la population. Même avec des méthodes statistiques pour corriger ces défauts de couverture, cela reste une limite importante, notamment sur le bas de distribution, celui de la très grande précarité.

D'autres dimensions n'y sont pas prises en compte, identifiées et mises en exergue par des travaux de recherche, comme le projet de recherche international mené sur plusieurs années par ATD Quart-Monde et l'université d'Oxford avec des personnes en situation de pauvreté, qui a identifié des dimensions cachées de la pauvreté dont on parle assez peu, comme l'isolement social, la maltraitance sociale, la maltraitance institutionnelle, les peurs et les souffrances, la dégradation de la santé physique et mentale, toute une série de dimensions pas ou peu captées à travers les indicateurs traditionnels, mais qui restent pour les personnes des éléments incontournables de la pauvreté.

Se pose la question de la mesure de ces dimensions plus subjectives. Pour comparer entre les individus les situations, l'Insee s'est rapproché des associations ATD Quart-Monde et Secours Catholique - Caritas France, pour essayer de mieux comprendre quelles sont ces dimensions non monétaires et comment on peut les mesurer statistiquement : confronter deux mondes, les outils et les mesures de la statistique publique, avec le vécu et les expériences des personnes en situation de grande pauvreté.

Sous l'impulsion d'un comité de pilotage, autour de groupes locaux de personnes en situation de pauvreté, plusieurs savoirs ont été mis en commun : le savoir scientifique des statisticiens, le savoir des personnes en situation de pauvreté, le savoir des associations pour faciliter la participation des personnes. Il en ressort une multitude de représentations, illustrant la multidimensionnalité de la pauvreté : le manque, la faim, notions qui renvoient aux conceptions monétaires et aux indicateurs traditionnels, mais aussi d'autres notions autour de la relation au reste de la société, aux autres : discrimination, stigmatisation, honte, regard des autres, isolement, incompréhension... Des notions positives ressortent également, comme l'entraide, la solidarité, « la débrouille », mais aussi le combat, la lutte.

Hervé Lellouch insiste tout particulièrement sur « la spirale » : comment progressivement, soit on s'enfoncé et on devient de plus en plus prisonnier de la pauvreté, soit au contraire on arrive à progressivement s'en sortir, avec l'importance de l'existence d'un réseau social pour y parvenir. L'idée essentielle est celle des parcours et trajectoires de vie : il n'y a pas un unique événement qui va faire en sorte qu'on est pauvre ou pas, mais c'est un cumul de situations, d'expériences négatives, qui crée cette situation.

Sur la base de ces premiers enseignements, l'Insee réfléchit à faire évoluer un module dans l'enquête sur les conditions de vie. Le travail sur la question de la mesure des dimensions non-monétaires se poursuit, avec notamment un partenariat avec l'École d'économie de Paris pour approfondir cette question.

(Document de présentation disponible sur demande)

À la suite d'une question dans l'assistance sur la définition de la « maltraitance institutionnelle », Thomas Lellouch précise que c'est une dimension en lien avec toutes les autres dimensions et qui crée une forme de cercle vicieux. Cela est beaucoup ressorti des expériences des personnes elles-mêmes : le ressenti d'un jugement et de suspicion de la part des administrations, mais aussi la dépendance aux décisions d'autrui, ainsi que les difficultés d'accès au numérique.

À la suite d'une question dans l'assistance sur la dimension subjective de la pauvreté et comment prendre en compte les ressentis, Maxime Ladaïque rappelle le World Gallup survey, utilisé par l'OCDE pour compléter les données de l'Insee, avec des données comme la part des personnes qui déclarent ne pas avoir les moyens de s'être acheté à manger lors des 12 derniers mois. Ce type de variables est de plus en plus utilisé en plus des données de pauvreté monétaire, avec l'avantage d'être plus à jour que les données d'enquête, et disponibles pour tous les pays du monde.

Jim Ogg ajoute que « plus on va dans le domaine de la subjectivité, plus on va dans le domaine de l'exclusion sociale et de la non-inclusivité de la personne » : on peut trouver des gens qui ont le sentiment de ne pas pouvoir

participer à la vie sociale de leur quartier, sans pour autant être pauvres dans le sens monétaire des définitions administratives. Il s'agit avant tout d'un continuum des états, dont la subjectivité est une mesure très importante, cet indicateur devant pour autant toujours être combiné avec les indicateurs monétaires.

À la suite d'une remarque dans l'assistance sur le développement au Royaume-Uni de nouveaux indicateurs de pauvreté monétaire plus seulement basés sur le revenu disponible, Maxime Ladaïque rajoute qu'à l'OCDE sont aussi utilisés des indicateurs qui prennent en compte le patrimoine, à savoir combien de mois les personnes peuvent tenir avec leur épargne. Autre évolution dans les indicateurs : bloquer le niveau de pauvreté, en ancrant le niveau médian plutôt qu'en utilisant le niveau médian de l'année ; étudier les NEET, « Not in Employment, Education or Training », au sein des 15-19, 20-24, 20-29, 15-29 ans, pour définir quelle politique adopter pour ce type de personnes.

Jim Ogg rajoute que le travail au Royaume-Uni sur la multidimensionnalité des indicateurs amène à plus incorporer les charges auxquelles font face les familles, et non simplement les revenus, notamment quand il y a un handicap dans le ménage, ou les frais pour la scolarisation des enfants, surtout des enfants en bas âge.

À la suite d'une question dans l'assistance sur la notion d'invisibilité (comment qualifier ces « invisibles », comment définir des indicateurs de cette invisibilité, pour plus d'action publique vers ces populations ?), Thomas Lellouch confirme que certaines populations ne sont pas captées dans les études. Il évoque un projet d'enquête à l'Insee sur les personnes sans domicile, directement dans les lieux d'accueil, dans les associations, voire au sein des maraudes et des dispositifs d'aller-vers, pour aller étudier les personnes qui n'ont pas forcément recours elles-mêmes aux dispositifs. C'est à travers ces enquêtes très spécifiques, complexes à mettre en place, qu'il est possible de collecter des informations sur les conditions de vie et les parcours de ces personnes.

Hervé Bonamy insiste sur « le combat de l'accompagnement », le lien avec les travailleurs sociaux, avec les collectivités territoriales, avec d'autres associations, la formation des bénévoles pour pouvoir répondre aux défis numériques.

En conclusion, Pierre Grapin rappelle que les différentes approches de mesures sont au final très complémentaires. Il insiste sur l'importance de « faire parler », d'être au plus près de l'expérience vécue, en étant conscient des phénomènes multidimensionnels de la pauvreté, bien comprendre ce qui est en cause au niveau des personnes et de la société dans son ensemble.



TERRITOIRES ET PRÉCARITÉ : DU CONSTAT À L'ACTION.

Animation par le Pr Gérard Salem (Université Paris Nanterre, Société Internationale de Santé Urbaine), membre du Conseil scientifique de la Fondation

Frédéric CHEREAU, Maire de Douai, Co-président de la commission santé de l'Association des maires de France.

Patrick JARRY, Conseiller municipal, conseiller départemental des Hauts-de-Seine, conseiller métropolitain et ancien Maire de Nanterre (2004-2023).

Françoise TENENBAUM, Vice-présidente de Dijon métropole, Délégation Solidarité, politiques sociales, santé, Vice-présidente du Conseil régional Bourgogne Franche-Comté, Présidente de l'Union des Gérontopôles de France.



Cette table ronde est introduite par **Didier Jaffre**, directeur général de l'ARS Occitanie.

Il se félicite des développements de la Fondation, qui, plus de quatre ans après sa création, montre aujourd'hui toute son utilité. Il se réjouit également que deux agences régionales de santé, Île-de-France et Occitanie, puissent accompagner la Fondation, et espère que d'autres ARS les rejoignent à l'avenir, avec un objectif commun, la réduction des inégalités sociales de santé, et la nécessaire adaptation des politiques à chaque territoire. Il évoque en complément le soutien de l'ARS Ile-de-France au maintien, puis à la modernisation du CASH de Nanterre, qui joue un rôle essentiel pour la prise en charge des personnes exclues.

Didier Jaffre insiste sur l'importance de partir des besoins des habitants avant de construire les politiques de santé, savoir les écouter, comme cela a été le cas avec la large consultation menée autour des projets régionaux de santé. En Occitanie, la parole a été particulièrement donnée aux habitants, y compris les personnes en situation de précarité, pour que ce soient les habitants eux-mêmes qui proposent les améliorations du système de santé à mettre en place. Il cite l'exemple spécifique, issu de ces verbatims, du besoin de mettre en place des chenils pour les personnes en situation de précarité, une action que va porter l'ARS Occitanie, car c'est aussi un facteur de renoncement aux soins.

« Écouter les gens, c'est vraiment ça, la refondation du système de santé : partir des besoins des gens et non pas que ce soit aux gens de s'adapter à l'offre » : il défend ainsi, non pas des objectifs quantifiés de l'offre de soins, mais des objectifs quantifiés des besoins de santé, l'un devant répondre à l'autre.

Didier Jaffre évoque ensuite la démarche territoriale mise en place en Occitanie, avec la construction des schémas départementaux de santé, la région Occitanie, étant la plus grande région de France, celle qui a le plus grand nombre de départements (13), avec des pratiques de recours à la santé différentes d'un département à l'autre, dont il est nécessaire de tenir compte, d'où la territorialisation du Projet Régional de Santé, et l'intégration de la démarche CNR dans le Projet Régional de Santé.

Ce sont de plus les acteurs eux-mêmes, les élus, les usagers, les professionnels de santé, qui vont mettre en œuvre le PRS dans chacun des départements : il s'agit de savoir faire confiance aux acteurs pour la mise en œuvre, y compris avec une visibilité totale sur les moyens.

Cette spécificité territoriale prise en compte dans les politiques de santé doit se retrouver dans la prise en charge de la précarité, car *« la précarité n'a pas le même visage, là aussi, selon les territoires »*.

Parmi les douze départements les plus pauvres de France, quatre sont en Occitanie, ceux au bord de la Méditerranée. La précarité dans ces départements-là n'est pas la même que celle observée à Toulouse, ou encore moins au cœur des Hautes-Pyrénées. La précarité est aussi souvent invisible, méconnue, comme celle des agriculteurs, par exemple.

Didier Jaffre insiste sur l'importance d'aller vers les personnes les plus éloignées du système de santé, alors qu'elles peuvent cumuler les facteurs de non-accès (âge avancé, handicap, situation de précarité, état de santé dégradé...), et d'adapter ces démarches d'aller-vers selon les territoires.

Il rajoute l'obligation de prendre en compte les effets du réchauffement climatique, particulièrement marqués en Occitanie (canicule, sécheresse, pénurie d'eau, multiplication des maladies tropicales...), et dont les personnes en situation de précarité sont les premières victimes.

C'est la raison pour laquelle l'ARS Occitanie a conventionné avec la Fondation, alors qu'il faudra, grâce aux apports de la recherche, adapter les politiques, les organisations, aux spécificités géographiques et territoriales, et ce jusqu'en 2050, mais aussi au-delà.

Avant de passer la parole aux participants à la table ronde, Didier Jaffre conclut ainsi son propos : « *Je pense que c'est important de débattre sur ce sujet de territoires et précarité, mais en partant des habitants, en partant des personnes qui sont en situation de précarité, en écoutant leurs besoins. À charge pour nous, institutions, d'adapter notre réponse à leurs véritables besoins, en fonction de ces territoires.* »

Dans sa présentation de la table ronde, **Gérard Salem**, membre du Conseil scientifique de la Fondation, mentionne qu'au-jour'd'hui, tout est territorialité, territorialisation des politiques ; le terme de territoire désigne tout à la fois un lieu, une population, des décideurs, il peut caractériser un quartier défavorisé de banlieue comme un village du Massif Central. C'est aussi vrai du point de vue scientifique, où le terme de territoire a une vogue extraordinaire, pour la géographie, mais aussi pour l'économie.

Sont ici abordées deux questions essentielles : la première est celle de la mise en perspective historique de ces situations de précarité, la genèse de ces situations de précarité ; la deuxième est comment le territoire fait sens par rapport à la précarité, comment les territoires construisent les figures de la précarité, ce qu'on pourrait appeler d'une certaine façon les précarités territorialisées. Et réciproquement, comment des situations de précarité fragilisent les territoires, nuisent à leur dynamique, ce qu'on pourrait appeler d'une certaine façon les précarités territoriales.



Florence Weber, Directrice des études au département de sciences sociales à l'ENS-PSL, présente ensuite le travail, toujours en cours, de son équipe de recherche sur les mobilités résidentielles des personnes en situation de grande pauvreté. Ce projet a été financé par la Fondation, en sa qualité de lauréat de l'AAP de recherche 2021/2022, sélectionné pour l'intérêt du sujet ainsi que l'originalité de l'approche, à la fois sociologique et photographique. Dans sa présentation, Florence Weber évoque les pratiques spécifiques de mobilité des populations en situation de grande pauvreté, entre évitements et adaptations.



Comme le souligne ensuite **Frédéric Chéreau**, il y a un effet spatial très fort de la précarité, avec des personnes qui vivent la ville à l'échelle de très petits territoires, avec en corollaire le sujet de la mobilité, à la fois une mobilité subie, selon l'offre de transports publics, et une mobilité « mentale », à rapprocher d'un sentiment de relégation, d'assignation à résidence.

Paradoxalement, le quartier a une mauvaise image, et en même temps, il y a une très forte appropriation du quartier, où l'espace public est une extension du privé, cette appropriation étant une garantie de sécurité dans une vie qui en a peu. Le réseau de solidarité d'hyper proximité y est un filet de sécurité. Quand on déplace des gens d'un quartier dans un autre, cela peut être une ascension sociale, mais cela peut également fragiliser les personnes. Ceci est d'autant plus marqué dans les situations individuelles de précarité, où la recherche de solutions au jour le jour empêche d'inscrire ses actions dans le long terme, comme les soins ou l'éducation.

Frédéric Chéreau remarque également que la pauvreté « se cache » sur le territoire ; l'accès aux personnes n'est pas forcément facile, surtout qu'une administration, quelle qu'elle soit, et même si elle est là pour aider les personnes, peut être ressentie d'abord comme une menace. Il faut essayer de réellement connaître les gens, par exemple via les bailleurs du logement social, ou les CCAS par la domiciliation. Cela est plus difficile pour ceux qui sont dans l'intermédiaire, travailleurs à temps partiel, non-recours au RSA, hébergés chez un bailleur privé... Il est donc primordial d'aller vers ces personnes, en s'appuyant sur les acteurs d'hyper proximité, qui ont l'expertise de l'habitant. Si l'institution est intimidante, la personne rencontrée régulièrement en centre social, en association, ne l'est pas.

Beaucoup de choses sont réalisées localement pour mieux connaître les personnes sans domicile, via les associations, CCAS, services de l'État. Et beaucoup des personnes identifiées comme SDF sont des acteurs, des habitants à part entière du territoire, qui ont leurs réseaux de connaissances, leurs habitudes dans la ville. Cela devient plus compliqué quand la personne n'a pas cette attache du territoire.

Frédéric Chéreau insiste sur deux programmes : « Territoire accéléré Un logement d'abord », pour aller vers ces personnes et commencer à leur proposer un logement, puis une fois qu'elles sont dans le logement, continuer l'accompagnement social vers une insertion ; « Un chez soi d'abord », dispositif similaire, mais dédié aux personnes qui ont un problème psychique. « *Avec ces outils-là, on arrive à inverser la vapeur, à redonner de l'estime de soi et à réinsérer.* »



Françoise Tenenbaum pose la question de quel est « le bon territoire » pour être le plus efficace. Elle cite l'exemple des contrats locaux de santé, qui ont évolué de la commune à la métropole de Dijon. Cela questionne sur la responsabilité d'une ville centre, ou d'une métropole, sur les autres territoires qui ne sont pas son territoire. À Dijon, l'analyse des besoins sociaux du CCAS est ainsi étendue à la métropole.

L'enjeu central est la mixité sociale des quartiers. Mais paradoxalement, cela n'est pas toujours en faveur des habitants des quartiers : non seulement, c'est très long de changer la population d'un quartier (c'est-à-dire casser les tours et les barres et y mettre une autre population, et déplacer les habitants démunis de ces quartiers pour les faire vivre dans d'autres quartiers), mais il y a aussi beaucoup de réticence, parce les habitants perdent leur environnement, les épiceries sociales, les effectifs moindres des écoles, etc. D'où l'importance de tout faire pour que cela réussisse, avec par exemple sur la métropole de Dijon, un observatoire de la cohésion sociale et un comité des usagers du CCAS, un atlas de l'aire métropolitaine, les diagnostics faits par l'ORS et l'ARS Bourgogne Franche-Comté pour réaliser le programme régional de santé, avec une volonté d'aller-vers, pour répondre aux besoins et attirer les populations vers les services.

Sur un autre sujet, celui de la réduction de la fracture numérique, Dijon métropole a aussi bénéficié d'un transfert de compétences du Conseil départemental vers la métropole, alors qu'on a l'habitude de dire dans les territoires que le Conseil départemental est le chef de file de l'action sociale : la métropole gère ainsi le Fonds d'aide aux jeunes, le Fonds social logement, a mis en place un service spécifique de prévention spécialisée dans les quartiers, l'aide à la parentalité, l'aide sur la nutrition et la prévention de l'obésité, avec notamment la mise en place d'épiceries sociales, un programme « alimentation durable 2030 » avec une légumerie dédiée, une restauration scolaire équilibrée, des tarifs de restauration scolaire selon les ressources de la famille et la composition de la famille. Cette automaticité s'est mise ensuite dans tous les autres services de la ville : par exemple, les musées à Dijon sont gratuits, mais il faut encore « aller chercher » ces familles, tout un travail est à faire dans les quartiers, avec les maisons d'éducation populaire, fusions des centres sociaux et des MJC.

Un travail spécifique est également réalisé au bénéfice des migrants, avec le « contrat territorial d'accueil et d'intégration », c'est-à-dire à l'intégration de tout le monde dans les activités citoyennes, pour que les autres habitants aient l'habitude de vivre ensemble.



Patrick Jarry confirme l'importance de la notion de territoire, à la fois pour essayer de parler d'où on est et pour chercher en permanence à adapter les politiques publiques, en tenant compte des caractéristiques de chacun des territoires. On ne peut pas parler de Nanterre sans son rapport à la métropole parisienne, parce que cette région s'est construite avec des lieux d'exclusion, de concentration de toutes les difficultés. Selon les analyses de l'Institut d'urbanisme de la région Île-de-France, « dans la décennie qui vient de s'écouler, de 2010 à 2020, la mixité sociale à l'échelle de cet espace métropolitain n'a pas progressé, elle a même régressé », c'est-à-dire que les villes de l'exclusion sociale sont des villes dans lesquelles les difficultés sociales sont toujours plus grandes. Sur un territoire comme Nanterre, on doit en permanence chercher à développer des politiques locales qui fassent en sorte que les plus fragiles, les plus précaires, puissent accéder à tous les droits à la ville, et en même temps, ne pas accepter d'être un lieu d'exclusion. À titre d'exemple, alors que selon la loi, chaque département doit avoir une loi sur la domiciliation, les éléments de bilan ne sont pas simples : ainsi, dans le département des Hauts-de-Seine, dans lequel il y a 36 communes, deux communes font à elles seules plus de 30% de la domiciliation et certaines n'en font pas du tout.

Plus que de parler « de mixité », il s'agirait pour Patrick Jarry d'utiliser les termes « des mixités » et donc à les définir : il y a plusieurs types de mixités, y compris celles des habitants qui sont là depuis de longues années, puis ceux qui viennent d'arriver.

Frédéric Chéreau voit la mixité culturelle sous deux angles : la mixité des origines culturelles des personnes qui vivent dans un territoire, et sous un angle qui peut être plus volontariste, pour avoir des lieux, des moments, des événements où tout le monde participe, pour que les personnes des quartiers populaires ne se disent pas « *le théâtre, le cinéma, les concerts, ce n'est pas pour moi* »... une logique du « aller-vers pour amener-à », par exemple, des formations de percussion urbaine dans les quartiers avant d'emmener les parents dans l'auditorium du conservatoire : pour faire société, créer des moments partagés ensemble.

Au-delà, Patrick Jarry fait le constat que les villes se construisent sur le long terme, c'est-à-dire construire un réseau d'acteurs dans tous les quartiers, un réseau d'acteurs multiples qui vont d'acteurs très spécialisés dans l'accompagnement et l'accueil, comme le Secours Populaire, le Secours Catholique, comme ceux qui travaillent sur l'aide alimentaire, mais aussi les centres sociaux et culturels, les acteurs de la culture, les acteurs de l'action sociale dans leur diversité. Cela demande évidemment à la collectivité territoriale d'y mettre des moyens (locaux, subventions...), mais aussi d'essayer d'imbriquer le plus possible ces acteurs, souvent constitués de bénévoles, par exemple permettre qu'une assistante sociale de la ville tienne une permanence au Secours catholique, au Secours populaire, ou à

l'épicerie sociale : une combinaison qui permet à la fois d'accueillir, d'être à l'écoute, de suivre l'évolution des diversités des demandes, et qui permet de les actualiser et d'avoir ainsi une certaine efficacité dans la réponse. Un même réseau a été construit sur les questions de santé, un réseau dans lequel sont imbriqués les services municipaux de la Ville, le centre de santé municipal, l'hôpital, mais aussi avec une série d'acteurs plus différents.

La question de l'accès aux politiques publiques est sans doute la question la plus difficile : *« dire qu'on veut être une ville pour toutes et pour tous, ça peut être un slogan qu'on peut proclamer sans le faire, mais c'est sûr que si on ne le proclame pas, on ne le fera pas ».*

Dans les villes, il y a besoin de partager ensemble une culture politique de la solidarité, alors que la réaction première des individus n'est pas forcément d'être solidaire et donc d'avoir une culture politique ensemble, commune, à l'échelle d'une communauté, d'une ville.

Françoise Tenenbaum évoque enfin « l'angle mort du rural », les territoires en déprise, comme à Tonnerre, (terrain de la recherche menée par Florence Weber, projet soutenu par la Fondation à l'issue de son appel à projets de recherche 2021/2022 : *« c'est un endroit où il y a à la fois les chassés de la ville, et où les locaux sont partis parce que c'était invivable de rester »*). Les travailleurs sociaux eux-mêmes n'ont pas envie d'aller dans ces territoires. Françoise Tenenbaum cite le contre-exemple de Pouilly-en-Auxois, petite commune qui a créé une résidence de 15 personnes, désormais bien intégrées, un exemple à suivre, *« pour éviter que les difficultés se concentrent à Nanterre ou à Dijon ».*



QUELLES SOLUTIONS POUR PRENDRE EN CHARGE LA SANTÉ DES PLUS PAUVRES ?

Animation par le Pr Jean de Kervasdoué (Académie des Technologies), membre du Conseil scientifique de la Fondation

Pr Claude JEANDEL, Chef du département de gériatrie, CHU de Montpellier.

Maria MELCHIOR, Directrice de recherche, Inserm - Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale (ERES), membre du Conseil scientifique de la Fondation.

Dr Alain MERCUEL, Chef du service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale », GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences.

Dr Florence RIGAL, Présidente, Médecins du Monde.

Stéphanie RIST, Rapporteuse Générale de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Dr Benoit DE SARCUS, Chef de Pôle, Hôpital de Nanterre-Max Fourestier.



Cette table ronde est introduite par **Amélie Verdier**, directrice générale de l'ARS Île-de-France.

Elle rappelle que des échanges sur la santé et la précarité ont récemment eu lieu dans le même hémicycle du CESE, en avril 2023 pour le lancement par l'ARS Île-de-France de la finalisation des travaux du projet du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui a été publié début novembre 2023.

L'Île-de-France étant la région la plus riche de France mais aussi la plus inégalitaire, la santé des plus pauvres, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, sont des préoccupations majeures de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France.

Pour Amélie Verdier, il est important de prendre le temps de la recherche pour mieux comprendre à la fois les phénomènes de production et de reproduction de pauvreté et d'inégalités, et ce qui est efficace pour lutter contre ses effets, le fait de vivre avec des désavantages majeurs de revenus, d'emplois, de logements et d'utilisation de services, de liens sociaux et de renonciation aux soins.

C'est aussi par la prévention qu'il faut commencer, pour une action effective : même s'il peut sembler vain de parler de prévention en santé pour des personnes qui n'ont même pas de logement, les acteurs démontrent au quotidien qu'il est possible de faire des choses en la matière. Le PRAPS s'est ainsi nourri des expériences de terrain, pour repérer ce qui fonctionne, comme pour repérer les manques et les obstacles, ce qui dans le droit commun fait échec au bon accès aux soins et à l'amélioration de la situation de santé.

Amélie Verdier insiste sur l'importance d'observer les cas concrets de parcours, les moments où les personnes décrochent dans leur parcours de santé, de comprendre comment il faut améliorer ces fonctionnements. Surtout dans un contexte où on ne manque pas de données, même si elles sont parfois trop éclatées : échanges au niveau national avec la DREES, Santé Publique France, au niveau régional, avec l'Observatoire régional de santé, l'Observatoire francilien des personnes à la rue ou hébergées, l'Observatoire du Samu social de Paris, et désormais avec la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité, de l'hôpital de Nanterre. Il est important de s'intéresser à toutes ces sources de descriptions de parcours, qu'elles émanent de structures publiques ou associatives, car le pilotage général de la donnée de description est parfois insuffisant.

Un événement comme le colloque organisé par la Fondation permet d'articuler les différents types de travaux, ne pas en perdre la diversité, de créer des espaces d'échanges, une mise en discussion.

Amélie Verdier appuie ensuite quelques points clés incontournables, quand on s'intéresse à l'accès à la santé des publics précaires.

En premier point, il s'agit de l'inconditionnalité de l'accès aux soins et à la prévention, ce qui suppose aussi que l'ensemble des acteurs du système de soins prennent leur part dans cette inconditionnalité. Elle se félicite que dans la région Île-de-France, il y ait une grande solidarité entre les acteurs, avec de nombreux dispositifs en place et, quand se révèle un besoin manifeste, de nouveaux modes d'action, comme c'est le cas par exemple pour la prise en charge des usagers de crack.

Deuxième principe, la déspecialisation de l'approche de la grande précarité : éviter d'avoir des dispositifs ad hoc, de cloisonner trop tôt, de créer un système « spécial grands précaires », parce qu'ensuite, à chaque fois qu'il est créé, il faut aussi créer la passerelle vers la suite. « *C'est bien l'ensemble du système de santé qui doit s'interroger sur la manière de prendre en charge les personnes les plus précaires* ».

Troisième grand principe, « *penser avec les personnes, et pas pour elles mais sans elles* », prendre en compte l'expérience de la personne concernée dans la mise en œuvre des actions, et encore plus en matière de prévention. Ont ainsi été développés sur la période récente des systèmes de pair-aidance, de qualification des personnes : une valorisation d'expérience un peu particulière, mais réelle.

Quatrième principe, l'interdisciplinarité : pour faire face à des situations complexes, on ne s'en sort qu'en mêlant les approches professionnelles. C'est encore plus vrai dans le domaine de la grande précarité, et cela rejoint le dernier principe, qui est celui de la coalition, un principe qui est devenu un axe du Projet Régional de Santé : une coalition d'acteurs associatifs, collectivités locales, services de l'État, assurance maladie, chacun avec sa place institutionnelle, sa capacité à être reconnu comme un interlocuteur par la personne. « *C'est en faisant coalition qu'on peut avoir des clés pour avancer et construire des parcours*. »

Ces principes sont, pour l'ensemble des équipes de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France, des marqueurs importants de son action. C'est aussi à partir de ces principes que l'Agence s'interroge face aux sollicitations régulières.

Ces objectifs sont assez largement consensuels, ce dont il faut se réjouir. En revanche, les résultats restent aujourd'hui encore trop insuffisants, d'où l'intérêt des échanges qui vont suivre sur les solutions pour prendre en charge la santé des plus pauvres.

Dans sa présentation de la table ronde, **Jean de Kervasdoué**, membre du Conseil scientifique de la Fondation, remarque que le sujet « santé et précarité » est souvent traduit par « médecine et précarité », alors que santé et médecine ne sont pas des synonymes : « *plus de médecine ne veut pas dire plus de santé* ». La précarité est une cause de la mauvaise santé, comme la mauvaise santé est une cause de la précarité ; il y a un lien triple, avec des relations bi-univoques, entre santé, médecine et précarité. Alors qu'on a l'habitude de dire que notre système de santé est à deux vitesses, pour Jean de Kervasdoué, celui-ci est « *au moins à quatre vitesses : les gens qui ont de l'argent et qui savent, les gens qui savent et qui n'ont pas d'argent, les gens qui ont de l'argent et qui ne savent pas, et les gens qui ne savent pas et qui n'ont pas d'argent* ».

L'accès aux soins pose des problèmes de deux types, généraux et spécifiques : des problèmes généraux pour l'ensemble de la population précaire et des problèmes spécifiques pour certaines catégories de précaires.



Comme exemple de sujet spécifique, **Annabel Desgrées du Loû**, directrice de recherche en santé publique à l'Institut de recherche pour le développement présente ensuite le travail, toujours en cours, de son équipe de recherche, qui a pour objectif de mesurer l'impact de nouvelles structures pour les femmes en situation de précarité vivant avec une maladie chronique. Ce projet a été financé par la Fondation, en sa qualité de lauréat de l'AAP de recherche 2021 / 2022.

Interpelée par une personne dans l'assistance sur les raisons pour lesquelles ces expériences qui fonctionnent ne peuvent pas être appliquées pour la prise en charge de tout un chacun, Annabel Desgrées du Loû précise qu'une telle recherche ne va pas seulement montrer que « quand on prend du temps avec les gens, ça marche mieux ». Le travail des chercheurs est de montrer tous les éléments qui font que ça marche, certains bien connus, d'autres moins connus. Il lui semble que « *pouvoir dire qu'un travail associatif en partenariat avec les institutions publiques fonctionne, c'est aussi une façon d'envisager de nouveaux modèles* ».



Florence Rigal affirme l'importance de la recherche chez Médecins du Monde, notamment sur les sujets de santé et de précarité. Dans le projet associatif de Médecins du Monde figure l'objectif d'un monde où les obstacles à la santé auront été surmontés et où le droit à la santé sont effectifs, avec la conviction que la justice sociale est un facteur d'égalité devant la santé : face au besoin de solutions pour mieux prendre en compte les besoins de santé des populations les plus vulnérables et précarisées, être force de proposition issu du terrain et le cas échéant, de recherches associées.

La recherche est un moyen important de produire des connaissances qui vont servir aux qualités des pratiques, et qui permettent d'inscrire dans le long terme ce qui est développé à court et moyen terme : autour des usagers de drogue, sur la réduction de risques, pour plus d'efficacité par rapport à l'épidémie VIH et VHC, quand les personnes sont particulièrement soumises à un environnement répressif, comme c'est le cas pour les travailleurs et travailleuses du sexe. Une étude a ainsi documenté les effets néfastes de la loi de 2016 qui pénalise les clients de la prostitution : augmentation de la violence, prise de risque plus importante des travailleurs du sexe qui ne peuvent pas négocier leurs activités, donc plus souvent obligés de ne pas mettre de préservatifs. Cette étude a permis de soutenir une requête faite par 260 travailleurs du sexe auprès de la Cour européenne des droits de l'homme.

Un autre programme a été développé à Nantes, similaire à celui présenté par Annabel Desgrées du Loû, concernant les femmes enceintes et leur suivi, femmes enceintes ou venant d'accoucher qui vivent dans des habitats insalubres, qualifiés 4i (insalubre, instable, informel et indigne). Le retentissement sur la santé de tels hébergements était connu, mais cette étude a permis de valider des recommandations et d'aller resolliciter des acteurs sur ce qu'il faut mettre en place pour sortir de l'habitat indigne, pour l'accès aux soins.

Pour Florence Rigal, il est difficile de parler de santé sans parler d'accès aux soins. On voit dans les études qui ont été menées par Médecins du Monde que les personnes sont préoccupées par leur santé, même si elles ne peuvent pas la mettre en priorité, compte tenu de toutes les contraintes auxquelles elles font face. Le frein est l'accès au système de santé, la question de l'ouverture des droits, où il y a de nombreux obstacles. Cela est notamment apparu dans des études auprès des mineurs non-accompagnés. La recherche peut aider sur ces aspects de non-recours à un certain nombre de prestations (à Médecins du Monde, 80 % des personnes qui pourraient avoir l'Aide Médicale d'État ne l'ont pas).

« Nous avons besoin de la recherche, c'est un appui indispensable (...) une recherche qui implique les personnes à tous les niveaux, tant dans la conception que dans la participation même à la recherche ». Ces contraintes méthodologiques sont indispensables pour ne pas refaire les études qui ont déjà été faites avant, pour pouvoir construire les dispositifs qui vont vraiment permettre d'avancer de façon plus concrète.



Pour **Claude Jeandel**, tout est en interrelation, statut, santé, déterminants de la précarité, précarité sociale, financière, juridique. Alors que certains parlent de vulnérabilités, d'autres de fragilités, il préfère parler de fragilisation, de précarisation, des phénomènes dynamiques plutôt que des statuts. Face à cette complexité des mots et de la sémantique, il faut réinterroger le *end point*, qui est pour lui, l'autonomie.

On a pu montrer par des études de cohortes, dont les premières dans les années 80, qu'il y avait trois modalités d'avancée en âge : l'excellente, c'est-à-dire celle où on garde toutes ses capacités fonctionnelles, son autonomie fonctionnelle et en général son autonomie dans le champ du droit de décider pour soi-même ; celle qu'on caractérise par le fait qu'on acquiert des pathologies chroniques incapacitantes qui vont gérer de la perte d'autonomie fonctionnelle, jusqu'à la dépendance. Les maladies chroniques vont apparaître de manière plus fréquente dès lors que les interdéterminants socio-économiques sont présents : on perd ainsi neuf ans, dès lors que les facteurs socio-économiques sont les plus péjoratifs, au sens où ces maladies chroniques s'expriment neuf ans plus tôt que les populations comparées qui ne sont pas caractérisées par ces facteurs socio-économiques péjoratifs.

On voit ainsi l'interrelation entre les risques d'émergence de ces maladies chroniques incapacitantes, le diabète, l'hypertension... Ce sont ces mêmes facteurs de risque qui font que certaines maladies s'expriment plus tôt, par exemple, les maladies neurodégénératives. Aujourd'hui, à défaut de traitement curatif, agir sur les facteurs de risque qui s'expriment au *middle age*, 50 ans, permet de les retarder : ceux qui ont bénéficié d'un bon contrôle d'hypertension, du diabète, ont moins de risques de développer ces maladies, ou les expriment plus tardivement.

La troisième modalité d'avancée en âge est la fragilisation, qui se caractérise par le fait qu'on voit ces capacités fonctionnelles s'amenuiser, sans attribuer cela à une maladie chronique incapacitante documentée. Ce champ de la fragilisation relève de déterminants médicaux, psychosociaux, économiques et environnementaux.

C'est la raison pour laquelle est promu depuis 1990 le modèle ICOPE, pour *Integrated Care for All People*, qui vise à identifier au plus tôt dans la trajectoire de vie ces différents facteurs déterminants d'un risque de perte d'autonomie fonctionnelle préconnue. Et dans ces déterminants, il faut que les réponses s'adaptent aux besoins d'un territoire, mais surtout qu'elles s'adaptent aux besoins de la personne. On manque aujourd'hui de la carte d'identité individuelle de la personne, dans ses besoins. Il est impératif de pouvoir proposer à tout citoyen de disposer de la connaissance de sa situation sur ce modèle bio, médico, psycho, socio, environnemental ; mieux identifier à l'échelon individuel ces différents facteurs économiques, sociaux, environnementaux et médicaux, tellement imbriqués qu'ils sont indissociables ; sortir du modèle hypocratique qui est celui qui a construit la médecine en France, pour aller vers un modèle où la fonctionnalité retrouve son sens, et où on arrive à traiter de la complexité.



Maria Melchior, membre du Conseil scientifique de la Fondation, rappelle l'étymologie du mot « précarité », qui vient du latin et signifie « qui s'obtient par la prière ». C'est un terme qui signifie l'instabilité, l'aléa dans la vie, où on ne peut plus que se référer à la prière pour espérer obtenir des choses, des ressources des autres. Pour elle, c'est surtout un euphémisme pour pauvreté ; elle utilise ainsi plutôt le terme de pauvreté, car on voit de quoi on parle, avec des seuils, financiers, matériels, auxquels on peut se référer.

Les trajectoires de vie des personnes qui vivent avec des conditions matérielles très réduites sont le fruit de trajectoires marquées par des carences, des violences, des ruptures familiales, et souvent dès le plus jeune âge : par exemple, 40 % des personnes sans abri de moins de 25 ans viennent de l'aide sociale à l'enfance, ce qui veut dire que leur enfance a été marquée par des maltraitances, peut-être la maladie physique ou psychiatrique des parents. On sait qu'un enfant maltraité vivant dans une famille pauvre a beaucoup plus de chances d'être pris en charge par les services de protection de l'enfance qu'un enfant qui vit dans une famille plus aisée. Les recherches montrent que le fait de grandir dans une famille pauvre prédit au parcours scolaire et professionnel des personnes.

En France, le diplôme scolaire continue d'être déterminant de l'insertion professionnelle, et ce jusqu'à des âges très avancés. On sait également que les inégalités scolaires en France sont particulièrement marquées : 100 000 jeunes sortent du système scolaire sans aucun diplôme. Le diplôme, le revenu, sont les principaux déterminants sociaux de la santé, et ce, dès le plus jeune âge, évidemment liés à la situation sociale de la famille. La situation sociale des femmes est liée à leurs conditions de grossesse, au fait de donner naissance à un enfant qui naît prématuré, possiblement avec des problèmes de santé, un enfant qui a un petit poids de naissance, qui a une plus forte probabilité d'être malade, d'avoir des accidents ou des maladies chroniques telles que l'asthme, par exemple. Différents types de déterminants sociaux peuvent s'enchevêtrer.

Maria Melchior précise que la pauvreté en France frappe de manière absolument disproportionnée les personnes nées à l'étranger, 10 % de la population : elles ont des taux de pauvreté trois fois plus élevés que la population générale, et 21 % des jeunes issus de l'immigration sont au chômage, par rapport à environ 10 % en population générale. Ce sujet sociétal majeur est traité de manière extrêmement partielle. Le fait d'être immigré ou de venir d'une famille immigrée, de vivre dans un territoire défavorisé, puisqu'on sait que la ségrégation spatiale est également très forte en France, d'avoir des conditions de scolarité et d'accès à l'emploi défavorables, tout cela se cumule et a des effets majeurs sur la santé des personnes.

L'espérance de vie a beau avoir augmenté au cours des années récentes, les inégalités sociales de santé sont de plus en plus importantes : en France, quelqu'un qui travaille comme ouvrier au cours de sa carrière professionnelle peut espérer vivre 77 ans, versus 84 ans pour quelqu'un qui a plutôt exercé

un emploi de cadre. Et si l'on s'intéresse à l'espérance de vie en bonne santé, les écarts sont encore plus importants, parce que les personnes qui travaillent dans des emplois manuels ou qui ont des conditions de vie difficiles ont plus de maladies chroniques, plus de difficultés, et à des âges plus précoces.

En épidémiologie, des enquêtes sont faites en population générale pour estimer les inégalités sociales vis-à-vis d'un certain nombre de phénomènes de santé. Mais si on s'intéresse à la pauvreté, on ne voit qu'un tout petit bout de la distribution des ressources au sein de la société.

Les actions de remédiation ou les dispositifs spécifiques, pour sortir les gens de la pauvreté, sont efficaces, mais Maria Melchior précise qu'il ne faut pas se leurrer sur ce qu'on peut vraiment accomplir avec des dispositifs très spécifiques, en particulier sur l'accès aux soins. Les inégalités sociales de santé, mais aussi éducatives d'accès au logement, à l'emploi, ou à un certain nombre de ressources matérielles et symboliques, traversent la société. Il existe un gradient social, avec plusieurs conséquences. Nous sommes ainsi tous concernés par les inégalités sociales de santé : parce qu'on est tous à risque, un jour, d'être confronté à un déclassement social ou à une mobilité sociale défavorable, mais aussi parce que l'ampleur des inégalités a des effets sur la santé de la population et qu'à minima, il y a des impacts sur le système sanitaire, et des coûts collectifs.

De plus, en termes de santé publique, du fait du gradient social, la plupart des décès prématurés, des maladies chroniques, des problèmes de santé mentale, sont au milieu de la distribution. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'occuper des personnes qui sont les plus pauvres, mais il faut garder à l'esprit que si on n'améliore pas les conditions de vie, de logement, de scolarité, d'emplois de l'ensemble de la population, on a peu de chances d'améliorer les conditions de santé des publics les plus marginalisés.

Maria Melchior partage, pour conclure, un exemple de recherche, une recherche interventionnelle, pour essayer de mieux comprendre comment faire pour réduire ces inégalités : cette recherche en lancement, réalisée dans le cadre du projet européen IMPROVA, vise à mieux repérer et accompagner des jeunes, des adolescents, qui ont des problèmes de stress, d'anxiété, de détresse psychologique via des outils numériques. Son équipe va réfléchir à comment faire pour que ces outils puissent aussi être accessibles à des jeunes qui sont en lycée professionnel, en apprentissage, pour que leurs parents, qui ne parlent pas tous forcément le français de manière complètement courante, puissent aussi accéder à ces outils. Elle reconnaît que c'est un défi important, encore dans une phase de construction des partenariats avec l'Éducation nationale et un certain nombre d'associations. L'objectif est d'avoir à la fois une vision populationnelle et aussi auprès de publics plus marginalisés.



Alain Mercuel confirme qu'il n'y a pas « une solution » mais bien « des solutions » pour prendre en charge la santé des plus pauvres, qui plus est pour leur santé psychique. L'étude SAMENTA (2019) a montré que « seulement » un tiers des personnes rencontrées sans abri, en grande exclusion, présentaient la nécessité d'avoir un traitement psychiatrique, qu'il soit psychothérapeutique, ou médicamenteux, ou les deux. Cette étude a permis de mettre en place « la clinique de la non-demande » et le fait d'aller à la rencontre de ces personnes, l'aller-vers, avec les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, et les PASS en milieu psy, qui permettent à des patients psy n'ayant aucun droit ouvert d'accéder à des droits, comme d'accéder aux soins somatiques (les patients psychiatriques décèdent plus souvent de maladies somatiques que de leurs maladies psychiatriques). Plus récemment ont été recrutés des psychologues, dans le cadre des mesures 9 des Assises de la santé mentale, dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion. Un projet de recherche est en cours pour évaluer l'impact de ces psychologues auprès des personnes qui sont accueillies, mais aussi auprès des accueillants.

Alain Mercuel insiste sur le principe « à chaque personne, sa solution (...) on ne peut pas faire du copier-coller ». Des descriptions sont établies en fonction des troubles psychiques rencontrés, en fonction du temps passé à la rue, ou d'autres facteurs de risque. La maltraitance infantile est également un des facteurs importants de précarisation et d'apparition de troubles psy. Un autre facteur est le non-dépistage des personnes qui peuvent être en souffrance, en dépression, dans le cadre scolaire, du fait de la disparition des psychologues scolaires, médecins scolaires, assistants sociaux scolaires. Il faut trouver « le comment d'abord, c'est-à-dire le *first* de chaque personne ». « *Housing first* » est un bon dispositif (Un chez soi d'abord), mais cela ne fonctionne pas pour tout le monde. Pour « *cure first* », tout le travail des équipes mobiles psy-précarité est d'essayer de convaincre à une hospitalisation plutôt que de contraindre. « *Working first* », pour certains, cela marche, pour d'autres, non. À Sainte-Anne ont été mis en place des ateliers thérapeutiques de rénovation de logements délabrés, par des patients qui n'ont pas de logement : une fois qu'ils ont rénové un logement, ils ont une habitabilité, c'est-à-dire une capacité à habiter, qui est nettement améliorée. Le « *care first* » laisse de côté tous ceux qui sont refusants, tous ceux qui ne veulent pas être en lien, avec pour certains des raisons évidentes de ne pas être en lien. On parle aussi de « *rights first* », l'accès aux droits en priorité.

Il faut ainsi rechercher, quand on rencontre les personnes, quel est leur « *first* », quelle est leur modalité de projet, de parcours, de sortie de rue. Cela demande d'entrer en contact avec eux de façon régulière et donc d'utiliser des médiations, qui peuvent être la culture, le soin physique, les soins dentaires, ou tout simplement de s'exprimer au micro et d'être entendus par leurs familles à l'autre bout du monde, comme cela est fait avec Radio Mobile Paris.

Il insiste sur l'importance d'améliorer la coordination, depuis la maraude dans un quartier, en passant par les conseils de vie sociale, les conseils locaux de santé mentale, outil sous-utilisé et qu'il faudrait développer.

Alain Mercuel évoque un groupe de travail à la Haute Autorité de Santé sur des recommandations de bonnes pratiques pour aider les personnes en très grande précarité présentant des troubles psy, travail auquel Maria Melchior a participé, ainsi que le projet d'un SAMENTA 2.0, presque 15 ans après la première étude, pour voir certainement une évolution des types de souffrance, et notamment l'impact de l'immigration chez les très grands précaires.

Il conclut par une autre recherche en cours, sur l'état immunologique des personnes à la rue, cherchant à comprendre pourquoi, à chaque fois qu'ils sont hébergés, ils tombent malades : une immunité boostée par un état de stress permanent, puis du jour au lendemain, quand on les héberge ou quand on les loge, un effondrement avec des maladies importantes ? Faudrait-il dans ce cas les vacciner avant de les loger, « *Vaccine first* » ?



Benoit de Sarcus souhaite parler de ce qui, depuis bientôt 30 ans, fait le cœur de son métier, parler du CASH de Nanterre. À la différence de ce qui était considéré lors de sa formation comme « la vraie médecine », maladies, symptômes, examens cliniques, diagnostics, sans prendre en compte la vie des personnes, il a été surpris, à son arrivée au CASH de Nanterre, de rencontrer des soignants qui s'intéressaient aux personnes, à leurs conditions de vie, qui étaient pleines de bienveillance pour celles et ceux qui se faisaient soigner « dans ce lieu si singulier, où on avait la prétention de soigner tout le monde de la même manière, même ceux qui n'avaient pas d'argent, pas de couverture sociale, qui parlaient mal le français, qui parfois sentaient mauvais, qui manquaient de tout, en particulier les personnes migrantes ».

Il cite l'exemple de Madame D., enceinte de six mois et en situation irrégulière, qui vivait sur le palier d'un immeuble, arrivée du Congo Kinshasa depuis peu de temps. À l'époque, il existait un droit au retour, avec une certaine somme d'argent pour que les personnes en situation irrégulière acceptent de rentrer dans leur pays. Quand la patiente a compris ce qu'on voulait lui proposer, elle s'est mise à rire puis a dit qu'à côté de ce qu'elle avait vécu dans son pays, sa situation actuelle en France était « vraiment le paradis ». Dans le village où elle est née, dans l'Est du Congo, sa situation est assez commune : un jour, une troupe a débarqué, a tué tous les hommes, a violé toutes les personnes de sexe féminin qui étaient là et a laissé cette femme pour morte. Elle s'est sauvée et a réussi à arriver après un très long périple, où elle a failli mourir plusieurs fois, jusqu'à Nanterre. Pour rien au monde, elle ne voulait rentrer dans son pays où toute sa famille avait été massacrée. Sa vie était ici, quelles qu'en soient les conditions.

Il cite l'exemple de Madame S., dans la prostitution, qui s'alcoolisait très régulièrement et qui venait dormir au CHAPSA. Cette patiente avait une obsession, elle voulait absolument avoir des enfants et de préférence des garçons. Elle venait le voir quand il était de garde à la maternité, pour « *un traitement miracle pour avoir un enfant mâle* » ; leur compagnonnage a duré plus de dix ans.

Il cite l'exemple de Madame T., qui vivait dans la rue, jusqu'à ce que les personnes du CHAPSA l'amènent à la maternité, enceinte de huit mois. Elle ne voulait absolument pas qu'on s'occupe de sa grossesse, étant un peu paranoïaque. Comme le dit le Dr de Sarcus, « *nous nous sommes mutuellement apprivoisés* », se mettant d'accord sur un régime particulier : une nuit sur deux, elle dormait à la maternité, l'autre nuit, elle repartait dans la rue. Sa fille est née à Nanterre puis elle a décidé de la confier à l'aide sociale à l'enfance pour qu'elle soit adoptée. La petite fille a bénéficié d'une adoption plénière et 17 ans après, Madame T. lui a dit que sa fille l'avait contactée avec l'accord de ses parents d'adoption. Mère biologique et fille ont échangé des photos : une histoire qui se termine bien.

Ces cas l'ont touché, et lui ont appris son métier. Alors que beaucoup des collègues du CASH s'intéressaient aux histoires des patientes et pas seulement à leur santé, il a tenu à maintenir cette manière de travailler, et enseigner aux internes du service à faire de même.

Au travers de ces histoires, il souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à assurer la pérennité du CASH de Nanterre, une institution qui depuis bientôt un siècle et demi, s'occupe de celles et ceux qui n'ont pas d'argent, pas de travail, pas de couverture sociale, vivant dans des conditions parfois sordides, et qui y trouvent des personnes qui essaient de prendre soin de ces invisibles.



Stéphanie Rist, Rapporteuse Générale de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, affirme que le contexte est très peu favorable pour ce genre de questions. Ceci est en premier lieu la conséquence d'une crise sociétale, avec un repli sur soi, une individualisation, une crise identitaire, comme l'illustre le débat autour de l'AME, qui devient un objet politique loin de la science, puisque toutes les données économiques de santé publique, au-delà des données humanistes, disent l'importance de l'inconditionnalité de l'accès aux soins.

C'est également lié à la crise d'un système de santé, pour de multiples raisons, démographie médicale, vieillissement de la population, coût de la médecine, changement du rapport au travail qui complique l'attractivité des métiers d'accompagnement. Le contexte est très peu favorable pour répondre à cette question sur la santé des précaires, puisque l'on sait que

les précaires viennent après : « *quand c'est déjà difficile pour tout le monde, ça l'est encore plus pour les plus précaires* ». Elle se félicite qu'il existe des gens engagés, des associations, des militants, pour relever le défi, avec l'État « *qui doit prendre sa part* ». Elle rappelle que le budget de la Sécurité sociale est de 643 milliards d'euros pour 2024, soit un tiers des richesses nationales, et que la France est le pays où le reste à charge est le moins élevé. Au-delà des polémiques, en réalité le nombre de droits augmente, avec de nouveaux droits dans chacun des budgets de la Sécurité sociale, comme dans le budget 2024, l'accès à la complémentaire Santé Solidaire, par exemple, où la prise en charge de la précarité menstruelle.

Stéphanie Rist insiste sur l'importance de mettre en premier la prévention, et pour tout le monde, dans les sujets de politique de santé, avec un débat et des politiques à mener sur comment financer cette prévention, dont on sait que les économies sont sur le long terme.

Elle insiste également sur le rôle primordial du terrain, et celui de coordination entre les institutions, les collectivités, les associations, qui répond à la nécessité de l'aller-vers de la lutte contre l'isolement.

Il existe plusieurs domaines dans lesquels l'État a ses responsabilités : l'organisation territoriale de l'accès aux soins, notamment avec la place des coopérations entre les professionnels, les CPTS ; les politiques de nutrition, par exemple les petits déjeuners à l'école ; la lutte contre le non-recours aux aides (à ce propos, l'automatisme des aides devrait être achevée d'ici 2027) ; les politiques sur le logement, avec notamment une augmentation du nombre de places d'hébergement, mais aussi des rénovations de bâtiments et des aides aux rénovations de bâtiments, puisque la santé est environnementale ; les politiques de garanties face à l'emploi, face à la formation, pour casser le déterminisme social et permettre l'émancipation ; les politiques face au vieillissement, à l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes, dont on sait qu'une partie importante sera précarisée.

Prendre en charge la santé des plus précaires, c'est considérer la personne dans sa globalité, mais considérer aussi la globalité de son environnement, la globalité des acteurs.

Stéphanie Rist conclut sur le besoin de recherches, parce que « *convaincre et faire avancer des objets politiques, c'est plus facile quand on a des données issues de la recherche* ».

À la suite d'une question dans l'assistance sur la pertinence de certains soins, Stéphanie Rist précise qu'en effet 30 % des examens réalisés ne sont pas utiles, voire sont nuisibles. Il s'agit d'un des sujets les plus compliqués à résoudre, parce qu'il touche à la prescription d'un médecin, mais des travaux commencent à être mis en place, notamment avec certaines sociétés savantes, en lien avec la Haute Autorité de Santé, pour qu'il y ait plus de guidelines et de recommandations, ce qui n'est pas encore le cas.

Stéphanie Rist complète sur la question de la décentralisation de la santé, sur laquelle il est nécessaire qu'il y ait un peu de clarté, par exemple sur l'autonomie et les partages de compétences avec les départements : il faut éclaircir les compétences de chacun, et que chacun ait ensuite de réelles responsabilités.

À la suite d'une question sur les déficiences en termes d'offre de soins sur les territoires les plus concernés par la précarité, Stéphanie Rist affirme qu'une obligation d'installation ou une régulation d'installation des médecins est inefficace, voire empirerait la situation, du fait de la pénurie généralisée de soignants. Elle croit beaucoup plus à d'autres solutions, qui sont le partage de compétences, la pluriprofessionnalité, la bonne coordination, le travail sur la pertinence des examens et des rendez-vous. Peut-être que les patients n'ont pas tous besoin de voir un diabétologue, que ce soit à Paris ou en Seine-Saint-Denis, mais ils ont peut-être besoin aussi de voir des infirmières formées, des équipes qui peuvent prendre en charge le suivi du diabète et donc diminuer le nombre de consultations du diabétologue de Seine-Saint-Denis, pour libérer de la place.



CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FONDATION HOSPITALIÈRE POUR LA RECHERCHE SUR LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

Collège des représentants du CASH de Nanterre

Luce LEGENDRE

Directrice de l'Hôpital de Nanterre - EPS Roger Prévot, Présidente de la Fondation.

Dr Françoise LE GUILLOUX

Présidente de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-présidente de la Fondation.

Jérôme CHEVILLOTTE

Directeur des soins, des parcours patients et de la formation initiale.

Dr Stéphane COUAO-ZOTTI

Responsable d'Unité Fonctionnelle, Polyclinique / PASS / CeGIDD.

Dr Siham FENNI

Cheffe du Pôle Gériatrie.

Dr Amel MEDJAHED

Médecin coordonnateur du centre de lutte anti-tuberculeuse 92.

Raphaëlle PERRIGAUD

Directrice du Pôle de Santé-Publique / Médecine sociale, EHPAD-USLD.

Dr Benoit DE SARCOUS

Chef du Pôle Pôle Gynécologie-obstétrique.

Collège des personnalités qualifiées

Elisabeth VINOT

Conseiller spécial CNAM, Fondatrice de la Fondation du CNAM, Vice-présidente de la Fondation.

Jean-Michel GILIBERT

Co-Fondateur et Président GT Partenaires SAS ; Bénévole chef d'équipe Croix-Rouge Action sociale.

Stéphane-Alain MOREAU

Fondateur de RésidSocial.

Danielle TOUPILLIER

Médiatrice nationale des personnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics ; ancienne directrice générale du centre national des gestion des praticiens et des directeurs de la fonction publique hospitalière.

CONSEIL SCIENTIFIQUE DE LA FONDATION HOSPITALIÈRE POUR LA RECHERCHE SUR LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

Pr Pierre FUMOLEAU

Président du Conseil scientifique, cancérologue, directeur scientifique du Cancéropôle Est, directeur général de l'Ensemble Hospitalier de l'Institut Curie de 2017 à 2021, après 10 ans de direction générale au Centre de Lutte Contre le Cancer de Dijon-Bourgogne.

Pr Jean DE KERVASDOUE

Économiste de la santé, professeur émérite ancien titulaire de la chaire d'économie et gestion des services de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers, membre de l'Académie des Technologies, ancien Directeur des Hôpitaux.

Julien DAMON

Sociologue, enseignant à Sciences Po, HEC, Ecole des Ponts, et conseiller scientifique de l'EN3S ; rédacteur pour Les Echos, Le Point et de nombreux autres titres.

Charlotte DE FONTGALLAND

Responsable Recherche et Formation à l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux du Centre-Val de Loire ; chargée de cours au Cnam et à Sciences Po Paris ; docteur en géographie de la santé Université Paris Nanterre.

Pierre GRAPIN

Administrateur civil, directeur général adjoint de l'Agefiph de 1993 à 2004, conseiller scientifique du BIPE de 2005 à 2019.

Maria MELCHIOR

Directrice de recherches INSERM, Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale (ERES).

Ali SAIB

Conseiller maître à la Cour des comptes ; universitaire, ancien directeur de cabinet au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (2020 à 2022), chef d'équipe en virologie (1997 à 2017, Hôpital Saint-Louis).

Pr Gérard SALEM

Géographe, professeur émérite de santé urbaine à l'Université Paris Nanterre, membre du conseil d'administration de Médecins du Monde, membre du Board de la Société Internationale de Santé Urbaine.

Dr David ZUCMAN

Médecin clinicien infectiologue à l'Hôpital Foch, spécialiste VIH/SIDA ; administrateur de la Société Française de Lutte contre le SIDA.

La Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale : comprendre pour mieux prendre soin des plus fragiles.

La Fondation favorise le développement de recherches sur l'action, pour l'action, sur la pauvreté, l'exclusion sociale, la santé mentale, le vieillissement ou le handicap, par le financement de programmes de recherche pluridisciplinaires.

NOTRE VISION

Pour améliorer la condition des population précaires, il faut **mettre en place des solutions innovantes et conjointement valider leur impact** via des recherches ad hoc.

NOTRE OBJECTIF

Passer de la réflexion à l'action, via l'expérimentation et l'évaluation.

Pour faire de la santé un moyen de prévenir la précarité, empêcher le processus de décrochage social, favoriser l'insertion ou la réinsertion des publics.

NOS PRINCIPES D'ACTION

**Innovation
Ambition
Humanité
Exigence
Faire ensemble
Essaimage**

1. Soutenir et développer la recherche pluridisciplinaire sur tous les aspects de la précarité, en rapprochant acteurs de terrain et chercheurs ; des études évaluant des programmes qui pourront être généralisés, une fois leur impact démontré.
2. Valoriser et diffuser les connaissances : faire connaître les solutions et bonnes pratiques issues des travaux de recherche, contribuer à l'amélioration des indicateurs, face au constat partagé d'un manque de données sur certaines populations dites « invisibles ».
3. Alerter les pouvoirs publics sur les problématiques rencontrées par les populations précaires, inspirer de nouvelles approches.

NOS PROJETS

Le Conseil scientifique pluridisciplinaire est le garant de l'ambition de notre Fondation et des exigences de qualité des projets soutenus.

La Fondation a mené 3 appels à projets de recherche depuis 2021 :

- AAP 2021-2022, « Grande pauvreté et actions contre la grande pauvreté » : 4 projets lauréats sélectionnés.
- AAP 2022, « Agir contre la précarité alimentaire », avec le soutien de la Fondation Carrefour : 2 projets lauréats sélectionnés.
- AAP 2022-2023, « Grande pauvreté – comment l'éviter, comment en sortir », avec un co-financement de la Banque des Territoires : 4 projets lauréats sélectionnés.

La Fondation a émis en novembre 2023 un **nouvel appel à projets**, sur la thématique « Handicap, soins et précarité », en partenariat avec la Fondation Malakoff Humanis Handicap.

Des projets co-construits avec des acteurs de terrain, des chercheurs, des financeurs ciblés.

Projet en cours :

- Programme de recherche sur l'impact des changements climatiques sur les personnes en situation de précarité (Occitanie).

Parmi les sujets en cours de réflexion/construction :

- Accès aux soins des personnes précaires et exclues.
- Prise en charge des enfants et des jeunes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale.
- Recherche évaluative sur l'apport d'un nouveau dispositif intégré d'aide et de soins à l'hôpital de Nanterre pour les femmes victimes de violences.

Une fondation hospitalière qui s'appuie sur l'expertise en médecine sociale de l'Hôpital de Nanterre-Max Fourestier (CASH de Nanterre)



La Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale a été créée fin 2019 par l'Hôpital de Nanterre - Max Fourestier.

Ancrée au sein de l'Hôpital de Nanterre, la Fondation s'appuie sur son expérience unique en matière de médecine sociale et de prise en charge des pathologies de la précarité et de l'exclusion, l'expertise de services dédiés depuis leur origine à des activités sanitaires, sociales, médico-sociales et de santé publique, assurant notamment des missions de soins, d'hébergement et de réinsertion pour les plus démunis.

La maxime du Docteur Max Fourestier « égalité de tous les hommes devant la souffrance et la guérison » est toujours au cœur des valeurs de l'établissement.

Le travail coordonné de professionnels du secteur sanitaire, de la psychiatrie et du social autour des usagers y représente une conduite originale, qui donne à l'Hôpital de Nanterre un rôle d'expert référent.



SOUTENEZ LE DÉVELOPPEMENT DE LA FONDATION

La Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale est **intégralement financée par des dons et subventions.**

Le lancement des appels à projets, le nombre de projets de recherche soutenus et leur envergure sont liés au niveau de soutien de ses partenaires financeurs.

Vous souhaitez participer à cette initiative ambitieuse ?

Vous êtes convaincus comme nous de l'importance d'innover contre la précarité et de conjointement valider l'efficacité de ces actions, leur impact sur le parcours de soins et de vie des plus fragiles ?

Faites partie des partenaires financeurs de la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale, rencontrons-nous pour définir ensemble la nature et les modalités de votre soutien.

Luce LEGENDRE

Directrice du CASH de Nanterre
et Présidente de la Fondation
luce.legendre@ch-nanterre.fr

Alexandre MARTINI

Directeur de la Fondation
alexandre.martini@ch-nanterre.fr
Tél. : 06 70 16 14 78

Elisabeth VINOT

Vice-présidente de la Fondation
elis.vinot@orange.fr

Dr Françoise LE GUILLOUX

Vice-présidente de la Fondation
francoise.leguilloux@ch-nanterre.fr

Les dons à la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale sont déductibles, pour une entreprise, à 60 % de l'impôt sur les sociétés ; pour un particulier, à 66 % de l'impôt sur le revenu ou à 75 % de l'IFI, selon critères d'éligibilité en vigueur.
