

Bibliographie indicative : Inégalités sociales de santé

Juillet 2014

Cette bibliographie est accessible depuis le site du Pôle Régional de
Compétences en Education et Promotion de la Santé Haute-Normandie

<http://www.prceps-hn.fr/>

Origines et déterminants des inégalités sociales de santé.....	3
Diagnostiques des inégalités sociales de santé	6
Les inégalités d'accès aux soins.....	10
Réduire les inégalités sociales de santé : stratégies et modalités d'action ...	18

Origines et déterminants des inégalités sociales de santé

Aïach P. **Les inégalités sociales de santé. Ecrits.** Paris : Anthropos/ Economica, mars 2010, 304 p.

Ce livre reprend les principaux textes écrits par l'auteur au cours de sa carrière de sociologue. Il étudie le lien entre "l'injustice sociale" et les inégalités de santé. Une première partie définit la nature et les caractéristiques des inégalités sociales de santé, avant de s'intéresser à la justice sociale en lien avec ces dernières. Il traite ensuite des effets et de la mesure des inégalités de santé, puis cible spécifiquement le cas des enfants qui en sont victimes, puis du cancer et des inégalités géographiques. Il propose enfin des textes sur la lutte contre les inégalités de santé.

Ali Ben Halima M., Lengagne P. **L'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010.** in : Les rapports de l'IRDES, n° 1886, juillet 2012, pp 29-48.

À partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) menée par l'Irdes, ce document présente des résultats statistiques sur l'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010. Il propose une mesure de la corrélation entre emploi précaire et santé et étudie, de plus, l'influence des conditions de travail dans cette relation. Les données de l'enquête ESPS offrent la possibilité de lier des informations à la fois sur l'état de santé, l'emploi et la situation socio-économique des travailleurs, ainsi que des données sur leurs conditions de travail. La précarité de l'emploi est une notion recouvrant plusieurs dimensions – une notion ne reflétant pas seulement le statut permanent ou temporaire du contrat de travail. Elle est ici mesurée à partir de différents indicateurs : un indicateur du contrat de travail (permanent *versus* temporaire), un indicateur des licenciements survenus dans l'établissement où l'enquêté travaille et un indicateur d'insécurité de l'emploi ressentie.

[Voir le document sur le site de l'IRDES](#)

Allonier C, Boisguérin B, Le Fur P. **Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008.** in : Questions d'économie de la santé, n° 173 - Février 2012, 8 p.

Les bénéficiaires de la CMU-C, plus jeunes et plus souvent des femmes, se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population selon les résultats des Enquêtes santé et protection sociale 2006 et 2008. À âge et sexe équivalents, ils mentionnent plus de pathologies que le reste de la population, jusqu'à deux fois plus pour certaines affections comme la dépression et le diabète. L'exposition aux facteurs de risque comme le tabac et l'obésité est également plus élevée au sein de cette population, 1,6 fois supérieure au reste de la population pour le tabac et 1,7 fois pour l'obésité, en lien avec les affections digestives hautes et maladies cardiovasculaires qu'ils déclarent davantage. Parmi les principaux motifs de la dernière consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste, les maux de dos, la dépression, les problèmes respiratoires, digestifs et hépatiques sont plus fréquemment évoqués par les bénéficiaires de la CMU-C, conformément aux pathologies déclarées. En revanche, alors qu'ils déclarent davantage souffrir de maladies de l'oreille et des dents, ils invoquent moins que les autres ces motifs de recours.

[Voir le document sur le site de l'IRDES](#)

[Télécharger les tableaux XLS : Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population.](#)

Allonier C, Debrand T, Lucas-Gabrielli V, Pierre A. **Contexte géographique et état de santé de la population: de l'effet ZUS aux effets de voisinage.** in : Questions d'économie de la santé, N°139, 2009, 6 p.

Une première recherche de l'IRDES a mis en évidence un état de santé plus dégradé chez les habitants des zones urbaines sensibles (ZUS). Cette nouvelle étude montre, dans la suite logique de la précédente, l'impact des caractéristiques des quartiers d'habitation sur l'état de santé des personnes qui y vivent. En effet, indépendamment des caractéristiques individuelles, des effets de contexte peuvent aussi influencer l'état de santé. Les résultats suggèrent que vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. Il en est de même pour les personnes vivant dans des quartiers où la mobilité résidentielle est faible. Enfin, les habitants des quartiers récemment construits et avec une forte présence de jeunes sont en meilleure santé que ceux qui vivent dans des quartiers anciens habités par des ménages plus âgés. Le critère administratif ZUS est un bon zonage pour observer l'évolution de la santé dans les zones les plus défavorisées. Cependant, il ne permet pas d'appréhender l'ensemble des facteurs de contexte géographique jouant sur l'état de santé de la population. Ces résultats confirment l'importance de mettre en œuvre des politiques territorialisées dans l'objectif de lutter contre les inégalités d'état de santé.

[Voir le document sur le site de l'Irdes](#)

Bihl A, Pfefferkorn R. **Le système des inégalités**. Paris : La Découverte, 2008, 122 p. Cet ouvrage analyse par une approche systémique les inégalités entre catégories sociales. Dans une première partie, l'auteur définit le champ des inégalités sociales puis il analyse les interactions entre les inégalités, en particulier les inégalités face à la santé et au logement. Une troisième partie est consacrée au cumul des inégalités. La dernière partie établit comment les inégalités sociales se reproduisent.

Cases C, Lang T, Danet S, et al. **Les inégalités sociales de santé. Dossier**. in : ADSP, N°73, 2010, pp. 7-57.

Les inégalités sociales de santé ont des conséquences sur l'espérance de vie des individus, sur les maladies qu'ils développent et sur la mortalité. Elles semblent plus importantes en France que dans d'autres pays européens, touchent plus spécifiquement la population masculine, et sont en augmentation. Les déterminants de santé sont multiples et d'ordre individuel et collectif. Ils concernent les soins et les comportements individuels mais aussi des facteurs sociaux et des déterminants socio-économiques, comme l'éducation et les relations sociales, l'accès à l'emploi et les conditions de travail, la politique du logement et l'âge de la retraite. Les priorités de recherche en la matière doivent être envisagées au niveau européen, et les expériences nationales et internationales doivent faire l'objet d'une large information.

Partiellement en ligne : [sur le site du HCSP](#)

Castiel D Didier, Brechat PH, et al. **Solidarités, précarité et handicap social**. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, 256 p.

L'ampleur et la généralisation des difficultés économiques générées par une crise qui perdure, induisent une réflexion approfondie sur la question des solidarités. Les textes d'auteurs venant de diverses disciplines de la connaissance proposent une analyse spécifique (économie de la santé, médecine sociale, droit, science politique, ...) des systèmes de protection sociale, de l'intervention des politiques publiques de santé, de l'assurance maladie. Ils exposent les théories en vigueur et leur historique, étudient le concept de vulnérabilité dans le domaine de la santé, développent une réflexion sur le droit de la santé, le handicap social. Cette démarche pluridisciplinaire novatrice prend l'option de partir du concept de handicap social, du constat des inégalités sociales et des comportements de protection de la santé. Elle a pour objectif la refonte d'une approche solidaire en faveur des plus démunis face aux risques de la vie.

Devaux M, Jusot F, Trannoy A, Tubeuf S. **Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents**. in : Questions d'économie de la santé, N°118, 2007, 6 p. Parmi les causes des inégalités des chances en santé, on peut s'interroger sur la place du déterminisme social

et familial. La santé à l'âge adulte serait en effet marquée par le milieu social d'origine. La littérature scientifique internationale avance deux hypothèses : l'effet direct des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte ; leur effet indirect passant par l'influence de l'environnement familial sur le futur statut socio-économique. Une troisième hypothèse est proposée dans notre étude : la transmission de l'état de santé entre les générations, fondée sur un patrimoine génétique commun, une reproduction des comportements à risque, de recours aux soins et de prévention. Ces trois hypothèses sont testées pour la première fois sur des données françaises issues de l'enquête européenne SHARE menée en 2004-05. Les résultats suggèrent que si l'état de santé à l'âge adulte est directement influencé par la profession de la mère, la profession du père a une influence indirecte passant par la détermination du statut socio-économique de l'enfant. Sans annuler l'influence du milieu social, l'état de santé des deux parents a, quant à lui, un effet direct sur la santé de l'enfant à l'âge adulte. Enfin, le rôle de l'éducation n'est pas à négliger puisque le niveau d'études permet d'atténuer nettement les inégalités sociales de santé à l'âge adulte.

[Voir le document sur le site de l'Irdes](#)

Fassin D. **Inégalités et santé.** in : Problèmes politiques et sociaux, N° 960, 2009, 435 p.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Pôle expertise collective ITMO Santé publique – Aviesan. **Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Une expertise collective de l'Inserm.** Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2014-04, 588 p.

Ce rapport présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande de la Direction générale de la santé concernant les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique.

[Consulter le document sur le site de l'INSERM](#)

Jobin L, Pigeon M, Anctil H. **La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir.** Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux-Direction des communications, 2012, 26 p. Ce document est une synthèse du rapport québécois "Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune" publié en 2010. Il propose un schéma sous forme de carte regroupant et classant les déterminants de la santé. Ces déterminants sont ensuite analysés selon plusieurs champs : caractéristiques individuelles, milieux de vie, contexte global et système. Quelques exemples d'application de cette carte sont proposés. Cet aide-mémoire a été créé comme un outil au service de ceux qui agissent en faveur de la santé de la population.

[Voir le document sur le site Santé et services sociaux du Québec](#)

Lang T. **Inégalités sociales de santé : une construction tout au long de la vie.** in : Actualité et dossier en santé publique, N° 73, décembre 2010, pp. 21-24

Leclerc A, Kaminski M, Lang T. **Inégaux face à la santé. Du constat à l'action.** Paris : La Découverte, 2008, 297 p.

Cet ouvrage fait le point sur les facteurs qui conduisent à l'inégalité de santé. Ainsi, sont étudiés les différents âges de la vie (de la naissance à la fin de vie), mais aussi les pathologies telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, le Sida, la santé mentale. Enfin, un chapitre est consacré aux facteurs sur lesquels agir pour diminuer les inégalités en santé : environnement, travail, comportements, soins, réduction des inégalités sociales.

Leclerc A. **Contribution des facteurs professionnels aux inégalités sociales de santé.** in : ADSP, N° 57, 2006, pp. 63-65.

Pour réduire les inégalités, le travail ne doit pas être source de dangers pour la santé. Il doit s'effectuer dans de bonnes conditions et l'emploi doit pouvoir être conservé, même si le niveau de performance baisse ou si la santé se dégrade.

[Voir le document sur le site de la BDSP](#)

Médecins du monde, Chauvin P, Simonnot N, Douay C, Vanbiervliet F. **L'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en crise sociale. Le cas des femmes enceintes et des enfants.** Paris : Médecins du monde, 2014-05, 39 p.

Dans la perspective des élections européennes 2014, Médecins du Monde (Mdm) présente son rapport sur l'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en crise et demande aux gouvernements nationaux et aux institutions européennes de garantir des systèmes de santé nationaux universels, solidaires et équitables, ouverts à toute personne vivant dans l'Union européenne (UE). Médecins du Monde constate que l'état de santé des patients rencontrés dans ses centres est inquiétant. Alors que les femmes et les enfants devraient bénéficier d'une protection spécifique en raison de leur grande vulnérabilité, le rapport démontre qu'ils sont plus que d'autres populations victimes des impacts de la crise. Dans beaucoup de pays, les femmes enceintes sans couverture maladie doivent régler elles-mêmes tous les frais des soins prénataux et d'accouchement. Des obstacles financiers et légaux excluent aussi un nombre croissant d'enfants de l'accès aux soins et à la prévention, comme la vaccination.

[Voir le document sur le site de Médecins du monde](#)

Roussel I, Charles L. **Inégalités environnementales et sociales de santé et leurs déterminants.** in : Environnement Risques et Santé, Vol 10, N°3, 2011, pp. 200-206.

La notion d'inégalités environnementales s'est largement popularisée en France depuis une dizaine d'années. Possédant un ancrage sanitaire marqué, elle a rencontré la problématique des inégalités sociales de santé, elles-mêmes venues sur le devant de la scène au début des années 2000. Après un bref rappel de ce que recouvrent les notions étroitement imbriquées d'environnement et de santé, cette contribution met l'accent sur le renouvellement apporté par la notion de capacité développée par Sen à la compréhension de l'inégalité.

[Voir le document sur le site de John Libbey Eurotext](#)

Sass C, Moulin J-J, Labbé E. **La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé.** in : Pratiques et organisation des soins, vol 38, N°2, 2007, pp. 139-145.

L'objectif de cette étude est, d'une part, de décrire la relation entre fragilité sociale, déterminée par le score EPICES, et santé perçue et, d'autre part, de mesurer l'importance relative de la fragilité sociale et des indicateurs socio-économiques traditionnels (PCS et niveau d'éducation) comme déterminants des inégalités de santé.

[Voir le document sur le site d'Ameli](#)

Diagnostiques des inégalités sociales de santé

Basset B, Collin GA, Maionne E. **Les projets régionaux de santé en France. Ambitions et réalités.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, 131 p.

La loi de 2009 qui établit le principe de la régionalisation des politiques de santé est à l'origine de la création par les ARS des Projets Régionaux de Santé (PRS). Cet ouvrage expose les origines, l'histoire et le cadre du PRS, étudie son processus d'élaboration. Il décrit les divers volets du PRS, comme le plan stratégique régional de santé (PSRS), tous les schémas d'organisation et tous les programmes qui sont ensuite déclinés dans les territoires. Les auteurs en font aussi l'analyse critique, pour en

retirer les enseignements utiles et élaborent des propositions sous la forme d'un tableau synthétique.

Blanpain N. **L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent.** in : Insee première, N°1372, 2011, 4 p.

En un quart de siècle, les hommes de 35 ans ont gagné cinq années d'espérance de vie et les femmes quatre années et demie. Toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès, même si les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus. Les hommes cadres vivent en moyenne 6,3 ans de plus que les hommes ouvriers, dans les conditions de mortalité de 2000-2008. Chez les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées, seuls 3,0 ans séparent les cadres et les ouvrières. Quelle que soit leur catégorie sociale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Même l'espérance de vie des ouvrières est supérieure d'un an et demi à celle des hommes cadres.

[Voir le document sur le site de l'insee](#)

Bricard D, Jusot F, Tubeuf S. **Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?** in : Questions d'économie de la santé, N° 154, 2010, 5 p.

Plusieurs études ont mis en évidence l'existence d'inégalités de santé en France liées au milieu d'origine. Afin de mieux comprendre l'effet à long terme des conditions de vie dans l'enfance, des questions spécifiques ont été introduites dans l'Enquête santé et protection sociale 2006 de l'Irdes. Les résultats montrent l'importance des inégalités des chances en santé en France : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte.

[Voir le document sur le site de l'Irdes](#)

Broussouloux S. **Difficultés socio-économiques : des conséquences sur la santé et les études.** in : La santé de l'homme, N° 393, 2008, pp. 26-28.

Selon plusieurs enquêtes récentes, la proportion des étudiants en difficulté financière a augmenté au cours de la dernière décennie. Cette précarisation a des conséquences sur leur santé : ils consultent et se soignent très peu, faute de moyens, en particulier ceux qui sont contraints de travailler pour financer leurs études. Ces inégalités socio-économiques renforcent donc les inégalités de santé.

[Voir le document sur le site de l'Inpes](#)

Cambois E, Laborde C, Robine J-M. **La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.** in : Population et sociétés, N° 441, 2008, 4 p.

En 2003, en France, un homme âgé de 35 ans peut espérer vivre encore 43 ans, dont 28 indemne de toute incapacité, une femme, 49 ans, dont 29 indemne d'incapacité. Les incapacités les plus sévères, impliquant éventuellement une situation de dépendance, n'occupent en moyenne que 3 années d'une vie pour les hommes et 5 années pour les femmes. Le nombre d'années vécues avec ou sans incapacité varie selon la catégorie professionnelle : en 2003, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 47 ans dont 34 indemne de toute incapacité, un ouvrier, 41 ans dont 24 ans sans incapacité. Ces différences se renforcent avec l'avancée en âge : après 60 ans, les ouvriers et les ouvrières vivent en moyenne plus d'années avec que sans incapacité et endureront aussi plus d'incapacités sévères que les cadres. Au sein d'une vie déjà plus courte, les ouvriers passent donc à la fois moins de temps sans incapacité que les cadres, et vivent plus longtemps qu'eux avec des incapacités et des handicaps.

[Voir le document sur le site de l'Ined](#)

Danet S, Haury B. **Inégalités sociales de santé.** in : Danet S, dir. L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Rapport 2011. Paris : Drees, 2011. pp. 117-123.

Ce chapitre du rapport 2011 sur l'état de santé de la population en France présente les derniers indicateurs synthétiques d'état de santé et des indicateurs d'accès aux soins.

[Voir le document sur le site de la DREES](#)

De Saint Pol T. **Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006.** in : BEH, N°31, 2011, pp. 333-338.

Cette étude vise à décrire les disparités géographiques de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle et à s'interroger sur le lien entre l'état de santé et les modes de vie des enfants. Les résultats soulignent le lien étroit entre état de santé et comportements des élèves, et c'est dans les académies où la santé des enfants est la meilleure que leurs modes de vie (alimentation, activité physique...) le sont aussi.

[Voir le document sur le site de la BDSP](#)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Moisy M. **Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA.** in : Études et résultats, n°882, 2014-06, 6 p.

Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population : moins de 60 % se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé, contre près de 80 % parmi l'ensemble des 18-59 ans. De même, ils déclarent davantage de limitations fonctionnelles et de problèmes de santé mentale : la part des bénéficiaires du RSA qui présentent une détresse psychologique est particulièrement élevée, 36 % versus 14 % dans le reste de la population. Alors que leurs besoins de soins sont plus importants, ils déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières : 18 % disent avoir renoncé à une consultation médicale au cours de l'année écoulée et 27 % à des soins dentaires, contre respectivement 4 % et 11 % parmi l'ensemble des 18-59 ans. Très hétérogène par son profil socio-économique, la population des allocataires du RSA l'est aussi par sa santé : toutes choses égales par ailleurs, celle-ci est meilleure pour les allocataires du RSA activité seul, mieux insérés sur le marché du travail.

[Voir le document sur le site de la DREES](#)

Fnors, Trugeon A, Fontaine D, Lemery B. **Inégalités socio-sanitaires en France de la région au canton.** Paris : Masson, 2010, 176 p.

Enquête Agrican : premiers résultats. Bagnole : MSA, 2011. 20 p. L'enquête AGRICAN (AGRICulture et CANcer) suit une cohorte de 180 000 assurés agricoles actifs et retraités sur douze départements représentatifs des activités agricoles de la France métropolitaine. Selon les premiers résultats de l'enquête, la santé des salariés et des exploitants agricoles est meilleure que celle du reste de la population française. Ainsi, les agriculteurs ont une plus grande espérance de vie.

[Voir le document sur le site de la MSA](#)

Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. **Etat de santé des populations immigrées en France.** Paris : Irdes, 2008, 20 p. (Document de travail IRDES ; 14).

Ce document étudie les liens existant entre nationalité, migration et état de santé à partir des données de l'Enquête décennale Santé menée en 2002-2003 en France. Les résultats montrent l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère, liées à un effet de sélection à la migration compensé à long terme par un effet délétère expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés. Cette analyse suggère également un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

[Voir le document sur le site de l'IRDES](#)

Lang T, Grémy I, Jougal E, coord. **Numéro thématique – Inégalités sociales de santé.** in : BEH, N°8-9, 2011, pp. 73-100.

[Voir le document sur le site de l'InVs](#)

Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. **Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie.** in : Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol 57, N°6, 2009, pp. 429-435.

Lopez A, Moleux M, Et Al. Schaetzel F. **Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant.** Paris : IGAS, 2011, 204 p. (Rapport n° RM2011-065P).

Adossé au premier rapport de l'IGAS sur les inégalités sociales de santé et ses déterminants sociaux, ce rapport vise à appliquer les constats de ce rapport général au cas précis de l'enfance et à analyser dans quelle mesure la prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités de santé modifierait les politiques publiques ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé des enfants.

[Voir le document sur le site de la BDSP](#)

Ministère des affaires sociales et de la santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Zaidman C, Roussel R (et al.). **La protection sociale en France et en Europe en 2012.** Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2014, 211 p.

En France, l'année 2013 constitue une deuxième année de faible croissance du PIB (+0,3 % en volume, soit la même croissance qu'en 2012), dans un contexte de ralentissement économique général en Europe. Les Français, bien que toujours demandeurs d'une protection sociale de haut niveau, sont de plus en plus préoccupés par la question de la dette. En 2012, dernière année disponible des comptes de la protection sociale, les recettes de la protection sociale progressent, pour la deuxième année consécutive, à un rythme plus rapide que les dépenses...

[Consulter le document sur le site de la DREES](#)

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES). **Les effets d'une crise économique de longue durée. Rapport 2013-2014.** Paris : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), 2014, 119 p.

La France et l'Europe traversent, depuis 2008, la plus grave crise économique de l'après-guerre. Débutée dans le secteur financier, elle s'est progressivement élargie à l'économie réelle. Le marché du travail s'est fortement dégradé entraînant une destruction d'emplois importante et une hausse du chômage, ce qui a eu de profondes répercussions sur la pauvreté en France et dans les autres États de l'Union européenne. Les données disponibles permettent dès lors de tirer les premiers enseignements des conséquences d'une crise de grande ampleur et de longue durée, que ce soit en termes d'élargissement ou d'approfondissement des situations de pauvreté et d'exclusion sociale.

[Voir le document sur le site de l'ONPES](#)

Revil H. **Le non-recours aux soins de santé.** in : Lavedesidees.fr, 2014-05, 9 p.

La notion de non-recours éclaire les limites de la Couverture Maladie Universelle (CMU) créée pour améliorer l'accès aux soins des plus démunis. Une réflexion sur un droit fondamental qui connaît des difficultés de mise en oeuvre dans la société française.

[Voir le document sur le site de Lavedesidees.fr](#)

Sauze L, Ha-Vinh Ph, Régnard P. **Affections de longue durée et différences de morbidité entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants.** In : Pratiques et organisation des soins, Vol 42, N°1, 2011, pp. 1-9. L'objectif de cette étude était de connaître le sens et l'ampleur des différences de morbidité entre les salariés et la population des professions indépendantes, regroupée au sein du Régime social des indépendants (RSI).

[Voir le document sur le site d'Ameli](#)

Vigneron E. **Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès.** Paris : Elsevier Masson, 2011, 194 p.

Wilkinson R, Marmot M. **Déterminants sociaux de la santé. Les faits. Deuxième édition.** Genève : OMS-bureau régional de l'Europe, 2004. 40 p.

Cette publication aborde les principaux aspects des déterminants sociaux de la santé. Les thèmes traités sont notamment l'importance à long terme des déterminants de la santé à l'œuvre pendant la petite enfance, et les effets de la pauvreté, des drogues, des conditions de travail, du chômage, du soutien social, d'une alimentation saine et de la politique des transports. Pour situer la problématique dans son contexte, les auteurs commencent par analyser les inégalités de santé d'origine sociale et étudient ensuite les facteurs psychologiques et sociaux qui influent sur la santé physique et la longévité. Dans chaque cas, l'accent est mis sur le rôle que peuvent jouer les pouvoirs publics en favorisant un environnement social propice à la santé.

[Voir le document sur le site de l'OMS](#)

Les inégalités d'accès aux soins

AIDES. Observatoire étrangers malades. **Droit au séjour pour soins. Rapport de l'observatoire étrangers malades.** Paris : AIDES. Observatoire étrangers malades, 2013, 79 p.

L'Association AIDES publie, 18 mois après une première édition, un second rapport sur le droit au séjour pour soins, en France. Le rapport décrit les atteintes à ce droit de prise en charge des étrangers gravement malades, institué par la loi Chevènement de 1998. Pour le VIH, le rapport indique que les titres de séjour pour soins sont de moins en moins accordés. Le rapport dénonce des procédures anormalement longues, des refus arbitraires d'enregistrement des dossiers, des atteintes au secret médical, ou encore, l'imposition de taxes dissuasives. Il conclut avec un ensemble de recommandations précises visant à assurer : une couverture de santé égale pour tous les résidents de France, un droit effectif au séjour pour les étrangers malades et leurs proches, la protection contre l'éloignement des étrangers malades et l'accès universel aux soins à l'échelle internationale.

[Voir le document sur le site de AIDES](#)

Archimbaud A. **L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité.** Paris : Premier Ministre, 2013, 126 p.

Par lettre du 20 mars 2013, le Premier ministre a confié à Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint-Denis, parlementaire en mission auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, une mission relative à l'accès aux soins des plus démunis et à la lutte contre le non-recours aux droits sociaux. Cette mission répond au constat de taux de non-recours élevés en matière d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide médicale d'État (AME). L'objectif assigné à la mission était d'identifier les freins existants et de proposer des solutions opérationnelles tout en portant une attention particulière à la réduction de la charge de travail des organismes et des acteurs chargés de l'ouverture et de la gestion de ces droits. Une complémentarité devait être recherchée avec d'une part les expérimentations en cours en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne et d'autre part le projet de convention partenariale avec l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) visant à la pré-instruction des droits à l'ACS. Enfin, la mission devait s'articuler avec les actions prévues dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et tenir compte de l'objectif fixé par le Président de la République de généralisation des complémentaires de santé.

[Voir le document sur le site du Premier Ministre](#)

Mouvement ATD Quart monde, Boissonnat Pelsy H, Sibue de Caigny C, Zimmer MF, Adobati M **Inégalités sociales de santé et petite enfance. Analyse et ressenti de personnes en situation de grande précarité.** Paris : Mouvement ATD Quart monde, 2014-02, 18 p.

"L'enfant a-t-il droit "au bien être" parce qu'il existe ou l'enfant a-t-il droit à l'existence dans la mesure où les conditions sont réunies pour son bien-être ?" Cette question que soulevait Joseph Wresinski en introduction du livre Enfants de ce temps garde toute son actualité. Joseph Wresinski a montré que le principal levier pour lutter contre la précarité est de soutenir les plus pauvres dans l'amélioration de leur vie de famille et de répondre aux attentes des parents pour leurs enfants. Car la réalité des enfants du Quart-Monde est douloureuse, ils sont l'enfance cachée d'une société dont la vie et les changements ne concernent que les citoyens « dans la norme ». Victimes involontaires de ces inégalités sociales qui se traduisent dans leur corps même et dans leur santé, ces tout petits nous interrogent sur la conception de l'accès au droit fondamental de la « protection de la santé », et sur l'ensemble des déterminants de la santé.

[Voir le document sur le site du Mouvement ATD Quart monde](#)

Berchet C, Jusot F. **État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français.** in : Questions d'économie de la santé, N° 172, 2012, 8 p. Cette étude propose une synthèse des travaux français portant sur l'état de santé et le recours aux soins des migrants depuis une trentaine d'années. Malgré la divergence des résultats de la littérature - due notamment à la diversité des indicateurs utilisés et des périodes considérées - cette synthèse souligne l'existence de disparités entre les populations française et immigrée. De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance. Un moindre recours aux soins de ville et à la prévention a également été constaté. Si des phénomènes de sélection liés à la migration permettent d'expliquer le meilleur état de santé initial des immigrés, leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins. Ce constat appelle la mise en œuvre de politiques de santé publique adaptées visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère, notamment à travers la prévention, le développement d'actions de proximité et de simplification de l'accès à certains droits et dispositifs tels que la Couverture maladie universelle ou l'Aide médicale d'État.

[Voir le document sur le site de l'Irdes](#)

Benoist Y. **Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins.** Paris : L'Harmattan, 2009, 156 p.

Cet ouvrage traite du comportement des soignants envers les sans-abri. Il ne porte pas un jugement sur une activité professionnelle et un corps de travailleurs du secteur santé, mais montre combien sont insidieux les fondements de notre regard.

Bourgueil Y., Reynaud M., Saout C., et al. **Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? Actes du colloque. 16 octobre 2012.** Paris : DREES, 2013, 107 p.

Ces actes s'articulent autour de trois parties : la première interroge la dimension géographique de l'accès aux soins, en s'attardant sur le principe de l'accès aux soins pour tous, le point de vue de l'utilisateur, la définition des territoires concernés et les outils développés. La deuxième partie analyse plus particulièrement l'accès aux soins hospitaliers, la troisième partie, l'accès aux soins de ville, en examinant à chaque fois l'apport des outils développés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

[Voir le document sur le site de la DREES](#)

Chauvin P, Parizot I, Revet S. **Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social.** Paris : Vuibert, INSERM, 2005, 292 p.

Cet ouvrage explore les liens entre les situations sociales des personnes ayant recours aux soins et leur prise en charge médicale. Partant de l'étude de situations critiques ou de publics particuliers, ce livre examine les enjeux d'une approche médico-sociale élargie, tenant compte du contexte social et des conditions de vie dans la prise en charge de la santé.

Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. **Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine.** in : Questions d'économie de la santé, N°164, 2011, 8 p.

La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, mesurée au 1er janvier 2007, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités.

[Voir le document sur le site de l'Irdes](#)

Cultures & santé. Centre de documentation, Benamar R, Buzaku X, Legros J. **Accès aux soins et précarité.** in : Dossier thématique, n° 12, 2014-04, 32 p.

S'intéresser à l'accessibilité des soins revient à questionner le rapport existant entre les services offerts par les structures collectives et les personnes qui en bénéficient. Loin d'être identiques pour tous les utilisateurs d'un système de santé, les bénéfices peuvent fortement varier en fonction de certains déterminants sociaux et individuels. Les personnes vivant dans des contextes où les inégalités sociales se font plus particulièrement ressentir, sont de manière générale plus pénalisées dans le recours aux services en place. C'est donc en perspective de soutenir et d'outiller dans ses recherches et réflexions toute personne intéressée sur le rôle de la précarité dans l'accessibilité des soins, que Cultures&Santé a élaboré ce dossier thématique en lien avec son fonds documentaire.

[Voir le document sur le site de Cultures & santé](#)

Delattre E., Sabatier M. **Inégalités de santé et d'emploi : L'impact des facteurs sociaux.** CNRS : UMR8184. Université de Cergy Pontoise / Institut de Recherche en Gestion et en Economie (IREGE). Université de Savoie, 2012, 22 p.

L'objectif de cet article est d'évaluer l'impact des facteurs sociaux, tels que le genre, l'âge ou la nationalité, sur les inégalités de santé et les inégalités de parcours professionnels. Un des apports de la recherche consiste à prendre en compte, dans l'analyse économétrique, l'interdépendance entre ces deux inégalités à l'aide de modèles tobits multivariés. A partir des données de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (DARES -DREES), les auteurs mettent en évidence que tous les facteurs sociaux ne produisent pas des effets directs sur la santé et la vie professionnelle mais que certains influencent seulement indirectement la santé des individus, via les inégalités d'emploi.

[Voir le document sur le site : http://hal.archives-ouvertes.fr/](http://hal.archives-ouvertes.fr/)

Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. **Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique.** in : **Questions** d'économie de la santé, N° 170, 2011, 6 p.

La France, bien que pourvue d'un système de protection sociale à vocation universelle, connaît des inégalités sociales dans l'accès et l'utilisation des services de santé. L'analyse des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières apporte un nouvel éclairage sur cette question.

[Voir le document sur le site de l'Irdes](#)

Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. **Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique.** in : Questions d'économie de la santé, N° 139, 2011, 8 p.

Le concept de renoncement aux soins, utilisé régulièrement dans les enquêtes et de plus en plus mobilisé dans le débat public en France, n'a pas encore fait l'objet d'un travail méthodologique permettant d'analyser le sens que lui donnent les individus interrogés. Si le renoncement aux soins se

réfère le plus souvent dans les enquêtes à un renoncement pour raisons financières, une approche socio-anthropologique, à partir d'entretiens non directifs, permet d'analyser plus largement les significations du renoncement pour les individus ainsi que les logiques sociales, économiques et culturelles qui les déterminent. Cette étude montre que le renoncement aux soins, qui peut survenir à tout moment d'un itinéraire thérapeutique, prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus. Ces deux formes de renoncement - barrière et refus - sont fréquemment associées : le facteur financier est rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin.

[Voir le document sur le site de l'Irdes](#)

Desprès C. **Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité.** in : Anthropologie & santé n° 6, 2013, np [en ligne]

Cet article examine les logiques plurielles des renoncements aux soins dans un contexte de précarité. Il s'agit de comprendre comment un individu organise ses conduites thérapeutiques, pour lui et sa famille, dans un contexte où il est soumis à de fortes contraintes économiques et sociales. Fondé sur une étude empirique menée dans la région métropolitaine de Lille, cet article développe une analyse de cas afin de mettre en évidence le travail de négociation du sujet, et d'inscrire les arbitrages qu'il effectue entre différents registres de vie, dans une dimension temporelle tenant compte tant du passé que du présent.

[Voir le document sur le site http://anthropologiesante.revues.org](http://anthropologiesante.revues.org)

Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. **Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé.** Paris : IRDES, 2012. 30 p. (Document de travail ; 47).

Ce document analyse des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières, puis étudie ses conséquences sur l'évolution de l'état de santé quatre ans plus tard à partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS). L'analyse des déterminants du renoncement montre le rôle important joué par l'accès à une couverture complémentaire, au côté de celui de la situation sociale présente, passée et anticipée. L'analyse montre ensuite que les difficultés d'accès aux soins contribuent aux inégalités de santé.

[Voir le document sur le site de l'Irdes](#)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Boisguerin B. **Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris.** Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2012, 146 p.

La notion de renoncement à des soins pour raisons financières est souvent utilisée pour mesurer les inégalités d'accès aux soins, dont la réduction est une priorité de santé publique. Elle est complémentaire d'autres approches des mesures des inégalités d'accès aux soins basées sur les consommations effectives. La Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont souhaité explorer cette notion de renoncement aux soins, afin de bien mesurer le phénomène et de mieux comprendre ce qu'il recouvre, d'en connaître les déterminants, et de réfléchir au rôle des politiques publiques pour en limiter l'ampleur. Plusieurs travaux de recherche ont été présentés lors du colloque Renoncement aux soins qui s'est tenu à Paris le 22 novembre 2011. La présentation de ces travaux a été suivie par une table ronde donnant la parole aux différents acteurs du système de soins (assureurs, professionnels de santé, patients, associations...) autour d'un débat sur la question suivante : « Comment mieux garantir l'accessibilité financière aux soins ? » L'objet de ce recueil est de retranscrire les différents exposés de ce colloque ainsi que les débats qui les ont suivis.

[Voir le document sur le site du ministère des affaires sociales et de la santé](#)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques(DREES). **Baromètre d'opinion de la DRESS sur la santé, la protection sociale et les inégalités. Principaux enseignements**

de l'enquête 2013. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques(DREES), 2014, 71 p.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie les résultats de son Baromètre d'opinion portant sur la santé, la protection sociale et les inégalités sociales. Dans le contexte de la crise, le Baromètre, initié en 2009, traduit certaines évolutions dans les opinions des français. Le Baromètre indique que les français s'inquiètent de l'augmentation des inégalités, neuf sur dix estimant que celles-ci sont en augmentation. Plus de la moitié d'entre eux craignent une situation de chômage pour eux ou leurs proches. La perception de la qualité des soins hospitaliers reste bonne, bien que les français soient de plus en plus nombreux à penser que cette qualité se décline. La perception que les français ont de leur santé reste stable, mais, en revanche, ils sont plus nombreux à considérer que la santé de leurs compatriotes se détériore. S'agissant du système de protection sociale, 61% des français considèrent normal que l'Etat en soit l'acteur majeur. De même, 64% jugent normal que le budget protection sociale corresponde au tiers du budget de l'Etat.

[Voir le document sur le site de la DREES](#)

Dourgnon P. Évaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé. Paris : Université Paris-Dauphine, 2013, 157 p.

En dépit des objectifs énoncés de respect du principe d'équité horizontale, on observe des inégalités sociales dans la consommation de soins des pays dotés de systèmes de santé socialisés. Cette thèse se propose, au travers de quatre études, de contribuer à l'analyse des politiques publiques dans le système de santé, du point de vue de l'équité de recours aux services de santé. L'introduction propose des éléments descriptifs des inégalités sociales de recours aux soins en France ainsi que des principaux mécanismes qui, à l'intérieur du système de santé français, peuvent en être à l'origine. Le premier chapitre étudie les liens entre barrières financières à l'accès aux soins et état de santé. Il montre que le fait de renoncer à des soins pour des raisons financières est associé à un état de santé futur plus détérioré. Le deuxième chapitre propose une analyse de l'interaction médecin-patient et de son rôle dans la formation des inégalités de recours aux soins. Nous étudions les catégorisations opérées par les médecins au sujet de leurs patients en fonction de leurs situations sociales. Nous montrons ensuite les relations entre ces catégorisations et les pratiques observées. Un troisième chapitre collige deux études portant sur la réforme du médecin traitant. La première propose une analyse de la réforme et de son contexte, en particulier le rôle des différents acteurs. La seconde propose une étude des conséquences de la réforme sur l'accès financier aux soins de spécialistes.

[Voir le document sur le site de l'IRDES](#)

Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Maison des sciences sociales du handicap. **Le parcours de santé et l'accès aux soins des personnes handicapées. Dossier documentaire.** Rennes : Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), 2013, 6 p.

A la Une de l'actualité du handicap ces derniers jours " le parcours de santé et l'accès aux soins des personnes handicapées". En effet, deux récentes parutions s'intéressent à ce sujet: d'une part le rapport de Pascal Jacob, Président de Handidactique "Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement" et d'autre part, le Livre blanc de l'UNAPEI "Pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales". Selon la ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, Marie-Arlette Carlotti, ce sujet devrait être l'un des principaux à l'ordre du jour du Comité Interministériel du Handicap qui se réunira en juillet ou septembre de cette année.

[Consulter le document sur le site de l'EHESP](#)

Ferreira J. **Soigner les mal-soignés. Ethnologie d'un centre de soins gratuits.** Paris : L'Harmattan, 2004, 387 p.

Cet ouvrage propose l'étude d'un centre de soins gratuits de Médecins du Monde destiné aux personnes en situation de précarité et aux pratiques liées aux soins et au vécu des personnes concernées. L'étude de ces relations (bénévole/usager, soignant/soigné, français/immigré) amène à

examiner les statuts de « malade » et de « victime » qu'ont les usagers de ces centres, où s'effectue cette prise en charge tant sociale que médicale. L'auteure pose des questions concernant l'expression de la souffrance sociale ainsi que des questions plus générales et fondamentales en anthropologie, notamment sur l'altérité et les soins selon différents contextes culturels.

Haut conseil de la santé publique (HCSP). **Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé**. Paris : Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2013, 56 p.

"Ce rapport répond à deux saisines de la DGS et la DREES, portant d'une part sur « la pertinence et les possibilités de prise en compte des caractéristiques sociales dans les indicateurs transversaux et spécifiques » associés aux objectifs de la loi de santé publique, et sur la hiérarchisation des indices écologiques de défavorisation sociale ; d'autre part sur la proposition d'indicateurs permettant « d'assurer le suivi des inégalités de santé dans le domaine du cancer, de ses facteurs de risque et de ses conséquences, notamment en termes de mortalité ». Le HCSP analyse les éléments disponibles pour rendre compte de l'évolution des inégalités sociales de santé et propose des indicateurs à insérer dans les systèmes d'information en santé, ainsi que des évolutions à apporter dans ces systèmes d'information, de façon à prendre en compte ces inégalités sociales de santé dans les différents types d'usages des données de santé : systèmes de recueil de données en routine (mortalité, morbidité, institutions de soins) ; enquêtes, études et travaux de recherche ; bilans des politiques de santé."

[Consulter le document sur le site du HCSP](#)

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), Celant N, Guillaume S, Rochereau T. **Renoncement et recours aux soins en 2012. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012**. in : Les rapports de l'IRDES, n° 556, 2014-06, pp 121-139

Le concept de renoncement aux soins vise à identifier des besoins de soins non satisfaits, c'est-à-dire non reçus alors que le patient en ressentait la nécessité. Le renoncement aux soins pour raisons financières a fait l'objet d'une investigation méthodologique approfondie entre 2009 et 2011 associant approches socio-anthropologique et micro-économique. L'étude fait apparaître une corrélation entre renoncement et moindre consommation de soins, même si renoncer ne signifie pas pour autant ne consommer aucun soin. Elle montre aussi un effet délétère du renoncement sur l'état de santé futur. Elle montre enfin que, malgré certaines limites du questionnaire tel qu'il était posé jusqu'en 2010, le renoncement est un instrument pertinent pour étudier l'accès aux soins en population générale. La question étant générale jusqu'en 2010, sans précision des types de soins concernés dans son intitulé, conduisait à sous-estimer le niveau de renoncement dans la population, en particulier pour des soins dentaires et d'optique que les enquêtés pouvaient considérer comme n'entrant pas dans le champ des consommations médicales.

[Voir le document sur le site de l'IRDES](#)

[Voir les tableaux excel sur le site de l'IRDES](#)

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), Guthmuller S, Jusot F, Wittwer Jérôme. **Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009**. in : Questions d'économie de la santé, n° 195, 2014-02, 8 p.

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un dispositif, sous la forme d'une aide financière, mis en place en 2005 pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond de l'éligibilité à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS est important, seules 22 % des personnes éligibles auraient fait valoir leur droit en 2011 (Fonds CMU, 2012). Comprendre les raisons du non-recours apparaît, dans ce contexte, essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux personnes aux revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé. Suite à une

expérimentation sociale, une enquête a été réalisée en 2009 à Lille auprès de personnes potentiellement éligibles à l'ACS afin de mieux connaître leurs caractéristiques et leurs motivations ou blocages à recourir au dispositif. Les résultats de cette enquête montrent que la population identifiée comme éligible à l'ACS à Lille est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Le taux de recours à l'ACS est néanmoins faible puisque seules 18 % des personnes ont entrepris des démarches pour l'obtenir. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer ce non-recours sont : penser ne pas être éligible, le manque d'information, la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé.

[Voir le document sur le site de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé \(IRDES\)](#)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), HOUZELLE Nathalie, ARCELLA GIRAUX Pilar, SAÏAS Thomas (et al.) **Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance.** In : La santé en action, n° 426, 2013-12, pp 18-53.

La petite enfance est une période cruciale pour tenter de réduire les inégalités sociales en santé, c'est en effet à ce « moment » que se constitue le capital-santé. Les conditions – favorables ou défavorables – dans lesquelles se développe le jeune enfant ont un impact sur son développement émotionnel, relationnel et cognitif immédiat, et, à long terme des répercussions sur son état de santé adulte...

[Voir le document sur le site de l'INPES](#)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)., Deprès C. **Les différentes figures du renoncement aux soins.** in : La santé de l'homme, n° 422, novembre-décembre 2013, pp 44-46.

Pourquoi une personne renonce-t-elle aux soins ? Caroline Desprès, médecin et anthropologue, a conduit une quarantaine d'entretiens dans la région lilloise autour de ce questionnement. Si le renoncement recouvre différentes réalités, il apparaît comme la résultante d'une histoire de vie, de conditions sociales et économiques.

[Voir le document sur le site de l'INPES](#)

INSEE Haute-Normandie, Delamare J, Follin J (et al.). **Diagnostic social infra-urbain de la CREA - Indicateurs sociaux dans les quartiers.** Rouen : Dossier d'aval Haute-Normandie, 2014-02, 66 p.

La CREA a souhaité collaborer avec l'Insee pour mieux appréhender les disparités sociales sur son territoire à l'échelle géographique la plus fine possible. Cette collaboration a donné lieu à ce rapport d'étude, qui combine une vision synthétique avec une restitution cartographique très détaillée. L'objectif principal de la démarche est d'identifier et de caractériser les quartiers les plus touchés du point de vue social, pour une prise en considération de ceux-ci dans les différentes politiques publiques contribuant au développement urbain et social.

[Voir le document sur le site de l'INSEE](#)

[Voir les annexes sur le site de l'INSEE](#)

Le défenseur des droits. **Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Rapport remis au Premier ministre.** Paris : Le défenseur des droits, 2014-03, 45 p.

Pour élaborer son rapport, le Défenseur a constitué un groupe de travail composé notamment d'associations de lutte contre les exclusions, de représentants du Fonds CMU et du monde de la santé ainsi que de d'agents de l'institution. Ce groupe de travail a été constitué sur cette la question, essentielle au regard des missions du Défenseur. Des entretiens menés auprès de différents acteurs ont permis de compléter les travaux. Le Défenseur des droits formule une douzaine de recommandations afin de garantir l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU, CMU-C et AME. Il

propose notamment de mettre des campagnes de sensibilisation afin de faire connaître aux ayants-droits et aux personnels de la santé leurs droits et leurs obligations.

[Voir le document sur le site du défenseur des droits](#)

Médecins du monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission. **Rapport 2012 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France**. Paris : Médecins du monde, 2013, 207 p.

En 2012, en France, les conséquences de la crise économique sur la santé et l'accès aux soins sont prégnantes. Les inégalités sociales de santé s'accroissent chez les plus démunis. À cela s'ajoutent des réponses publiques souvent plus sécuritaires que sociales, notamment envers les migrants, les personnes se prostituant et les usagers de drogues. Ces personnes accèdent de plus en plus difficilement au système de soins, avec pour conséquence une détérioration de leur état de santé.

[Consulter le document sur le site de Médecins du monde](#)

Médecins du monde. **Accès aux soins. Les déterminants socioculturels**. Paris : Médecins du monde, 2012, 96 p.

Ce cadre de référence des déterminants socioculturels de l'accès aux soins montre la richesse qu'un regard décentré peut apporter au processus d'aide humanitaire. Résolument orienté sur l'ouverture interdisciplinaire, il propose différentes entrées pour mieux comprendre la diversité socioculturelle des populations auprès desquelles Médecins du Monde intervient. Analyses, définitions, méthodes de travail : autant d'outils proposés dans ce document établi par une anthropologue de la santé, qui permettent aux acteurs de la solidarité internationale d'identifier et prendre en compte l'influence des déterminants socioculturels dans la manière de faire et penser le soin, d'améliorer la pertinence des projets et leur mise en œuvre pratique.

[Voir le document sur le site de Médecins du monde](#)

Ministère des affaires sociales de la santé, Direction générale de la santé, Secrétariat général de la Conférence nationale de santé. **Conférence nationale de santé. Rapport sur les droits des usagers : réduire les inégalités d'accès à la santé... en renforçant la participation des usagers**. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013-04, 26 p.

Dans ce 5ème rapport sur les droits des usagers, la Conférence nationale de santé formule des propositions dans la double perspective de réduction des inégalités de santé et de simplification de l'exercice des droits, dans l'attente de les voir prises en compte dans les prochains textes législatifs.

[Voir le document sur le site du Ministère des affaires sociales de la santé](#)

Oris M, Camenisch M, Cavalli S, et al. **Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités**. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2009, 436 p.

Cet ouvrage propose une analyse des cheminements qui se révèlent générateurs d'inégalités entre individus, notamment au cours des transitions des âges de la vie (enfance, adolescence, âge adulte, grand âge), ou lors de différentes étapes (mariage, divorce, deuil, etc).

Parizot I, Chauvin P, Revet S. **Santé et recours aux soins des populations vulnérables**. Paris : Editions INSERM, DIV, 2005, 325 p.

Cet ouvrage rend compte des contributions aux séminaires proposés par le réseau multidisciplinaire de recherche en santé publique "Santé, inégalités, ruptures sociales en Ile-de-France", travaillant sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales. Il analyse dans un premier chapitre une recherche conduite dans des quartiers défavorisés d'Ile-de-France depuis 2002, le deuxième chapitre réunit le point de vue de sociologues et d'épidémiologistes sur le lien entre déterminants sociaux et leurs effets sur la santé. Sont ensuite abordés : la santé des personnes sans domicile, les violences conjugales, le VIH, la santé des adolescents en souffrance et la santé des migrants, sous un angle multidisciplinaire.

Sass C. **Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : enquête dans les CES de l'Assurance maladie.** Vandoeuvre-les-Nancy : CETAF, 2011, 45 p.

Les bénéficiaires de la CMU-C doivent normalement accéder aux soins sans participation financière, sauf exigence particulière. En conséquence, le phénomène du renoncement, et plus particulièrement pour raisons financières, a longtemps été considéré comme marginal. Pour autant, les acteurs de terrain, ainsi que les Enquêtes sur la santé et la protection sociale menées par l'IRDES, faisaient régulièrement remonter une information contradictoire. Pour en savoir plus, dans le cadre d'un groupe de travail initié par la Direction de la sécurité sociale, le Fonds CMU a demandé au CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé) d'effectuer une étude sur le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.

[Voir le document sur le site de la CMU](#)

Secours populaire français, Kazandjian C. **L'accès aux soins, un droit mis à mal.** in : Convergences, n° 337, 2014-07, pp 6-12.

Disparition des structures de soins, désertification... L'évolution du système de santé, en France, pénalise depuis des années les plus vulnérables. Médecins et associations s'inquiètent et défendent l'accès à la santé pour tous.

[Consulter le document sur le site du Secours populaire français](#)

Wilkinson R. **L'égalité c'est la santé.** Paris : Demopolis, 2010, 251 p.

L'auteur défend son opinion selon laquelle ce sont davantage les inégalités sociales que le niveau de revenu qui détermine les inégalités de santé et de longévité. Les maladies naissant entre un individu et son environnement, la vie en société détermine le vécu : stress, anxiété et dépression transforment les inégalités sociales en inégalités de santé.

Réduire les inégalités sociales de santé : stratégies et modalités d'action

Agence régionale de santé (ARS) de Haute-Normandie, Conférence régionale de santé et de l'autonomie Haute-Normandie. **Débats régionaux sur l'accès aux soins.** Rouen : Agence régionale de santé (ARS) de Haute-Normandie, 2014, 21 p.

L'accès aux soins est un droit. Un enjeu de démocratie sanitaire. Mais face aux contraintes budgétaires, à la complexité croissante des réglementations liées aux prises en charge, aux remboursements de nombreux médicaments, aux cloisonnements des multiples institutions, à la disparition de services publics... Faire valoir ce droit, s'apparente désormais à un véritable parcours du combattant pour une frange fragilisée de la population. Quand on est en situation de précarité, porteur d'un handicap, âgé voire les trois à la fois, on a tendance à renoncer à ce droit pourtant inaliénable. Et n'allez pas croire que les jeunes sont mieux lotis. Eux aussi, sont de plus en plus nombreux à être exclus du système de santé français. Les professionnels et les associations qui oeuvrent au service des usagers sont conscients de ce phénomène insidieux d'exclusion. Cette situation, personne ne l'a voulue. Elle est la résultante d'une vision parfois trop comptable ou d'effets pervers d'un système qui se complexifie sans cesse, à l'image du monde dans lequel nous évoluons. C'est en tout cas le constat mis en évidence à l'issue des quatre débats publics organisés à Dieppe, Le Havre, Rouen et Evreux, à l'initiative de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie. Des débats où la parole a été donnée, lors d'échanges à bâton rompu, aux acteurs professionnels de santé et médico-sociaux, mais aussi et surtout aux usagers. Tous ont fait part de leur expérience et de leur vécu. Initiatives collectives ou isolées d'institutions et d'associations, perception du fonctionnement ou des dysfonctionnements du système, anecdotes personnelles, ressenti face à certaines situations... Des échanges riches, dont la synthèse devrait permettre de faire

quelques propositions concrètes, afin que l'accès aux soins redevienne enfin une réalité pour tous.
[résumé d'auteur]

[Voir le document sur le site de l'ARS Haute-Normandie](#)

Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur. **Inégalités sociales de santé : des recherches à l'action. Actes : Séminaire du 28 juin 2012 La Baume-lès-Aix.** Marseille : Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2012, 86 p.

Ces actes rassemblent les interventions faites lors du séminaire régional sur les inégalités sociales de santé organisé par la mission Recherche et développement en santé publique de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur. Trois équipes de recherche ont présenté leurs travaux portant sur les inégalités sociales de santé : deux actions innovantes dans les quartiers nord de Marseille pour une alimentation équilibrée avec un petit budget ; l'apport de la géographie à la compréhension des inégalités de santé ; évaluation du programme expérimental de promotion de la santé des enfants et des familles démunies "La santé à Saint-Mauront-Belle de mai : on s'y met tous !". Ils présentent également la synthèse des ateliers qui portaient sur l'approche par parcours de vie, l'appropriation des données probantes et l'approche des ISS par territoires.

[Voir le document sur le site du CRES PACA](#)

Basset B. **Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé.** Saint-Denis : Editions INPES, 2009, 208 p. (Dossiers Varia).

Cet ouvrage propose des méthodes et des outils pour réaliser un état des lieux régional et élaborer une politique régionale de lutte contre les inégalités sociales de santé. Des fiches méthodologiques exposant des stratégies spécifiques aux populations ciblées et des stratégies thématiques sont ainsi fournies dans une première partie. La seconde partie détaille les moyens permettant de mettre en œuvre cette politique régionale.

[Voir le document sur le site de l'Inpes](#)

Bertolotto F. **Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale. Synthèse du rapport final.** Paris : Ministère du logement et de la ville, 2009, 18 p.

60 CUCS ont été sélectionnés afin d'évaluer de manière approfondie le contenu des volets santé et leur insertion dans les projets de développement social et urbain local.

[Voir le document sur le site I-Ville](#)

Bourdillon F. **Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé.** Vanves : Inpes, 2009, 191 p.

Cet ouvrage, réalisé dans le cadre d'un groupe de travail mandaté par le ministère de la santé, propose des modalités d'organisation des Agences régionales de santé (ARS) pour mieux prendre en compte la promotion de la santé en France. Deux autres ouvrages complémentaires sont également réalisés sur des thématiques autres. Plusieurs recommandations sont faites, notamment de travailler de manière matricielle en croisant les approches par populations, milieux et pathologies, de développer des activités intersectorielles et interministérielles, et de ne pas fonder les activités de sécurité sanitaire avec celles de promotion de la santé. Les missions et les champs d'un futur pôle Promotion, prévention et programmes de santé sont présentés. Des fiches thématiques donnent des éclairages sur les concepts, les fonctions des acteurs, les champs et les outils de la promotion de la santé.

[Voir le document sur le site de l'Inpes](#)

Bourdillon F, Grimaldi A, Tabuteau D. **Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire.** Paris : Odile Jacob, 2011, 189 p.

Constatant que le système de santé solidaire français affronte des crises économiques, sanitaires et professionnelles successives, les auteurs de ce manifeste, acteurs de la santé, de la santé publique, de la sociologie ou de la politique, veulent proposer une autre politique de santé, fondée notamment sur le développement des services publics. Ils énoncent six principes qui devraient la guider : la solidarité, l'égalité, la prévention, la qualité des soins, l'éthique médicale et la démocratie sanitaire. L'objectif étant de faire de la santé un enjeu du débat public lors des échéances électorales.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)., Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CNPPS). **Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé. Tableaux comparatifs.** Montréal : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2012, 22 p.

L'élaboration de « politiques publiques favorables à la santé » visant la prise de mesures en lien avec les déterminants de la santé et l'atteinte de l'équité en santé. Divers outils d'évaluation d'impact ont été utilisés depuis de nombreuses années pour déterminer les effets des mesures prises par les secteurs public et privé en matière de santé humaine ou d'environnement. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a établi une comparaison entre quatre principaux types d'évaluation d'impact utilisés au Canada pour aider les parties prenantes en santé publique et d'autres secteurs à choisir les outils et approches les plus appropriés pour évaluer les répercussions de diverses politiques publiques (Mendell, 2011). Le présent guide présente les outils et approches utilisés spécifiquement pour réduire (ou du moins, pour éviter d'exacerber) les inégalités en santé.

[Voir le document sur le site du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé \(CNPPS\)](#)

Commission des déterminants sociaux de la santé. OMS. **Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé** Genève : OMS, 2008, 40 p. La Commission envisage les déterminants sociaux de la santé dans leur ensemble et émet des recommandations. Ce résumé analytique du rapport final de la Commission est structuré d'après trois recommandations : 1) Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. 2) Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local. 3) Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé. [BDSP]

[Voir le document sur le site de l'OMS](#)

Doumont D, Feulien C. **En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention.** Louvain : UCL-RESO, 2010, 20 p. Ce dossier technique redéfinit quelques concepts liés aux inégalités de santé. Il en décrit les fondements et origines et présente les programmes mis en place pour lutte contre ces inégalités de santé aux Pays Bas, en Suède et en Angleterre.

[Voir le document sur le site de l'Université catholique de Louvain](#)

Éléments de réflexion sur l'élaboration d'une politique nationale de santé 2011-2025 Paris : Ministère chargé de la santé, 2011, 52 p.

Ce document de travail constitue une proposition d'orientations de la politique nationale de santé à l'horizon des quinze prochaines années, avec un cadrage stratégique opérationnel pour la période 2011-2015. Il est susceptible d'être soumis à une large concertation, au-delà des services de l'Etat et des opérateurs et instances qui lui sont rattachés. Après une analyse du contexte et des enjeux, la

note propose des finalités pour la politique nationale de santé, une stratégie quinquennale pour la période 2011-2015, comprenant des principes d'action, des axes stratégiques et une réflexion sur les outils de mise en œuvre opérationnelle.

[Voir le document sur le site de la BDSP](#)

Fédération hospitalière de France (FHF), Médecins du Monde. **La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé. Les propositions de la Fédération hospitalière de France et de Médecins du Monde.** Paris : Fédération hospitalière de France (FHF), Médecins du Monde, 2014-05, 70 p.

Notre système de santé reste marqué par de fortes inégalités. Cela est vrai tant pour l'état de santé constaté des personnes qu'en matière d'accès aux soins et aux actions de prévention. La prise en charge des publics en situation de vulnérabilité est une mission consubstantielle à l'hôpital public, pour laquelle les hospitaliers ont toujours œuvré avec humanité, conviction et détermination. Aujourd'hui, les hôpitaux publics assument avec quelques associations dont Médecins du Monde cette mission de prise en charge des plus vulnérables. Pour les équipes hospitalières, la fragilité des moyens et des dispositifs d'accompagnement se révèle source de malaise. C'est le constat que font aujourd'hui un grand nombre de professionnels qui, face à la nécessité d'adapter le parcours de soins aux caractéristiques de ces publics, se sentent souvent démunis.

[Voir le document sur le site de Médecins du Monde](#)

Flajolet A. **Peut-on réduire les disparités de santé ?** Paris : La Documentation française, 2008, 151 p. Ce rapport part d'un constat sur le système de santé français avant de proposer des recommandations pour mettre en place une politique de prévention globale et réduire les inégalités de santé et d'offre de soin sur le territoire. Il présente ensuite un avant-projet pour une expérimentation en région Nord-Pas-de-Calais.

Grass E, Bourdillon F. **Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?** Paris : Editions de Santé, Presses de Sciences Po, 2012, 71 p.

Les actes du séminaire de la chaire Santé de Science Po proposent de s'interroger sur l'absence de mise en place de réelle politique de lutte contre les inégalités sociales de santé. Les contours d'un programme d'action ont été dessinés. Ils soulignent également l'importance pour les agences régionales de santé d'intervenir en interaction avec les collectivités territoriales.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale.** Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2013, 12 p.

Ce document de plaidoyer est destiné aux élus des communes et de leurs groupements. Il a pour objectif d'aider à comprendre et à agir pour prendre en compte la santé dans toutes les politiques municipales ou intercommunales, afin de lutter efficacement contre les inégalités sur les territoires.

[Voir le document sur le site de l'INPES](#)

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. **Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature.** in : Questions d'économie de la santé, n° 179, septembre 2012, 8 p.

Après avoir rappelé la définition des soins primaires et expliqué leur rôle en tant que principes organisateurs des systèmes de soins pour réduire les inégalités sociales de santé, les auteurs proposent une revue de littérature ciblée sur les interventions efficaces dans ce domaine. Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions). Trois champs d'intervention en soins primaires ont été distingués : le premier concerne le développement de la prévention de la santé ; le second, l'amélioration de

l'accès financier aux soins en direction de populations spécifiques ; et le troisième, les pratiques qui visent à améliorer la qualité des soins, pour l'ensemble de la population, dans le cadre d'un réaménagement de l'organisation du système de soins.

[Voir le document sur le site de l'IRDES](#)

Lang T, Badeyan G, Cases C. **Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité**. Paris : HCSP, 2009, 99 p.

Dans ce rapport, le HCSP fait le point sur les données caractérisant les inégalités sociales, réfléchit à l'intérêt et à la nature d'indicateurs de santé concernant les inégalités sociales de santé, et fait des propositions d'interventions et d'objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités de santé. Sa démarche reflète une double préoccupation : élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble sans pour autant occulter l'importance des efforts spécifiques en direction des populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées ; et souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur la santé, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé.

[Voir le document sur le site du HCSP](#)

Leuridan N. **Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention**. Saint-Denis : Editions INPES, 2009, 160 p. (Dossiers Varia). Cet ouvrage, réalisé dans le cadre d'un groupe de travail mandaté par le ministère de la santé, propose des recommandations et des outils aux Agences régionales de santé (ARS) leur permettant de déployer les politiques de prévention, en alliant qualité et professionnalisation des acteurs de prévention. Ce volume est organisé en trois parties principales : le développement coordonné de la prévention, l'amélioration de la qualité de la prévention et son articulation avec les autres politiques. Pour chacun de ces axes, il propose des recommandations, fournit des fiches-outils illustrées par des thèmes d'interventions possibles.

[Voir le document sur le site de l'Inpes](#)

Maulet N, Roland M, De Maeseneer J, Van de Geuchte I, Willems S. **Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé 1995-2006**. Bruxelles : Fondation Roi-Baudoin, 2007, 102 p.

Cette étude a pour objectif de donner un aperçu des initiatives mises en œuvre depuis une quinzaine d'années par les différents pouvoirs politiques compétents en Belgique pour lutter contre les inégalités de santé. Visant la représentativité plutôt que l'exhaustivité, ce dossier se veut un tour d'horizon des principales initiatives menées aux niveaux fédéral, communautaires et régionaux avec quelques exemples aux niveaux provinciaux et locaux. La mise en perspective de ce qui est fait – ou n'est pas fait – en réponse aux inégalités de santé constatées tant par les acteurs de terrain que par les décideurs ou la recherche scientifique permettra, à terme, de dégager de nouvelles priorités pour une gestion plus efficace de cette problématique.

[Voir le document sur le site de la Fondation du Roi Baudoin](#)

Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. **Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action**. Paris : IGAS, 2011, 124 p.

Les inégalités sociales de santé se définissent comme une relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale et sont évitables. Les déterminants sociaux de santé expliquent comment les inégalités sociales produisent des inégalités de santé. Mais pour améliorer l'état de santé de la population, il ne suffit pas de réduire les inégalités sociales. Agir sur les déterminants sociaux de la santé commence en amont du système des soins, au sein des conditions de vie des individus. La prise de conscience de ce phénomène par les pouvoirs publics permet de mettre en place une stratégie de réduction des inégalités en France et de conduire des actions allant dans ce sens : c'est l'objet de ce

rapport qui envisage aussi de former des acteurs qui intégreront le modèle des inégalités sociales de santé dans leurs décisions et dans leurs pratiques.

[Voir le document sur le site de La documentation française](#)

Moquet M-J., Potvin L. **Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention.** in : La santé de l'homme, N°414, 2011, pp. 7-43.

Les progrès en matière de santé, d'accès aux soins, de prévention ne profitent pas à tous. Alors que l'espérance de vie continue de s'accroître, les inégalités perdurent et ont même tendance à se creuser. Ce dossier répond à un double objectif : 1) apporter aux lecteurs les connaissances fondamentales pour comprendre ce que sont les inégalités de santé et la façon dont elles se constituent ; 2) Cerner les modalités d'intervention - fondées sur une analyse scientifique dans laquelle les sciences humaines ont une très grande part - pour lutter contre ces inégalités ; décrypter des actions et programmes qui poursuivent cet objectif.

[Voir le document sur le site de l'Inpes](#)

Niewiadomski C, Aiach P. **Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2008. (Recherche, santé, social).

Organisation mondiale de la santé, Agence de santé publique du Canada. **L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle: analyse d'études de cas dans 18 pays.** Genève : Éditions de l'OMS, 2008, 44 p.

Ce rapport fournit une analyse des principaux apprentissages tirés de 18 études de cas portant sur des pays à revenus élevés, moyens et faibles et sur différents contextes sociaux et politiques. Ces études décrivent les différentes expériences de ces pays en matière d'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé.

[Voir le document sur le site de l'OMS](#)

Politique de la ville, territoires et politique de santé : agir ensemble au niveau local. Actes de la journée nationale du 5 décembre 2008. Paris : Secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV), Secrétariat d'État chargé de la politique de la ville, Ministère de la santé et des sports ; 2008. 62 p.

Ces rencontres s'attachent à montrer comment localement on peut répondre aux enjeux d'accès aux soins, de prévention et de promotion dans les quartiers populaires.

[Voir le document sur le site de I-Ville](#)

Potvin L, Moquet M-J, Jones C M. **Réduire les inégalités sociales en santé.** Saint-Denis : Inpes, 2010, 386 p.

La réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé passe aussi par la réduction des inégalités sociales qui est un objectif inscrit dans la politique de santé de la Loi du 11 août 2004. L'Inpes a engagé depuis 2004 des travaux sur la question, cet ouvrage en restituant les résultats. L'ouvrage se présente en cinq parties : exposé de la problématique des inégalités sociales de santé, des politiques publiques en la matière et de la question de l'évaluation, exploration des possibilités offertes par le système de soins et de prévention, présentation d'expériences, d'outils, de partenariats facilitant la réduction des inégalités sociales de santé.

[Voir le document sur le site de l'Inpes](#)

Profession Banlieue, Seine-Saint-Denis, Pôle de ressources Ville et développement social, Val-d'Oise, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration de Paris, Centre de ressources politique de la ville, Essonne. **La santé, un déterminant des politiques publiques. Actes de la Rencontre organisée le 27 novembre 2012 au Centre Chaligny de Paris.** Paris : Préfecture de la région d'Ile-de-France, 2014, 75 p.

Comment co-construire des politiques locales de santé publique intégrant sur chaque territoire les déterminants de santé ? Quelles seraient les conditions pour que les politiques de santé deviennent un "déterminant" des politiques publiques ? En quoi l'approche régionale peut-elle être pertinente et favoriser l'expérimentation de réponses nouvelles, notamment en Île-de-France, région prise en tension entre la présence de bidonvilles et de dispensaires de Médecins du Monde et l'exigence d'innovations de pointe liée à la région capitale et au Grand Paris ?

[Voir le document sur le site http://www.professionbanlieue.org](http://www.professionbanlieue.org)

Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 2011, 22 p.

Cette publication offre des informations actualisées sur les inégalités de santé entre les États membres de l'Union européenne et à l'intérieur de ces pays. La brochure passe en revue plusieurs aspects de ces disparités dans le domaine de la santé, en particulier l'espérance de vie. Elle analyse aussi le rôle des déterminants de la santé, en mettant l'accent sur le gradient social, c'est-à-dire la dimension sociale qui existe pour ainsi dire au niveau de tous les facteurs influençant l'état de santé. Des explications spécifiques sont fournies sur le rôle des politiques européennes et nationales dans ce domaine précis, y compris concernant les possibilités de financement, ainsi que sur la contribution qu'elles peuvent apporter à la réduction des inégalités de santé. En guise de conclusion, la brochure présente trois études de cas qui permettent de souligner les améliorations atteintes dans des domaines comme la santé des enfants, la santé des demandeurs d'emploi et celle des membres de minorités ethniques. [BDSP]

[Voir le document sur le site de la Commission européenne](#)

Réduire les inégalités sociales de santé. Paris, 11 janvier 2010. Paris : Ministère de la santé et des sports, Institut de recherche en santé publique (IReSP), 2010, 161 p.

Ce colloque s'inscrit dans le cadre de la préparation de la prochaine loi relative à la politique de santé publique. Les interventions de la première partie du colloque font le point sur les connaissances disponibles en France et sur le plan international ; la deuxième partie du colloque est centré sur les expériences d'actions conduites ; une table ronde conclut le colloque autour des points de vue et propositions de responsables associatifs et institutionnels concernant une politique de réduction des inégalités.

[Voir le document sur le site du Ministère des affaires sociales et de la santé](#)

Richard C, coord, Jakowleff A, Laneyrie J-M. **Ateliers Santé Ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.** Paris : Délégation Interministérielle à la Ville, 2007, 286 p.

Les ateliers Santé Ville articulent politique de santé et politique de la ville sur les territoires. La DIV avait publié en 2004 un bilan d'étape des Ateliers Santé ville. Trois ans après, en s'appuyant sur des exemples concrets et sur des contributions de sociologues, médecins, chercheurs et acteurs de terrain, il fait le point complet sur la situation depuis 2006 : inégalités sociales et inégalités territoriales de santé, déterminants de santé, et bilan du dispositif Ateliers santé ville.

[Voir le document sur le site du Ministère délégué à la ville](#)

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), Commissariat général au développement durable (CGDD), Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris), Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) (et al.) **Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé. Regards croisés en régions : de l'observation à l'action.** Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, 2014-01, 68 p.

En 2012, le Secrétariat général en charge des ministères sociaux (SGMAS) et le Commissariat général au développement durable (CGDD) ont partagé le constat d'un besoin de coordination et d'échange d'outils et de pratiques entre les services qui, dans les territoires, travaillent à la réduction des

inégalités de santé, en agissant sur leurs déterminants sociaux et environnementaux. Pour répondre à ce besoin, une enquête a été lancée début 2013, pilotée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors). L'objectif était de repérer les démarches les plus probantes, en termes de méthodes et outils de diagnostic et d'élaboration de politiques de lutte contre ces inégalités. Ce document de synthèse vise à dresser un état des lieux en présentant les diagnostics et les actions les plus représentatifs. [résumé d'auteur].

[Voir le document sur le site du Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie](#)

Société française de santé publique (SFSP). **Résultats de la consultation ouverte «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé»**. Paris : Société française de santé publique (SFSP), 2014-06, 57 p.

La Société française de santé publique (SFSP) a pour objet de renforcer la capitalisation, la reconnaissance et la diffusion des expertises en santé publique, pour faciliter leur prise en compte dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques de santé. La mise à l'agenda politique depuis quelques années de la question des inégalités sociales de santé, la multiplicité des rapports, études, colloques, etc. sur ce thème et l'aggravation de la situation renvoient nombre d'acteurs de la santé à un sentiment d'impuissance, d'autant qu'ils ont peu de prise sur la plupart des déterminants sociaux de la santé, ces derniers restant sous l'influence de l'ensemble des politiques publiques. Le paysage est pourtant riche d'initiatives, y compris dans d'autres secteurs que celui de la santé, mais celles-ci sont finalement peu visibles et ne se renforcent pas mutuellement. Face à ce constat, et s'appuyant sur une littérature émergente sur l'efficacité des interventions en matière de réduction des inégalités sociales de santé, la Société française de santé publique a mis en place une consultation sur le sujet.

[Voir le document sur le site de la SFSP](#)

Pour aller plus loin : Sites internet utiles

Veille documentaire sur les inégalités sociales de santé réalisée par l'IREPS Haute-normandie

<http://resodochn.typepad.fr/inegalitessante/>

Espace Thématique sur le site de l'Inpes

Cet espace d'information a pour objectif de mettre à disposition des professionnels de terrain travaillant dans le champ des missions de l'Inpes les principales connaissances et repères sur les inégalités sociales de santé. Il traduit la volonté de l'Institut de poursuivre son implication dans le transfert des connaissances sur le sujet et dans son rôle de lobbying pour la prise en compte de cette question dans les politiques de santé et dans les pratiques.

[Voir le site de l'INPES](#)

Chaire « Approches communautaires et inégalités de santé » de l'Université de Montréal

L'objectif de la Chaire est de créer et d'animer un programme de recherche pour examiner la relation entre les caractéristiques des milieux de vie et les inégalités de santé, et documenter la mise en œuvre et le rôle des approches communautaires pour réduire ces inégalités.

La Chaire a pour but de faciliter les échanges et la collaboration entre différents partenaires du milieu de la recherche, du milieu communautaire et du réseau de la santé afin

- d'ouvrir de nouvelles avenues de réflexion en matière de réduction des inégalités de santé;
- de développer des connaissances scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé et sur les approches de promotion de la santé dans les quartiers urbains;

- de former une nouvelle génération de chercheurs qui pourront planifier et réaliser des projets de recherche avec la population touchée et les personnes impliquées dans le développement social;
- de soutenir les interventions en vue d'améliorer la qualité de vie des communautés locales et de réduire les inégalités de santé.

<http://www.cacis.umontreal.ca/>

Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins

L'équipe DS3, dirigée par P. Chauvin, a été créée en 2002 grâce au soutien du programme Avenir de l'Inserm. Elle mène des recherches sur les interrelations entre les situations sociales des individus (au sens le plus large : conditions de vie, insertion et ruptures sociales, caractéristiques psychosociales, environnement et contexte socio-économique), leurs perceptions de santé, et leurs stratégies et modes d'utilisation du système de soins. Ses recherches conjuguent des approches sociologiques et épidémiologiques, et des méthodes qualitatives et statistiques.

<http://www.u707.jussieu.fr/ds3/>

Equipe de recherche sur les inégalités sociales (ERIS)

Pôle de recherche sur les inégalités sociales, l'Equipe de Recherche sur les Inégalités Sociales dirigée par Serge Paugam au sein du Centre Maurice Halbwachs travaille en partenariat avec de nombreuses institutions tournées vers la recherche (l'Inserm et l'Ined dans le cadre du programme SIRS) la valorisation et la diffusion (l'Observatoire des Inégalités) et la formation initiale auprès d'étudiants (dans le cadre du Master de sciences sociales l'EHESS). L'Equipe prend part à la constitution d'un réseau d'excellence en recherche sociologique au niveau européen (ECSR).

<http://www.cmh.eris.ens.fr/>

Jeunes.inegalites.fr

L'Observatoire des inégalités lance son espace dédié aux jeunes, avec des fiches thématiques, des vidéos, une nouvelle et plein de choses à venir. L'information sur les inégalités et les discriminations est trop souvent destinée aux adultes, dans un langage incompréhensible pour les plus jeunes. L'Observatoire des inégalités a toujours cherché à sortir des sentiers battus des discours destinés aux convaincus pour s'adresser au plus grand nombre. Notamment aux plus jeunes.

L'Observatoire des inégalités ouvre donc un espace spécialement dédié aux 12-18 ans, mais qui devrait intéresser bien sûr les 9-99 ans.

<http://www.inegalites.fr/spip.php?page=espacejeune>

La Tribune sur les inégalités sociales de santé

La Tribune sur les inégalités sociales de santé est une initiative de la Section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS). Cette plateforme électronique francophone est une ressource informationnelle en matière d'inégalités sociales de santé à travers le monde. Divers événements, publications, initiatives et ressources y sont répertoriés dans le but de partager l'information existante. La Tribune sur les inégalités sociales de santé héberge une Base de connaissances francophone sur les inégalités sociales de santé. Cette Base de connaissances, réalisée en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, vise essentiellement à favoriser le partage de connaissances et la mise en œuvre de stratégies de réduction des inégalités sociales de santé. Cette Base de connaissances permet à ses utilisateurs de développer ou d'enrichir leurs connaissances sur les inégalités sociales de santé et d'ajuster leurs pratiques d'intervention et d'aide à la décision. Ces informations peuvent être partagées avec leurs partenaires dans le but de soutenir la mise en œuvre d'actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

<http://www.tribuneiss.com/>

Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France (MIPES)

Face à la spécificité des phénomènes de précarité et d'exclusion en Ile-de-France, l'État et la Région ont décidé la mise en place d'une instance permanente afin d'optimiser la connaissance des besoins sociaux.

Inscrite au contrat de plan 2000-2006, la mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale a été créée le 21 février 2001 par une convention commune Etat-Région, inscrivant des crédits au contrat de plan.

Une démarche partenariale

La Mipes inscrit ses travaux dans un partenariat large sans restriction de champs. Elle associe acteurs institutionnels et associatifs pour mieux comprendre les processus d'exclusion, décroiser les approches de chacun et mieux connaître les publics touchés et leurs besoins. Elle s'efforce de faire valoir la parole des personnes concernées afin que leur situation puisse être mieux prise en compte par l'ensemble des acteurs.

<http://www.mipes.org/>

Observatoire des inégalités sociales

L'Observatoire des inégalités est un organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités. Il est situé à Tours et dispose d'une antenne en région parisienne. Outre l'équipe permanente, il s'appuie sur un réseau de citoyens sensibilisés par la question des inégalités. L'Observatoire des inégalités dispose par ailleurs d'un conseil scientifique composé d'économistes, de philosophes, de sociologues et de juristes.

Les principes

L'Observatoire des inégalités cherche à établir un état des lieux des inégalités le plus complet possible et à publier les analyses les plus pertinentes du phénomène. Son action n'aurait de sens s'il ne s'adressait pas au public le plus large possible, en franchissant les barrières sociales, culturelles et politiques notamment.

Indépendant de tout parti politique, syndicat ou entreprise, l'Observatoire cherche à engager le débat le plus ouvert possible entre différentes sensibilités. Il a aussi vocation à réunir des approches scientifiques de disciplines distinctes.

Les partenaires

L'indépendance de l'Observatoire des inégalités est garantie par le soutien essentiel de donateurs privés. Nos partenaires sont aussi des organismes publics et privés qui partagent nos valeurs.

<http://www.inegalites.fr/>

Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE)

ODENORE a été créé à l'issue d'une recherche exploratoire réalisée sur le non-recours aux services de l'Etat. Le constat d'une absence totale, en France, d'outils de connaissance sur ce phénomène significatif de ruptures dans les rapports aux usagers a décidé la mise en place de cet observatoire.

Le but est de :

- concevoir des méthodes de suivi/évaluation
- procéder à des mesures et analyses du non-recours
- rassembler les travaux produits en France et à l'étranger
- constituer un lieu ressources (base de données bibliographiques, carnet d'adresses de sites Internet, annonce des manifestations en lien avec le sujet)
- diffuser l'ensemble de ces connaissances.

Le travail d'ODENORE est organisé en 4 thèmes

- l'insertion sociale et professionnelle
- la santé
- les prestations sociales
- l'autonomie (vieillesse)

<http://odenore.msh-alpes.fr/>

Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé

Les missions de l'OMISS sont de contribuer à la réduction des inégalités de santé dans la population montréalaise en favorisant le développement des connaissances et l'arrimage de la recherche aux prises de décision.

Pour ce faire, l'OMISS doit :

- favoriser le partage d'information entre les chercheurs de différentes disciplines ;
- instrumenter les intervenants en santé publique pour que leurs approches soient efficaces et qu'ils sachent reconnaître les effets pervers ;
- informer le public sur ces enjeux ;
- aider à structurer des interpellations des pouvoirs publics et des actions de lobbying.

L'OMISS fait appel à l'intégration de plusieurs disciplines pour réaliser :

- l'étude des mécanismes d'action des déterminants sociaux de la santé;
- l'identification des indicateurs épidémiologiques congruents et la veille épidémiologique; la caractérisation des environnements;
- la recherche d'indicateurs de développement social pertinents en regard de la santé des populations;
- l'analyse des politiques pouvant moduler l'effet des déterminants sociaux sur la santé;
- le renouvellement des pratiques en santé publique pour réduire les inégalités sociales de santé.

<http://www.omiss.ca/>

Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion – Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP)

Observatoire créé pour aider les travailleurs sociaux et les professionnels de santé mentale à travailler ensemble.

Fondé en 1996, l'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l' Exclusion (ORSPERE) devient en 2002, au regard de ses activités nationales, l' Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP).

Son statut est celui de centre de responsabilité du Centre hospitalier le Vinatier à Bron. Il dispose d'un budget spécifique alimenté par diverses subventions des DGAS, DGS, DIV et d'autres administrations commanditaires de projets.

Ses principales activités sont : l' organisation de formations , la recherche clinique psychosociale par la conduite d' études menées sur le terrain, l' organisation d' un séminaire annuel de recherche clinique, l' édition trimestrielle du bulletin *Rhizome*, la publication d' actes et de rapports d' études et la gestion d' un site internet : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Portail européen des inégalités de santé

Le Portail européen des inégalités de santé propose des exemples récents de politiques publiques et d'interventions ayant pour objet de réduire les inégalités de santé dans les pays de l'Union Européenne.

<http://www.health-inequalities.eu/>

Santé, inégalités, ruptures sociales

Le réseau SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales) s'articule sur deux niveaux : international et régional (Île-de-France). Son objectif est de développer des projets de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins à partir d'interrogations partagées entre chercheurs et professionnels de santé. Le site constitue une vitrine des activités du réseau (recherches, séminaires, publications, etc.), propose des liens, un agenda...

<http://www.u444.jussieu.fr/sirs/>