



Florence Neret

documentaliste

tél. : 03.81.41.12.46

doc@ors-franchecomte.org



Anne Sizaret

documentaliste

tél. : 03.81.41.90.90

documentation@ireps-fc.fr



"Politiques de santé et inégalités sociales" Bibliographie sélective

Cette bibliographie a été réalisée par Florence Néret (Observatoire régional de la santé) et Anne Sizaret (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé), documentalistes au Centre régional de documentation en santé publique de Franche-Comté, à la demande de la Conférence régionale de santé¹, et plus particulièrement en lien avec les interventions de Messieurs Pierre-Henri Bréchat, *Analyse réalisée sur le temps de l'hospitalisation et des soins des plus démunis peu compatible avec la T2A* et Didier Tabuteau, *Phénomène de dislocation progressif de l'Assurance Maladie de type solidaire et regard sur la Loi HPST*.

Questions de méthodologie

Cette bibliographie n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle vise à refléter l'état de la question des politiques de santé et des inégalités sociales de santé, en adéquation avec les thématiques et les compétences de l'ORS et de l'IREPS de Franche-Comté.

L'ensemble des documents mentionnés ici sont physiquement présents au Centre régional de documentation en santé publique. Ils ont été repérés en interrogeant des bases de données bibliographiques telles que la BDSP banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr>), Bib base de données bibliographiques partagée par 22 comités d'éducation pour la santé- (<http://www.cres-paca.org/bib-bop>) et la base de données interne au Centre régional de documentation en santé publique.

Les critères de sélection qui ont guidée la recherche documentaire sont, en dehors de la pertinence et de la fiabilité des informations, la langue (francophone), la disponibilité des documents (au Centre de documentation et/ou en ligne) et leur actualité (la majorité des documents est postérieure à 2005).

Les liens vers les documents en texte intégral ont été vérifiés le 3 décembre 2009.

Présentation des références bibliographiques

Les références sont présentées par ordre alphabétique d'auteurs. Elles sont toutes structurées de la manière suivante :

Auteurs ; titre de la publication ; mention d'édition ; résumé (en général rédigé par les documentalistes) ; le cas échéant le lien vers le texte intégral ; localisation propre au Centre de documentation.

Enfin, les références de documents relatant des situations ou des actions en Franche-Comté sont précédées de l'icône :



¹ Séance plénière de la Conférence régionale de santé de Franche-Comté du 7 décembre 2009, Maison de l'économie de Besançon.

70 références bibliographiques réparties dans 5 rubriques

Cette bibliographie est structurée en cinq parties :

- La première rubrique propose des références de documents **relatifs aux politiques de santé et de lutte contre les inégalités de santé**, que ce soit des textes législatifs ou institutionnels ou des analyses de dispositifs existants.
- La partie concernant "**Les origines et déterminants des inégalités sociales de santé**" présente des références de documents définissant les inégalités sociales de santé ou analysant leurs fondements sociaux ou géographiques.
- La troisième partie "**Etat des lieux des inégalités sociales de santé**" mentionne des publications relatives à des enquêtes en population générale ou auprès de publics spécifiques : bénéficiaires de minima sociaux, ouvriers, populations précaires, immigrés, chômeurs, jeunes en insertion professionnelle, habitants de quartiers difficiles...
- La quatrième rubrique "**Inégalités de santé et accès aux soins**" s'intéresse à la problématique de la protection sociale et de l'assurance maladie des populations fragiles, et à la manière dont ils ont recours, ou non, aux soins.
- Enfin, la dernière partie "**Stratégies et modalités d'actions**" met en lumière des stratégies de lutte contre les inégalités sociales qui pourront servir d'appui aux Agences régionales de santé, et propose des documents de recommandation ou de réflexion sur la question des inégalités sociales de santé en France ou en Europe.

Bonne lecture,

Florence Néret et Anne Sizaret

Le Centre régional de documentation en santé publique de Franche-Comté est commun à l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS). Il rassemble sur un site unique des ressources documentaires en santé publique, prévention, éducation et promotion de la santé, au niveau régional, national et international : ouvrages, revues, outils pédagogiques... Une partie de ce fonds documentaire est accessible en ligne sur le site suivant : www.crespaca.org/bib-bop

**Le Centre régional de documentation en santé publique s'adresse
aux professionnels et aux futurs professionnels de la santé,
de l'éducation et du social de la région.**

**Il est accessible sur rendez-vous, tous les jours sauf le mercredi,
de 9 heures à 16 heures 45.**

L'ORS édite une lettre d'information électronique mensuelle ; pour la recevoir, merci de bien vouloir vous rendre sur le site www.orsfranche-comte.org

L'IREPS publie un bulletin mensuel des nouvelles acquisitions du Centre de documentation ; pour le recevoir, merci de bien vouloir envoyer un mél à documentation@ireps-fc.fr

Centre régional de documentation en santé publique de Franche-Comté
3 rue Auguste Rodin - 25000 Besançon

Baudier F.

Prévention et assurance maladie.

In : Bourdillon François. Traité de prévention.

Paris : Médecine-sciences Flammarion, 2009, pp. 323-330.

Localisation : I.00.BOU

Résumé : Ce chapitre issu du "Traité de prévention" présente le rôle de l'assurance maladie dans le champs de la prévention en rappelant ses principes d'origine, ses grandes évolutions et ses perspectives autour de la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie et de la convention sur "le parcours de soins et la coordination".

Localisation : I.00.BOU

Bréchat P-H, Berard A, Magnin-Feysot C.

Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives.

Santé publique 2006 ; 18(2) : 245-261.

Résumé : Les pouvoirs publics français ont imaginé que l'usager pouvait permettre de rendre les débats sur les politiques de santé plus transparents face aux logiques professionnelles ou technico-administratives. Nous pouvons nous demander quelle est la réalité de cette participation. La stratégie de recherche s'est appuyée sur le croisement des données issues de l'analyse de comptes-rendus d'entretiens semi-directifs de référents nationaux, régionaux et d'usagers et de documents concernant la construction et la mise en œuvre des politiques de santé nationales, régionales et locales. Cette étude montre que, de 1996 à 2002, des usagers ont été associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques nationales, régionales et locales de santé. Il existe des réussites exemplaires qui témoignent de la possibilité d'ancrage d'un modèle de concertation démocratique dans les institutions de santé quel que soit le niveau de décision et d'application. Des propositions sont faites pour renforcer ces dynamiques.

Localisation : Rayon Revues



Bréchat P-H, Goguy M, Magnin-Feysot C.

Usagers et politique de santé. Un exemple en Franche-Comté.

ADSP 2003 ; 45 : 67-71.

Résumé : Les usagers, insuffisants rénaux chroniques de Franche-Comté, ont été associés au processus régional de planification sanitaire et à la création d'un réseau de soins destiné à la prise en charge globale de cette pathologie.

Localisation : Rayon Revues

Bréchat P-H, Rymer R, Grenouilleau M-C.

Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007.

Santé publique 2008 ; 20(6) : 611-621.

Résumé : Au moment où la Loi "Hôpital, patients, santé et territoires" et les agences régionales de santé (ARS) vont être mises en œuvre, quels bilans et perspectives peuvent être envisagés pour les quatre réformes complémentaires du plan "Hôpital 2007"? Pour compléter nos expériences, nous avons procédé à une revue de la littérature professionnelle et scientifique.

Localisation : Rayon Revues

Bourdillon F, Alla F, Tabuteau D.

Décision en santé publique : obligation, négociation, participation.

Santé publique 2008 ; 20(4) : 297-385

Résumé : Ce dossier propose une série d'articles sur la décision en santé publique, sa complexité et son importance. La décision en santé publique est difficile et doit tenir compte de multiples facteurs : l'avis des experts dont il faut s'assurer de l'absence de conflits d'intérêt, le fameux principe de précaution si dépendant de la perception sociale, le temps de la pédagogie pour le changement des représentations et l'évolution de l'opinion publique. Il faut aussi permettre le débat public qui seul permet à tous de mieux comprendre les ressorts de la décision et sa complexité. Le développement de la démocratie sanitaire impose aujourd'hui des prises de décision effectuée après un processus de discussion et de transparence qui participe à son acceptation future. Il permet

aussi une meilleure prise en compte de la dimension éthique ; cette notion du bien collectif, de valeur pour une société contribue une meilleure mise en perspective des données scientifiques.

Localisation : Rayon Revues

Délégation générale de la santé.

Livre des plans de santé publique. Tome I : Santé publique et prévention.

Paris : Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative, 2008, 60 p.

Résumé : Le Livre des plans de santé publique offre un panorama des différents plans de santé publique. Il met ainsi en valeur la variété des thématiques abordées et des différentes approches – par populations, par déterminants de santé ou par pathologies. L'objectif de cet ouvrage est de faire figurer dans un même document, et sous une forme standardisée, tous les plans de santé publique existants. Il constitue donc un outil d'information destiné à tous les acteurs de la santé publique : administration centrale et déconcentrée mais aussi caisses d'assurance maladie, collectivités locales, associations de professionnels et d'usagers...

En ligne : www.grsp-lorraine.sante.fr/santepub/doc/planat/tom1.pdf

Localisation : F.03.01.A [10-08]

Flajolet A.

Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.

Paris : Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative, 2008, 180 p.

Résumé : Ce rapport constate qu'il existe en France de nombreuses disparités territoriales en matière de prévention sanitaire, notamment par la juxtaposition de structures opérant dans ce domaine. Les professionnels de santé sont insatisfaits de ne pouvoir se consacrer davantage à la prévention, les inégalités d'accès aux soins persistent. Des recommandations proposent de recentrer la prévention, de responsabiliser et donner un rôle précis à chacun des acteurs, de favoriser la prévention pour éviter la réparation. Il envisage d'expérimenter à l'ensemble de la région Nord Pas-de-Calais des projets de santé de proximité.

En ligne <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000257/0000.pdf>

Localisation : F.03.00.FLA

Gregg E.

La précarité : un défi de santé publique.

Migrations Santé 2001 ; 107 : 7-27.

Résumé : La précarité et le processus de l'exclusion sont devenus des phénomènes préoccupants et un axe prioritaire des états européens, leurs dirigeants cherchant depuis une décennie, à mettre en œuvre des dispositifs socio-sanitaires pour "lutter contre l'exclusion et la précarité".

Localisation : K.05.02 [-01]

Henrard J-C, Brechat P-H.

Politiques et programmes nationaux de santé. Dossier.

ADSP 2005 ; 50 : 17-71.

Résumé : Depuis les années soixante-dix, la France a entrepris la révision de ses politiques publiques dans le secteur de la santé, à l'instar des pays occidentaux industrialisés.

Cette révision a mené à l'élaboration et à la mise en œuvre de nombreux programmes de santé nationaux et régionaux pour répondre à des besoins de santé scientifiquement étayés et à des crises sanitaires. Ce dossier fait le bilan de dix années de programmes nationaux de santé au moment où va se mettre en œuvre la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Localisation : Rayon Revues

"Hôpital, patients, santé, territoires". Une loi à la croisée de nombreuses attentes. Support pédagogique à la loi HPST.

Paris : Ministère de la santé et des sports, 2009/09, 51 p.

Résumé : Ce document, publié par le Ministère de la santé et des sports, est un support pédagogique expliquant les différentes facettes de la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" promulguée le 21 juillet 2009. Il s'organise autour des quatre titres de la loi : la modernisation des établissements de santé ; l'amélioration de l'accès à des soins de qualité : la prévention et la santé publique ; et l'organisation territoriale du système de santé. Concernant le titre III, l'éducation thérapeutique est considérée comme une priorité nationale et la lutte contre le tabagisme et les conduites à risque d'alcoolisation massive des jeunes est renforcée.

En ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf

Localisation : F.03.00.HOP

Jourdain A, Bréchat P-H.

La nouvelle planification sanitaire et sociale.

Rennes : Presses de l'EHESP, 2008, 247 p.

Résumé : Un nouveau modèle de planification par plans et par schémas est apparu avec la décentralisation des politiques sociales et la déconcentration des programmes de santé. Les auteurs examinent dans un premier temps comment ce modèle de pilotage des politiques, des actions sanitaires et sociales est apparu. Ils analysent ensuite quelles sont les applications sectorielles de cette nouvelle planification puis comment celle-ci assure le respect des principes de continuité, de globalité et de participation des usagers.

Localisation : F.03.01.JOU

La loi HPST. Dossier

RDSS Revue de droit sanitaire et social 2009 ; 5 : 791-873

Résumé : Ce dossier de la Revue de droit sanitaire et social est consacré à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi dite HPST). Il comporte 6 articles qui abordent la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé, les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé, l'accès aux soins, la prévention et la santé publique dans la loi, le nouveau pilotage régional du système de santé par les Agences régionales de santé et enfin la loi et les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Localisation : F.03.00 [10-09]

Niewiadomski C, Aiach P.

Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles.

Rennes : Presses de l'EHESP (Recherche, santé, social), 2008, 281 p.

Résumé : Seize chercheurs français tentent à travers cet ouvrage de comprendre comment des facteurs politiques, théoriques et pratiques peuvent expliquer la notion d'inégalité sociale de santé. Ils comparent pour cela les réponses politiques européennes face aux inégalités de santé, et plus particulièrement l'Allemagne et la Grande-Bretagne. La dernière partie étudie les cas particuliers du cancer et de la santé mentale.

Localisation : F.03.00.NIE

Paugam S, Vachon J.

"Combattre la pauvreté en amont de l'urgence".

Actualités sociales hebdomadaires 2009 ; 2590-2591 : 42-44.

Résumé : Dès 1988, le sociologue Serge Paugam fut l'un des premiers à décrire, les mécanismes de refoulement des pauvres à la périphérie du marché de l'emploi. Depuis, il n'a cessé de creuser la question des inégalités. Dans son dernier ouvrage "La régulation des pauvres", il analyse vingt ans de transformation des politiques sociales.

Localisation : K.05.00[01-09]

Aïach P, Fassin D.

L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé.

La revue du praticien 2004 ; 54 : 2221-2227.

Résumé : La France présente la situation paradoxale de bénéficier du système de santé considéré comme le meilleur au monde selon certaines évaluations internationales, et de connaître les inégalités sociales devant la mort les plus profondes parmi les pays ouest-européens. Cette réalité est mal connue, notamment du fait du peu d'intérêt de la recherche en France, et plus largement de la société, à l'égard des inégalités de santé. Les auteurs montrent ici comment la question a été récemment redécouverte et tentent de rendre compte des raisons de notre retard scientifique en la matière, en comparaison de pays voisins, ce qu'ils attribuent à des facteurs politiques, idéologiques et institutionnels de nature historique. Les auteurs s'intéressent à la manière dont les inégalités de santé, longtemps considérées comme naturelles, ont progressivement été reconnues comme sociales. [BDSP]

Localisation : B.03.01[-04]

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.

Questions d'économie de la santé 2009 ; 139.

Résumé : 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.

En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes139.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Debrand T dir., Allonier C, Lucas V, Pierre A.

L'impact du contexte sur l'état de santé de la population : le cas des zones urbaines sensibles. Une analyse à partir de l'enquête décennale de santé (2003).

In : Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles.

La Plaine Saint Denis : DIV (Les documents de l'Onzuz ; 1), 2009, pp.109-146.

Résumé : Cette étude se limite à l'analyse de l'état de santé perçu, parmi les quelque 15 000 individus enquêtés résidant dans une zone urbaine abritant des Zus. L'étude exploite aussi des données socioéconomiques agrégées plus détaillées sur les quartiers, pour mesurer leur liaison éventuelle avec l'état de santé des individus qu'ils abritent.

En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf

Localisation : B.03.01.OBS

De Koninck M, Pampalon R, Paquet G, Clément M, Hamelin A-M, et al.

Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent.

Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008.

Résumé : L'étude met en lumière les processus sociaux qui interagissent pour créer des écarts de santé au sein des populations.

En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf

Localisation : B.03.01.DEK

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.

Questions d'économie de la santé 2007 (118) : 1-6.

Résumé : 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.

En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes118.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Evans R G, Barer M L, Marmor T R.

Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie.

Montrouge : John Libbey Eurotext, 1996. 359 p.

Résumé : Pourquoi certains sont-ils en bonne santé alors que d'autres ne le sont pas ? Cette question retient depuis plusieurs années l'attention d'un grand nombre de chercheurs issus de disciplines différentes : épidémiologie, recherche biomédicale, psychologie, anthropologie, sociologie et économie. Cet ouvrage met en juxtaposition les différents travaux menés sur le sujet dans ces diverses disciplines, et dont les résultats conduisent à une remise en question des conceptions habituelles de la santé et des soins médicaux.

Localisation : F.00.ETR

Gillis O, Mertens R.

Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé.

Education santé 2008 ; 239 : 2-8.

Résumé : Les inégalités socio-économiques de santé vont bien au-delà des inégalités en terme de disponibilité et d'accessibilité des services de santé. La santé dépend de toute une série de facteurs distribués de manière inégale entre les différentes classes socio-économiques.

En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1058>

Localisation : B.03.01[-08]

Karsz S.

L'exclusion, définir pour en finir.

Paris : Dunod (Pratiques sociales), 2000, 174 p.

Résumé : Cet ouvrage est constitué à la fois de dialogues et de textes de différents auteurs qui sont intervenus lors d'une rencontre en 1995 qui s'intitulait "L'exclusion, définir pour en finir". Une exigence anime l'ensemble des interventions : la nécessité de définir les différents types d'exclusions, d'identifier les théories qui les soutiennent, les politiques qui les portent, la réalité à laquelle elles renvoient.

Localisation : K.05.00.KAR

Leclerc A, Kaminski M, Lang T.

Inégaux face à la santé. Du constat à l'action.

Paris : La Découverte, 2008. 297 p. : Bib., sites internet, tabl., graph.

Résumé : 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.

Localisation : F.03.00.LEC

Lombrail P, Pascal J.

Les inégalités sociales de la santé.

In : Bourdillon F. Traité de prévention.

Paris : Médecine-sciences Flammarion, 2009, pp. 14-19.

Résumé : La France est l'un des pays dont l'état de santé de la population est l'un des meilleurs d'Europe de l'Ouest, mais aussi l'un de ceux où les inégalités de santé ont les plus fortes et se creusent, même si la part "injuste" des disparités de santé entre catégories sociales, donc des inégalités, mérite d'être discutée. Cela vaut pour la plupart des indicateurs, qu'ils soient de santé objective, comme la mortalité ou de santé ressentie, comme la qualité de vie. S'il est classique d'envisager les inégalités sociales selon l'âge ou le sexe ou l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, les différences liées aux niveaux de couverture sociale, notamment de complémentaire santé, ou au lieu de résidence méritent d'être soulignées.

Localisation : I.00.BOU

Moquet M-J.

Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples.

La santé de l'homme 2008 ; 397 : 17-19.

Résumé : A 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de 7 ans à celle d'un cadre. D'où proviennent les inégalités sociales de santé ? Outre la classe sociale, les comportements individuels à risque, de multiples déterminants sociaux autres jouent un rôle dans la construction des inégalités. Cet article présente un état des connaissances.

Localisation : Rayon Revues

Sass C, Gueguen R, Moulin J-J.

Comparaison du score individuel de précarité des centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité

Santé publique 2006 ; 18(4) : 513-522

Résumé : Dans les centres d'examens de santé qui agissent pour le compte de l'assurance maladie, les populations en situation de précarité étaient identifiées selon des critères socio-administratifs.

L'objectif était de comparer un score individuel de précarité, EPICES, à cette définition, en matière de repérage de populations médicalement et socialement vulnérables. Le score EPICES repose sur 11 questions binaires prenant en compte les déterminants matériels et psychosociaux de la précarité.

L'étude porte sur 197 389 consultants de l'année 2002 des centres d'examens de santé. Les inter-relations entre santé, mode de vie, accès aux soins et les deux définitions de la précarité ont été étudiées par des analyses de régression logistique. Les résultats montrent que le score EPICES est plus fortement associé aux indicateurs de mode de vie et de santé que la définition administrative de la précarité. La comparaison des deux classifications met en évidence des populations fragilisées, socialement ou médicalement, qui ne sont pas détectées par les critères administratifs. Ces résultats montrent ainsi l'intérêt du score EPICES pour améliorer l'identification des personnes en situation de précarité présentant un risque accru de problèmes de santé et non reconnues par les critères de la définition socio-administrative.

Localisation : Rayon Revues

Sass C, Moulin J-J, Labbé E.

La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé.

Pratiques et organisation des soins 2007 ; 38(2) : 139-145.

Résumé : 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.

En ligne : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/>

Localisation : B.03.01[04-07]

Tubeuf S.

Les inégalités de santé selon le revenu en France en 2004 : décomposition et explications.

Revue d'épidémiologie et de santé publique 2009 ; 57(5) : 319-28.

Résumé : Les résultats mettent en évidence qu'il existe des inégalités de santé selon le revenu à l'avantage des revenus les plus élevés. Les plus fortes contributions aux inégalités proviennent du niveau de revenu, de l'accès à la couverture complémentaire santé, du niveau d'instruction et de la classe sociale. Ainsi, la méthode de décomposition permet d'éclairer les groupes spécifiques sur lesquels les politiques doivent concentrer leurs efforts.

Localisation : Rayon Revues

Belleville A.

Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux.

Etudes et résultats 2004 ; 300 : 12 p.

Résumé : Afin de mieux connaître la situation et les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux, la Drees a réalisé au 1er trimestre 2003 une enquête auprès de 5 000 personnes qui étaient bénéficiaires un an auparavant, au 31 décembre 2001, d'un des quatre minima sociaux suivants : le Revenu minimum d'insertion (RMI), l'Allocation pour parent isolé (API), l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) ou l'Allocation pour adulte handicapé (AAH). Ce sont les premiers résultats de l'enquête qui sont présentés dans ce document. Les thèmes abordés par l'enquête sont nombreux : le devenir professionnel, le logement, l'état de santé et la vie sociale. Une comparaison entre les différentes catégories d'allocataires de minima sociaux est proposée ainsi qu'un rappel de leurs principales caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, état matrimonial, diplôme, nationalité et état de santé.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er300.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Broussouloux S.

Difficultés socio-économiques : des conséquences sur la santé et les études.

La santé de l'homme 2008 (393) : 26-28

Résumé : 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.

Localisation : Rayon Revues

Cambois E, Jusot F, Leclerc A, Prouvost H, Poirier G, Fernandez D, et al.

Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux.

BEH 2007 ; 2-3 : 9-28.

Résumé : Ce panorama des études comparatives européennes sur les inégalités sociales de santé et de mortalité montre que dans l'ensemble des pays européens, les mêmes maladies contribuent aux inégalités face au risque de décès (maladies cardio-vasculaires, cancers et maladies du système digestif et du système respiratoire) ou face au risque de mauvaise santé (maladies cardiovasculaires, du système nerveux, arthrose, diabète). On retrouve également des différences sociales face à l'incapacité et à la mauvaise santé perçue partout en Europe. Différents facteurs de risque et déterminants de ces inégalités sociales sont communs aux pays européens mais peuvent être plus ou moins prégnants, expliquant certaines variations régionales dans l'ampleur des différentiels à travers l'Union européenne. Par ailleurs, les études comparatives montrent un impact de l'accès et du recours aux soins ou encore des politiques de santé sur les inégalités sociales de santé. Ces travaux participent à l'accumulation des connaissances pouvant conduire dans les années à venir à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à réduire ces inégalités.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf

Localisation : Rayon Revues

Cambois E, Laborde C, Robine J-M.

La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.

Population et sociétés 2008/01 ; 441 : 4 p.

Résumé : 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.

En ligne : http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/

Localisation : B.03.01[01-08]

Cambois E.

Les personnes en situation sociale difficile et leur santé.

In : Les travaux de l'Observatoire 2003-2004.

Paris : ONPES, 2004, pp. 101-126.

Résumé : Ce chapitre de rapport montre que si les groupes de populations défavorisés ne se caractérisent pas par des troubles et maladies différents de ceux de la population générale, leur spécificité apparaît dans leur fréquence particulièrement élevée, dans le cumul des symptômes et des maladies, et dans la gestion des risques de santé et des maladies.

Localisation : K.05.00.OBS



Cedre Franche-Comté, Mire.

La pauvreté, la précarité et l'exclusion. Etat des lieux en Franche-Comté.

Besançon : Cedre Franche-Comté, 2005, 75 p.

Résumé : Cet état des lieux est la nouvelle édition du tableau de bord de l'exclusion en Franche-Comté paru en février 2003. A la demande du Comité d'orientation, le CEDRE / Mire a entrepris une refonte de l'approche, du mode d'élaboration, du contenu et des conditions d'actualisation de ce tableau de bord.

L'approche de la pauvreté étant encore largement dominée par sa mesure monétaire et compte-tenu des attentes formulées par de nombreux acteurs sur les questions de précarité, le choix a été fait de consacrer un premier dossier à une approche de l'exclusion par les ressources. Ce dossier rassemble aussi d'autres informations quantitatives et qualitatives sur les phénomènes de pauvreté, de précarité et d'exclusion. La 1ère partie est consacrée à des indicateurs généraux sociaux et économiques : démographie, emploi et marché du travail, éducation, santé, logement social, redistribution sociale des revenus. La 2e partie est consacrée à un état des lieux de la pauvreté et de la précarité en Franche-Comté sur le plan statistique : taux de pauvreté et bas revenus, minima sociaux, travail et précarité, surendettement. Une 3e partie vient compléter ces constats et dépasser la simple lecture et l'analyse des chiffres pour avancer dans une approche et une description plus qualitative des processus qui conduisent à l'exclusion.

En ligne : <http://www.cedre-fc.org/mire/images/mire.pdf>

Localisation : K.05.0. PAU

Chauvin P, Lebas J.

Inégalités et disparités sociales de santé en France.

In : Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D.

Traité de santé publique.

Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2007 : 331-41.

Résumé : Ce chapitre passe en revue les inégalités sociales de santé, les inégalités géographiques de santé, les inégalités contextuelles de santé, les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, et la lutte contre les inégalités de santé.

En ligne : http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/Inegalites_dispartites_sante_en_France.pdf

Localisation : B.03.01[-07]

Danet S, Haury B.

Inégalités sociales de santé.

In : L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Rapport 2008.

Paris : Drees, 2009, pp. 67-72.

Résumé : Ce chapitre du rapport 2008 sur l'état de santé de la population en France présente les derniers indicateurs synthétique d'état de santé et des indicateurs d'accès aux soins.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/02-indicateurs.pdf>

Localisation : V.01.01.A.DAN

De Saint Pol T.

La santé des plus pauvres.

Insee Première 2007 ; 1161 : 4 p.

Résumé : Les personnes aux revenus les plus faibles se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population. Si elles déclarent moins fréquemment certaines maladies courantes, comme celles des yeux, elles sont en revanche plus nombreuses, adultes comme enfants, à souffrir de certaines pathologies comme les maladies de l'appareil digestif ; 11 % des plus pauvres souffrent de caries contre 6 % du reste de la population. Elles vont par ailleurs moins souvent chez le médecin, surtout chez les spécialistes. Elles sont également moins bien couvertes : 22 % d'entre elles n'ont pas de complémentaire santé contre 7 % du reste de la population. Enfin, la prévention et le dépistage sont des pratiques beaucoup moins répandues parmi les personnes les plus pauvres, contribuant à creuser encore l'écart entre elles et le reste de la population.

En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1161/ip1161.pdf>

Localisation : K.05.02[10-07]

Fahet G, Cayla F, Barthélémy A-I, et al.

Rapport 2008 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde.

Paris : Médecins du Monde, 2009, 224 p.

Résumé : Ce 9^{ème} rapport annuel est élaboré à partir des recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ; des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes ; des témoignages recueillis auprès des patients ; des données recueillies dans une part de plus en plus importante des actions mobiles de proximité ; du suivi des dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins ainsi que des rapports d'activité des missions.

En ligne : <http://www.medecinsdumonde.org> > puis "Publications" > "Les rapports" > "Rapport 2008 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde "

Localisation : B.03.01.FAH

Fnors, Trugeon A, Fontaine D, Lemery B.

Inégalités socio-sanitaires en France de la région au canton.

Paris : Masson, 2006, 176 p.

Résumé : Cet ouvrage est le fruit d'une démarche menée depuis une quinzaine d'années par les observatoires régionaux de la santé et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) afin de mieux connaître l'état de santé de la population et ses déterminants. Conçu sur le principe des tableaux de bord sur la santé, cet ouvrage permet d'obtenir une analyse synthétique des disparités et inégalités socio-sanitaires en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Médecins de santé publique, démographes, géographes, cartographes, statisticiens, sociologues, économistes ont ainsi analysé ensemble plus de 150 000 données pour réaliser cette étude accessible à tous. Plus d'une centaine de cartes en couleurs illustre les données disponibles dans les régions ces quinze dernières années. L'observation à l'échelle des cantons donne une vision précise des variations spatiales au sein des départements et des régions, mais aussi des ressemblances au-delà des découpages administratifs. Une analyse factorielle permet à la fin de disposer d'une partition de la France en sept classes.

Edition de 2004 en ligne : <http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/inegalcanto-rapport.pdf>

Localisation : V.01.01.A.INE

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).

Résumé : 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.

En ligne : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopulImmigrFrance.pdf>
[Dernière consultation le 30/11/2009]

Localisation : K.07.02.JUS

Khlat M, Sermet C.

La santé des chômeurs en France : revue de la littérature.

Revue d'épidémiologie et de santé publique 2004 ; 52 (5) : 465-474.

Résumé : Cet article rassemble et analyse les principales publications concernant la santé et la mortalité des chômeurs en France, en vue de formuler des pistes de recherche pour la mise en œuvre de nouvelles études, ou encore l'exploitation d'enquêtes existantes. Ces études confirment le désavantage important des chômeurs en matière de santé perçue, de morbidité, de recours aux soins et de mortalité. Elles fournissent des arguments à la fois en faveur de l'hypothèse de causalité et de celle de sélection.

Localisation : Rayon Revues

Labbe E, Moulin J-J, Sass C.

Etat de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle
Pratiques et organisation des soins 2007 ; 38(1) : 43-53

Résumé : La présente étude est basée sur la comparaison des données recueillies par les centres d'exams de santé (CES) sur les jeunes de 16 à 25 ans en insertion sociale et sur une population de référence constituée de jeunes du même âge mais étudiants ou engagés dans la vie professionnelle. Son objectif est d'identifier les difficultés et risques rencontrés concernant le mode de vie, l'environnement social, l'accès aux soins et la santé.

En ligne : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/>

Localisation : K.02.05[01-07]

Moulin J-J, Labbe E, Sass C, et al.

Santé et instabilité professionnelle : résultats issus des centres d'exams de santé de l'assurance-maladie.

Revue d'épidémiologie et de santé publique 2009 ; 57(3) : 141-149.

Résumé : Les formes d'instabilité professionnelle se sont développées au cours des 30 dernières années. L'objectif est d'étudier les relations entre la santé et diverses situations d'emplois : emplois non stables, emplois à temps partiel, chômage. Méthodes : La population d'étude comporte 767184 sujets, de 26 à 59 ans, examinés entre 2003 et 2005 dans les centres d'exams de santé de l'assurance-maladie. L'instabilité professionnelle est mesurée par les diverses situations d'emplois instables, temporaires ou à temps partiel et le chômage de durée croissante de moins de six mois à trois ans ou plus. Plusieurs dimensions de la santé sont étudiées : santé perçue, tabagisme, absence de suivi gynécologique, obésité, mauvais état buccodentaire et pression artérielle élevée.

Localisation : Rayon Revues



Observatoire régional de la santé de Franche-Comté.

La pauvreté-précarité.

Besançon : ORS de Franche-Comté, 2004, 4 p.

Résumé : Ce document analyse la situation franc-comtoise en matière de pauvreté-précarité en mettant l'accent sur différents indicateurs tels que les revenus fiscaux des ménages, le taux de chômage, le nombre d'allocataires de "minima sociaux", le nombre de bénéficiaires de la CMU...

En ligne : http://www.ors-franchecomte.org/uploads/tx_dklikpublications/SObs_Precarite_040604.pdf

Localisation : K.05.00[04]

Allonier C, Guillaume S, Rochereau T.

Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats.

Questions d'économie de la santé 2006 (110) : 6 p.

Résumé : L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) dresse un tableau de l'état de santé, des soins et de la protection sociale de la population de France métropolitaine selon ses caractéristiques sociales. En 2004, de nouvelles données sur l'état de santé montrent que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas se déclarer en bonne santé (29,6 % contre 22,5 %). Elles déclarent d'ailleurs plus de maladies (3,9 contre moins de 2,7 pour les hommes), mais de moindre gravité. Les hommes, qui ont une espérance de vie plus faible, déclarent plus de maladies graves. Malgré l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire, près d'une personne sur 10 déclare encore ne pas avoir de couverture maladie complémentaire et 13 % avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Près de la moitié des renoncements concernent les soins dentaires, 18 % les lunettes et 9 % les soins de spécialistes. L'enquête confirme le fort gradient social des statistiques de santé : ce sont les ménages d'ouvriers ou d'employés qui se déclarent en plus mauvais état de santé, qui déclarent le moins bénéficier d'une couverture complémentaire maladie et le plus de renoncements aux soins.

En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes110.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Boisguérin B.

Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins.

Etudes et résultats 2007 ; 603, 8 p.

Résumé : Une enquête a été effectuée par la DREES au deuxième trimestre 2006 auprès de personnes allocataires de minima sociaux (RMI, API et ASS) au 31 décembre 2004. A la date de l'enquête, les allocataires toujours présents dans le dispositif bénéficient plus fréquemment de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) que ceux qui en sont sortis. L'état de santé de ces allocataires est moins bon que celui de la population générale et ils ont plus de problèmes de santé affectant leur travail que les personnes sorties de ces dispositifs.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er603/er603.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Boisguerin B, Haury B.

Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins.

Etudes et résultats 2008 ; (645) : 8 p.

Résumé : L'enquête effectuée au premier trimestre 2007 en Île-de-France fournit des éléments de connaissance sur les conditions d'existence, l'état de santé et le recours aux soins des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) en contact avec le système de soins.

Il s'agit d'une population composée à 70% de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans, ayant un niveau scolaire élevé et dont la majorité réside en France depuis moins de cinq ans. Soumis à des conditions d'existence précaires, les bénéficiaires de l'AME sont nombreux à percevoir leur état de santé comme dégradé.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er645.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Cases C.

L'accès à la complémentaire santé pour les plus défavorisés : quel bilan ?

Collège des Économistes de la Santé. La Lettre du Collège 2008 ; 2 : 5-6.

Résumé : En 2006, selon les comptes de la santé, 22 % des dépenses de soins et biens médicaux n'étaient pas couverts par l'assurance maladie publique. La couverture santé complémentaire, qui couvre plus de la moitié de ce reste à charge (soit 13% de la dépense, dont 7,4% pour les mutuelles, 3,2% pour les sociétés d'assurance et 2,4% pour les institutions de prévoyance), constitue donc un élément important du financement des soins. Contrairement à l'assurance habitation (pour laquelle, évidemment, il n'existe pas de premier pilier public universel !), l'assurance complémentaire santé n'est pas obligatoire. Il n'est donc pas étonnant que l'accès à cette couverture reste assez inégalement réparti dans la population. En 2006, selon les données de l'enquête ESPS de l'IRDES, environ 7% de la population n'en disposait pas ; cette absence de

couverture était nettement plus fréquente parmi les plus pauvres (14,4% dans les ménages de revenus inférieurs à 800€ par unité de consommation).

En ligne: http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_2-2008.pdf

Localisation : F.01.01[06-08]

Castiel D, Bréchat P-H, Mathieu-Grenouilleau M-C, et al.

Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique.

Santé publique 2009 ; 21(2) : 195-212.

Résumé : L'administration d'un questionnaire de handicap social auprès de 696 usagers du 14 mars au 4 avril 2007 a permis de mesurer, avec les données PMSI, que les trois quarts de la population étudiée présentent un handicap social. Pour 19,2%, il s'agit d'un handicap social fort. Les trois indicateurs "revenu", "capital mobilier" et "confort intérieur" sont des déterminants majeurs du handicap social. L'état de santé plus dégradé n'est pas la particularité des patients les plus handicapés sociaux et il n'entraîne pas de réelle surconsommation médicale. Les personnes ayant un handicap social restent hospitalisées plus d'un jour et demi de plus en moyenne. Cela permet d'en déduire un surcoût hospitalier de 10,3 millions d'euros. Un modèle de mesure du handicap social est proposé et peut être utilisé dès l'admission et en routine pour repérer les personnes ayant un handicap social, afin de leur proposer des aides spécifiques et diminuer la durée moyenne de séjour (DMS). Il peut permettre le suivi d'une politique de santé publique.

Localisation : Rayon Revues

COMEDE, Inpes.

Migrants / étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels.

Saint-Denis : INPES, 2008, 619 p.

Résumé : Conçu par l'équipe du Comede à partir de l'expérience quotidienne du centre, et initialement à son usage propre, ce guide de prise en charge médico-psycho-sociale tente de proposer des réponses aux problèmes de santé les plus fréquents des exilés, migrants et étrangers en situation précaire. Face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique, la connaissance des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs de leur parcours est déterminante dans la prise en charge proposée. Destiné à favoriser l'accueil et la prise en charge pluri-disciplinaire des migrants/exilés là où ils s'adressent, ce guide est composé de 5 parties principales - repères, droits et soutien, accès aux soins, soins et prévention, documents administratifs. Deux répertoires, l'un pour l'Ile-de-France et l'autre pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, complètent le guide.

En ligne: <http://www.comede.org/IMG/pdf/guide-comede08.pdf>

Localisation : K.07.00.PRI

Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J.

Le recours aux soins de ville des immigrés en France.

Questions d'économie de la santé 2009 ; 146 : 6 p.

Résumé : Les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations.

Cette analyse reste valable quelle que soit la région d'origine des personnes immigrées, à l'exception de celles originaires du Maghreb, plus nombreuses à consulter un généraliste.

Le constat est plus contrasté pour les soins préventifs, les immigrés se déclarant plus souvent vaccinés que les Français mais recourant moins fréquemment aux tests de dépistage.

En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Gros J.

La protection sociale à cœur ouvert. Manifeste pour une approche solidaire du développement social et économique.

Paris : Le cherche midi, 2004, 177 p.

Résumé : La France vit aujourd'hui dans le tourbillon des diverses réformes du régime de protection sociale. La réforme de l'assurance maladie porte en elle des enjeux considérables et fait craindre une étatisation complète du système.

Dans « La protection sociale à cœur ouvert », Jeannette Gros, présidente de la Mutualité sociale agricole, défend avec force et conviction le système de solidarité qui fait la valeur de la Sécurité sociale. Celui-ci est, on

Bibliographie sélective "Politiques de santé et inégalités sociales". Séance plénière de la Conférence régionale de santé de Franche-Comté du 7 décembre 2009, Maison de l'économie de Besançon.

l'oublie trop souvent, une composante majeure du développement économique et social en France... et ailleurs. La remise en cause de cette valeur essentielle déséquilibrerait gravement notre société. Car qui dit système de solidarité dit aussi responsabilité et autonomie des acteurs sociaux concernés.

Localisation : F.01.01.PRO

Kambia Chopin B, Perronnin M, Pierre A, Rochereau T.

La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête santé protection sociale 2006 (ESPS 2006).

Questions d'économie de la santé 2008 ; (132) : 1-4.

Résumé : En 2006, plus de 9 personnes sur 10 déclarent être couvertes par une complémentaire santé en France. Parmi les personnes non couvertes, plus d'une personne sur deux évoque des raisons financières. L'accès à la complémentaire santé reste donc encore difficile et coûteux pour les ménages dont les revenus sont faibles. En effet, ce sont eux qui déclarent les taux de couverture les plus bas. À l'inverse, les ménages ayant les revenus les plus élevés, notamment les cadres, bénéficient d'un accès plus facile à la complémentaire santé du fait de ressources financières plus importantes et d'un accès plus fréquent à la couverture d'entreprise. Pour la première fois, l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) est utilisée pour calculer un taux d'effort, c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire. Ce taux d'effort varie de 3 % pour les ménages les plus aisés à 10 % pour les ménages les plus pauvres (exception faite des bénéficiaires de la CMU-C). Pour un taux d'effort trois fois plus élevé, les ménages les plus pauvres bénéficient cependant de contrats offrant en moyenne des garanties inférieures aux contrats des ménages les plus aisés. Par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins pour des raisons financières qui concerne, en 2006, 14 % de la population.

En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes132.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Le Bris M.

Ethique médicale et précarité : une équation complexe.

ASH 2009/05/15 : 2609 : 30-33.

Résumé : Face aux situations d'exclusion et à un environnement institutionnel en pleine mutation, les professionnels de santé, à l'instar des travailleurs sociaux, s'interrogent sur le sens et la portée de leurs pratiques. Comme en témoignent les débats sur la rationalisation économique de l'hôpital ou le devoir d'assistance aux personnes sans abri, les situations de vulnérabilité mettent leurs principes éthiques à rude épreuve.

Localisation : B.03.01[05-09]

Lombrail P.

Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins.

Revue d'épidémiologie et de santé publique 2007 ; 55(1) : 23-30.

Résumé : La part des soins dans les inégalités sociales de santé est sous-estimée. Pourtant, au-delà d'inégalités d'accès "primaire", la qualité des soins ("accès secondaire") varie selon l'appartenance sociale. Des inégalités de soins "par construction" s'observent du fait de l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique, mais plus généralement du fait de la conception de notre système de soins. Des inégalités de soins "par omission" surviennent du fait de l'inertie d'un système de santé qui méconnaît les inégalités de santé et n'a aucun projet de rattrapage. Leur déterminisme est complexe et suggère d'agir aux trois échelons du système de soins : refonder le paradigme clinique à l'échelon micro, agir sur l'organisation au niveau méso et poursuivre le processus de réforme du système dans son ensemble au niveau macro. [BDSP]

Localisation : Rayon Revues

Maric M, Grégoire E, Leporcher L.

La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins.

Document de travail : série études et recherches 2008 ; 81 : 136 p.

Résumé : Cette étude qualitative produite par Iris Conseil pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) a pour objectif de définir et délimiter les éléments de connaissance nécessaires pour identifier des populations précaires et de fournir des critères utilisables en pratique pour leur repérage. La première partie de l'étude s'appuie sur une revue de la littérature qui permet d'aboutir à une définition multidimensionnelle et dynamique de la précarité. Cette revue de la littérature est complétée par plusieurs entretiens et une enquête réalisée au sein de trois établissements qui permet de passer d'une définition théorique à une méthode de repérage opérationnelle de la précarité. Quatre critères apparaissent déterminants pour identifier les populations précaires dans les établissements hospitaliers : l'isolement (en

termes de relations sociales), la qualité du logement, le niveau de revenu et l'accès aux droits. Une deuxième partie de l'étude établit un inventaire des modalités de financement des populations précaires dans un contexte de T2A.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud81.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Mouvement ATD Quart Monde.

"Et... si nous vous parlions de notre santé". Recherche action contrat Poliville F2008ANCY-292.

Paris : Mouvement ATD Quart Monde, CNLE, 2009/04, 42 p.

Résumé : Ce rapport est issu de plus d'une année de travail avec des groupes de personnes très pauvres dans la région Lorraine. Il s'agit d'une recherche action sur le thème de la santé, de l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus en difficulté. Cette recherche-action a pour but de permettre de recueillir l'expression de personnes très pauvres, en lien avec le Mouvement ATD Quart-Monde dans la région Lorraine, région reconnue pour un taux élevé de population vivant dans la pauvreté ; et d'apporter de façon construite le vécu, la pensée et la parole des personnes les plus en difficulté, plus particulièrement sur le thème de la santé et du bien-être.

En ligne : <http://www.cnle.gouv.fr/>

Localisation : K.05.02.MOU

Objectif 33. Accès aux soins.

In : Danet S, Haury B, dir.

L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Rapport 2008.

Paris : Drees, 2009, pp. 154-155.

Résumé : Cet objectif ne porte pas directement sur l'état de santé mais sur l'un de ses déterminants, l'accès aux soins, qui constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement et les plus exposées à des pathologies graves. Il existe d'ores et déjà des dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui permettent aux personnes en situation précaire un accès facilité aux soins. Cependant, les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. Dans le cadre de la loi de santé publique, l'objectif est de réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire. L'étude du renoncement aux soins, notamment dans les domaines optique et dentaire pour l'ensemble de la population permet de révéler la persistance d'obstacles financiers aux recours aux soins.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/objectifs/33v3.pdf>

Localisation : V.01.01.A DAN

Raynaud D.

Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire.

Etudes et résultats 2005 ; 378.

Résumé : Cette étude a pour objet d'estimer l'influence des caractéristiques des individus ou des ménages auxquels ils appartiennent sur leurs dépenses de santé. Sont étudiés les influences de l'âge et du sexe, l'incidence des caractéristiques économiques et socioculturelles et en particulier l'influence de la catégorie sociale du ménage sur la dépense de soins et plus encore sur la structure de la consommation de soins.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er378.pdf>

Localisation : Rayon Revues

Les stratégies d'action

Basset B.

Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé.

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, 208 p. (Dossiers Varia).

Résumé : Cet ouvrage, réalisé dans le cadre d'un groupe de travail mandaté par le ministère de la santé, est conçu comme un vade-mecum à l'usage des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), de leurs collaborateurs et de tous les acteurs de terrain qui s'investissent pour réduire les inégalités sociales de santé. Deux autres ouvrages complémentaires sont également réalisés sur des thématiques autres. Ce volume 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.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

Localisation : F.03.00.BAS

Bourdillon F.

Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, 191 p. (Dossiers Varia).

Résumé : 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 fondre 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.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf>

Localisation : I.00.BOU

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.

Résumé : 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]

En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

Localisation : B.03.01[-08]

Leuridan N.

Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention.

Références

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, 160 p. (Dossiers Varia).

Résumé : 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. Deux autres ouvrages complémentaires sont également réalisés sur des thématiques autres. 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.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1253.pdf>

Localisation : F.03.00.LEU

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.

Résumé : Cette étude a pour objectif de donner un aperçu des initiatives mises en oeuvre 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.

En ligne : <http://www.kbs-frb.be>, > "Français" > "Domaines d'actions" > "Santé" > "Inégalités de santé"

Localisation : B.03.0.VAN

Rayssiguier Y, Jegu J, Laforcade M.

Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir.

Rennes : Editions de l'EHESP, 2008, 491 p.

Résumé : Cet ouvrage a pour objectif de permettre aux lecteurs de connaître le fonctionnement des politiques sanitaires et sociales, d'en comprendre les principaux enjeux et de disposer de méthodes et outils utiles pour l'intervention professionnelle. Son point d'entrée est double : celui des interventions des pouvoirs publics d'une part et celui des professionnels de l'action sanitaire et sociale d'autre part.

Localisation : F.03.00.RAY

Des exemples d'actions

Moquet M-J, coord.

Comment réduire les inégalités sociales de santé ?

La santé de l'homme 2008 ; 397 : 15-47.

Résumé : Comment prendre en compte les inégalités sociales de santé dans une action de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé ? Dans ce dossier central de 30 pages, une quinzaine d'experts et d'intervenants de terrain dressent l'état des lieux et des pratiques en la matière. Dans ce même numéro, une séquence sur la prévention du stress au travail, une enquête sur le manque chronique de sommeil d'une partie des Français et un programme innovant d'éducation sexuelle en milieu scolaire en Suisse.

Partiellement en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=SLH/sommaires/397.htm>

Localisation : Rayon Revues

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.

Résumé : 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.

En ligne : http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_fr.pdf

Localisation : F.03.00.GEN

Plazy V, Paris F.

Santé et insertion. Prendre en compte les réalités de santé dans les parcours d'insertion : enjeux et initiatives.

Lyon : MRIE Rhône-Alpes, 2007.

Résumé : Ce fascicule rend compte d'un séminaire organisé par la MRIE sur le thème "Santé et insertion". Ce séminaire s'est déroulé en trois temps. Le premier temps a été organisé autour de la question de la prise en compte des problématiques de santé des populations confrontées à la pauvreté et la précarité. Le deuxième temps a porté sur l'organisation de l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes confrontées à des situations de pauvreté ou de précarité. Ensuite, des porteurs de projets ont présenté des actions innovantes qu'ils ont concrétisées sur leur territoire auprès de la population concernée. [BDSP]

En ligne : http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/DossierSantéInsertion2007.pdf

Localisation : B.03.01.PLA

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.

Résumé : 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.

En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

Localisation : F.03.01.RIC



Observatoire régional de la santé de Franche-Comté.

Les principales problématiques de santé publique dans les quartiers en difficulté.

Besançon : ORS de Franche-Comté, 2002, 20 p.

Résumé : Analyse bibliographique des principaux problèmes de santé observés dans les quartiers en difficulté des villes. Mise en évidence d'une dizaine d'axes prioritaires et de moyens d'action déjà expérimentés et validés.

En ligne : http://www.ors-franchemonte.org/uploads/tx_dklickpublications/200207-ORSFC-Analyse-biblio-quartiers-en-difficulte_01.pdf

Localisation : K.05.02.PRI

Joubert M, Chauvin P, Facy F.

Précarisation, risque et santé.

Paris : INSERM, 2001, 474 p. (Questions en santé publique).

Résumé : La crise des années 1980-1990 a multiplié le nombre des chômeurs et des actifs en situation précaire qui ont développé des modalités de rapport aux risques inédites pour les acteurs sanitaires et sociaux. Epidémiologistes, anthropologues, sociologues, psychologues et médecins tentent ici d'indiquer comment des actions mieux adaptées pourraient être développées.

Localisation : K.05.02.JOU