

Les personnes en situation sociale difficile et leur santé

Emmanuelle Cambois (Drees)

La précarité sociale résulte de parcours de vie faits de ruptures sociales, professionnelles ou affectives et recouvre des histoires et difficultés diverses. Ces ruptures et conditions de vie passées et présentes induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi elles en découlent. Elles rendent moins à même les personnes de repérer et de soigner ces problèmes de santé, qui s'aggravent et se cumulent. Entre consultations tardives et renoncements, ce type de recours aux soins limite aussi les chances de guérison et de récupération. Ces personnes cumulent difficultés sociales, problèmes de santé et de soins, et on perçoit à quel point les parcours de vie défavorables et les processus qui mènent à la mauvaise santé sont intriqués, depuis l'enfance. La diversité des déterminants en cause souligne la nécessité d'une réponse plurielle au problème « précarité-santé » et le besoin de prendre en compte de manière globale les contextes sociaux susceptibles de limiter l'efficacité des filières et soins courants.

Bien que la France ait commencé à s'intéresser très tôt aux inégalités sociales face à la mort, les situations particulières de pauvreté et de précarité sociale ont longtemps été négligées dans les statistiques de santé. En effet, les parcours de vie atypiques et les conditions de vie précaires sont difficiles à appréhender dans des enquêtes classiques, échappant souvent aux situations habituellement couvertes dans les échantillons (logements instables, situation administrative floue...); la majorité des travaux n'ont pu que peu ou mal renseigner sur la nature et l'ampleur des problèmes de santé de ces groupes de populations sous-représentés. Pourtant

de ce que l'on connaît des facteurs de risques en matière de santé, l'on sait que les plus défavorisés, en particulier ceux qui cumulent au cours de leur vie des situations difficiles, se trouvent souvent exposés à des troubles, maladies et accidents. Les besoins en matière de soins et d'assistance qui sont associés à ces problèmes sont rendus particuliers par cette accumulation de désavantages sociaux; ils tendent à amenuiser les capacités des personnes à prévenir et à gérer les maladies ainsi que leurs conséquences. Il était donc essentiel de comprendre les processus de dégradation de l'état de santé en relation avec ces parcours et situations difficiles, pour se donner les moyens de mieux répondre aux besoins particuliers auxquels ils correspondent. Cet effort était d'autant plus nécessaire que, outre les facteurs sociaux et économiques, la mauvaise santé peut être l'une des causes de ces situations précaires et que recouvrer une bonne santé peut aussi aider à en sortir.

Depuis les années 1990, des études sont venues compléter la vision partielle qu'apportaient les approches classiques. De nombreux programmes de recherche et études ont été développés, tentant d'évaluer les problèmes et besoins des groupes de population tels: les plus démunis, les bénéficiaires de prestations sociales, les consultants de centres de soins gratuits, les usagers de centres d'hébergement... Si l'on identifie des caractéristiques communes à ces groupes de populations, ces différentes approches de la précarité reflètent des situations et des réalités particulières (cf. encadré 1). Ainsi, les études menées dans ce domaine ne permettent pas d'avoir une vision d'ensemble de la situation sanitaire des populations précaires mais, assemblées, elles fournissent une mosaïque d'informations que cette contribution se propose d'explorer. Ce travail permet donc de croiser de manière extensive de nombreux types de parcours de vie et situations sociales pour donner une vision plus globale des liens entre précarité et santé.

Nous partirons du constat systématique et récurrent d'un mauvais état de santé pour les personnes en situation sociale précaire, que les tout derniers travaux semblent pérenniser. Nous montrerons alors, à travers l'exemple de troubles particuliers, en quoi les situations défavorables de ces personnes peuvent induire ou aggraver leurs problèmes de santé et dans quelle mesure elles peuvent en résulter. Nous tenterons d'expliquer ensuite les mécanismes qui conduisent à ce désavantage particulièrement marqué pour les personnes en situation sociale difficile: parcours de vie et environnement, usage des systèmes de soins, comportements et caractéristiques individuelles. Nous présenterons enfin quelques exemples d'initiatives mises en place pour restaurer ou promouvoir l'accès et le recours aux soins des personnes en situation sociale, professionnelle ou familiale précaire.

Cumul des symptômes, des troubles et des maladies quand les difficultés sociales s'additionnent

Les études sur les inégalités sociales de santé soulignent des différences dans de nombreuses dimensions de la santé et en particulier face aux maladies cardiovasculaires, à différents types de cancers, à la santé bucco-dentaire, à la santé

mentale ou encore au Sida (Golberg *et al.*, 2002 ; Leclerc *et al.*, 2000). Les études sur la santé des plus démunis confirment et précisent ces conclusions au regard des situations particulières auxquelles ils sont confrontés (*cf.* encadré 2).

Encadré 1

Précarité, précarisation, pauvreté : différentes définitions pour différentes réalités

Dans les différentes études menées sur le sujet, la précarité s'exprime par des situations financières, familiales, sociales ou matérielles difficiles. Le repérage de groupes de populations reflétant ces situations peut se faire parfois dans des sources statistiques habituelles à partir de différentes variables (faibles revenus, logement précaire, chômage, pas de diplôme, pas de couverture maladie...). Des approches plus orientées consistent à aller à la rencontre des groupes de personnes susceptibles de connaître de grandes difficultés ; usagers de centres d'aide (centres de soins gratuits, d'hébergement, foyers), de structures particulières (centres de toxicomanies, d'alcoologie, milieu carcéral...), ou bénéficiaires de prestations sociales (chômage, Rmi, Cmu...). Ces études concernent des groupes de populations de nature et de tailles différentes, dépendant des définitions adoptées : en 2001 on estimait par exemple à environ 86 500 le nombre de personnes majeures ayant recours à un centre d'hébergement et de distribution de repas chauds, dont 63 500 n'ont pas de domicile (Brousse *et al.*, 2002, a & b), à 43 700 le nombre de détenus (majeurs et hors hospitalisés) (Désesquelles, 2002), à plus de 4,5 millions les bénéficiaires de la Cmu complémentaire (Boisguérin, 2003), à 35 000 les patients de Médecins du monde en 2000 (Noblet, 2002)...

Bien qu'ayant chacun des spécificités, ces groupes de populations présentent de nombreuses caractéristiques communes. Outre le manque de ressources, les personnes concernées sont ainsi plus souvent que la population générale issues de milieux défavorisés et déracinées de leur région ou de leur pays d'origine, ont peu d'instruction et de qualifications, vivent de faibles revenus du travail (professions peu qualifiées, contrats précaires), d'allocations ou d'aides ; elles ont en commun des histoires de vie faites d'événements traumatisants dès l'enfance (décès de proches, ruptures, violence...), de perte d'emploi voire de logement, de problèmes d'isolement ou d'intégration. De fait, certains des groupes de populations considérés dans ces études se recoupent : un certain nombre de consultants de centres de soins sont couverts par la Cmu ou bénéficient de prestations sociales, une partie des bénéficiaires de la Cmu n'ont pas de logement stable, certaines personnes sans domicile ont connu la détention...

Mais la précarité n'est pas un état figé : une frange importante de la population est soumise au risque de se trouver un jour dans une situation précaire et certaines situations de précarité peuvent n'être que temporaires, pour peu que la personne retrouve un travail ou un logement... La frontière est fragile et varie selon la définition de la précarité : les « allers-retours » peuvent être de ce fait plus ou moins fréquents. Il apparaît en tout état de cause que les facteurs de précarisation (peu de qualification, chômage, pauvreté, isolement...) concernent une part importante de la population et bien plus importante que celle que représentent les groupes identifiés comme précaires à un moment donné : dans le rapport du Haut Comité de la santé publique en 1998, en s'appuyant sur cette vision dynamique et longitudinale, on estimait à 12 ou 15 millions les personnes concernées, de près ou d'un peu plus loin, par la « précarité », soit 20 % à 25 % de la population totale (Hcsp, 1998).

*Encadré 2***Inégalités sociales de santé
et «précarité-santé»: deux problématiques distinctes ?**

L'étude des inégalités sociales de santé vise à décrire et à comprendre les disparités, au sein d'une population, dans les risques de mortalité, de maladies et de troubles que l'on peut attribuer au contexte social des personnes. La profession, le niveau d'instruction, le revenu ou la propriété résidentielle sont souvent utilisés dans ces études comme indicateurs de ce contexte social. Ils reflètent les conditions de vie matérielles, financières ou culturelles des groupes, mais ces indicateurs représentent aussi des aspects particuliers de la position sociale: par exemple, la profession témoigne des conditions de travail et le niveau d'instruction reflète quant à lui le cursus scolaire, le contexte de l'enfance, l'accumulation des connaissances. Les études sur les inégalités sociales de santé montrent un continuum dans les risques de mauvaise santé ou de décès le long d'un gradient social (de revenus, de qualifications...) et s'attachent à rechercher les causes de ces disparités: conditions de vie présentes et passées, comportements, conditions de travail, de logement, accès aux systèmes de soins, réceptivité aux campagnes de prévention... Ces études repèrent également les maladies et troubles les plus sensibles à ces facteurs de risque et tentent de distinguer la part des inégalités attribuable à chacun d'eux.

La problématique «précarité-santé» se concentre sur des groupes de populations et non sur les disparités au sein de la population. Ces groupes de populations appartiennent souvent au bas du gradient social décrit par les études sur les inégalités sociales de santé, que ce soit par la profession ou l'absence de profession, le revenu, le niveau d'instruction, les conditions de logement... (cf. encadré 1). Mais ces groupes de populations se caractérisent aussi par les ruptures sociales, familiales qu'ils ont connues dès l'enfance et au cours de la vie: le dénuement et l'enchaînement de situations de vie difficiles résultant de ces ruptures exposent les personnes au cumul des différents facteurs de risque évoqués, ils en exacerbent les conséquences en favorisant le développement ou l'aggravation des maladies auxquelles ils peuvent conduire. Ces études s'attachent à comprendre, à travers une approche dynamique, les facteurs mêlés de ces processus de précarisation et de dégradation de l'état de santé.

Ainsi, les résultats des études sur les inégalités sociales de santé et des études sur les liens entre précarité et santé ne répondent pas aux mêmes questions et font parfois appel à des méthodes d'investigation et d'analyse différentes, mais ces deux problématiques proches s'enrichissent mutuellement à travers leur éclairage particulier.

**Un constat récurrent: plus de problèmes respiratoires,
locomoteurs, psychiques...**

En 2001, l'enquête Insee auprès des usagers des centres d'hébergement et de distribution de repas chauds montre que 65% des usagers de 18 à 60 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé. Ils sont 25% à révéler des états dépressifs contre 3% en population générale (en contrôlant sur la structure par âge et sexe de la population de l'enquête), 14% des problèmes respiratoires (vs 6%), 10% des problèmes ostéoarticulaires et 10% des problèmes digestifs. Ils déclarent aussi deux fois plus souvent avoir des problèmes de peau. On note des spécificités selon

le sexe ; 30% des femmes déclarent des migraines (7% en population générale) et les hommes déclarent en grand nombre des séquelles d'accidents ou de maladies. L'étude suggère qu'une partie des migraines est induite par des problèmes de vue non corrigés, aussi présents en grand nombre (de La Rochère, 2003). Autre témoignage, celui de la santé dégradée de la population carcérale qui a été étudiée à partir de bilans de santé à l'entrée en détention : l'enquête met en exergue des traitements médicaux importants pour une population relativement jeune, qui concernent des pathologies respiratoires, des troubles psychiques, l'hypertension artérielle, la séropositivité Vih et l'hépatite C (Mouquet *et al.*, 1999). Cette surreprésentation de troubles et maladies parmi les personnes en situation précaire apparaît dès les plus jeunes âges ; les enfants de ménages pauvres ayant davantage que les autres enfants des problèmes d'asthme et Orl (bronchites aiguës), des céphalées et migraines, des problèmes dentaires et des troubles mentaux et insomnies (Dumesnil *et al.*, 2003). De plus, les personnes en difficulté cumulent plus souvent que la moyenne plusieurs symptômes à la fois, au moins parmi celles qui consultent : 50% des usagers de centres de soins gratuits ont au moins 4 problèmes identifiés et 20% en ont au moins 8 (Chauvin *et al.*, 2001). Enfin, le cumul de plusieurs types de problèmes sociaux est associé à un risque croissant de maladies et troubles (Collet, 2003).

Les personnes se trouvant dans des situations sociales difficiles ont davantage de problèmes de santé que la population moyenne, elles sont de ce fait plus nombreuses à juger leur état de santé moyen ou mauvais, comme le montre chacune de ces études (Chauvin *et al.*, 2001 ; Raynaud, 2003 ; de La Rochère, 2003 ; Dumesnil *et al.*, 2003 ; Ménard *et al.*, 2001). Mais si cet indicateur de «santé perçue» recouvre une réalité objective, il inclut bien d'autres problèmes que ceux directement liés à la santé : l'état de santé perçue des bénéficiaires de la Cmu reste plus mauvais que dans le reste de la population, même en tenant compte du plus grand nombre de maladies présentes (à risque vital et risque d'invalidité équivalents) (Raynaud, 2003). L'indicateur est sensible à de nombreux facteurs psychosociaux : faible estime de soi, ruptures sociales durant la jeunesse ou souffrances liées au racisme et à la discrimination dans la vie professionnelle (Parizot *et al.*, 2002). Dans ce sens, il peut aussi représenter l'impact de problèmes de santé qui n'ont pas été déclarés mais qui sont perçus à travers les sensations de mal-être ou de gêne qu'ils peuvent engendrer. La sous-déclaration de maladies parmi les plus démunis peut provenir, d'une part, d'une moindre reconnaissance comme véritables maladies de troubles qui les touchent et, d'autre part, d'un défaut de consultations qui permettent de détecter les problèmes : à titre d'exemple, les bilans bucco-dentaires gratuits indiquent une sous-déclaration de dents manquantes parmi les plus démunis (Beynet *et al.*, 2002). La sous-déclaration des problèmes de santé conduirait ainsi à minimiser les différences réelles face aux maladies dans les études qui s'appuient uniquement sur la déclaration des maladies.

L'indicateur de santé perçue témoigne aussi des interactions entre les conditions de vie et l'état de santé. Et en effet, parmi les problèmes de santé particulièrement fréquents dans les groupes de populations précaires, les troubles psychiques et les

problèmes fonctionnels mettent bien en évidence l'effet aggravant de conditions de vie difficiles sur leur développement ou à l'inverse le rôle qu'ils peuvent jouer dans les parcours de vie difficiles.

Des problèmes de santé mentale liés à des situations sociales difficiles

La souffrance psychique, les troubles du comportement, les états dépressifs et autres problèmes de santé mentale ressortent constamment des travaux sur la santé des plus démunis. Cette surreprésentation est confirmée par les symptômes ou indicateurs de ce type de problèmes qu'ils présentent aussi en grand nombre : troubles du sommeil, consommation de produits psycho-actifs, suivi psychiatrique ou tentatives de suicide (Firdion *et al.*, 1998 ; de La Rochère 2003 ; Kovess, 1999 a & b ; Mouquet *et al.*, 1999 ; Coldefy *et al.*, 2002 ; Collet, 2003). Les enfants ne sont pas épargnés par ces problèmes, les plus défavorisés ayant davantage de troubles mentaux et du sommeil (Dumesnil *et al.*, 2003 ; Choquet *et al.*, 2000 ; Tabone *et al.*, 2000). Plus que des pathologies avérées, ces troubles peuvent n'être que l'expression des conditions de stress et d'inquiétude auxquelles peuvent être confrontés quotidiennement les plus démunis (manque de ressources, peur, conflits et violences...) (Lovell, 2000 ; Joubert 2001 ; Bungener, 1994 ; Parizot *et al.*, 2002). Mais des troubles psychiques ou mentaux, autres que ceux qu'on peut relier aux conditions de vie pénibles, sont aussi plus fréquents : des maladies du système nerveux, psychoses chroniques ou alcooliques, schizophrénies, délires et troubles névrotiques parmi des personnes sans logement fixe (Hassin, 1998 ; de La Rochère, 2003), des troubles psychiatriques et déficiences mentales parmi les détenus (Coldefy *et al.*, 2002 ; Désesquelles, 2002), ou encore des schizophrénies, hallucinations, et manies parmi les bénéficiaires du Rmi (Kovess *et al.*, 1999 a). De surcroît, les personnes en situation difficile ont un risque plus grand de combiner ces différents problèmes de santé mentale (Kovess *et al.*, 1999 a).

Il semble que, subies d'une manière prolongée, les conditions de vie des personnes en situation précaire soient à même d'induire, de déclencher ou de révéler des pathologies latentes et d'expliquer ainsi une plus grande prévalence de pathologies avérées dans les milieux défavorisés. En effet, les conditions de vie et les ressources individuelles peuvent précipiter ou retarder les symptômes de maladies mentales qui de ce fait sont plus ou moins apparentes ; c'est le cas par exemple de problèmes cognitifs liés au vieillissement dont les symptômes surviennent plus tard parmi ceux qui ont un niveau d'instruction élevé (déclin de la mémoire et des fonctions du langage...) (Leibovici *et al.*, 1996). Par ailleurs, des études montrent que le stress chronique que peuvent induire les conditions de vie difficiles, plus que de jouer sur l'humeur ou le comportement, provoquerait des processus biologiques délétères, entre autres pour la santé mentale *via* la production anormale de cortisol et ses effets sur le système nerveux central (Kirshbaum *et al.*, 1993).

A l'inverse, les problèmes de santé mentale peuvent être à l'origine de certaines situations précaires. Ainsi, une étude menée en 1991 sur la population d'Ile-de-France montrait que si globalement 65 % des hommes de l'étude considéraient que

leurs problèmes dépressifs avaient d'importantes répercussions sur leur vie, ce chiffre s'élevait à 92 % parmi ceux qui bénéficiaient du Rmi (Kovess *et al.*, 1999a). Mal identifiées et non soignées, de telles maladies peuvent expliquer certains parcours de vie jonchés d'échecs scolaires et professionnels et peuvent conduire à l'exclusion professionnelle et sociale. Les troubles mentaux, plus que toute autre déficience, entravent souvent les parcours scolaires (de Lacerda *et al.*, 2003). Outre les déficiences intellectuelles qui limitent les possibilités d'apprentissage, d'autres troubles mentaux peuvent ainsi intervenir dans l'acquisition des connaissances et qualifications (dépression, manque de concentration, comportements inadaptés...). D'après des enquêtes faites par un centre de prévention maternelle et infantile (Pmi), on trouve des troubles précoces d'apprentissage et des troubles du comportement corrélés à différentes caractéristiques sociales des familles (Tursz, 2000). Le manque de formation lié à ces parcours scolaires perturbés conduit plus souvent à des emplois non qualifiés et expose de surcroît ces personnes à des conditions de travail pouvant être sources de problèmes de santé. Ainsi, la forte prévalence de problèmes mentaux associée à des situations professionnelles difficiles (perte d'emploi, faibles revenus, conditions de travail pénibles) s'explique aussi par le fait que ces problèmes en sont parfois la cause.

Mais l'association entre les troubles psychiques et les conditions de vie ne tient pas seulement aux situations de précarité identifiées au moment de ces études ; elle passe aussi par de nombreuses variables psychosociales propres à l'individu et à son histoire de vie (isolement, estime de soi, sentiment d'insatisfaction relatif au quartier de résidence, discrimination et racisme...) (Parizot *et al.*, 2002 ; de La Rochère, 2003). On trouve dès l'enfance les causes de problèmes psychiques découverts aux âges adultes (fonctionnement psychosocial, problèmes psychosomatiques, troubles cognitifs, dépression) (Harper *et al.*, 2002 ; Cheung, 2002 ; Gilman *et al.*, 2002 ; Richards *et al.*, 2002). Par ailleurs, les personnes déclarant des problèmes de santé mentale déclarent aussi plus souvent que la moyenne des problèmes chez leurs parents : consommation d'alcool et de drogue (Kovess *et al.*, 1999 a & b). Pour autant, en règle générale, faute de recul nécessaire des données, les études sur les groupes de population en situation précaire soulèvent mais laissent en suspens la question des relations causales entre situations défavorisées et santé mentale.

Plus de troubles fonctionnels et moins de ressources pour les compenser

Conséquences des maladies et accidents, les problèmes fonctionnels (déficiences, incapacités, handicaps) reflètent les difficultés des personnes à effectuer des gestes ou des activités au quotidien à cause de leur santé ou à la suite d'un accident. A l'extrême, ces problèmes fonctionnels peuvent s'exprimer par une impossibilité à effectuer seul des activités essentielles : se nourrir, se déplacer, se laver... Comme avec toute autre dimension de la santé, on met en évidence des inégalités sociales aussi dans le domaine du handicap et de l'incapacité (Ravaud *et al.*, 2000 ; Mormiche *et al.*, 2003). Ainsi, les ouvriers ont non seulement une espé-

rance de vie plus courte que celle des cadres, mais ils ont aussi une espérance de vie sans incapacité (gênes et difficultés dans les activités du quotidien) moins importante au sein de cette vie plus courte (Cambois *et al.*, 2001).

Si les moins favorisés et *a fortiori* les plus démunis d'entre eux ont davantage de difficultés pour effectuer des déplacements ou les activités élémentaires du quotidien, c'est d'abord dû au fait qu'ils sont davantage exposés que la population générale à des maladies et accidents, sources d'incapacités, comme le montrent les études (maladies ostéoarticulaires, troubles psychiques, mentaux et psychomoteurs, violence et accidents, problèmes invalidants) (Firdion, 1998; Kovess, 1999 b; de La Rochère, 2003; Raynaud, 2003; Collet, 2003; Blanpain *et al.*, 1999; Désesquelles, 2002; Parizot *et al.*, 2002; Tabone *et al.*, 2000). Mais en matière de santé fonctionnelle, il existe des inégalités à la fois face au risque d'avoir des problèmes fonctionnels (vue, mobilité, souplesse, mémoire...) et dans la manière de gérer ces problèmes (Cambois *et al.*, 2003). Et on constate en effet que les groupes les moins favorisés ont davantage de problèmes fonctionnels sources de restrictions sévères dans les activités du quotidien (soins personnels), et qu'ils rencontrent aussi plus souvent ce type de restrictions même en tenant compte de ce surcroît de problèmes fonctionnels (Cambois, 2002). Les conditions de vie et le manque de ressources des plus démunis rendent ainsi plus handicapants les problèmes fonctionnels, qu'ils sont moins à même de gérer. Dans cet esprit, on constate par exemple que les enfants des ménages pauvres ont une dépense en soins de kinésithérapie deux fois plus faible que celle des enfants de ménages plus aisés (Dumesnil *et al.*, 2003); ce défaut de recours à la rééducation pourrait illustrer cette moindre prise en charge des maladies et accidents et de leurs conséquences. On trouve aussi une illustration de ces mécanismes avec les problèmes de vue: les études montrent généralement que les plus défavorisés ont des problèmes de vue équivalents à ceux du reste de la population, mais qu'ils sont moins souvent connus et moins souvent corrigés (Dumesnil *et al.*, 2003; Guignon *et al.*, 2002; Firdion *et al.*, 1998; de La Rochère, 2003). Ces problèmes de gestion de la santé s'illustrent aussi dans le domaine de la santé bucco-dentaire: les études montrent à la fois des problèmes plus fréquents parmi les personnes défavorisées du fait d'une plus grande exposition aux risques (mauvaise alimentation, violence et traumatismes) et une moins bonne gestion de ces problèmes après leur survenue (moins de dépenses engagées pour des prothèses...) (Dumesnil, 2003; Guignon *et al.*, 2002; Firdion *et al.*, 1998; de La Rochère, 2003; Hassoun, 1998; Collet, 2003; Beynet *et al.*, 2002). Mais une partie de cette moins bonne gestion de la santé relève aussi en amont de l'inefficacité des dispositifs de prévention à sensibiliser l'ensemble des publics concernés par tel ou tel problème; la campagne en faveur des bilans bucco-dentaires gratuits auprès des 15-18 ans a ainsi amené dans les centres d'examen des jeunes qui avaient déjà consulté ailleurs parmi les personnes en situation difficile, ne touchant pas ceux qui ne recourent jamais aux soins (Banchereau *et al.*, 2002).

Ces études montrent ainsi que, en plus d'un risque plus important d'avoir des problèmes de santé de tous ordres, les ressources et conditions de vie des personnes en situation précaire exposent aussi à de plus grandes difficultés à repérer et à

faire face à ces problèmes, pour récupérer ou pour s'adapter à leurs conséquences directes. Les personnes en situation difficile sont d'ailleurs près d'un quart à penser que leurs conditions de vie nuisent à leur santé ou à leur moral, et ce chiffre est plus important pour les chômeurs et les bénéficiaires des couvertures maladies gratuites (Parizot *et al.*, 2002) : certains incriminent les ressources, l'emploi et les conditions de travail, d'autres le logement et leur quartier, leur alimentation, d'autres encore les relations familiales et l'isolement. Mais cette étude montre aussi qu'une personne sur six dit avoir connu des ruptures sociales au cours de sa vie à cause de maladies, problèmes de santé ou accidents. Ce sont les répercussions sur la vie professionnelle qui sont le plus souvent évoquées, mais on trouve aussi souvent cités des problèmes financiers, des ruptures avec le conjoint ou d'autres membres de la famille, parents ou enfants (Parizot *et al.*, 2002). Il y a donc une interaction permanente au cours de la vie entre la situation sociale ou professionnelle et la santé ; ainsi c'est tout au long de la vie qu'on peut identifier des déterminants de la dégradation de l'état de santé.

Dégradation de la santé et de la situation sociale : des processus intriqués et des déterminants communs qui remontent à l'enfance

L'épidémiologie sociale s'appuie souvent depuis une dizaine d'années sur une approche « parcours de vie » pour tenir compte de cette dimension longitudinale des risques de santé. On identifie alors des processus d'accumulation des risques au cours de la vie (voir par exemple Kuh *et al.*, 1997) et de transmission intergénérationnelle de risques (Power *et al.*, 1996 a ; Davey Smith *et al.*, 1997). Les conditions de vie dans l'enfance sont liées à des problèmes de santé spécifiques qui apparaissent plus tard, indépendamment des conditions de vie aux âges adultes : on trouve des liens clairs avec des maladies chroniques (Blackwell *et al.*, 2001 ; Gliksman *et al.*, 1995) ou des problèmes psychiques, comme on l'évoquait plus tôt. Certaines causes de décès, marquantes dans les inégalités sociales, prennent aussi racine dans l'enfance, comme les cancers de l'estomac (Elo *et al.*, 1992 ; Davey Smith *et al.*, 1998). Il existe en effet des facteurs de risque au long cours : une alimentation inadaptée pour la future mère et pour l'enfant (Smithells *et al.*, 1976), un développement foetal incomplet, un poids de naissance trop faible (Barker, 1994 ; Bartley *et al.*, 1994), ou encore un retard de croissance (Elo *et al.*, 1992 ; Marmot *et al.*, 1997). On souligne le rôle de situations de tension ou de conflit autour de l'enfant (Montgomery *et al.*, 1997), et du stress chronique qui peut provoquer de nombreux dysfonctionnements et dérèglements des systèmes nerveux central, immunitaire, de régulation des sucres, hormonal, cardio-vasculaire (Buske-Kirshbaum *et al.*, 1997 ; Kirshbaum *et al.*, 1993 ; Deinzer *et al.*, 1997 ; Marmot *et al.*, 2002 ; Kristenson *et al.*, 1998). On trouve aussi que le taux élevé de fibrinogène sanguin, marqueur de problèmes cardio-vasculaires, est lié aux conditions de vie de l'enfance (Brunner *et al.*, 1996). Le contexte de l'enfance expliquerait enfin des comportements contribuant à moduler les risques de survenue de maladies ou d'accidents (Van De Mheen *et al.*, 1998).

Ces approches montrent le cumul de désavantages auxquels les plus démunis sont confrontés au cours de leur vie, eux qui présentent souvent des signes de difficultés sociales dès l'enfance. Qu'ils soient le fruit du passé ou des conditions de vie à l'âge adulte, ces événements et difficultés sont fortement liés aux comportements, aux caractéristiques individuelles et à l'environnement qui expliquent en grande partie la forte prévalence de problèmes de santé parmi les plus défavorisés.

Des types de comportements liés aux conditions de vie

Les comportements délétères (consommation de tabac, d'alcool, de stupéfiants, sédentarité...) ou protecteurs (prévention, activité physique, alimentation...) sont corrélés aux caractéristiques sociales.

... les comportements protecteurs

Comme le résume bien le « Baromètre santé 2000 », les indicateurs de prévention comme ceux de consommation de substances psycho-actives sont moins bons pour les personnes en situation défavorisée (Ménard *et al.*, 2001). Parmi les comportements protecteurs, la prévention se montre particulièrement sensible aux facteurs sociaux. Les dépistages précoces (hypertension, vue, santé bucco-dentaire, périnatale) sont nettement moins fréquents parmi les personnes connaissant des situations sociales difficiles (Chauvin *et al.*, 2001 ; Aubert *et al.*, 1995 ; Lang *et al.*, 1990 ; Lang *et al.*, 2000 ; Guignon *et al.*, 2002 ; Badeyan *et al.*, 2000) ; de fait, les dispositifs mis en place pour favoriser la démarche préventive ne touchent pas nécessairement l'ensemble des groupes de populations ciblés, comme le montre l'exemple des bilans de santé bucco-dentaires (Banchereau *et al.*, 2002).

Ce défaut de démarche préventive peut s'expliquer par les différences d'un individu à l'autre dans la reconnaissance d'un problème de santé, dans la perception de la gravité de son état de santé et de la nécessité de consulter, ainsi que dans la croyance dans la capacité des systèmes de soins à agir sur tel ou tel problème (Parizot, 1998). Un rapport du Conseil national de l'alimentation montre ainsi que les différences face à l'alimentation résultent en partie de la méconnaissance de l'influence de l'alimentation sur la santé qui est plus courante dans les milieux ouvriers, de ce fait sont moins sensibles à des « stratégies » alimentaires (Cna, 2002).

Mais au-delà de cette connaissance des risques encourus, le rapport sur l'alimentation souligne que le coût des aliments reste un obstacle majeur à un apport nutritionnel quotidien satisfaisant (Cna, 2002) ; le budget nécessaire dépasse l'enveloppe moyenne allouée aux repas par les ménages à bas revenus, d'autant plus que les conditions de vie peuvent limiter les possibilités de confection et de stockage des repas susceptibles d'en réduire les coûts. Et on constate que la consommation de poisson et de fruits et légumes augmente avec le revenu, alors que les graisses et sucres rapides sont plus souvent consommés dans les catégories les plus pauvres (Brix *et al.*, 2000). On constate aussi des carences chez les enfants de milieu défavorisé, en particulier en fer, liées à l'alimentation (Tabone *et al.*, 2000) ; des études montrent que ces carences résultent de l'introduction prématurée de lait autre que maternel ou maternisé chez les très jeunes enfants, soulignant

là encore le rôle du coût des produits dans le choix alimentaire pour celles qui ne peuvent plus allaiter (Cna, 2002).

Enfin, le manque d'information en général sur les démarches et lieux permettant d'accéder gratuitement à des examens freine aussi le recours préventif. Ce défaut d'information concerne également les campagnes de prévention, dont les messages peuvent se révéler inadaptés ou dans lesquels les personnes visées ne se reconnaissent pas; un travail sur les moyens de transmettre ce type de messages et une meilleure éducation à la santé pourraient améliorer la réceptivité des personnes les plus démunies à ces campagnes.

... les comportements délétères

Les comportements qui peuvent nuire à la santé sont aussi très socialement marqués. La consommation d'alcool et de tabac est plus fréquente pour les ouvriers et moins fréquente pour les cadres supérieurs (Brixl *et al.*, 2000). Par exemple, parmi les patients de différents services de soins, la fréquence d'alcoolisation excessive est plus importante pour ceux qui se trouvent en situation sociale ou familiale difficile (Com-Ruelle, 1995; Mouquet *et al.*, 1999; Collet, 2003). Ces différences persistent même en tenant compte d'autres déterminants (âge, sexe, type de consultation, antécédents médicaux) (Mouquet *et al.*, 2002). Une étude montre aussi que les polyconsommateurs de drogues illicites, ou ceux qui ont consommé au cours de l'année de l'enquête, se caractérisent par des situations familiales ou professionnelles moins stables que la moyenne et sont plus souvent soumis à l'anxiété et à une faible estime de soi; ces personnes déclarent par ailleurs d'autres comportements à risque pour leur santé (ont déjà conduit en état d'ivresse, fument, ne portaient pas de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel...) (Beck *et al.*, 2001). On montre encore que la consommation excessive d'alcool accompagne souvent la consommation de cigarettes ou d'autres substances psycho-actives, toutes choses égales par ailleurs (Facy *et al.*, 2001). Ces liens étroits reposent à la fois sur les mécanismes conduisant des situations sociales difficiles à la consommation d'alcool (stress, détresse, anhédonie, lien entre drogue et l'alcool...) et sur ceux conduisant de la consommation d'alcool à des situations sociales difficiles (troubles cognitifs – mnésiques –, perte de lien social, poids financier de la dépendance) (Facy *et al.*, 2001). Ces liens sont là encore le fruit des habitudes de vie construites sur les acquis de l'enfance, sur la perception individuelle de la santé et les contraintes du quotidien.

Des caractéristiques individuelles, véritables facteurs de risque de maladies

Indépendamment des causes qui les ont engendrées (mauvaise alimentation, problèmes hormonaux, problèmes intra-utérins...), certaines caractéristiques individuelles agissent sur la santé, constituant alors des facteurs de risque de maladies telles que les maladies cardio-vasculaires: un poids élevé, une petite taille ou l'obésité diagnostiquée (indice de masse corporelle, ou «body-mass index»), un petit poids de naissance, une pression artérielle ou un taux de cholestérol anormaux... Si un grand nombre de personnes concernées peut limiter les conséquences de ces

caractéristiques, une fois encore, une moins bonne connaissance de leurs effets et le cumul des désavantages sociaux rendent les plus démunis plus systématiquement exposés à les voir engendrer des maladies. De surcroît, parce qu'une partie de ces caractéristiques est liée au contexte social, elles concernent aussi en plus grande proportion les catégories du bas de l'échelle sociale.

En effet, en matière de périnatalité par exemple, les risques de prématurité, et donc de petits poids de naissance, sont plus importants parmi les mères en situation difficile (Badeyan *et al.*, 2000 ; Kaminski *et al.*, 2000) et le lien entre prématurité et difficultés sociales aux âges adultes est fort (Bartley *et al.*, 1994). L'obésité chez l'enfant est plus fréquente parmi les groupes de populations en situation difficile : on observe par exemple des différences entre les enfants scolarisés en Zep et hors Zep, à l'âge de 6 ans (Guignon *et al.*, 2002) comme en classe de 3^e (de Peretti *et al.*, 2004). A l'adolescence, la prévalence du surpoids ou de l'obésité est plus importante lorsque la situation professionnelle des parents est difficile (chômage, temps partiel...), lorsque le budget alimentaire n'est pas satisfaisant, ou encore lorsque l'enfant déclare ne pas être parti en vacances l'été précédent (Feur *et al.*, 2003). Ces problèmes de poids, facteurs de risque de troubles de santé et maladies, résultent d'une mauvaise alimentation, de la sédentarité, de dérèglements hormonaux... : autant de facteurs qui peuvent être liés aux conditions de vie.

Un environnement quotidien préjudiciable à la santé...

... les lieux de vie...

L'environnement matériel favorise ou protège de la mauvaise santé, il accroît ou diminue les possibilités de guérison et les facultés de récupération. D'abord, les conditions de vie et l'environnement peuvent être directement responsables de maladies et d'accidents du fait des expositions à la pollution, à des émanations toxiques... Dans un autre registre, la zone de résidence et les sentiments de bien-être, de solidarité, d'insécurité qui lui sont associés ont aussi un impact sur la santé (Parizot *et al.*, 2002). On touche là aux relations mises en évidence par les approches «écologiques» qui associent les caractéristiques et l'organisation d'une société et de ses quartiers (disponibilité des services médicaux, sociaux, des transports, inégalités des revenus...) et l'état de santé des différents groupes de populations qui les composent (Golberg *et al.*, 2002). Quelques cas un peu extrêmes illustrent aussi les associations directes entre logement et santé : des cas de saturnisme chez l'enfant causés par le plomb présent dans les peintures d'appartements délabrés (Schützenberger-Bojarski *et al.*, 1999), des cas de tuberculose dont la transmission est facilitée par la promiscuité des habitations, des maladies liées à l'insalubrité et à la vie dans la rue (maladies parasitaires, déshydratation, maladies de peau...) (Poinsignon *et al.*, 1998), des accidents domestiques chez les enfants liés à des installations précaires (Tursz, 2000).

... les conditions de travail...

En ce qui concerne l'environnement professionnel, les relations entre l'état de santé et les conditions de travail ont été maintes fois étudiées : on met en évidence

un effet préjudiciable pour la santé, y compris à long terme, des postures pénibles, des horaires décalés, de l'exposition au bruit, aux vibrations ou aux substances toxiques, mais aussi d'un faible pouvoir de décision, des contraintes de travail, d'une attente importante de la hiérarchie, du peu d'apport de connaissances, de la faible reconnaissance du travail fourni, de l'instabilité due à la nature du contrat... (Volkoff *et al.*, 2000 ; Cassou *et al.*, 2001 ; Holte *et al.*, 2000 ; Karasek, 1990 ; Siegrist, 1996 ; Kristenson *et al.*, 1998 ; Shrijvers *et al.*, 1998 ; Marmot *et al.*, 2002). Ces conditions de travail, plus fréquentes dans les professions non qualifiées qu'occupent plus généralement les plus démunis lorsqu'ils travaillent, viennent accroître encore leurs risques de survenue de problèmes de santé. Par exemple, les accidents du travail sont plus fréquents dans les professions manuelles, lorsque les conditions de travail sont pénibles (posté, horaires, charges lourdes...), lorsque les contraintes sont nombreuses et que les travailleurs manquent d'expérience et qu'ils débutent sur un poste (Hamon-Cholet, 2002) ; ainsi les hommes jeunes, sans qualification et peu formés, polyvalents ou en contrat de courte durée (multipliant les situations de « nouveau poste ») sont de fait fortement exposés aux accidents du travail, d'autant plus qu'ils constituent par ailleurs le vivier de recrutement de métiers qui présentent des conditions de travail à risque.

... les liens sociaux

Si une partie des personnes en difficulté sociale travaille, un grand nombre se trouve au chômage ou sans activité. Et les risques de troubles, maladies et décès sont plus importants pour les chômeurs (Mesrine, 2000 ; Montgomery *et al.*, 1996 ; Bungener, 1994). Les chômeurs ont davantage de maladies, de symptômes dépressifs et de facteurs tels que l'alcoolisation excessive, le tabagisme et la prise de psychotropes (Khlaf *et al.*, sous presse). La perte d'emploi, le chômage ou l'inactivité sont à même de nuire à l'état de santé à travers la baisse de revenus, la perte de l'estime de soi, des contacts et échanges sur le lieu de travail... A l'inverse, l'état de santé peut être déterminant dans la perte d'emploi (Power *et al.*, 1996 b ; Saurel-Cubizolles *et al.*, 2001). Et on constate que l'état de santé est aussi déterminant dans le fait d'effectuer les démarches pour reprendre une activité parmi les bénéficiaires du Rmi (Blanpain *et al.*, 1999). Plus généralement, la santé et les trajectoires professionnelles (perte d'emploi, retour à l'activité...) sont étroitement liées et des études montrent des disparités fortes dans les risques de mortalité au sein des catégories selon les parcours professionnels (Cambois, à paraître).

L'environnement affectif est aussi important en matière de santé, surtout pour ceux qui perdent le contact avec l'extérieur et *a fortiori* avec les systèmes de soins. Les études supportant la théorie de la cohésion sociale et son impact sur la santé montrent l'importance des relations sociales (fréquence et intensité) dans la survenue de problèmes de santé (Golberg *et al.*, 2002). Dans le même ordre d'idées, comme le montrait une étude sur les déterminants d'une mauvaise santé perçue (Parizot *et al.*, 2002), des études indiquent l'impact négatif sur la santé en général de la discrimination, source d'exclusion sociale (Golberg *et al.*, 2002). Or, là encore, les situations sociales difficiles résultent d'événements favorisant l'isolement et

l'exclusion: ruptures affectives, perte d'un proche, perte d'emploi et des contacts qu'il procure, déracinement de la région ou du pays d'origine...

Enfin, les conditions de vie, de travail ou de logement, même si elles ne sont pas directement préjudiciables, peuvent fragiliser les personnes malades ou accidentées en les empêchant de suivre des traitements prescrits ou de bénéficier d'une convalescence appropriée. Elles peuvent être aussi indirectement responsables de certaines habitudes de vie néfastes à la santé ou de conduites à risque à travers les pratiques courantes associées, le stress qu'elles génèrent...

Tout au long de leur vie, les personnes en situation sociale difficile sont exposées plus que la moyenne de la population à des risques de santé: que ce soit par leur histoire familiale, leurs conditions de vie, des comportements directement ou indirectement préjudiciables pour leur santé, un recours moindre à des examens préventifs. Ce constat reflète bien l'idée d'un cumul des facteurs de risque au fil des années, résultat de l'intrication des conditions de vie, des comportements, de l'environnement et des caractéristiques individuelles. A ce tableau vient s'ajouter un usage des systèmes de santé moins efficace pour repérer précocement la maladie, pour la soigner en limitant le risque qu'elle se développe et s'aggrave et, le cas échéant, pour en gérer les conséquences sur la vie quotidienne.

Usage des systèmes de soins : entre généralistes, urgences et renoncements

Un recours moindre aux spécialistes et plus fréquent à l'hôpital

En 2001, parmi les usagers des centres d'hébergement et de distribution de repas chauds, la fréquence des consultations au cours des douze derniers mois était comparable à celle de la population générale (à sexe et âge égaux): 84% avaient consulté au moins une fois et la moyenne s'élève à huit consultations par an (de La Rochère, 2003). Si ce recours à des consultations paraît non négligeable, il semble en fait correspondre à une sous-consommation de soins au regard des problèmes de santé plus fréquents de ce groupe de population. On remarque de surcroît que les plus démunis consultent avec un état de santé plus dégradé (nombre de pathologies), suggérant en fait un retard dans le recours aux soins par rapport au reste de la population.

L'utilisation des systèmes de soins apparaît en outre «typée» selon la situation sociale. Les moins favorisés ont des dépenses plus importantes de soins hospitaliers, moindre de soins dentaires, moindre de séances de médecin, ces dernières étant en moindre proportion des consultations de spécialistes (Mormiche, 1995; Grignon *et al.*, 2000; Raynaud, 2003; Firdion *et al.*, 1998; de La Rochère, 2003). Grignon suggère que la surconsommation de soins hospitaliers est due à une sous-consommation préalable de soins ambulatoires, exprimant là encore un état de santé plus dégradé du fait d'une consultation tardive et d'urgence aux systèmes de soins. A état de santé équivalent, les dépenses hospitalières des bénéficiaires de la Cmu semblent d'ailleurs rejoindre le niveau moyen (Raynaud, 2003). Mais outre un état de

santé plus dégradé parmi les plus démunis, le recours à l'hospitalisation peut aussi résulter d'un besoin de prise en charge globale de patients dont les conditions de vie menacent l'efficacité des soins prodigués ou prescrits. Les hospitalisations seraient alors d'une durée plus longue à pathologie égale pour des patients démunis, comme le montre une étude menée auprès d'enfants (Tursz, 2000).

Mais les hospitalisations pourraient aussi être plus systématiquement choisies comme mode de recours aux soins : une étude montre ainsi que les patients les plus démunis d'un centre d'alcoologie évoquent plus fréquemment que les autres patients les soins en hôpital comme solution à leur problème (Facy *et al.*, 2001). L'hôpital facilite aussi l'accès à des consultations de spécialistes, par exemple en psychiatrie, peu sollicités en médecine libérale par les plus démunis malgré leurs besoins. Le recours aux urgences hospitalières pour des soins non urgents constitue aussi un indicateur de ce choix fait plus fréquemment par les plus défavorisés (Lang *et al.*, 1996) ; le manque de ressources, de couverture maladie ou de médecin traitant et la méconnaissance de la gravité du problème de santé apparaissent déterminants pour ce type de recours. Par ailleurs, on retrouve, parmi les usagers des urgences hospitalières, un groupe particulier de patients (3% des usagers) constitué de jeunes hommes, mal couverts et ayant recours aux urgences pour ne pas avancer d'argent, consultant plus souvent la nuit, suite à des circonstances habituellement rares (agressions, rixes, problèmes médico-légaux, addictions, problèmes sociaux, tentatives de suicide) (Baubeau *et al.*, 2003).

Un renoncement aux soins par manque de moyens, d'information et d'incitation

Les filières particulières suivies par les patients défavorisés sont souvent conditionnées par des contraintes d'argent (soins onéreux, consultation de spécialistes, achat de médicaments) ; le renoncement aux soins pour raison financière concerne une forte proportion des personnes en situation précaire (Chauvin *et al.*, 2001 ; Boisguérin *et al.*, 2001 ; Parizot *et al.*, 2002). De ce point de vue, l'effet Cmu a été réel puisque, parmi les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à des soins dans le passé, deux sur trois ont eu recours à des soins depuis l'accès à ces droits, ramenant le taux de renoncement à celui des personnes couvertes par une complémentaire autre que la Cmu (à état de santé et caractéristiques socio-démographiques équivalents) (Raynaud, 2003). Pour autant, le bilan de la Cmu indique toujours un profil typé des dépenses (Boisguérin *et al.*, 2001). Même en tenant compte de l'état de santé, moins bon pour les bénéficiaires de la Cmu, on voit toujours la sous-consommation de consultations de spécialistes et davantage de dépenses liées au recours aux omnipraticiens et à la pharmacie par rapport à ceux qui ont une complémentaire autre que celle de la Cmu (Raynaud, 2003).

Les filières spécifiques ou le non-recours résiduel s'expliquent en partie par une inadéquation entre les systèmes de soins classiques et les situations particulières des personnes défavorisées. Dans certains cas, même si l'étape de la consultation a été franchie, elle peut se révéler inefficace : les traitements préconisés, les recommandations pour des examens complémentaires peuvent rester sans effet parce

qu'inadaptés aux conditions de vie ou de travail de ces personnes ou encore parce qu'ils ne leur paraissent pas indispensables alors que coûteux, tant financièrement qu'en temps et en démarches diverses. Dans le domaine de la santé des enfants, une étude montrait ainsi que 60% des avis et recommandations fournis à des familles défavorisées lors de bilans de santé à l'école n'ont été suivis d'aucun effet, cela étant expliqué par le fait que ces avis préconisent des consultations et examens très peu pratiqués parmi les plus démunis (spécialistes...) et qui requièrent une démarche «active» contrairement au bilan pratiqué plus systématiquement (Tursz, 2000); une autre étude n'aboutit pas à cette conclusion, mais l'auteur souligne qu'il se réfère à une population spécifique et que son suivi peut se révéler un peu court (Tabone *et al.*, 2000). Les filières et le non-recours s'expliquent aussi par les réticences qu'expriment certains face aux services de soins, aux professionnels de la santé ou même à leur propre santé; la perception de l'état de santé et la croyance dans les systèmes de soins étant sensibles aux facteurs sociaux et à l'accès à l'information (Parizot, 1998). L'étude Précar menée auprès des usagers de centres de soins gratuits met en évidence un manque d'incitation du fait de craintes, d'un rejet des contraintes, règles et institutions, voire de la honte à demander une assistance (Chauvin *et al.*, 2001). L'étude Precalog indique aussi une proportion importante de personnes choisissant d'attendre ou de recourir à l'automédication en cas de douleurs et de symptômes (Collet, 2003). Ces sentiments et comportements contribuent au renoncement aux soins ou au recours tardif, ainsi qu'au défaut de démarche préventive et à la faible réceptivité aux campagnes de prévention.

Toutefois, en dépit des différences persistantes entre les personnes les moins favorisées et les autres, des dispositifs pour la santé des plus démunis ont permis un rattrapage en termes de dépenses et de recours aux soins. L'objectif est aujourd'hui de mieux organiser ces actions et d'évaluer plus systématiquement les dispositifs mis en place. L'enjeu est d'intégrer dans les modes de prise en charge ces différents constats: le cumul des désavantages sociaux, professionnels et environnementaux, le manque d'information ainsi que le manque d'incitation à consulter induisent une utilisation particulière des systèmes de soins et accélèrent la dégradation de l'état de santé des personnes les plus démunies.

Des exemples de politiques et d'actions pour la santé des plus défavorisés

Des dispositifs qui restaurent l'accès aux soins

L'instauration de la Cmu ou des centres de soins gratuits semble avoir diminué le renoncement aux soins et avoir répondu à des attentes de personnes en situation difficile en matière de conseil, d'aide... Après neuf mois de fonctionnement, 20% des bénéficiaires de la Cmu estimaient avoir amélioré leur état de santé par rapport à l'année précédente, contre 8% parmi les personnes hors Cmu (Raynaud, 2003). Il semble aussi que la couverture vaccinale des enfants soient dorénavant mieux assurée puisque les différences selon des critères sociaux n'apparaissent plus, et

sont même dans certains cas inversées sous l'effet d'une remise en question de certains vaccins (hépatite B) dans les milieux plus favorisés (Tursz, 2000; Badeyan *et al.*, 2002). L'étude Précar montre qu'une partie des consultants des centres de soins gratuits a une utilisation régulière et suivie de ces dispositifs, au sein desquels les personnes bénéficient de soins et d'écoute de la part d'un personnel formé pour répondre à leurs demandes et craintes, atténuant ainsi aussi les renoncements (Chauvin *et al.*, 2001). D'autres initiatives locales ou des associations (Samu social, Médecins du monde...) contribuent aussi largement à accompagner des personnes défavorisées et exclues vers les soins en tenant compte de la spécificité de leurs conditions de vie. Et on constate qu'à chaque situation sociale correspond un type de recours particulier, montrant le besoin d'actions variées (Chauvin *et al.*, 2001; Collet, 2003).

Aujourd'hui, les instances de santé publique tentent de coordonner les efforts en rapprochant les initiatives publiques et associatives ou encore les partenaires médicaux et sociaux. Des programmes sont mis en place au niveau régional ou départemental pour identifier les besoins de ces personnes ou évaluer les actions existantes.

Des actions dans les régions : un programme en cours d'évaluation

En s'appuyant sur le rapport du Haut Comité de la santé publique de 1998, des actions gouvernementales ont été lancées pour lutter contre l'exclusion et les inégalités sociales en matière de santé. Parmi elles ont été créées en 1998 les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps), organisés à l'échelon régional pour améliorer la prise en charge des problèmes de santé des plus défavorisés. Dans le cadre de ces programmes, de nombreuses actions ont été développées sur l'initiative d'instances et structures locales, entre 2000 et 2002 (Dgs, 2001) : les permanences d'accès aux soins de santé dans les hôpitaux (Pass), les missions d'«agents de santé», la formation de personnels de santé sur les situations des personnes précaires et leurs droits, l'aide aux démarches d'accès aux droits, l'évaluation locale de la Cmu, la prise en charge de proximité dans des zones isolées, l'amélioration de l'accès «physique» aux dispositifs de prévention dans ces zones, la promotion des bilans de santé, la promotion des échanges entre les structures sanitaires et les structures sociales, l'amélioration de la prise en charge de la souffrance (en particulier psychique), l'étude des déterminants des processus de précarisation... La phase d'évaluation des Praps est en cours : il en ressort pour l'instant l'existence d'inégalités entre régions et au sein des régions dans la mise en place d'actions et dans leur suivi, une durée de vie limitée des programmes peu compatible avec le besoin d'action de long terme, la mise en place d'actions dans des domaines déjà couverts... (Dgs, 2001). Ces programmes seront relancés en mettant davantage l'accent sur les actions de prévention à mener dans des quartiers sensibles, sur l'accès aux soins dans les cantons ruraux défavorisés, sur la participation du secteur libéral, en particulier des professionnels de la psychiatrie, sur l'implication dans les programmes d'usagers concernés pour mieux cerner les besoins, en amont, et mieux évaluer les actions, en aval (Dgs, 2001).

Les besoins exprimés : informer les professionnels de la santé et multiplier les réseaux de soins

Les études soulignent souvent la méconnaissance qu'ont les personnes en situation précaire de leurs droits et des systèmes de soins dont elles peuvent bénéficier ; mais certaines montrent aussi que les professionnels de la santé connaissent mal les situations et conditions de vie particulières de leurs patients en difficulté, les risques de santé qu'ils encourent fréquemment et les réticences et peurs qu'ils peuvent éprouver face aux systèmes de soins (Aubert *et al.*, 1995 ; Viau *et al.*, 2001 ; Dgs, 2001). Deux enquêtes indiquaient ainsi que les médecins se trouvent souvent démunis face à leurs patients défavorisés dont les besoins sont plus larges que l'assistance médicale, relevant en partie d'autres compétences que les leurs (Viau *et al.*, 2001 ; Dgs, 2001) : les attentes de ces médecins sont à la fois de bénéficier de formations spécifiques sur ces situations et sur les structures existantes, susceptibles d'aider les patients dans leurs démarches, et de faire partie de réseaux de prise en charge. Encore peu développés, ces réseaux ont pour but d'intégrer au sein d'un même dispositif les associations, les travailleurs sociaux, les centres de soins et de prévention, et de rendre plus efficace la prise en charge des patients en difficulté. Déjà suggérée dans le plan gouvernemental de périnatalité (1994), la mise en place de telles structures est assez difficile mais, bien que lourdes dans leur fonctionnement, elles sont particulièrement utiles pour coordonner les efforts des différents acteurs impliqués (Lejeune, 2001).

La nécessaire réponse plurielle aux multiples facettes du problème « précarité-santé »

Les plus démunis d'un point de vue matériel, financier, social ou affectif sont confrontés plus souvent que la moyenne à des problèmes de santé. Les personnes en difficulté consultent moins que la moyenne, relativement à leur état de santé, et les filières de soins qu'elles suivent se révèlent souvent inadaptées à leur situation sociale et à leur état de santé ; elles ne permettent pas de maintenir un état de santé global satisfaisant. La barrière à la consultation, à la prévention ou au suivi des traitements et recommandations s'explique par différents facteurs : des contraintes financières, l'inadaptation des dispositifs classiques, une gêne à demander une assistance, la méconnaissance de sa propre santé et des solutions que la médecine peut apporter, un environnement inapproprié... Ce mode de recours aux soins particulier (tardif, plutôt généraliste, en hôpital, sans prévention...) peut induire une aggravation des problèmes, des complications, une fragilisation de l'organisme et des capacités de récupération, des conséquences plus handicapantes. Ce problème de recours s'ajoute aux conditions de vie ou de travail qui, elles aussi, induisent, révèlent ou aggravent les problèmes de santé et leurs conséquences. Enfin, les comportements individuels délétères souvent associés à des situations de vie difficiles contribuent, eux aussi, à diminuer un peu plus les chances de rester en bonne santé.

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. Les situations et l'histoire de vie des plus défavorisés ou des « précaires » les inscrivent dans un processus propice au cumul de désavantages sociaux et à la mauvaise santé. Dès lors, les actions doivent être menées sur différents fronts : favoriser l'accès aux soins (Cmu, réseaux de prise en charge, accessibilité dans des zones isolées), promouvoir les démarches préventives et adapter les campagnes de prévention (communication et ciblage), promouvoir des programmes d'éducation à la santé et d'éducation aux systèmes de soins en France, surveiller les enfants et leur faciliter la pratique d'habitudes protectrices (alimentation, activité physique, prévention...), organiser une prise en charge globale de la personne et de ses problèmes sociaux et de santé, améliorer les conditions de travail, les conditions de logement... Une meilleure connaissance des problèmes de santé fréquemment liés aux conditions de vie difficiles et des moyens existants pour une prise en charge adaptée permettrait aux personnes démunies et aux professionnels de la santé d'intervenir plus efficacement. Il faut pour cela multiplier les réseaux de prise en charge, former les médecins et informer les personnes en difficulté. Fort de cette meilleure connaissance, un repérage précoce à différents passages de la vie (médecine scolaire, du travail, surveillance de grossesses, demandes d'allocation ou d'aide...) pourrait permettre d'intervenir au cœur du processus de dégradation de l'état de santé et d'aider soignants et patients à mieux repérer et gérer les troubles et maladies.

Toutefois, pour des problèmes tels que certaines maladies mentales, les obstacles au diagnostic et à la prise en charge semblent difficilement franchissables : d'abord, dans le domaine psychique, la reconnaissance par la personne elle-même de son problème et de la nécessité de consulter n'est pas évidente, or les plus démunis peuvent être isolés et coupés des systèmes de soins, ensuite certains ne bénéficient pas ou plus d'un support familial qui constitue parfois la seule solution de prise en charge de personnes qui ne sont pas intégrées dans les structures disponibles, et enfin, comme il a été évoqué plusieurs fois, les conditions de vie peuvent limiter ou empêcher les traitements ou le suivi de leur évolution et peuvent amplifier les manifestations des troubles. Par ailleurs, si cette étude souligne l'effet bénéfique de programmes (Cmu, centres de soins gratuits...), elle montre aussi que des dispositifs, par exemple de prévention, n'atteignent pas complètement leur cible, suggérant l'importance d'évaluer les actions et de poursuivre les recherches pour proposer les ajustements susceptibles de les rendre encore plus efficaces.

Cette contribution a mis en exergue la cohérence et la complémentarité des conclusions des différentes études, pourtant menées à partir d'approches diverses de la précarité. Elle montre aussi que les initiatives mises en place, bien que s'attachant souvent à un aspect particulier (Cmu, réseaux santé périnatale, lits d'hôpitaux réservés, formation des professionnels...), contribuent chacune de manière essentielle au problème global de la santé des plus démunis. Les déterminants de la précarité et de la mauvaise santé sont multiples et l'interaction tout au long de la vie

entre ces déterminants, dès le plus jeune âge, nécessite cette pluralité d'approches. Les lieux d'accueil, les aides proposées, les dispositifs mis en place touchent chacun des groupes de populations différents ayant des problèmes et des besoins spécifiques. Cette étude souligne ainsi l'importance de ne pas confondre les différentes situations de précarité et leurs causes, de développer des actions variées et d'intégrer le plus souvent possible les différents acteurs médicaux et sociaux au sein d'une démarche coordonnée.

Bibliographie

- AUBERT J.-P., FALCOFF H., FLORES P., GILBERG S., HASSOUN D., PETREQUIN C., VAN ES P., 1995, « Dépistage mammographique individuel du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans : audit de la pratique de 41 médecins généralistes d'Ile-de-France », *La Revue du Praticien*, 300, 40-51.
- BANCHEREAU C., DOUSSIN A., ROCHEREAU T., SERMET C., 2002, « L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le Bbd a-t-il atteint sa cible ? », *Questions d'économie de la santé*, 57, 1-6.
- BADEYAN G., WCISLO M., BUISSIÈRE E., LORDIER A., MATET N., 2000, « La situation périnatale en France en 1998 », *Études et Résultats*, 73.
- BARKER D.J.P., 1994, *Mothers, Babies And Diseases In Later Life*, London, British Medical Journal Publishing.
- BARTLEY M., POWER C., BLANE D., DAVEY SMITH G., SHIPLEY M., 1994, « Birth weight and later socioeconomic disadvantage : evidence from the 1958 British cohort study », *British Medical Journal*, 309, 1475-1478.
- BAUBEAU D., CARRASCO V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, 215.
- BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P., « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in *Baromètre santé 2000 : résultats* (vol. 2), Vanves, Cfes, 237-274, 2001.
- BEYNET A., MENAHEM G., 2002, « Problèmes dentaires et précarité », *Questions d'économie de la santé*, 48, 1-6.
- BLACKWELL M.D., HAYWARD M., CRIMMINS E., 2001, « Does childhood health affect chronic morbidity in later life ? », *Social Science and Medicine*, 52, 1269-84.
- BLANPAIN N., ENEAU D., 1999, « Etat de santé et accès aux soins des allocataires du RMI », *Insee Première*, 655.
- BOISGUERIN B., 2002, « La Cmu au 31 mars 2001 », *Études et Résultats*, 179.
- BOISGUERIN B., 2003, « La Cmu au 31 décembre 2002 », *Études et Résultats*, 239.
- BOISGUERIN B., GISSOT C., 2001, « L'accès aux soins des bénéficiaires de la Cmu : résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000 », *Études et Résultats*, 152.
- BOISGUERIN B., CASES C., GISSOT C., 2002, « La couverture maladie universelle : synthèse des résultats disponibles », in *Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*, Paris, La Documentation française, 503-520.

- BUNGENER M., PIERRET J., 1994, « De l'influence du chômage sur l'état de santé », in Bouchayer F. (ed), *Trajectoires sociales et inégalités: recherches sur les conditions de vie*, Inserm, Mire, Eres.
- BRIXI O., LANG T., 2000, « Comportements », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (eds), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 391-402.
- BROUSSE C., DE LA ROCHÈRE B., MASSÉ E., 2002 a, « Hébergement et distribution de repas chauds: le cas des sans-domicile », *Insee Première*, 823.
- BROUSSE C., DE LA ROCHÈRE B., MASSÉ E., 2002 b, « Hébergement et distribution de repas chauds: qui sont les sans-domicile usagers de ces services », *Insee Première*, 824.
- BRUNNER E., DAVEY SMITH G., MARMOT M., CANNER R., BEKSINSKA M., O'BRIEN J., 1996, « Childhood social circumstances and psychosocial and behavioural factors as determinants of plasma fibrinogen », *Lancet*, 347(9007), 1008-13.
- BUSKE-KIRSCHBAUM A., JOBST S., WUSTMANS A., KIRSCHBAUM C., RAUH W., HELLHAMMER D., 1997, « Attenuated cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis », *Psychosomatic Medicine*, 59, 419-426.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., 2000, « Inégalités sociales d'espérance de vie sans incapacité en France: résultats et points de méthodologie », *Médecine/Sciences*, 16(4), 1218-1224.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., HAYWARD M.D., 2001, « Disability-free life expectancy differentials according to occupational status in the french male population: 1980-1991 », *Demography*, 38(4), p. 513-524.
- CAMBOIS E., 2002, *De la limitation fonctionnelle à la restriction d'activité: l'impact des facteurs sociaux*, Rapport à la Drees, Equipe Démographie et Santé, Montpellier, octobre.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., 2003, « Vieillesse et restrictions d'activité: l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », *Études et Résultats*.
- CAMBOIS E., « Careers and mortality in France: Evidence on how far occupational mobility predicts differentiated risks », *Social Science and Medicine*, à paraître.
- CASSOU B., DERIENNIC F., MONFORT C., IWATSUBO Y., AMPHOUX A., 2001, « Evolution de la santé après la retraite et condition de travail durant la vie active: à propos d'une cohorte de retraités parisiens suivi depuis 10 ans », in Cassou *et al.* (eds), *Travail, santé, vieillissement: relations et évolutions*, colloque des 18 et 19 novembre 1999, Paris, Toulouse, Octarès, 115-124.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., LEBAS J., 2001, « Etat de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits: le projet "PRE-CAR" », in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm (Questions en santé publique).
- CHEUNG Y.B., 2002, « Early origins and adult correlates of psychosomatic distress », *Social Science and Medicine*, 55, 937-948.
- CHOQUET M., LAGADIC C., 2000, « La santé des adolescents », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (eds), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 207-222.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, 2002, *Avis sur l'exclusion et l'alimentation*, Avis 34.
- COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N., 2002, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *Études et Résultats*, 181.
- COLLET M., 2003, *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé*, mémoire de Dea de sociologie, Credes (Thèses et Mémoires).

- COM-RUELLE L., 1995, *Les Etapes diagnostiques et la maladie principale des hospitalisés en 1992: enquête nationale sur les hospitalisés 1991-1992*, Credes 1, 150 p.
- DAVEY SMITH G., HART C.L., BLANE D., HOLE D., 1998, «Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study», *British Medical Journal*, 316, 1631-1635.
- DAVEY SMITH G., HART C.L., BLANE D., GILLIS C., HAWTHORNE V., 1997, «Life time in socio-economic position and mortality: prospective observational study», *British Medical Journal*, 314, 247-452.
- DEINZER R., KIRSCHBAUM C., GRESELE C., HELLHAMMER D., 1997, «Adrenocortical response to repeated parachute jumping and subsequent h-CRH challenge in experienced healthy subjects», *Physiology and Behaviour*, 61, 507-511.
- DESEQUELLES A., 2002, «Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur», *Insee Première*, 854.
- DGS (Direction générale de la Santé), 2001, *Synthèse des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité/Dgs.
- DUMESNIL S., LE FUR P., 2003, «Etat de santé des enfants pauvres et recours aux soins en ambulatoire», *Actes du colloque «Les enfants pauvres en France», 21 mars 2003*, Cerc.
- EISINGER F., GUAGLIARDO V., JULIAN-REYNIER C., MOATTI J.-P., 2001, «Dépistage des cancers», in *Baromètre santé 2000 : Résultats* (volume 2), Vanves, Cfes, 329-355.
- ELO I.T., PRESTON S.H., 1992, «Effects of early-life conditions on adult mortality: a review», *Population Index*, 58, 186-212.
- FACY F., DALLY S., RABAUD M., 2001, «Alcoolisme et précarité», in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm (Questions en santé publique).
- FEUR E., MICHAUD C., BOUCHER J., GERBOIN-REROLLE P., LEYNAUD-ROUAUD C., CHATEL S., GOURDON M., LEDESERT B., 2003, «Obésité des adolescents dans trois départements français: modes de vie, précarité et restauration scolaire», *BEH*, 18-19.
- FIRDION J.-M., MARPSAT M., LECOMTE T., MIZRAHI A., MIZRAHI A., 1998, «Vie et santé des personnes sans domicile à Paris», *Credes Biblio*, 1222.
- FIRDION J.-M., MARPSAT M., AMOSSE T., DOUSSIN A., ROCHEREAU T., 2001, «Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire: enquête Ined, Paris et petite couronne, 1998», *Credes Biblio*, 1355.
- GILMAN S.E., KAWACHI I., FITZMAURICE G.M., BUKA S.L., 2002, «Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression», *Int. J. Epidemiol.*, 31(2), 359-67.
- GLIKSMAN M.D., KAWACHI I., HUNTER D., COLDITZ G.A., MANSON J.A.E., STAMPFER M.-J., 1995, «Childhood socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in middle aged US women: a prospective study», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 10-15.
- GOLBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F., 2002, «Les déterminants sociaux de la santé: les apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé», *Sciences sociales et santé*, 20, 4, 75-128.
- GRIGNON M., POLTON D., 2000, «Inégalités d'accès et de recours aux soins», in *Mesurer les inégalités: de la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, Paris, D/Mire, 188-200.

- GUIGNON N., BADEYAN G., 2002, «La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire», *Études et Résultats*, 155.
- HAMON-CHOLET S., 2002, «Accidents, accidentés et organisation du travail», *Premières informations et premières synthèses* (Dares), 20.1, 1-10.
- HARPER S., LYNCH J., HSU W.L., EVERSON S.A., HILLEMEIER M.M., RAGHUNATHAN T.E., SALONEN J.T., KAPLAN G.A., 2002, «Life course socioeconomic conditions and adult psychosocial functioning», *Int. J. Epidemiol.*, 31(2), 395-403.
- HASSIN J., 1998, «Etat de santé et prise en charge des populations sans domicile fixe à Paris», in Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 107-118.
- HASSOUN D., 1998, «Précarité et état de santé bucco-dentaire», *Questions d'économie de la santé* 16, 1-4.
- Hcsp (Haut Comité de la santé publique), 1998, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Paris, La Documentation française.
- Hcsp (Haut Comité de la santé publique), 2002, *La santé en France 2002*, Paris, La Documentation française.
- HOLTE H.H., TAMBS K., BJERKEDAL T., 2000, «Manual work as predictor for disability pensioning with osteoarthritis among the employed in Norway 1971-1990», *International Journal of Epidemiology*, 29, 487-494.
- JOUBERT M., 2001, «Précarisation et santé mentale : déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires», in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm (Questions en santé publique).
- KAMINSKI M., BLONDEL B., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., 2000, «La santé périnatale», in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (eds), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 173-192.
- KARASEK R.A., 1990, «Lower health risk with increased job control among white-collar workers», *Journal of Organizational Behavior*, 11, 171-85.
- KIRSHBAUM A., PIRKE K.-M., HELLHAMMER D., 1993, «The trier social stress test: a tool for investigating psychobiological stress response in laboratory setting», *Neuropsychobiology*, 28, 76-81.
- KHLAT M., SERMET C., LEPAPE A., «Increased exposure to alcohol, tobacco and factor related to risk of suicide and accidents among unemployed men in France», *European Journal Of Epidemiology*, sous presse.
- KOVESS V., GYSENS S., POINSARD P.-F., CHANOIT P.-F., LABARTE S., 1999 a, «Mental health and use of care in people receiving a French social benefit», *Soc. Psychiatry, Psychiatr. Epidemiol.*, 34, 588-594.
- KOVESS V., MANGIN-LAZARUS C., 1999 b, «The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris», *Soc. Psychiatry, Psychiatr. Epidemiol.*, 34, 580-587.
- KRISTENSON M., ORTH-GOMÉR K. *et al.*, 1998, «Attenuated cortisol response to a standardized stress test in Lithuanian versus Swedish men: the LiVicordia study», *International Journal of Behavioral Medicine*, 5(1), 17-30.
- KUH D.L.J., BEN SHOLMO Y. (eds), 1997, *A Life Course Approach To Chronic Disease Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press.
- DE LACERDA E., JAGGERS C., MICHAUDON H., MONTEIL C., TREMOUROUX C., 2003, «La scolarisation des enfants et adolescents handicapés», *Études et Résultats*, 216.

- LANG T., RIBET C., 2000, « Les maladies cardio-vasculaires », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (eds), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 223-238.
- LANG T., DAVIDO A., DIAKITÉ B., AGAY E., VIEIL J.-F., FLICOTEAUX B., 1996, « Non urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health need does it reflect? », *JECH*, 50, 456-462.
- LANG T., LOMBRIL P., FOURIAUD C., JACQUINET-SALORD M.-C., MAHE I., RAVELO-NANOSY M.-J., 1990, « Hôpital, médecine du travail et correction des inégalités dans le domaine de la prévention », *RESP*, 38, 281-286.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (eds), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 251-266.
- LEIBOVICI D., RITCHIE K., LEDESERT B., TOUCHON J., 1996, « Does education level determine the course of cognitive decline? », *Age Ageing*, 25(5), 392-397.
- LEJEUNE C., 2001, « Périnatalité et précarité: réduire les risques grâce aux réseaux ville-hôpital », in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm (Questions en santé publique).
- LOVELL A., 2000, « Les troubles mentaux », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (eds), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 251-266.
- MARMOT M.G., WADSWORTH M.E.J. (eds), 1997, « Fetal and early childhood environment: long term health implication », *British Medical Bulletin*, 53, (issue 1).
- MARMOT M., THEORELL T., SIEGRIST J., 2002, « Work and coronary heart disease », in Stansfeld S., Marmot M. (eds), *Stress And The Heart: Psychosocial Pathways To Coronary Heart Disease*, London, British Medical Journal Book, 50-71.
- MÉNARD C., GUATIER A., 2001, « Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans », in *Baromètre santé 2000 : résultats* (vol. 2), Vanves, Cfes, 391-420.
- MESRINE A., 2000, « La surmortalité des chômeurs: un effet catalyseur du chômage? », *Economie et Statistiques*, 334(4), 33-48.
- MONTGOMERY S.M., BARTLEY M.J., COOK D.G., WADSWORTH M.E.J., 1996, « Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, p. 415-422.
- MONTGOMERY S.M., BARTLEY M.J., WILKINSON R., 1997, « Family conflict and slow growth », *Archives Of Disease In Childhood*, 77, p. 326-330.
- MORMICHE P., 1995, « L'accès aux soins: évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *Economie et Statistiques*, 282, 3-19.
- MORMICHE P., BOISSONNAT V., 2003, « Handicap et inégalités sociales: premiers apports de l'enquête HID », *Revue française des Affaires sociales*, 57(1/2), 267-286.
- MOUQUET M.-C., DUMONT M., BONNEVIE M.-C., 1999, « La santé à l'entrée en prison: un cumul des facteurs de risque », *Études et Résultats*, 4.
- MOUQUET M.-C., VILLET H., 2002, « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », *Études et Résultats*, 192.
- NOBLET P., 2002, « Les public accueillis par les associations », in *Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale: 2001-2002*, Paris, La Documentation française.
- PARIZOT I., CHAUVIN P., FIRDION J.-M., PAUGAM S., 2002, *Santé, inégalités et ruptures sociales:*

Résultats de la pré-enquête conduite dans cinq zones urbaines sensibles de l'Île-de-France, Synthèse des premiers résultats pour l'Observatoire national de la pauvreté et l'exclusion sociale, Ined/Inserm, mars.

- PARIZOT I., 1998, «Trajectoires sociales et mode de relation aux structures sanitaires», in Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, p. 299.
- PERETTI DE C., CASTETBON K., 2004, «Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième», *Etudes et Résultats*, n° 283.
- POINSIGNON Y., FARGE-BANCEL D., 1998, «Précarité, pauvreté et recrudescence des maladies infectieuses», in Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, p. 299.
- POWER C., BARTLEY M., DAVEY SMITH G., BLANE D., 1996 a, «Transmission of social and biological risks across the life course», in Blane D., Brunner R., Wilkinson R., *Health And Social Organization*, London, Routledge, 88-203.
- POWER C., MATTHEWS S., MANOR O., 1996 b, «Inequalities in self-rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility?», *British Medical Journal*, 313, 449-53.
- RAVAUD J.-F., MORMICHE P., 2000, «Handicaps et incapacités», in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (eds), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm 295-314.
- RAYNAUD D., 2003, «L'impact de la Cmu sur la consommation individuelle», *Études et Résultats*, 229.
- RICHARDS M., HARDY R., KUH D., WADSWORTH M.E., 2002, «Birthweight, postnatal growth and cognitive function in a national UK birth cohort», *Int. J. Epidemiol.*, 31(2), 342-8.
- DE LA ROCHERE B., 2003, «La santé des sans-domicile usagers des services d'aide», *Insee Première*, 893.
- SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., BARDOT F., BERNERON B., FROMET M., LASFARGUES G., MINOIS M.-C., MONTFORT C., ROBIDA C., RONDEAU DU NOYER C., DERRIENNIC F., 2001, «Etat de santé perçu et perte d'emploi», in Cassou *et al.* (eds), *Travail, santé, vieillissement: relations et évolutions*, colloque des 18 et 19 novembre 1999, Paris, Toulouse, Octarès p. 53-68.
- SCHUTZENBERGER-BOJARSKI H., RUCH M., GRACCO DE LAY M.-O., LABAYE N., 1999, «Enquête sur le saturnisme infantile dans les logements anciens des Yvelines», *BEH*, 8.
- SIEGRIST J., 1996, «Adverse health effects of high effort/low reward conditions», *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- SMITHELLS R.W., SHEPPARD S., SCHORAH S., 1976, «Vitamin deficiencies and neural tube defects», *Archives Of Disease In Childhood*, 51, 944-50.
- TABONE M.D., VINCELET C., 2000, «Précarité et santé en pédiatrie : expérience du Centre de bilan de santé de l'enfant de Paris», *Arch. Pédiatr.*, 7(12), 1274-83.
- TURSZ A., «La santé de l'enfant», in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (eds), 2000, *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 193-206.
- VAN DE MHEEN H., STRONKS K., LOOMAN C.W.N., MACKENBACH J.-P., 1998, «Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors?», *International Journal of Epidemiology*, 27, 431-437.
- VIAU A., MORIN M., SOUZY A.M., OBADIA Y., 2001, «Opinions et attitudes des médecins généralistes face aux populations défavorisées : enquête auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône», in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm (Questions en santé publique).

VOLKOFF S., THEBAUD-MONY A., 2000, « Santé au travail », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (eds), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm 349-362.