

Bibliographie indicative : Inégalités sociales de santé

Septembre 2012

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

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

Origines et déterminants des inégalités sociales de santé.....	3
Diagnostics des inégalités sociales de santé	5
Les inégalités d'accès aux soins.....	8
Réduire les inégalités sociales de santé : stratégies et modalités d'action ...	10

Origines et déterminants des inégalités sociales de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Devaux M, Jusot F, Trannoy A, Tubeuf S. **Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents.** in : Questions d'économie de la santé, N°118, 2007, 6 p. Parmi les causes des inégalités des chances en santé, on peut s'interroger sur la place du déterminisme social et familial. La santé à l'âge adulte serait en effet marquée par le milieu social d'origine. La littérature scientifique internationale avance deux hypothèses : l'effet direct des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte ; leur effet indirect passant par l'influence de l'environnement familial sur le futur statut socio-économique. Une troisième hypothèse est proposée dans notre étude : la transmission de l'état de santé entre les générations, fondée sur un patrimoine génétique commun, une reproduction des comportements à risque, de recours aux soins et de prévention. Ces trois hypothèses sont testées pour la première fois sur des données françaises issues de l'enquête européenne SHARE menée en 2004-05. Les résultats suggèrent que si l'état de santé à l'âge adulte est directement influencé par la profession de la mère, la profession du père a une influence indirecte passant par la détermination du statut socio-économique de l'enfant. Sans annuler l'influence du milieu social, l'état de santé des deux parents a, quant à lui, un effet direct sur la santé de l'enfant à l'âge adulte. Enfin, le rôle de l'éducation n'est pas à négliger puisque le niveau d'études permet d'atténuer nettement les inégalités sociales de santé à l'âge adulte.

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

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

Jobin L, Pigeon M, Anctil H. **La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir.** Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux-Direction des communications, 2012, 26 p. Ce document est une synthèse du rapport québécois "Cadre conceptuel de la santé et de ses

déterminants : Résultat d'une réflexion commune" publié en 2010. Il propose un schéma sous forme de carte regroupant et classant les déterminants de la santé. Ces déterminants sont ensuite analysés selon plusieurs champs : caractéristiques individuelles, milieux de vie, contexte global et système. Quelques exemples d'application de cette carte sont proposés. Cet aide-mémoire a été créé comme un outil au service de ceux qui agissent en faveur de la santé de la population.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diagnostiques des inégalités sociales de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les inégalités d'accès aux soins

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

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

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

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

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

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

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

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

Le concept de renoncement aux soins, utilisé régulièrement dans les enquêtes et de plus en plus mobilisé dans le débat public en France, n'a pas encore fait l'objet d'un travail méthodologique permettant d'analyser le sens que lui donnent les individus interrogés. Si le renoncement aux soins se réfère le plus souvent dans les enquêtes à un renoncement pour raisons financières, une approche socio-anthropologique, à partir d'entretiens non directifs, permet d'analyser plus largement les significations du renoncement pour les individus ainsi que les logiques sociales, économiques et culturelles qui les déterminent. Cette étude montre que le renoncement aux soins, qui peut survenir à tout moment d'un itinéraire thérapeutique, prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus. Ces deux formes de renoncement - barrière et refus - sont fréquemment associées : le facteur financier est rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cet ouvrage, réalisé dans le cadre d'un groupe de travail mandaté par le ministère de la santé, propose des modalités d'organisation des Agences régionales de santé (ARS) pour mieux prendre en compte la promotion de la santé en France. Deux autres ouvrages complémentaires sont également réalisés sur des thématiques autres. Plusieurs recommandations sont faites, notamment de travailler de manière matricielle en croisant les approches par populations, milieux et pathologies, de développer des activités intersectorielles et interministérielles, et de ne pas 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce document de travail constitue une proposition d'orientations de la politique nationale de santé à l'horizon des quinze prochaines années, avec un cadrage stratégique opérationnel pour la période 2011-2015. Il est susceptible d'être soumis à une large concertation, au-delà des services de l'Etat et des opérateurs et instances qui lui sont rattachés. Après une analyse du contexte et des enjeux, la note propose des finalités pour la politique nationale de santé, une stratégie quinquennale pour la période 2011-2015, comprenant des principes d'action, des axes stratégiques et une réflexion sur les outils de mise en œuvre opérationnelle.

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

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

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

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

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

Pour chacun de ces axes, il propose des recommandations, fournit des fiches-outils illustrées par des thèmes d'interventions possibles.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les ateliers Santé Ville articulent politique de santé et politique de la ville sur les territoires. La DIV avait publié en 2004 un bilan d'étape des Ateliers Santé ville. Trois ans après, en s'appuyant sur des exemples concrets et sur des contributions de sociologues, médecins, chercheurs et acteurs de

terrain, il fait le point complet sur la situation depuis 2006 : inégalités sociales et inégalités territoriales de santé, déterminants de santé, et bilan du dispositif Ateliers santé ville.

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

Pour aller plus loin : Sites internet utiles

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

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

Espace Thématique sur le site de l'Inpes

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

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

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

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

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

- d'ouvrir de nouvelles avenues de réflexion en matière de réduction des inégalités de santé;
- de développer des connaissances scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé et sur les approches de promotion de la santé dans les quartiers urbains;
- de former une nouvelle génération de chercheurs qui pourront planifier et réaliser des projets de recherche avec la population touchée et les personnes impliquées dans le développement social;
- de soutenir les interventions en vue d'améliorer la qualité de vie des communautés locales et de réduire les inégalités de santé.

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

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

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

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

Equipe de recherche sur les inégalités sociales (ERIS)

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

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

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

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

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

Une démarche partenariale

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

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

Observatoire des inégalités sociales

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

Les principes

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

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

Les partenaires

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

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

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

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

Le but est de :

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

Le travail d'ODENORE est organisé en 4 thèmes

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

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

Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé

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

Pour ce faire, l'OMISS doit :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Portail européen des inégalités de santé

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

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

Santé, inégalités, ruptures sociales

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

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