

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.epub

Toutes nos synthèses sont disponibles à cette adresse :

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

Bibliographie sur les Inégalités sociales de santé

Mise à jour : Avril 2016

Introduction	3
La construction des inégalités : concepts et méthodes	4
Définition	4
Éléments de bibliographie	5
En France	5
Ouvrages, rapports, working papers	5
Articles	7
A l'étranger	9
Ouvrages, rapports, Working Papers	9
Articles	18
Les déterminants des inégalités de santé	25
Focus	25
Éléments de bibliographie	27
En France	27
Publications de l'Irdes	27
Ouvrages, rapports, working papers	35
Articles	41
A l'étranger	54
Ouvrages, rapports, working papers	54
Articles	68
Les inégalités d'accès aux soins	78
Focus	78
Éléments de bibliographie	79
En France	79
Publications Irdes	79
Ouvrages, rapports, working papers	83
Articles	88
A l'étranger	93
Ouvrages, rapports, working papers	93
Articles	104
Le renoncement aux soins et le non-recours	117
Focus	117
Éléments de bibliographie	118
Publications Irdes	118
Etudes françaises : rapports, ouvrages, working papers	127
Etudes françaises : articles	151

Publications étrangères	161
Le refus de soins	178
Focus	178
Éléments de bibliographie	178
Publications Irdes	178
Ouvrages, rapports, working papers	179
Evaluation des politiques publiques	191
Focus	191
Éléments de bibliographie	193
En France	193
Publications de l'Irdes	193
Rapports, ouvrages, working papers	197
Articles	212
A l'étranger	220
Ouvrages, rapports, working papers	220
Articles	239
Autres Sources	245
Dossiers documentaires en ligne	245
Bases de données, sites internet	245
Listes de diffusion sur les inégalités de santé	250
Revue spécialisée	250

Introduction

Si l'espérance de vie a considérablement augmenté dans les pays industrialisés au cours de la seconde moitié du XXe siècle, on observe encore de très fortes inégalités face à la mort, à la maladie, au handicap et à l'accès aux soins, en fonction de l'origine sociale des individus. Plus encore, il semble que ces inégalités, malgré les progrès de la médecine, n'ont pas régressé au cours des dernières décennies. Les avancées faites dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des maladies paraissent en effet avoir surtout profité aux catégories sociales les plus élevées. En France, par exemple, l'espérance de vie continue de croître pour tous et toutes, mais les inégalités sociales de santé restent aujourd'hui parmi les plus élevées d'Europe. Pour mémoire, l'écart d'espérance de vie pour un homme français de 35 ans diffère aujourd'hui de sept années selon qu'il est ouvrier ou cadre et le taux de survie après l'annonce d'une maladie grave, telle le cancer, diffère considérablement en fonction de la catégorie sociale des malades.

Ces questions concernant le rôle de la prévention et du dépistage sont très importantes en ce qui concerne notamment les politiques à mettre en œuvre en matière de lutte contre les inégalités de santé publique. En France, les très rares mesures préconisées pour lutter contre les inégalités de santé relèvent essentiellement de la prévention, comme par exemple dans la loi de santé publique du 9 août 2004. Par ailleurs, elles visent le plus souvent les comportements individuels face à certains facteurs de risque bien identifiés (tabagisme, alcoolisme, sédentarité, alimentation déséquilibrée...) en leur attribuant un poids disproportionné dans la genèse des inégalités de santé (minimisant le facteur risques au travail) et en oubliant de les insérer dans des pratiques collectives qui ont leur logique et un rôle social parfois éminent.

Des disparités entre territoires sont également très importantes – à niveau de richesse comparable - sans que l'on parvienne à comprendre exactement pourquoi. Ces disparités géographiques seraient sans doute mieux évaluées et comprises si les recherches tenaient compte de deux éléments fondamentaux : la structure sociale de chacune des entités spatiales étudiées (en comparant par exemple les mêmes catégories sociales entre elles) et l'histoire sociale et économique de chacune des catégories sociales en question.

Il est probable que la persistance des inégalités sociales de santé ait finalement des causes multiples : différences d'exposition aux facteurs de risque, en particulier dans le domaine du travail et de l'environnement ; accélération du vieillissement physiologique corrélée avec la dureté des conditions sociales d'existence des individus ; incidence des habitudes de classe en matière d'alimentation et d'hygiène de vie ; aptitude socialement différenciée à pouvoir intégrer et mettre en œuvre des informations d'ordre préventif notamment en matière de soins ; impact des différentes attitudes des professionnels de santé en fonction de l'appartenance sociale des patients ; effets de renforcement cumulatif entre position objective dans l'espace des positions sociales et fragilisation des éléments d'ordre subjectif susceptibles de renforcer les handicaps sociaux et économiques.

Dès lors, il semble bien que l'effort à mener pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé ne concerne pas uniquement la question de l'accès aux soins, pas plus qu'il ne doit s'exercer uniquement en direction de populations ciblées (par exemple, la grande précarité). Si ces efforts sont nécessaires, ils ne doivent pas masquer le fait que les inégalités traversent l'ensemble du corps social. En d'autres termes, être en bonne santé n'est pas qu'une affaire de capital physiologique individuel, de chance ou de malchance en matière de maladie et de mort, c'est aussi une question sociale. Il faut donc s'attaquer aux inégalités sociales qui fondent les inégalités sociales de santé. Ainsi, en plus de la qualité des soins et d'avoir une réelle égalité d'accès aux soins, il est certain que le fait de pouvoir bénéficier d'un logement décent, d'avoir accès à un emploi satisfaisant et suffisamment rémunéré, de vivre dans un environnement de qualité, de profiter d'une meilleure éducation, seraient des facteurs déterminants pour tenter d'agir dans ce domaine.

Ainsi, à la conception souvent très individuelle des comportements à risques qui marquent généralement les politiques publiques et les représentations des professionnels de santé, une appréhension plus globale de la dimension sociale des problèmes de santé gagnerait à diffuser plus largement dans l'espace public...

Extrait de *Discours croisés sur les inégalités sociales de santé aujourd'hui*. Revue *Sociologie de santé*, n° 28, juin 2008.

La construction des inégalités : concepts et méthodes

Définition

Justice sociale

Elle peut se définir de manière négative : est injuste ce qui n'est pas acceptable socialement. Par exemple, les inégalités de salaires entre métiers de qualifications différentes sont le plus souvent considérées comme justes, parce qu'elles sont socialement acceptées par la majorité. Il existe une distinction entre justice sociale (ou équité ou égalité). La justice sociale est aussi une notion qui évolue dans le temps, ce qui est juste socialement peut devenir injuste si le contexte change. C'est essentiellement une projection vers une société plus juste, ce n'est pas réellement une fin en soi, il y a toujours des injustices. On peut le voir soit comme une utopie, soit comme une démarche progressive. Les actions ayant pour objectif la justice sociale visent à donner à chacun les mêmes chances de réussite, on parle alors parfois d'« égalité des chances ». Les corrections nécessaires peuvent être sociales, financières ou culturelles.

Dans son ouvrage majeur *Théorie de la justice* de 1971, le libéral [John Rawls](#) écrit qu'une société est juste si elle respecte trois principes, dans l'ordre : 1) garantie des libertés de base pour tous ; 2) égalité « équitable » des chances ; 3) maintien des seules inégalités qui profitent aux plus défavorisés.

Équité horizontale

Le concept d'équité horizontale stipule que deux personnes dans la même situation devraient avoir les mêmes droits et obligations. Il est donc proche du principe d'égalité : « à situation égale, prestations égales » et il s'oppose aux discriminations. On retrouve la notion aristotélicienne de [justice commutative](#).

Équité verticale

L'équité verticale cherche à réduire les écarts de niveau de vie entre les individus. Elle vise donc à ce que les plus riches contribuent davantage que les plus modestes. On parle aussi de [justice distributive](#).

John Rawls a introduit en 1971 le "principe de différence" (ou maximum) en spécifiant que l'optimum de justice sociale était atteint quand la situation des populations les plus défavorisée était la meilleure possible. Cette conception s'oppose à une vision [égalitariste](#) de la justice sociale.

Équité en santé

Selon l'OMS (*Closing the health inequalities gap : an international perspective*, 2005), l'équité en santé : « désigne l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population, qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement »

Plus largement, selon la Banque Mondiale (*Rapport sur le développement dans le monde 2006*), l'équité recouvre deux principes fondamentaux. Le premier est l'*égalité des chances*, l'idée selon laquelle ce qu'une personne accomplit durant son existence doit être avant tout fonction de ses capacités et de ses efforts, plutôt que d'un contexte préétabli : race, sexe, milieu familial et social, pays d'origine, etc. Le second principe recouvre l'idée de *ne pas être laissé pour compte*, notamment du point de vue des niveaux de santé, d'éducation et de consommation.

Cette définition a inspiré les travaux menés par l'OMS dans le cadre de la Commission dédiée à la réduction des inégalités en santé (*Commission on Social Determinants of Health*).

Éléments de bibliographie

En France

Ouvrages, rapports, working papers

(2013). Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé : Paris : HCSP

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130619_indicateurinegalitesocialesante.pdf

Ce rapport répond à deux saisines de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction de la recherche - des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), portant d'une part sur « la pertinence et les possibilités de prise en compte des caractéristiques sociales dans les indicateurs transversaux et spécifiques » associés aux objectifs de la loi de santé publique, et sur la hiérarchisation des indices écologiques de défavorisation sociale ; d'autre part sur la proposition d'indicateurs permettant « d'assurer le suivi des inégalités de santé dans le domaine du cancer, de ses facteurs de risque et de ses conséquences, notamment en termes de mortalité ». Le HCSP analyse les éléments disponibles pour rendre compte de l'évolution des inégalités sociales de santé et propose des indicateurs à insérer dans les systèmes d'information en santé, ainsi que des évolutions à apporter dans ces systèmes d'information, de façon à prendre en compte ces inégalités sociales de santé dans les différents types d'usages des données de santé : systèmes de recueil de données en routine (mortalité, morbidité, institutions de soins) ; enquêtes, études et travaux de recherche ; bilans des politiques de santé. La première partie est générale et concerne l'ensemble des états de santé et pathologies. Dans la seconde partie, qui concerne le domaine du cancer, les objectifs généraux sont plus spécifiquement appliqués aux systèmes d'information ou sources de données mobilisables sur le cancer, afin de pouvoir disposer de données suffisantes à la conduite des politiques de réduction des inégalités.

Appouey B., Silber J. (2013). Inequality and bi-polarization in socioeconomic status and health: Ordinal approaches: Paris: Paris School of economics

http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/85/00/14/PDF/wp_201330.pdf

Traditional indices of bi-dimensional inequality and polarization were developed for cardinal variables and cannot be used to quantify dispersion in ordinal measures of socioeconomic status and health. This paper develops two approaches to the measurement of inequality and bi-polarization using only ordinal information. An empirical illustration is given for 24 European Union countries in 2004-2006 and 2011. Results suggest that inequalities and bi-polarization in income and health are especially large in Estonia and Portugal, and that inequalities have significantly increased in recent years in Austria, Belgium, Finland, Germany, and the Netherlands, whereas bi-polarization significantly decreased in France, Portugal, and the UK.

Wilkinson R. (2013). Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous : Paris : Les petits matins

Pourquoi les Japonais vivent-ils plus longtemps que les Américains ? Pourquoi y a-t-il plus de grossesses chez les adolescentes aux États-Unis qu'en France ? Pourquoi les Suédois ont-ils la taille plus fine que les Grecs ? La réponse est chaque fois : l'inégalité. État de santé, espérance de vie, obésité, santé mentale, taux d'incarcération ou d'homicide, toxicomanie, grossesses précoces, succès ou échecs scolaires, bilan carbone et recyclage des déchets, tous les chiffres vont dans le même sens : l'inégalité des revenus nuit de manière flagrante au bien-être de tous. Conclusion des auteurs : « Ce n'est pas la richesse qui fait le bonheur des sociétés, mais l'égalité des conditions. » (4ème de couv.).
<http://www.lespetitsmatins.fr/collections/pourquoi-legalite-est-meilleure-pour-tous/>

Aiach P. (2010). Les inégalités sociales de santé : écrits
Paris : Economica ; Paris : Anthropos

Ce livre reprend les principaux textes écrits par Pierre Aiach sur les inégalités sociales de santé au cours de sa longue carrière de sociologue chercheur au sein de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et, récemment, en tant que chercheur rattaché à l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris). Les inégalités sociales de santé constituent un objet de recherche particulier en ce sens qu'il porte sur une réalité le plus souvent ignorée et même parfois niée par une partie de ceux qui en sont les victimes. Leur existence est la preuve la plus probante que la société qui les produit est injuste et, ce, d'autant plus qu'elles sont importantes. Produites par d'autres inégalités sociales, elles sont de ce fait amenées à se maintenir et parfois même à s'accroître tant que l'injustice sociale ne diminuera pas dans notre société. La poursuite de leur étude sur la longue durée est à la fois fascinante et exigeante : elle suppose de la part de ceux qui s'y attèlent une forme d'engagement personnel pour un monde plus juste. Mais il s'agit aussi d'une question où les idéologies latentes chez ceux qui l'étudient sont fortement présentes et peuvent conduire à des errements et à des occultations.

Rameix S., Durand-Zaleski I. (2006). Justice and the allocation of the healthcare, In : *Constructive conversations about health*. Oxford : Radcliffe Publishing : 177-183

Borgetto M., Calves G., Concialdi P., et al. (2000). Définir les inégalités. Des principes de justice à leur représentation. Paris : DREES

Cet ouvrage est le résultat d'un séminaire de recherche qui s'est tenu les 17 et 18 mai 1999 sur la question des inégalités. Il est consacré à la clarification des concepts d'égalités et d'inégalités, de justice sociale, à travers des éclairages disciplinaires différents (philosophie, droit, histoire, science politique, sociologie, statistique, économie).

Couffinhal A., Dournovo J., Grignon M., Henriot D., Polton P., et al. (2000). Redistributivité et système de soins. Rapport CreDES. Paris : CREDES.

La question de l'équité de l'accès aux soins occupe une place centrale dans toute réflexion sur le rôle de l'Etat dans le système de santé. L'accès universel aux soins passe par une nécessaire redistributivité du système d'assurance maladie. Ce rapport se base sur les travaux du CreDES et du groupe de travail européen Ecuity. Il comprend trois parties : les deux premières empiriques étudient respectivement la redistribution qui s'opère autour de l'ensemble du financement des soins et les inégalités d'accès aux soins. La troisième propose un modèle théorique qui englobe des aspects financement et consommation et qui formalise les principaux mécanismes qui expliquent la redistribution à l'œuvre dans le système de santé. Ces trois parties ont été réalisées par différents membres du groupe de travail et peuvent être considérées séparément.

Bejean S., Batifoulier P., Fargeon V., Schneider-Bunner C., Mosse P. (1997). Nouvelles approches théoriques en économie de la santé, Actes des 19èmes journées des économistes de la santé français. Lille, 1997. Montrouge : John Libbey Eurotext

Une des sessions des dix-neuvièmes journées du Groupe des Economistes de la Santé Français tenues à Lille en janvier 1997 et animée par l'équipe du Latec de Dijon portait sur les nouvelles approches théoriques en économie de la santé. Dans la première partie de cet ouvrage sont présentés et mis en perspective, voire en cohérence, deux types d'approfondissement théoriques privilégiés depuis les années 1980 : d'une part, quatre référents théoriques appliqués récemment au domaine de la santé : la théorie de l'agence, la théorie des coûts de transaction, l'économie des conventions et la théorie évolutionniste ; d'autre part, les différentes façons de traiter l'équité en économie de la santé.

Schneider-Bunner C. (1997). Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité. Paris : Economica

Quelles conceptions de l'équité peut-on envisager pour le domaine de la santé à partir des théories contemporaines de la justice sociale ? Parmi ces conceptions, lesquelles sont en vigueur, explicitement ou implicitement, dans les systèmes de santé européens, à travers leurs diverses modalités d'organisation et de régulation ? Définir et révéler l'équité : tels sont les jalons du parcours proposé dans cet ouvrage, menant des théories de la justice à l'analyse des politiques économiques et sociales conduites dans le domaine de la santé.

Schneider-Bunner C. (1996). Economie et justice sociale : l'organisation et la régulation des systèmes de santé face à l'équité. Thèse doctorat ès Science Economique : "Analyse et politique économiques". Dijon : Université de Bourgogne.

L'auteur fait l'exposé du développement parallèle de l'économie de la santé et de l'étude de la justice sociale. L'intersection des deux domaines est un champ encore peu exploré, bien que la garantie de l'égalité dans l'accès aux soins constitue un objectif majeur des systèmes de santé européens depuis leur origine. L'auteur décrit l'intérêt théorique, social de l'équité et santé, puis définit l'équité dans le domaine de la santé.

Castiel D. (1995). Equité et santé : Rennes : Editions ENSP

L'exigence d'équité hante la santé publique tel un fantôme insaisissable. Elle continue de relever davantage de grands principes politiques, voire éthiques, que d'inspirer des mesures concrètes, comme en témoignent les réformes actuelles des systèmes de santé intervenues dans la plupart des pays industrialisés. Didier Castiel interroge, dans cet essai, les relations entre l'économie et l'éthique. Il s'intéresse particulièrement à la prise en compte, dans le calcul économique appliqué à la santé, du principe d'équité formulé par John Rawls. A titre d'illustration, il propose un nouveau modèle de répartition des indemnités journalières en cas de maladie. Un modèle dont pourrait s'inspirer toute réforme du système de santé.

Articles

Ducros, D., et al. (2015). "Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé." *Santé Publique* 27(3): 383-393, carte, tabl.

La capacité à mesurer les inégalités sociales de santé (ISS) est un préalable à la mise en oeuvre des politiques territoriales de réduction de ces inégalités. L'absence d'informations individuelles à caractère socio-économique dans les bases de données médico-administratives ne permet pas de les évaluer directement. L'objectif est de proposer une méthode de mesure des ISS à partir des bases de données de l'Assurance maladie et d'un indicateur écologique agrégé de défavorisation.

Trannoy A. (2013). Quels enseignements tirer des théories de la justice en matière de lutte contre les inégalités de santé ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Nous récapitulons les enseignements que nous pouvons tirer des études portant sur l'inégalité des chances en santé, sur la façon de lutter contre les inégalités de santé. La thèse soutenue est que l'apport de ces études se limite pour l'instant à proposer un indicateur permettant de mesurer le succès relatif des politiques de santé visant à réduire les inégalités. Cet indicateur est la part des inégalités de santé expliquée par les comportements à risque (par rapport à la part des inégalités de santé héritées). Nous justifions le choix de cet indicateur non par un jugement de valeur qui considérerait que ces inégalités peuvent être considérées comme légitimes, mais par le fait que nous ne savons pas à l'heure actuelle quels sont les bons instruments pour les réduire : les inégalités de santé liées aux comportements à risque font figure d'inégalités plus irréductibles que les autres inégalités de santé (et en particulier que les inégalités héritées) et à ce titre-là, une part prédominante de ces inégalités indique que la politique de santé n'est pas loin d'avoir atteint ses objectifs en matière de réduction des inégalités de santé.

Rey G. (2013). Measuring social inequalities in cause-specific mortality in France : Comparison between linked and unlinked approaches. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Le suivi dans le temps des inégalités sociales de mortalité représente un enjeu de santé publique majeur. Cette étude propose de présenter les données disponibles permettant d'évaluer les différentiels socioéconomiques de mortalité par cause dans la population âgée de 25 à 55 ans en France. Plus spécifiquement, elle compare le biais et la précision inhérents à l'utilisation de la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) déclarée lors du dernier recensement (méthode chaînée dans l'échantillon démographique permanent [EDP]) ou à l'état civil au moment du décès (approche non chaînée exhaustive). Méthodes : L'EDP, un échantillon au centième de la population

Le vivant en France, apparié aux causes médicales de décès a été utilisé pour l'approche chaînée. Les données exhaustives de mortalité par cause ont été utilisées pour l'approche non chaînée. Les PCS ont été classées en huit catégories. En prenant les cadres comme référence, des risques relatifs de mortalité par cause et leur intervalle de confiance à 95% ont été calculés à l'aide de régressions de Poisson pour les périodes 1983-1989, 1991-1997 et 2000-2006. Ces calculs ont été faits sur la base de l'EDP et sur les données exhaustives non chaînées. Résultats : Sur la période 2000-2006, les PCS déclarées au précédent recensement et à l'état civil concordent pour la moitié des décès de l'EDP. Lorsque l'on compare les deux approches, les risques relatifs sont généralement plus élevés avec l'approche non chaînée, en particulier pour les employés. Les risques relatifs pour les ouvriers sont similaires selon les deux approches sur les périodes 1983-1989 et 1991-1997 et plus élevés pour l'approche non chaînée sur la période 2000-2006. Sur cette dernière période, l'ordre et l'amplitude des risques relatifs varient de façon similaire selon la PCS et la cause de décès pour les deux approches. Les intervalles de confiance obtenus à l'aide de l'approche chaînée sont larges. Conclusion : La PCS déclarée à l'état civil au moment du décès nécessite des précautions importantes pour un usage en épidémiologie et les données de l'EDP ne permettent pas un suivi fin des inégalités sociales de mortalité. D'autres solutions sont envisageables comme le recueil du niveau d'étude à l'état civil ou l'appariement de la base de mortalité par cause de décès avec d'autres bases de données à vocation exhaustive.

Rican S., Rey G., Lucas-Gabrielli V., Bard D., et al (2011). Désavantages locaux et santé : construction d'indices pour l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé en France et leurs évolutions. *Environnement Risques & Santé*, 10 (3) : 211-215.

L'analyse des inégalités face à la santé, après avoir longtemps mis l'accent sur les situations sociales, économiques et culturelles de chaque individu, insiste aujourd'hui sur la nécessaire prise en compte des contextes sociaux, environnementaux et politiques dans lesquels évoluent ces individus. Ces analyses passent par la construction d'indicateurs permettant de repérer des situations locales en faveur ou en défaveur de l'état de santé d'un individu ou de la population dans son ensemble. Ces indicateurs synthétiques, outre leur intérêt pour la surveillance des inégalités face à la santé et l'analyse des déterminants associés à ces inégalités, peuvent également constituer des outils d'aide à la décision en matière d'allocations de ressources et de politiques ciblées de prévention ou de prise en charge de certaines populations. Largement utilisé dans les études anglo-saxonnes depuis la fin des années 1980, leur universalité et la pertinence de leurs composantes sont toutefois aujourd'hui discutées. Il n'existe pas à ce jour d'indicateur localisé faisant consensus et suffisamment standardisé pour permettre des comparaisons entre les différentes études menées dans le champ des inégalités face à la santé. L'objectif de ce projet, regroupant différentes équipes de recherche travaillant sur l'influence du contexte de résidence dans le domaine sanitaire, est de chercher à dégager un consensus concernant la définition, la construction et les conditions d'utilisation d'indicateurs localisés de désavantage en lien avec les inégalités de santé en France. On s'interrogera également sur la capacité de tels indicateurs à rendre compte des vulnérabilités sanitaires en cours ou à venir, et sur leur potentiel d'utilisation dans la gestion des ressources sanitaires.

Rochaix L., Tubeuf S. (2009). Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications. In : Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance. *Revue Economique*, 60 (2) : 325-344.

Alors que de nombreuses recherches récentes ont apporté des éléments de mesure, voire d'explication des inégalités sociales de santé et de recours aux soins en France, leurs aspects relevant de l'équité n'ont pas été systématiquement mis en avant. Cet article pose la question du statut de l'équité dans le contexte actuel de travaux empiriques et propose une lecture éthique des recherches récentes dans le domaine des inégalités en santé, tant économiques qu'épidémiologiques, particulièrement celles qui relèvent de la demande de soins de santé. Nous considérons les aspects de l'équité sous-jacents à la mesure de la santé, la mesure des inégalités et l'interprétation des résultats. Il apparaît alors que le concept d'équité ne saurait être écarté de l'analyse économique dans ce domaine d'application que constitue la santé et qu'un effort plus systématique d'explicitation des fondements éthiques des mesures empiriques permettrait de mieux articuler mesure et décision. En outre, l'accent est mis sur l'apport majeur que constitue le passage de l'analyse des inégalités de santé à celle d'inégalités des chances en santé, qui offre une transcription directe de la notion d'équité en santé.

Gary-Bobo R. (2006). Education, efficacité économique et justice sociale : une approche rawlsienne. *Revue d'Economie Politique*, 116 (2) : 199-228.

L'auteur étudie l'allocation des ressources éducatives qu'un planificateur égalitariste rawlsien voudrait mettre en œuvre dans une économie où des transferts en monnaie directs et des transferts en nature (aide scolaire) peuvent être réalisés simultanément. L'information du planificateur relativement aux caractéristiques des agents est incomplète : ces derniers ont un type caché, appelé " handicap ", qui gouverne le coût de leur investissement dans les études. Nous montrons qu'une information incomplète, l'optimum (de second rang) se caractérise par les propriétés suivantes : l'égalité totale n'est pas réalisée ; l'inégalité entre les types est d'origine informationnelle (rente informationnelle) ; le niveau d'études des agents est déterminé comme fonction décroissante de leur handicap ; l'aide est fournie sous forme compensatoire aux plus handicapés seulement dans la mesure où aide et effort sont substituables. Un paradoxe apparaît : l'inégalité des niveaux d'éducation atteints s'accroît à l'optimum lorsque l'aversion du planificateur pour l'inégalité s'accroît, au point que le planificateur rawlsien est celui qui tolère la plus grande inégalité des niveaux d'éducation. Les outils utilisés dans l'analyse sont discutés, l'origine du paradoxe susmentionné, et les auteurs tentent de relier les résultats obtenus avec la doctrine de John Rawls.

Perrin V., Obadia Y., Moatti J.P. (1998). Systèmes et états de santé : l'équité introuvable ? In : Economie des systèmes de santé. *Economie Publique - Etudes et Recherches*, (2) : 141-175.

La réduction des inégalités de santé semble devenir une priorité en matière de politique de santé publique. Cet article tente de mettre en avant les difficultés méthodologiques et empiriques que pose le concept sous-jacent d'équité en matière de santé, qui reste trop souvent confus lors des débats publics.

Gadreau M., Schneider-Bunner C. (1997). L'équité dans le modèle de "concurrence organisée" pour la régulation d'un système de santé. *Economie et Prévision*, (129-130) : 221-237.

Le Pen C., Piatecki C., Rochaix L., Dreze J.H. (1997). Nouvelles approches micro-économiques de la santé. *Economie et Prévision*, (129-130) : 276, graph.

Ce numéro spécial d' "Economie et Prévision" fait le point sur les nouvelles perspectives de développement de l'économie de la santé rapprochant théorie et pratique. Il rassemble les contributions de différents économistes français selon les axes suivants : outils d'analyse et de mesure en économie de la santé, stratégies d'acteurs, enjeux de la régulation.

A l'étranger

Ouvrages, rapports, Working Papers

Cookson, R., et al. (2016). Health equity indicators for the English NHS. CHE Research Paper Series ;124. York : University of York

This research highlights the breadth of health inequalities between the richest and poorest in England. It finds that the richest fifth of people in England can expect to live at least 12 more years of life in full health than the poorest fifth. Despite their shorter lives, poorer people make more use of NHS services - especially emergency services. It identifies reducing inequality in health care outcomes rather than access to care as a priority for the NHS

Robson, M., et al. (2016). Eliciting the Level of Health Inequality Aversion in England. CHE Research Paper Series ;125. York : University of York

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP125_eliciting_inequality_preferences_.pdf

Policy makers faced with equality-efficiency trade-offs can articulate the nature and extent of their health inequality aversion using social welfare functions. In this study we use data from an online

survey of the general public in England (n=246) to elicit health inequality aversion parameters by numerically solving Atkinson and Kolm social welfare functions. We elicit median inequality aversion parameters of 10.95 for Atkinson and 0.15 for Kolm. These values suggest substantial concern for health inequality among the English general public which, at current levels of quality adjusted life expectancy, implies weighting health gains to the poorest fifth of people in society six to seven times as highly as health gains to the richest fifth.

Erreygers, G. and R. Kessels (2015). Socioeconomic status and health: A new approach to the measurement of bivariate inequality. Antwerpen : University of Antwerp
<http://ideas.repec.org/p/ant/wpaper/2015017.html>

We suggest an alternative way to construct a family of indices of socioeconomic inequality of health. Our indices belong to the broad category of linear indices. In contrast to rank-dependent indices, which are defined in terms of the ranks of the socioeconomic variable and the levels of the health variable, our indices are based on the levels of both the socioeconomic and the health variable. We also indicate how the indices can be modified in order to introduce sensitivity to inequality in the socioeconomic distribution and to inequality in the health distribution. As an empirical illustration, we make a comparative study of the relation between income and well-being in 16 European countries using data from SHARE Wave 4.

De Maio, F. (2014). Global health inequities. A sociological perspective. New-York, Palgrave Macmillan.

Despite living in a 'globalized' world where advances in medicine, technology and science come at an ever-increasing pace, there exist staggering inequalities in health. Even as we celebrate new pharmaceutical developments, access to already-existing medicines is hindered by economic and political barriers for poor people around the world. Critical but accessible, *Global Health Inequities* questions taken-for-granted assumptions, showing how breakthroughs in biomedicine alone cannot address inequities in health. The book's analysis of theory and empirical work elucidates key debates and highlights the most significant challenges facing global health today, including the growing burden of chronic non-communicable diseases and the persistent injustice of neglected tropical diseases. Fernando De Maio identifies the need for sociological analysis in global health, drawing together research from public health, sociology, anthropology and related fields, in order to expand the scope of the medical gaze towards a more holistic and structural perspective of health inequity. (4ème de couv.).

Corna, L. M. (2013). "A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: a critical review of conceptual frameworks." *Adv Life Course Res* **18**(2): 150-159.

Social scientists and public health researchers have long known that social position is related to health and that socioeconomic inequalities in health persist in later life. Increasingly, a life course perspective is adopted to understand the socioeconomic position (SEP)-health dynamic. This paper critically reviews the conceptual perspectives underlying empirical research seeking to better understand socioeconomic inequalities in health in the context of the life course. I comment on the contributions of this work, but also its limitations. In particular, I note the emphasis on understanding the mechanisms linking SEP to health, to the exclusion of research on the institutional and structural factors associated with socioeconomic inequalities over the life course. I also critique the relative absence of gender in this work, and how, by not linking individual experiences to the social policy contexts that shape resources and opportunities, the proximal, rather than the structural or institutional determinants of health are emphasized. I suggest that moving forward, a return to some of the key tenets of life course theory, including contributions from the comparative welfare states literature, may better inform life course analyses of socioeconomic inequalities in health. Specific suggestions for life scholarship are discussed.

Brekke K.A. (2014). Impacts of Transfers for the Concentration Index: Explaining the Health Equality Paradox ? Oslo : University of Oslo
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2402705

Empirical studies often report that social inequalities in health are larger in Nordic welfare states than in less egalitarian societies. This is called the health equality paradox, and may actually follow from some properties of bivariate measures such as the concentration index. In this paper, we show why some income transfers increase measured health inequality. While unconditional income transfers will reduce the concentration index, income transfers from a rich to a poor, both with equal health, will increase the concentration index. We then argue that such health contingent income transfers are as relevant as the non-contingent ones, and that both kinds of transfers can occur for any direction of the causality between income and health. In the models we study, policies that reduce the impact of family background on income, induce health contingent income transfers. This seems like a plausible mechanism for the recent empirical finding that the concentration index is positively correlated with public expenditures on education.

(2013). Report on health inequalities in the European Union : Bruxelles : European commission
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_sw_d_2013_328_en.pdf

The report therefore begins with an overview of the size of, and trends in, health inequalities in the EU since 2000 with a focus on recent years. It goes on to describe the main actions that the Commission has taken to implement the communication on health inequalities since 2009. Further information, including the graphs and tables referred to, are in the annex.

(2013). Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries : Genève : OMS
http://www.who.int/gho/health_equity/handbook/en/

The Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries is a user-friendly resource, developed to help countries establish and strengthen health inequality monitoring practices. The handbook elaborates on the steps of health inequality monitoring, including selecting relevant health indicators and equity stratifiers, obtaining data, analysing data, reporting results and implementing changes. Throughout the handbook, examples from low- and middle-income countries are presented to illustrate how concepts are relevant and applied in real-world situations; informative text boxes provide the context to better understand the complexities of the subject. The final section of the handbook presents an expanded example of national-level health inequality monitoring of reproductive, maternal and child health.

Costa-Font J., Hernandez-Quevedo C. (2013). Inequalities in Self-Reported Health: A Meta-Regression Analysis : London. London School of Economics and Political Science
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSEHWP32.pdf>

There is a growing amount of health economics literature in Europe using standardised cross-country health inequality indexes. Yet, limited efforts have been put forward to examine the extent to which such evidence is subject to any specific methodological and publication biases despite studies relying upon different samples, heterogeneous health system institutions and which use different empirical strategies and data manipulation procedures. We draw upon appropriate statistical methods to examine the presence of publication bias in the health economics literature measuring health inequalities of self-reported health. In addition, we test for other biases including the effect of precision estimates based on meta-regression analysis (MRA). We account for a set of biases in estimates of income-related health inequalities that rely on concentration index-related methods and self-reported health measures. Our findings suggest evidence of publication bias that primarily depends on the cardinalisation of self-reported health and study-specific precision. However, no robust evidence of other publication biases has been identified.

Galama T.J. (2013). Health Inequalities through the Lens of Health Capital Theory: Issues, Solutions, and Future Directions: Tinbergen : Tinbergen Institute
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2270572

We explore what health-capital theory has to offer in terms of informing and directing research into health inequality. We argue that economic theory can help in identifying mechanisms through which specific socioeconomic indicators and health interact. Our reading of the literature, and our own work, leads us to conclude that non-degenerate versions of the Grossman model (1972a;b) and its extensions can explain many salient stylized facts on health inequalities. Yet, further development is required in at least two directions. First, a childhood phase needs to be incorporated, in recognition of the importance of childhood endowments and investments in the determination of later-life socioeconomic and health outcomes. Second, a unified theory of joint investment in skill (or human) capital and in health capital could provide a basis for a theory of the relationship between education and health.

Fraser N. (2011). *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*. La Découverte poche. Paris : Editions de la découverte

La reconnaissance est aujourd'hui un concept central du débat politique. Mais dans quelle mesure peut-elle s'intégrer à une réflexion normative sur la justice sociale ? C'est à cette question que répond la philosophe américaine Nancy Fraser, qui établit une distinction entre ce qu'elle appelle une politique de reconnaissance et une politique de redistribution. La première insiste sur l'égal respect dû à tous les membres d'une société, la seconde sur une redistribution équitable des biens et des ressources. Pour l'auteure, les conflits entre ces deux orientations sont politiquement paralysants et théoriquement insatisfaisants. En affirmant qu'une démocratie radicale consiste à reconnaître le caractère multiculturel et sexué des sociétés modernes, sans figer les identités des différents groupes ni renoncer à l'engagement historique de la gauche en faveur de l'égalité économique et sociale, elle vise à la réconciliation de la gauche culturelle et de la gauche sociale. Pour cette raison, cet ouvrage de philosophie politique est, à bien des égards, un livre politique (4e e couverture).

Krieger N. (2011). *Epidemiology and the people's health* : Oxford : Oxford University Press

Epidemiology is often referred to as the science of public health. However, unlike other major sciences, its theoretical foundations are rarely articulated. While the idea of epidemiologic theory may seem dry and arcane, it is at its core about explaining the people's health. It is about life and death. It is about biology and society. It is about ecology and the economy. It is about how myriad aspects of people's lives - involving work, dignity, desire, love, play, conflict, discrimination, and injustice - become literally incorporated into our bodies and manifest in our health status, individually and collectively. And it is about essential knowledge critical for improving the people's health and minimizing inequitable burdens of disease, disability, and death. Woven from a vast array of schools of thought, including those in the natural, social, and biomedical sciences, epidemiologic theory is a rich tapestry whose time for analysis is long overdue. By tracing its history and contours from ancient societies on through the development of - and debates within - contemporary epidemiology worldwide, Dr. Krieger shows how epidemiologic theory has long shaped epidemiologic practice, knowledge, and the politics of public health. Outlining an ecosocial theory of disease distribution that situates both population health and epidemiologic theory in societal and ecologic context, she offers a more holistic picture of how we embody the human experience. This concise, conceptually rich, and accessible book is a rallying cry for a return to the study and discussion of epidemiologic theory: what it is, why it matters, how it has changed over time, and its implications for improving population health and promoting health equity. It should be required (4e de couverture).

Praha R.J. (2010). *Health and social justice*. Oxford : Oxford University Press

Societies make decisions and take actions that profoundly impact the distribution of health. Why and how should collective choices be made, and policies implemented, to address health inequalities under conditions of resource scarcity? How should societies conceptualize and measure health disparities, and determine whether they've been adequately addressed- ? Who is responsible for various aspects of this important social problem? The author elucidates principles to guide these decisions, the evidence that should inform them, and the policies necessary to build equitable and efficient health systems world-wide. This book weaves together original insights and disparate constructs to produce a foundational new theory, the health capability paradigm. Ruger's theory takes the ongoing debates about the theoretical underpinnings of national health disparities and systems in striking new directions. It shows the limitations of existing approaches (utilitarian, libertarian, Rawlsian, communitarian-), and effectively balances a consequentialist focus on health outcomes and costs with

a proceduralist respect for individuals' health agency. Through what Ruger calls shared health governance, it emphasizes responsibility and choice. It allows broader assessment of injustices, including attributes and conditions affecting individuals' "human flourishing," as well as societal structures within which resource distribution occurs. Addressing complex issues at the intersection of philosophy, economics, and politics in health, this fresh perspective bridges the divide between the collective and the individual, between personal freedom and social welfare, equality and efficiency, and science and economics (tiré de l'introduction).

Commission Européenne. (2010). Methodological issues in the analysis of the socioeconomic determinants of health using EU-SILC data. Luxembourg : Publications Office of the European Union <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-statistical-working-papers/-/KS-RA-10-017>

Les inégalités liées à la santé entre les divers groupes socio-économiques constituent des préoccupations de santé et d'ordre public dans tous les pays. Grâce aux disciplines que sont l'épidémiologie et l'économie, nous disposons d'outils méthodologiques très fiables pour mesurer les inégalités de santé à travers les différents pays. L'étude de ces inégalités génère toutefois de nombreux problèmes méthodologiques. Dans cet article, nous étudions le biais de déclaration potentiel et les méthodes alternatives incluses dans d'autres enquêtes de santé afin d'y remédier. Nous opérons ensuite une distinction entre l'indice de concentration à court terme et à long terme, en nous fondant sur les données longitudinales figurant dans l'EU-SILC. Nous examinons également l'indice de concentration corrigé proposé par Erreygers (2009) pour pallier les insuffisances du «vieil» indice de concentration. Enfin, nous concluons par une analyse des besoins non satisfaits en termes d'examen ou de traitement médical et dentaire et de leurs principales causes, à l'aide des données disponibles dans l'EU-SILC.

Galama T., Van Kipperluis H. (2010). A Theory of Socioeconomic Disparities in Health over the Life Cycle. Santa Monica : Rand Corporation. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1659905

Understanding of the substantial disparity in health between low and high socioeconomic status (SES) groups is hampered by the lack of a sufficiently comprehensive theoretical framework to interpret empirical facts and to predict yet untested relations. The authors present a life-cycle model that incorporates multiple mechanisms explaining (jointly) a large part of the observed disparities in health by SES. In their model, lifestyle factors, working conditions, retirement, living conditions and curative care are mechanisms through which SES, health and mortality are related. Their model predicts a widening and possibly a subsequent narrowing with age of the gradient in health by SES.

Haughton J., Khandker S.R. (2009). Handbook on poverty and inequality: Washington : Banque Mondiale

The handbook on poverty and inequality provides tools to measure, describe, monitor, evaluate, and analyze poverty. It provides background materials for designing poverty reduction strategies. This book is intended for researchers and policy analysts involved in poverty research and policy making. The handbook began as a series of notes to support training courses on poverty analysis and gradually grew into a sixteen, chapter book. Now the Handbook consists of explanatory text with numerous examples, interspersed with multiple-choice questions (to ensure active learning) and combined with extensive practical exercises using stata statistical software. The handbook has been thoroughly tested. The World Bank Institute has used most of the chapters in training workshops in countries throughout the world, including Afghanistan, Bangladesh, Botswana, Cambodia, India, Indonesia, Kenya, the Lao People's Democratic Republic, Malawi, Pakistan, the Philippines, Tanzania, and Thailand, as well as in distance courses with substantial numbers of participants from numerous countries in Asia (in 2002) and Africa (in 2003), and online asynchronous courses with more than 200 participants worldwide (in 2007 and 2008). The feedback from these courses has been very useful in helping us create a handbook that balances rigor with accessibility and practicality. The handbook has also been used in university courses related to poverty (4e de couverture).

Olsen J.A. (2009). Principles in Health Economics and Policy. Oxford : Oxford University Press

Principles in Health Economics and Policy is a clear and concise introduction to health economics and its application to health policy. It introduces the subject of economics, explains the fundamental

failures in the market for health care, and discusses the concepts of equity and fairness when applied to health and health care. Written for students and health professionals with no background in economics, the book takes a policy-oriented approach, emphasizing the application of economic analysis to universal health policy issues. It explores the key questions facing health policy-makers across the globe right now, such as: How should society intervene in the determinants that affect health?

Daniels N. (2008). *Just health : meeting Health needs fairly*. Cambridge : Cambridge University Press

In this new book by the award-winning author of *Just Healthcare*, Norman Daniels develops a comprehensive theory of justice for health that answers three key questions: What is the special moral importance of health? When are health inequalities unjust? How can we meet health needs fairly when we cannot meet them all? Daniels' theory has implications for national and global health policy: Can we meet health needs fairly in ageing societies? Or protect health in the workplace while respecting individual liberty? Or meet professional obligations and obligations of justice without conflict? When is an effort to reduce health disparities-, or to set priorities in realizing a human right to health, fair? What do richer, healthier societies owe poorer, sicker societies? *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* explores the many ways that social justice is good for the health of populations in developed and developing countries.

Hogstedt C., Moberg H., Lundgren J.D., Backhans M. (2008). *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Stockholm : Swedish National Institute of Public Health.

Ce document présente une analyse des politiques de santé publique mises en place dans huit pays européens en mettant l'accent sur la question de l'équité. Les pays choisis représentent différentes parties de l'Europe : du Nord (Danemark, Finlande, Norvège, Suède), en passant par l'Ouest (Angleterre et Pays-Bas) aux pays plus au Sud (Italie et Espagne).

O'Donnell O., Van Doorslaer.E., Wagstaff A., Lindelow M. (2008). *Analyzing health equity using household survey data : a guide to techniques and their implementation*. Washington : Banque Mondiale.

<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/459843-1195594469249/HealthEquityFINAL.pdf>

Health equity has become an increasingly popular research topic during the course of the past 25 years. Many factors explain this trend, including a growing demand from policymakers, better and more plentiful household data, and increased computer power. But progress in quantifying and understanding health equities would not have been possible without appropriate analytic techniques. These techniques are the subject of this book. The book includes chapters dealing with data issues and the measurement of the key variables in health equity analysis (Part i), quantitative techniques for interpreting and presenting health equity data (Part ii), and the application of these techniques in the analysis of equity in health care utilization and health care spending (Part iii). The aim of the book is to provide researchers and analysts with a step-by-step practical guide to the measurement of a variety of aspects of health equity, with worked examples and computer code, mostly for the computer program Stata. It is hoped that these step-by-step guides, and the easy-to-implement computer routines contained in them, will help stimulate yet more research in the field, especially policy-oriented health equity research that enables researchers to help policymakers develop and evaluate programs to reduce health inequities.

Peake S., Gallagher G., Valentine N. (2008). *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle. Analyse d'études de cas dans 18 pays*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Les complexités des facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux qui influencent la santé et les injustices sur le plan de la santé, ainsi que le fait que la plupart de ces déterminants ne relèvent pas exclusivement du seul secteur de la santé, font en sorte que ce dernier doit collaborer avec d'autres secteurs gouvernementaux et de la société afin d'aborder plus efficacement les facteurs qui ont une incidence sur la santé et le bien-être. La reconnaissance des dimensions intersectorielles des déterminants de la santé a engendré des efforts internationaux visant un apprentissage

systematique des effets positifs de l'action de différents secteurs sur la santé et l'équité en santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont appuyé la mise en œuvre de cette collaboration en commandant un ensemble de 18 études de cas portant sur des pays à revenus élevés, moyens et faibles. Ces études de cas décrivent diverses expériences d'action intersectorielle ayant eu une incidence positive sur la santé et l'équité en santé. Le présent rapport, qui fait partie d'une initiative conjointe en plusieurs étapes de l'ASPC et du secrétariat de la Commission des Déterminants sociaux de la santé de l'OMS, fournit une analyse des principaux apprentissages découlant de ces 18 études de cas. Les études de cas analysées portent sur un vaste éventail d'initiatives allant de programmes d'assez faible envergure axés sur une approche de développement communautaire et visant un groupe marginalisé dans une ville donnée, à des initiatives gouvernementales reposant sur des politiques nationales.

Gilson L., Doherty J., Loewenson R., Francis V. (2007). Challenging inequity through health systems. Final Report. Knowledge Network on Health Systems : Genève : OMS.

This final report of the World Health Organisation's (WHO) Health Systems Knowledge Network looks at how inequity can be addressed through health systems. The report is structured as follows. Part 2 clarifies the evidence base of the report as a sound basis for action, despite the complexities and the contested nature of evidence in this field. Part 3 addresses the question why do health systems matter and presents the evidence that supports the analytic framework of this report. However, the report's main focus is on the opportunities for action within and through health systems to address the social determinants of inequity and promote health equity. Part 4 is therefore a longer section that focuses on these opportunities considering how to: promote intersectoral action; enable social empowerment; strengthen redistribution through the health care system; and revitalize primary health care. Part 5, finally, considers the national level political and institutional actions necessary to sustain health system transformation and address health inequity, as well as key elements of the international support needed.

World Health Organisation. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Interim statement. Genève : OMS.

The Interim Statement sets out the Commission's vision and goals, the problems it seeks to ameliorate, and the intellectual foundation for a social determinants approach. In doing so, the Interim Statement is a resource for stakeholders concerned with social determinants of health and health equity, as they build towards a global movement. Recommendations for action, based on the evidence gathered across all the Commission's work streams, will be made in the Final Report in May 2008

Harris-Roxas B., Simpson S., Harris L. (2004). Equity-focused health impact assessment : a literature review : Sydney : ACHEIA.

This report has been undertaken as part of the Equity Focused Health Impact Assessment (EFHIA) Project to identify the rationale for developing an equity focused HIA framework. The bulk of the literature identified in this review takes the form of commentary and originates from the United Kingdom

Van Doorslaer.E., Masseria C. (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries : Paris : OCDE

Cette étude actualise et étend le champ d'investigation d'une étude antérieure sur l'équité de l'utilisation des services des médecins effectuée pour un sous-ensemble de pays analysés ici (Van Doorslaer, Koolman et Puffer, 2002). Elle actualise les résultats jusqu'à l'année 2000 pour treize pays et incorpore de nouveaux résultats pour huit pays de l'OCDE : Australie, Finlande, France, Hongrie, Mexique, Norvège, Suisse et Suède. Elle utilise à la fois les distributions par quintile et les indices de concentration pour évaluer l'équité horizontale, c'est-à-dire dans quelle mesure des adultes ayant un égal besoin de soins médicaux ont apparemment des taux identiques d'utilisation de soins médicaux.

Powers M., Faden R. (2006). *Social justice : the moral foundations of public health and health policy*. Issues in biomedical ethics. Oxford : Oxford University Press

Develops a theory of social justice that can cope with the specific context of health care policy, although indeed it can also be applied to education, employment opportunities, and other social problems where resources are limited. This book is of interest to bioethicists, and social/political philosophers.

Arnsperger C., Van P.P. (2003). *Ethique économique et sociale*. Paris : Editions de la Découverte

Cet ouvrage sur les différents courants de la protection sociale est une introduction très claire aux grandes lignes de partage (et de convergence) de la réflexion éthique contemporaine. Il présente les différentes argumentations, qui peuvent fonder autant les systèmes collectifs de protection sociale que les pratiques individuelles : l'utilitarisme, le libertarisme, le marxisme et l'égalitarisme libéral de John Rawls.

Sorell T., Harrison S., Williams A., et al. (2003). *Equity in health and healthcare : views from ethics, economics and political science* proceedings from a meeting of the health equity network, Health Equity Network Seminar. Londres, 2002. Londres : The Nuffield Trust

Ce document rassemble les actes d'un séminaire tenu à Londres, en novembre 2002, sur le thème de l'équité en santé. Organisé dans le cadre du réseau "Health Equity Network" (HEN : www.ukhen.org.uk), il aborde l'équité sous ses aspects économiques, politiques et éthique.

World Health Organization. (2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Genève : OMS.

L'objectif de ce guide est de rassembler les contributions de nombreux experts internationaux sur les méthodes et indicateurs de mesure de la santé des populations, dans la lignée des études de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Legrand J. (2002). *Equity and choice*. Londres : Routledge.

Cet ouvrage, dont la première édition date de 1991, est un ouvrage de référence sur le principe de l'équité dans l'allocation des ressources en santé sous l'aspect efficience.

Oliver A. (2001). *Why care about health inequality?* Londres : OHE

La politique publique britannique met de plus en plus l'accent sur les inégalités de santé. Cela a notamment donné lieu à la publication de deux rapports, le rapport Acheson de 1997 qui passait en revue les inégalités de santé dans le but d'identifier les zones prioritaires pour une politique de développement futur, et le rapport « Our Healthier Nation » de 1998 qui prévoyait l'établissement de zones d'action sanitaire pour réduire les inégalités de santé en Angleterre. C'est, dans ce contexte, que cet ouvrage considère les inégalités de santé au Royaume-Uni dans la perspective de l'économie de la santé. Ainsi, les deux premiers chapitres apportent des preuves des inégalités de santé au Royaume-Uni, et soulignent brièvement les principaux arguments qui ont été avancés pour expliquer les différences de santé entre classe sociale. La partie suivante présente divers arguments théoriques pour justifier la réduction ces inégalités. Mais toutes les inégalités de santé sont-elles inéquitables ? Que veut dire équité dans le domaine de la santé ? Après avoir débattu de ces questions, il s'en suit une analyse critique du rapport Acheson. Avant de conclure, une dernière partie tente de cerner la façon dont les économistes de la santé peuvent faire avancer le débat.

Dworkin R. (2000). *Sovereign virtue: the theory and practice of equality*. Cambridge : Harvard University Press

Equality is the endangered species of political ideals. Even left-of-center politicians reject equality as an ideal: government must combat poverty, they say, but need not strive that its citizens be equal in any dimension. In his new book Ronald Dworkin insists, to the contrary, that equality is the indispensable virtue of democratic sovereignty. A legitimate government must treat all its citizens as equals, that is, with equal respect and concern, and, since the economic distribution that any society

achieves is mainly the consequence of its system of law and policy, that requirement imposes serious egalitarian constraints on that distribution. What distribution of a nation's wealth is demanded by equal concern for all? Dworkin draws upon two fundamental humanist principles--first, it is of equal objective importance that all human lives flourish, and second, each person is responsible for defining and achieving the flourishing of his or her own life--to ground his well-known thesis that true equality means equality in the value of the resources that each person commands, not in the success he or she achieves. Equality, freedom, and individual responsibility are therefore not in conflict, but flow from and into one another as facets of the same humanist conception of life and politics. Since no abstract political theory can be understood except in the context of actual and complex political issues, Dworkin develops his thesis by applying it to heated contemporary controversies about the distribution of health care, unemployment benefits, campaign finance reform, affirmative action, assisted suicide, and genetic engineering.

Munoz-Darde V. (2000). La justice sociale : le libéralisme égalitaire de John Rawls. Paris : Nathan

La réflexion contemporaine sur la justice sociale dans la pensée anglo-américaine suscite un intérêt croissant, que ce soit dans les débats sur les principes d'égalité et d'équité, dans les réflexions sur les institutions de solidarité sociale de l'Etat - Providence, ou encore dans les controverses sur le pluralisme et la tolérance. Ce livre propose une approche critique de certains des débats importants qui entourent cette notion de justice sociale, dans la philosophie politique en langue anglaise. Il accorde une attention soutenue à la Théorie de la justice, de John Rawls et à certaines des objections dont elle a fait objet.

Barer M.L., Getzen T.E., Stoddart G.L. (1998). Health, health care and health economics : perspectives on distribution : Chichester : John Wiley and Sons

Ce document s'intéresse particulièrement aux problèmes fondamentaux d'équité et de redistribution dans le système de soins et en santé, et fournit une discussion stimulante et provocante sur : la persistance des inégalités malgré les interventions politiques qui souhaite supprimer les barrières économiques d'accès aux soins ; l'association entre revenu et, inégalités de revenu d'une part, et inégalités de santé d'autre part ; et le sous intérêt actuel concernant les problèmes de redistribution en relation avec les problèmes d'efficience de la part de nombreux économistes de la santé, et les potentielles distorsions politiques que cela engendre.

Roemer J.E. (1998). Equality of opportunity. Londres : Harward University Press

Dans cet ouvrage, John Roemer développe les deux courants actuellement en vigueur sur l'égalité de l'opportunité. Le premier courant basé sur un principe de non-discrimination pense que dans la compétition pour la position sociale, l'individu ne sera jugé que sur la performance liée aux charges de la position en question. Le deuxième courant pense qu'au contraire la société devra aider l'individu, notamment pendant les années de formation, à acquérir une position sociale, qu'il ne pourrait obtenir.

Rawls J. (1997). Théorie de la justice. Paris : Editions du Seuil

Ce livre est considéré dans le monde anglo-saxon comme le texte contemporain le plus important de la philosophie morale et politique, une sorte de charte de la social-démocratie moderne, avec ses forces et ses faiblesses. Il est un défi lancé à tous ceux qui pensent que la justice sociale et l'efficacité économique sont incompatibles. Cet ouvrage à portée universelle instaure un dialogue entre deux traditions opposées - Rousseau et Kant confrontés à l'utilitarisme de Mill et Sidgwick - et, d'autre part, de la rigueur et de la profondeur des analyses qui y sont proposés.

Peyton Y.M. (1994). Equity in theory and practice : Princeton : Princeton University Press

Cet ouvrage fait une synthèse sur le concept de l'équité et sur les différentes méthodes existantes telle la "théorie de la justice" de John Rawls.

Van Doorsler E., Wagstaff A., Rutten F. (1993). Equity in the finance and delivery of health care : an international perspective : Oxford : Oxford university press

Cet ouvrage est le résultat d'un travail coordonné du COMAC-HSR (Comité d'action Concerté - Recherche sur les services de santé) financé par la DG XII de la Commission des Communautés européennes qui avait pour objectif de promouvoir la recherche dans différents secteurs, dont celui des soins. Ce document apporte une contribution significative à la connaissance de l'équité dans le financement et la délivrance des soins dans dix pays. Après avoir exposé une revue des concepts, des définitions, des méthodologies et des découvertes en la matière, il compare les expériences de neuf pays européens et des Etats-Unis en utilisant une méthodologie qui permet de comparer des résultats de systèmes de soins très différents. Il s'ensuit des réflexions sur l'équité des soins, et notamment le rôle de l'idéologie, le rapport entre santé, dépenses de santé et équité, l'expérience américaine, le débat britannique, et l'équité des soins du financement dans cinq pays en voie de développement.

Articles

Goldblatt, P. O. (2016). "Moving forward monitoring of the social determinants of health in a country: lessons from England 5 years after the Marmot Review." *Global Health Action* 9(29627): 5 , tab. http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/29627/pdf_232

Background: England has a long history of government-commissioned reviews of national inequalities. The latest review, the Marmot Review, was commissioned by a government headed by the same party (the Labour Party) that had introduced the National Health Service in 1948, but the review was implemented by a coalition of different parties (Conservatives and Liberal Democrats). At the same time, a government reform of health services took place, and the monitoring of the existing inequality strategy was changed. Objectives: This paper examines the lessons that can be learned about indicators for monitoring social determinants of health inequalities from the Marmot Review and recent health inequality strategies in England. Design: The paper provides a narrative review of key findings on the collection, presentation, and analysis of routine data in England in the past 5 years, comparing what has been learned from the Marmot Review and other evaluations of the first health inequality strategy in England. Results: The emphasis on monitoring has progressively shifted from monitoring a small number of targets and supporting information to frameworks that monitor across a wide range of determinants of both the causes of ill-health and of health service performance. As these frameworks become ever larger, some consideration is being given to the key indicators. Conclusions: Although the frameworks used in England for monitoring health inequality strategies have developed considerably since the first strategy began, lessons continue to be learned about how monitoring could be improved. Many of these are applicable to countries initiating or reviewing their strategies.

Asada, Y., et al. (2015). "Unexplained health inequality – is it unfair?" *International Journal for Equity in Health* 14(1): 11 , fig, tabl. <http://www.equityhealthj.com/content/14/1/11>

Introduction : Accurate measurement of health inequities is indispensable to track progress or to identify needs for health equity policy interventions. A key empirical task is to measure the extent to which observed inequality in health a difference in health is inequitable. Empirically operationalizing definitions of health inequity has generated an important question not considered in the conceptual literature on health inequity. Empirical analysis can explain only a portion of observed health inequality. This paper demonstrates that the treatment of unexplained inequality is not only a methodological but ethical question and that the answer to the ethical question whether unexplained health inequality is unfair determines the appropriate standardization method for health inequity analysis and can lead to potentially divergent estimates of health inequity. Methods : We use the American sample of the 2002-03 Joint Canada/United States Survey of Health and measure health by the Health Utilities Index (HUI). We model variation in the observed HUI by demographic, socioeconomic, health behaviour, and health care variables using Ordinary Least Squares. We estimate unfair HUI by standardizing fairness, removing the fair component from the observed HUI. We consider health inequality due to factors amenable to policy intervention as unfair. We contrast estimates of inequity using two fairness-standardization methods: direct (considering unexplained inequality as ethically acceptable) and indirect (considering unexplained inequality as unfair). We use the Gini coefficient to quantify inequity. Results : Our analysis shows that about 75% of the variation in the observed HUI is unexplained by the model. The direct standardization results in a smaller inequity estimate (about 60% of health inequality is inequitable) than the indirect standardization (almost all

inequality is inequitable). Conclusions : The choice of the fairness-standardization method is ethical and influences the empirical health inequity results considerably. More debate and analysis is necessary regarding which treatment of the unexplained inequality has the stronger foundation in equity considerations.

Scambler, G. and S. Scambler (2015). "Theorizing health inequalities: The untapped potential of dialectical critical realism." *Soc Theory Health* 13(3-4): 340-354.
<http://dx.doi.org/10.1057/sth.2015.14>

We here extend our previous contributions to a neo-Marxist sociology of health inequalities via an engagement with Roy Bhaskar's dialectical critical realism (DCR). We argue that Bhaskar's re-grounding of the philosophies of Marx and Engels has the potential to re-invigorate sociology's input into: (a) explanations of health inequalities and (b) interventions to reduce health inequalities. We also show that DCR provides rationale and opportunity for an action sociology beyond current professional, policy, critical and public sociologies. We briefly summarize current sociological models of health inequalities before protesting their lack of theoretical ambition. We then proffer a professional-cum-critical theory that emphasizes the continuing causal efficacy of social class in general, and of Britain's 'governing oligarchy' in particular, for any credible sociological account of health inequalities. Bhaskar's basic and dialectical critical realism are then introduced and the frame supplied by the latter commended for a deepening of the neo-Marxist theories of health inequalities being developed by us among others. The article concludes by drawing on this same frame to insist on a logical and moral commitment to an action sociology beyond any institutional constraints faced by practitioners of the discipline.

Smith, K. E. (2015). "Understanding responses to the political context of health inequalities in research and policy: Can post-structural theories of power help[quest]." *Soc Theory Health* 13(3-4): 355-376.
<http://dx.doi.org/10.1057/sth.2015.24>

It is now widely accepted that health inequalities are directly linked to inequalities in power and material resources. Reflecting this, persuasive accounts of both the production of health inequalities and the failure of high-income countries to reduce these inequalities have been underpinned by references to structural (particularly neo-Marxist) theories of power. Such accounts highlight the importance of macro-level political and economic policies for health outcomes and, in particular, the unequally damaging impacts of policy reforms collectively referred to as 'neo-liberal'. This article draws on interviews with researchers, civil servants, politicians, documentary makers and journalists (all of whom have undertaken work concerning health inequalities) to examine what these conversations reveal about these actors' perceptions of, and responses to, the political context of health inequalities in the United Kingdom. In so doing, it illustrates the fluid and networked nature of political 'power' and 'context', findings that point to the potential utility of post-structural theories of power. This article argues that, if conceived of in ways that do not deny power differentials, post-structural theories can help: (i) call attention to 'neo-liberal' inconsistencies and (ii) explain how and why individuals who are critical of dominant policy approaches nonetheless appear to participate in their ongoing production.

Weinstock, D. M. (2015). "Health justice after the social determinants of health revolution." *Soc Theory Health* 13(3-4): 437-453.
<http://dx.doi.org/10.1057/sth.2015.11>

Social Determinants of Health (SDH) theorists claim that the distribution of social goods such as income, housing and education, has as great or greater an impact on health outcome than does health care, narrowly construed. This article attempts to integrate this claim into a plausible theory of justice. I argue that such a theory must be both political, in that it focuses on goods that states can distribute or regulate effectively and appropriately, and holistic, in that it must integrate the various values that are relevant to distribution into a plausible overall theory. While SDH-based theories are appropriately political, many of their exponents tend to undertake the task of integration in an implausibly monistic manner. I argue that monists about health are caught between the horns of an unattractive dilemma: either they employ a narrow conception of health, in which case their prescriptions are grounded in an implausible conception of the human good, and give rise to an extreme form of paternalism; or they use a broader conception of health, which leads them to address the challenge of holism in a purely rhetorical manner. I argue for a pluralistic mode of integration, one that accepts that social goods are

regulated by both consequentialist and non-consequentialist considerations, and that the range of consequences that are relevant do not relate merely to health.

Pampalon R. (2014). Valider un indice de défavorisation en santé publique : un exercice complexe, illustré par l'indice québécois. *Maladies Chroniques et Blessures Au Canada*, 34 (1)

Malgré l'usage répandu d'indices de défavorisation en santé publique, leur validation est rarement abordée de manière explicite ou élaborée, car il s'agit là d'un exercice complexe. En nous fondant sur les propositions de chercheurs britanniques, nous avons cherché à valider l'indice québécois de défavorisation matérielle et sociale en utilisant des critères de validité (validité de contenu, validité sur critère et validité de construit), de fiabilité, de sensibilité et d'autres propriétés pertinentes en santé publique (intelligibilité, objectivité et praticabilité). Nous avons passé en revue la littérature internationale sur les indices de défavorisation ainsi que les publications et les utilisations de l'indice québécois et nous avons ajouté des données factuelles. Après examen, il apparaît que l'indice québécois répond favorablement aux critères et propriétés de validation proposés. Des validations additionnelles s'imposent toutefois afin de mieux cerner les facteurs contextuels associés à cet indice. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/34-1/ar-03-fra.php>

Ottersen O.O, DasGupta J., et al. (2014). The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet*, 383 (9917) <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2813%2962407-1.pdf>

The unacceptable health inequities within and between countries cannot be addressed within the health sector, by technical measures, or at the national level alone, but require global political solutions. Norms, policies, and practices that arise from transnational interaction should be understood as political determinants of health that cause and maintain health inequities. Power asymmetry and global social norms limit the range of choice and constrain action on health inequity; these limitations are reinforced by systemic global governance dysfunctions and require vigilance across all policy arenas. There should be independent monitoring of progress made in redressing health inequities, and in countering the global political forces that are detrimental to health. State and non-state stakeholders across global policy arenas must be better connected for transparent policy dialogue in decision-making processes that affect health. Global governance for health must be rooted in commitments to global solidarity and shared responsibility; sustainable and healthy development for all requires a global economic and political system that serves a global community of healthy people on a healthy planet.

Dray S.R. (2013). Maladies chroniques et emploi : impact en termes d'inégalités sociales de santé. *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Le fait que les problèmes de santé n'aient pas les mêmes conséquences pour les individus selon leur position sur l'échelle sociale constitue un mécanisme important de production des inégalités sociales de santé. Dans le contexte actuel, les maladies chroniques pourraient avoir des conséquences majeures sur l'emploi et avoir ainsi un rôle important en termes d'inégalités sociales de santé. La compréhension des processus permettant d'expliquer les inégalités sociales dans les conséquences des maladies chroniques constitue aujourd'hui un domaine de recherche crucial non seulement dans le champ de l'épidémiologie sociale, mais également pour la santé publique. Des travaux menés dans différents pays ont permis de mettre en évidence une moindre participation à l'emploi et une fréquence plus élevée des départs à la retraite anticipés, des limitations dans l'emploi, ou encore de l'absentéisme au travail pour raisons de santé parmi les personnes atteintes de diverses pathologies chroniques, par rapport à celles qui en étaient indemnes. Cependant, les données publiées laissent ouvertes des questions de recherche importantes sur la nature causale et les mécanismes de cette association entre maladie chronique et emploi. Par ailleurs, très peu d'études se sont intéressées de façon ciblée aux inégalités observées dans les conséquences des maladies chroniques sur l'emploi, en se focalisant sur des populations atteintes d'une maladie chronique donnée. Pourtant, de telles études pourraient permettre de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans ces inégalités, en fournissant des mesures plus précises de l'état de santé et de ses déterminants. Aujourd'hui, de nombreuses questions restent posées sur ces mécanismes, questions qui mériteraient d'être investiguées dans de futurs travaux. En mettant en évidence des inégalités dans les conséquences des maladies chroniques sur l'emploi et en permettant la compréhension des mécanismes qui les sous-tendent, de tels travaux permettraient de fournir des éléments utiles pour tenter de pallier ces

inégalités. De plus, ils contribueraient de façon plus large à améliorer la compréhension des processus qui sont à l'origine des inégalités sociales de santé. (résumé d'auteur).

McCartney, G., et al. (2013). "What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications?" *Health policy*. 113(3):221-227

Health inequalities are the unjust differences in health between groups of people occupying different positions in society. Since the Black Report of 1980 there has been considerable effort to understand what causes them, so as to be able to identify actions to reduce them. This paper revisits and updates the proposed theories, evaluates the evidence in light of subsequent epidemiological research, and underlines the political and policy ramifications. The Black Report suggested four theories (artefact, selection, behavioural/cultural and structural) as to the root causes of health inequalities and suggested that structural theory provided the best explanation. These theories have since been elaborated to include intelligence and meritocracy as part of selection theory. However, the epidemiological evidence relating to the proposed causal pathways does not support these newer elaborations. They may provide partial explanations or insights into the mechanisms between cause and effect, but structural theory remains the best explanation as to the fundamental causes of health inequalities. The paper draws out the vitally important political and policy implications of this assessment. Health inequalities cannot be expected to reduce substantially as a result of policy aimed at changing health behaviours, particularly in the face of wider public policy that militates against reducing underlying social inequalities. Furthermore, political rhetoric about the need for 'cultural change', without the required changes in the distribution of power, income, wealth, or in the regulatory frameworks in society, is likely to divert from necessary action.

Dias, P.R. (2010). Modelling Opportunity in Health under Partial Observability of Circumstances 20. *Health Economics*, 19 (3) : 252-264.

This paper proposes a behavioral model of inequality of opportunity in health that integrates John Roemer's framework of inequality of opportunity with the Grossman model of health capital and demand for health. The model generates a recursive system of equations for health and lifestyles, which is then jointly estimated by full information maximum likelihood with freely correlated error terms. The analysis innovates by accounting for the presence of unobserved heterogeneity, therefore addressing the partial-circumstance problem, and by extending the examination of inequality of opportunity to health outcomes other than self-assessed health, such as long-standing illness, disability and mental health. The results provide evidence for the existence of third factors that simultaneously influence health outcomes and lifestyle choices, supporting the empirical relevance of the partial-circumstance problem. Accounting for these factors, the paper corroborates that the effect of parental and early circumstances on adult health disparities is paramount. However, the particular set of circumstances that affect each of the analyzed health outcomes differs substantially. The results also show that differences in educational opportunities, and in social development in childhood, are crucial determinants of lifestyles in adulthood, which, in turn, shape the observed health inequalities.

Erreygers G. (2009). Correcting the concentration index. *Journal of Health Economics* (28): 504-515

In recent years attention has been drawn to several shortcomings of the Concentration Index, a frequently used indicator of the socioeconomic inequality of health. Some modifications have been suggested, but these are only partial remedies. This paper proposes a corrected version of the Concentration Index which is superior to the original Concentration Index and its variants, in the sense that it is a rank-dependent indicator which satisfies four key requirements (transfer, level independence, cardinal invariance, and mirror). The paper also shows how the corrected Concentration Index can be decomposed and generalized.

Mcgregor P., Mckee P., O'Neill C. (2008). The role of non-need factors in individual GP utilization analysis and their implications for the pursuance of equity: a cross-country comparison. *European Journal of Health Economics (The)*, 9 (2) : 147-156.

A substantial amount of health care resources is allocated within the UK using formulae that relate funding to measures of population need. The aim of this paper is to demonstrate the importance of non-need factors in determining utilization of services at an individual level and explore the implications inclusion of such factors has in the consideration of equity. In the paper we develop a utility model that accords a role to non-health factors in the determination of service use. A series of

functions incorporating non-health factors as explanatory variables in GP utilization functions are estimated using data from the British Household Panel Survey. The functions are decomposed to ascertain the role of service structure and examine the role of income across the four countries of the UK in explaining utilisation. The implications of our findings for the pursuance of equity in the NHS when individual choice has an explicit role are discussed.

Koolman X., Van Doorslaer E. (2004). On the interpretation of a concentration index of inequality. *Health Economics*, 13 (7): 649-656.

This paper aims to add a more intuitive understanding to the concept of a concentration index for measuring relative inequality with an application of health-related measures by income. A new redistribution interpretation and an existing redistribution interpretation of the Gini are presented and applied to the concentration index. Both indicate the share of the total amount of any variable that needs redistributing in a particular way from rich to poor (or vice versa) to achieve a concentration index equal to zero. The characteristics of these redistribution schemes are compared. The paper also draws attention to the relationship between a concentration index, a correlation coefficient with relative income rank and a coefficient of variation of the variable of interest. These relationships are illustrated using data on inequality in dental care utilization in European countries taken from the European Community Household Panel survey.

Andersson F., Lyttkens C.H. (1999). Preferences for equity in health behind a veil of ignorance. *Health Economics*, 8 (5) : 369-378.

Cet article étudie le comportement individuel de deux groupes sociaux relativement aux cycles de vie. Les individus sont placés dans l'ignorance en terme de risque (probabilités connues) et en terme d'incertitude (probabilités inconnues). L'analyse se base sur la théorie de la justice de Rawl. Les résultats obtenus démontrent chez les deux groupes de population des préférences convexes sur les cycles de vie, quelles que soient les caractéristiques de risque et d'incertitude.

Wagstaff A., Van Doorslaer E., Rochoix L. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18 (3) : 263-290.

L'objectif de cet article est d'étudier la « progressivité » dans le financement des systèmes de soins, à travers une comparaison internationale de différents pays. L'étude se base sur le travail de Wagstaff et al. (Wagstaff, A., van Doorslaer E., et al. 1992 « Equity in the finance of health care : some international comparisons », *Journal of Health Economics* 11, pp. 361-387), en modifiant certains aspects de la méthodologie.

Lindbladh E., Lyttkens C.H., Hanson B.S., Ostergren P.O. (1998). Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society. *Social Science & Medicine*, 46 (8) : 1017-1025.

Lindholm L., Rosen M. (1998). On the measurement of the Nation's Equity Adjusted Health. *Health Economics*, 7 (7) : 621-628.

L'objectif de cet article est de présenter une méthode de mesure de l'état de santé d'une nation pondérée par l'équité. Il utilise les données d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de politiciens suédois. Les résultats de cette enquête peuvent être interprétés comme une mesure de l'aversion à l'inéquité, et cette méthode fut appliquée aux données de vie en bonne santé (Healthy Years) pour des hommes issus de groupes sociaux différents pour la période 1975-1990. L'importance de l'indicateur "années en bonne santé" (Healthy Years) augmente pour la période 1986-1990 de 1.09 %, alors que l'indicateur "années en bonne santé pondérée par l'équité" ("Equity Adjusted Healthy Years") baisse de 1.78 %. L'état de santé de la Nation se dégrade, alors que l'état de santé individuel s'améliore.

Bleichrodt H. (1997). Health utility indices and equity considerations. *Journal of Health Economics*, 16 (1) : 65-91.

The aim of this paper is to propose methods that incorporate equity concerns into cost utility analysis. The focus of the paper is on QALYs, but the results apply to health utility indices in general. Two

interpretations of QALYs are considered : QALYs as (von Neumann Morgenstern) utilities and QALYs as measures of health. A justification is provided for aggregating consistently scaled "QALYs as utilities" over individuals. The conditions underlying unweighted aggregation of QALYs are identified. These conditions exclude two common types of equity concern. Algorithms are proposed that take into account equity concerns and that are relatively easy to apply.

Gerdtham U.G. (1997). Equity in health care utilization : further tests based on hurdle models and Swedish micro data. *Health Economics*, 6 (3): 303-319.

This paper tests the null hypothesis of no horizontal inequity in delivery of health care by use of count data hurdle models and Swedish micro data. It differs from most earlier work in three principal ways : First, the tests are carried out separately for physician and hospital care ; second, the tests are carried out separately for the probability of seeking care and the amount of care received (given any use) ; and third, the tests are based on a model that includes several socioeconomic variables, e.g. income, education and size of community if residence. The paper rejects the hypothesis of no inequity because socioeconomic factors also have significant effects on utilization, e.g. income and size of community of residence. Size of community of residence has a positive significant effect on the frequency of physician visits but not on the probability of visiting a physician.

Mooney G., Jan S. (1997). Vertical equity : weighting outcomes ? or establishing procedures? *Health Policy*, 39 (1) : 79-87.

L'allocation des ressources en santé est en partie fondée sur une notion d'équité. Mais l'équité peut être horizontale (égal traitement pour tous), ou verticale (inégal mais équitable, c'est à dire traitement équitable pour des gens ayant une santé différente). Considérant que l'équité verticale est trop souvent négligée, cet article examine les possibilités d'introduire plus d'équité verticale en politique de santé pour une attribution des ressources plus juste. Dans ce cadre, utiliser, la notion de "plaintes" proposée par John Broome dans une communauté est une suggestion qui semble intéressante.

Olsen J.A. (1997). Théories of justice and their implications for priority setting in health care. *Journal of Health Economics*, 16 (6) : 625-639.

L'objectif de cet article est de présenter et décrire trois théories de la justice utilisées dans les systèmes de santé : utilitarisme, égalitarisme et "maximisme".

Saltman R.B. (1997). Equity and distributive justice in European health care reform. *International Journal of Health Services*, 27 (3) : 443-453.

Dans cet article, R.B. Saltman examine trois aspects relationnels entre l'équité et les récentes réformes de santé en Europe. Après avoir défini ce qu'il entend par équité dans le secteur sanitaire, il analyse la présence des différents niveaux d'équité, puis discute des implications de l'équité dans les réformes en cours de système de santé en Europe.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (1997). Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance : a decomposition analysis for the Netherlands. *Journal of Health Economics*, 16 (5) : 499-516.

Cet article utilise la méthode d'Aronson et al. (1994) pour décomposer l'effet redistributif du financement du système de soins hollandais en trois composantes : progressivité, équité classique horizontale, reclassement.

Williams A. (1997). Intergenerational equity : an exploration of the "Fair Innings" argument. *Health Economics*, 6 (2) : 117-132.

Il existe différents principes d'équité qui sont utilisés lorsqu'il faut définir des priorités en santé. Cet article explore l'un d'entre eux : le concept du "Fair Innings". Celui-ci se base sur le sentiment que chaque personne a le droit à une durée de vie "normale" (souvent exprimée en espérance de vie) et que toute personne n'atteignant pas cette durée de vie a été volée tandis que toutes celles qui la dépasse vivent sur un temps emprunté.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (1994). Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health Economics*, 3 (4) : 281-291.

This paper considers the problems which arise in seeking to measure socioeconomic inequalities in health when the health indicator is a categorical variable, such as self-assessed health. It shows that the standard approach-which involves dichotomizing the categorical variable-is unreliable. The degree of measured inequality is found to depend on the cut-off point chosen and the choice of cut-off point to affect the conclusions one can reach about trends in or differences in health inequality. The paper goes on to propose an alternative approach which involves constructing a latent health variable and then measuring inequalities in this latent variable by means of a variant of the health concentration curve.

Culyer A.J. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12 (4) : 431-457.

Cet article passe en revue quatre définitions de l'équité dans le système de soins : égalité dans l'utilisation du système, offre de soins adapté à la demande, égalité d'accès aux soins et égalité d'état de santé. Il démontre que les définitions de "besoin" dans la littérature sont inadéquates et en propose une nouvelle définition. Il démontre aussi que les quatre définitions proposées de l'équité sont mutuellement incompatibles.

Les déterminants des inégalités de santé

Focus

Deux modèles représentant les différents déterminants de la santé reviennent souvent dans la littérature.

Le schéma de Dahlgren et Whitehead (Fig. 1) décrit les déterminants de santé des individus selon différentes strates successives, résumant ainsi l'importance des facteurs du milieu de vie. D'après ce schéma, les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre les différents niveaux :

- caractéristiques biologiques des individus ;
- comportements et styles de vie personnels ;
- influence des groupes sociaux ;
- facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé, ...) ;
- conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société.

(D'après Basset B., INPES, 2008)

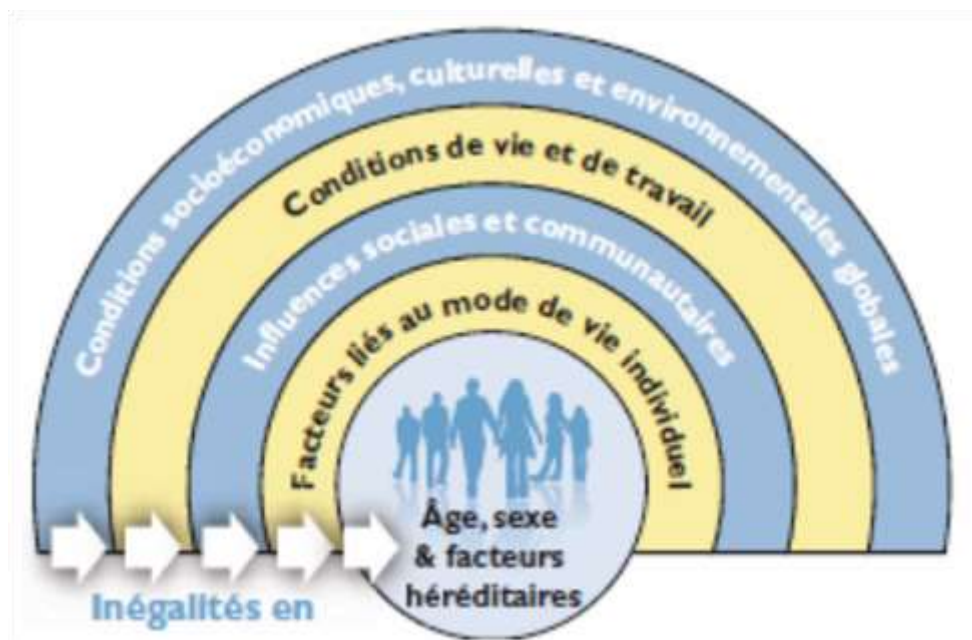


Figure 1 : Modèle des déterminants de santé - Dahlgren et Whitehead – 1991

Un autre schéma a été développé par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS (2007). Il tente de démontrer comment ces déterminants de santé peuvent conduire à des inégalités, dans un contexte très large. Il montre que les inégalités de santé naissent d'abord du contexte socio-économique et politique, qui est à la base du raisonnement. Ce contexte divise les individus en classes sociales inégales selon leur genre, leur origine ethnique, leur éducation, leur insertion socio-professionnelle et leurs revenus. Ce sont les déterminants structurels. Ces déterminants structurant la société sont interdépendants. Par exemple, un faible diplôme va souvent de paire avec un emploi à revenu plus modeste (Tellier V., citée dans Billiet A., 2010). Les déterminants structurels influencent l'état de santé des individus, ils déterminent les différences de vulnérabilité aux inégalités car ils ont des répercussions sur des facteurs biologiques et comportementaux (pratique de l'activité physique, consommation d'alcool, etc.) et psychologiques (stress, soutien social, etc.), sur les conditions matérielles de vie et de travail (logement, consommation alimentaire, environnement professionnel, ...). On appelle ces facteurs les déterminants intermédiaires. Si le système de soins de santé et son rôle vis-à-vis des inégalités n'est aujourd'hui toujours pas clair, il apparaît dans le modèle ci-dessus comme un déterminant social de la santé, parmi d'autres. Le modèle illustre la capacité du secteur de la santé à influencer le processus des inégalités par le rôle qu'il joue dans le maintien du niveau social en cas de problème de santé et par son rôle de promotion et de coordination des politiques sur les déterminants sociaux de santé (Billiet A., 2010). Ainsi, la cause des causes des inégalités serait la distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé (REFIPS, 2009). Cependant, il est à noter que la plupart des auteurs considèrent que les différences de conditions de vie entre les individus ne peuvent expliquer les inégalités si elles sont considérées individuellement. Par contre, leur cumul peut créer une dégradation de l'état de santé (et du statut social). On peut parler de « chaînes de causalités faites de mécanismes opérant tout au long de la vie de l'individu » (Lang T. et al., 2009). Selon Billiet (2010), il faut tenir compte de cette multiplicité de causalités car elles permettent de comprendre la problématique dans sa globalité et donc d'agir de manière coordonnée. Cependant, si les chercheurs et auteurs s'accordent sur la responsabilité de ces causalités dans la construction des inégalités, c'est moins le cas concernant l'impact de chacun. Peu d'études donnent des indications chiffrées liées à l'un ou l'autre facteur. Puisqu'ils interagissent entre eux, il est particulièrement complexe de déterminer l'effet de chacun et donc de mettre en place des actions coordonnées efficaces pour réduire les inégalités.

[Extrait de : D. Doumont et C. Feulien, [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](#) 2010/09)]

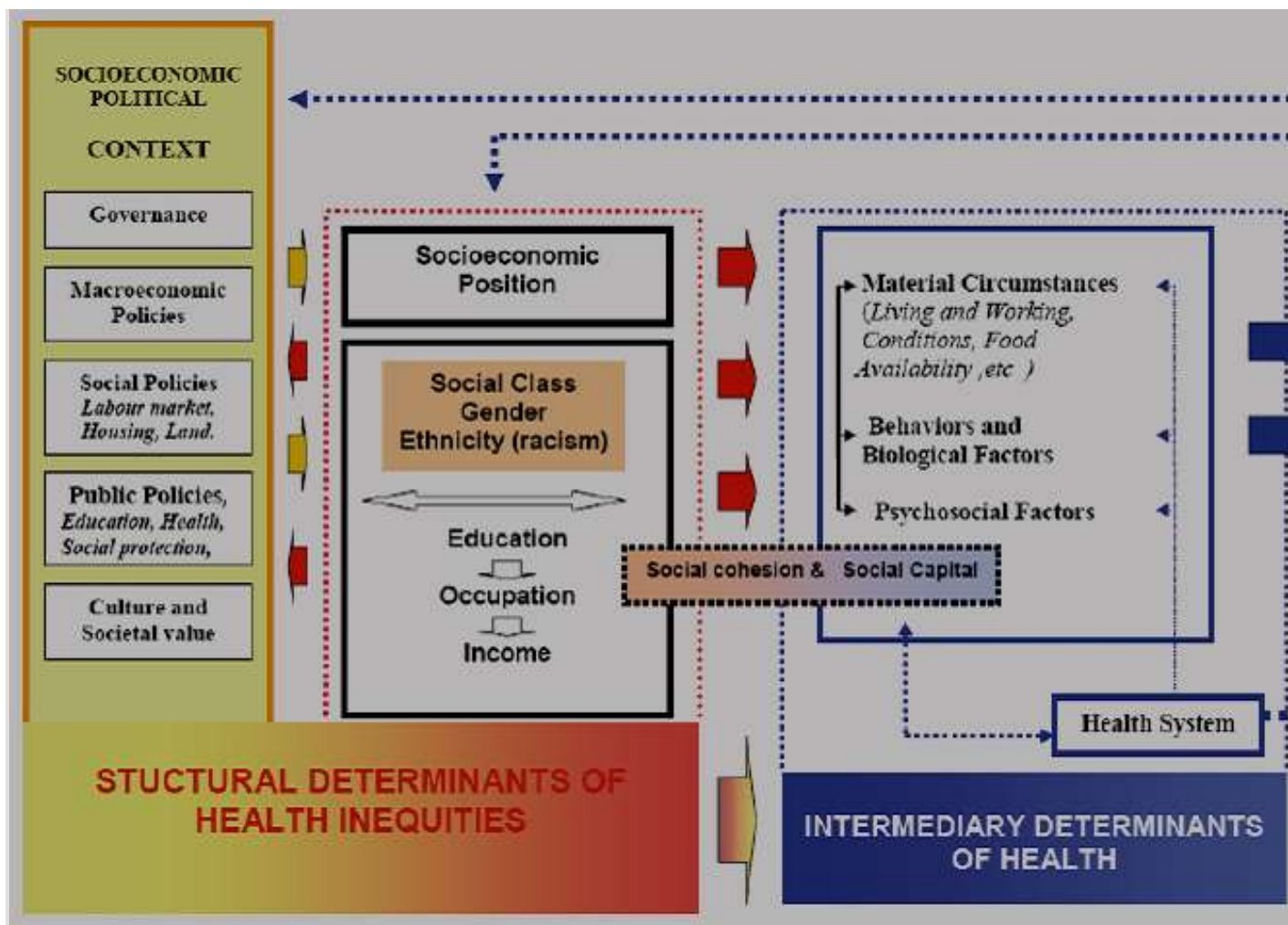


Figure 2 : Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé - , OMS, Solar and Irwin, 2007.

Éléments de bibliographie

En France

Publications de l'Irdes

Sirven N., Debrand T. (2011). Social capital and health of older Europeans. From reverse causality to health inequalities : Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT40SocialCapitalHealthOlderEuropeans.pdf>

Les relations de causalité entre participation sociale (capital social) et santé des personnes âgées en Europe sont ici appréhendées à partir des trois vagues de l'enquête SHARE (Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe) dans 11 pays, auprès des individus de 50 ans et plus. Pour chacune des deux premières vagues (2004 et 2006), une série de variables renseigne sur la

participation à des activités sociales (associations, clubs, partis politiques, etc.) et sur l'état de santé physique et mentale des répondants. Les données rétrospectives de la 3e vague d'enquête sur les histoires de vie (SHARELIFE) sont également prises en compte. Les résultats suggèrent que la participation sociale favorise une meilleure santé, et vice-versa. Néanmoins, l'effet de la santé sur la participation sociale apparaît plus important que l'effet inverse. Par conséquent, les individus âgés en bonne santé ont d'autant plus de chances de préserver leur santé grâce à l'effet bénéfique du capital social. De même, ceux en moins bonne santé ont moins de chances de participer à des activités sociales et ont donc une probabilité plus forte de voir leur état de santé se dégrader plus vite. En somme, malgré ses effets individuels bénéfiques, le capital social est un vecteur potentiel d'accroissement des inégalités de santé parmi les personnes âgées (résumé d'auteur).

Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. (2010). Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (154) : 1-6.
<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>

Plusieurs études récentes 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. Les comportements à risque adoptés par les parents, le niveau d'éducation de la mère et les conditions matérielles de vie difficiles pendant l'enfance conditionnent les modes de vie adoptés par les enfants qui influencent à leur tour la santé à long terme. Cet effet indirect du milieu d'origine s'ajoute aux effets mieux connus de reproduction sociale et aux effets directs des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte. En dehors d'interventions visant à améliorer l'égalité des chances à l'école et ou plus globalement les conditions de vie, des politiques de prévention et de promotion de la santé ciblées vers les populations les plus modestes sont des pistes possibles pour réduire les inégalités des chances en santé.

Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. (2010). Effort or Circumstances: Does the Correlation Matter for Inequality of Opportunity in Health? *Document de travail (33)*. Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT33EffortCircumstancesCorrelationInequality.pdf>

Cet article propose une méthode pour décomposer les inégalités de santé en d'une part, celles liées aux conditions de vie pendant l'enfance et à l'origine sociale et, d'autre part, celles liées aux différences de styles de vie et d'investissement en santé. Les premières constituent des inégalités des chances selon la philosophie de la responsabilité prônée par Ronald Dworkin, Richard Arneson, Gerald Cohen et John Roemer. Nous examinons trois positions possibles quant au traitement de la corrélation entre styles de vie et conditions initiales associées à des positions respectives prises par John Roemer, Brian Barry et Adam Swift. Chaque position déplace le curseur entre inégalités légitimes et illégitimes. La contribution des conditions initiales et du style de vie est réalisée à l'aide de la décomposition naturelle de la variance. L'application aux données de l'Enquête santé protection sociale 2006 dans laquelle a été introduit un module spécifique de questions sur les conditions de vie dans l'enfance met en évidence la contribution massive des circonstances aux inégalités de santé (santé perçue) et ce, quelle que soit la position éthique retenue. Ainsi, les inégalités des chances représentent jusqu'à 46 % des inégalités de santé, alors que les inégalités de santé liées aux styles de vie ne dépassent pas 8 %, les inégalités résiduelles étant liées à l'influence de l'âge et du sexe (résumé d'auteur).

Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. (2009). Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (139) : -6p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes139.pdf>

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

Berchet C., Jusot F. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Economie Publique*, 24-25 (1-2) : 73-100
<http://economiepublique.revues.org/8484>

Cet article étudie la contribution du capital social à l'explication des différences d'état de santé entre la population immigrée et la population native en France à partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) menée en 2006 et 2008. L'utilisation de la méthode de décomposition proposée par Fairlie montre que 38,7 % des différences d'état de santé entre les deux populations sont liées à une différence de distribution des caractéristiques observables. Alors que l'âge contribue négativement aux disparités de santé, les résultats indiquent que le capital social présente la contribution la plus importante (53,9 %) devant le revenu (42,5 %) et la Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (16 %).

Debrand T., Allonier C., Lucas V., Pierre A. (2009). L'impact du contexte sur l'état de santé de la population : le cas des zones urbaines sensibles. Une analyse à partir de l'enquête décennale de santé (2003), In : *Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles* (pp. 108-146). Paris : Editions de la DIV
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/doc_1_Annexes_B_cle2a21ed.pdf

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

Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2009). Etat de santé et recours aux soins des populations immigrées en France. Rapport final : Volume 1 : Etat de santé des populations immigrées en France : Paris : IRDES.

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à projets de recherche DREES – MIRE « Analyses secondaires de l'enquête décennale de l'Insee sur la santé et les soins médicaux ». Cette analyse repose sur des analyses descriptives et multi varié de l'état de santé d'une part et du recours aux services de santé d'autre part selon le statut migratoire : personne de nationalité française née en France, personne de nationalité française née à l'étranger, personne de nationalité étrangère. Le rapport final de cette étude est présenté en deux volumes, l'un consacré à l'état de santé et le deuxième au recours aux soins. Ce premier volume rassemble des réalisations sur l'état de santé des immigrés en France.

Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2009). Etat de santé et recours aux soins des populations immigrées en France. Rapport final : Volume 2 : Recours aux soins des populations immigrées en France : Paris : IRDES.

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à projets de recherche DREES – MIRE « Analyses secondaires de l'enquête décennale de l'Insee sur la santé et les soins médicaux ». Cette analyse repose sur des analyses descriptives et multi varié de l'état de santé d'une part et du recours aux services de santé d'autre part selon le statut migratoire : personne de nationalité française née en France, personne de nationalité française née à l'étranger, personne de nationalité étrangère. Le rapport final de cette étude est présenté en deux volumes, l'un consacré à l'état de santé et le deuxième au recours aux soins. Ce second volume rassemble des réalisations sur le recours aux soins des immigrés en France.

Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2009). Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (146) : -6p.

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

Les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations. Cette analyse reste valable quelle que soit la région d'origine des personnes immigrées, à l'exception de celles originaires du Maghreb, plus nombreuses à consulter un généraliste. Le constat est plus contrasté pour les soins préventifs, les immigrés se déclarant plus souvent vaccinés que les Français mais recourant moins fréquemment aux tests de dépistage.

Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Revue Economique*, 60 (2) : 385-412.

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0385

Cet article 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 l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé à long terme par un effet délétère de la migration, expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés en France. 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.

Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., Le Guen N. (2008). L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (138) : -8p.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes138.pdf>

En 2006, 6,26 millions de personnes en France métropolitaine déclarent avoir souffert d'asthme à un moment quelconque de leur vie et, parmi elles, 4,15 millions continuent à en souffrir, soit 6,7 % de la population. Les hommes sont globalement autant concernés que les femmes mais il existe des différences selon l'âge. Moins d'un asthmatique sur deux a recours à un traitement de fond, c'est-à-dire une thérapeutique indiquée pour réduire et maîtriser l'intensité des symptômes liés à l'hyperréactivité bronchique caractérisant cette maladie chronique. Chez six asthmatiques sur dix, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant : partiellement dans 46 % des cas et totalement dans 15 %. Parmi ces derniers, un quart ne prend pas de traitement de fond. Toutes choses égales par ailleurs, être obèse, fumer, vivre dans un ménage à faibles revenus ou de structure monoparentale augmente le risque d'avoir un asthme totalement non contrôlé. Ces résultats sont issus de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée en population générale ; elle intègre un questionnement spécifique sur l'asthme afin d'identifier les personnes asthmatiques et le niveau de contrôle de leurs symptômes.

Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. (2008). Facteurs socioéconomiques associés à la consommation d'alcool en France : une étude des différents modes de consommations. In : Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56 (6) : S377.

Cet article est le résumé de la communication présentée lors du Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 à Marseille les 16 et 17 octobre 2008, intitulé : Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques.

Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. (2008). Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France. Rapport Irdes ; 1703. Paris : IRDES.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1703.pdf>

Cette étude repose sur les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) menée par l'IRDES en 2002 et 2004 auprès de la population générale en France (20 000 individus). Elle intègre le questionnaire AUDIT-C interrogeant sur la fréquence et la quantité d'alcool consommé. Se basant sur les recommandations de l'OMS en matière de consommation d'alcool, quatre profils d'alcoolisation progressifs ont été construits : non-consommateurs d'alcool, consommateurs sans risque, consommateurs à risque ponctuel ou excessif. Un modèle statistique « en escalier » explore les facteurs socioéconomiques associés à ces quatre profils. Il consiste en trois étapes successives qui estiment la probabilité : premièrement, d'être non-consommateur versus consommateur d'alcool, deuxièmement d'être consommateur à risque (ponctuel ou chronique) versus sans risque, troisièmement, d'être consommateur à risque chronique versus ponctuel. Les hommes et les femmes sont étudiés séparément à chaque étape.

Dauphinot V., Naudin F., Gueguen R., Perronnin M., Sermet C. (2008). Ecarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée : l'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1) : 15-27.

Cette étude confronte les données d'état de santé déclarées dans l'enquête décennale de santé (EDS), menée par l'INSEE en 2002-2003, aux données recueillies lors de l'examen de santé des CES. En 2002-2003. À partir d'un échantillon de personnes ayant à la fois répondu à une enquête santé par interview et accepté de réaliser ensuite un examen médical, cette étude compare les prévalences relevées dans ces deux sources pour trois facteurs de risque cardiovasculaires : obésité, hypertension artérielle et hypercholestérolémie. Quel que soit le problème de santé considéré, les individus sous-déclarent leurs troubles. Ils sont au contraire très peu à déclarer un problème alors que l'examen médical est négatif. Ainsi, une personne sur trois a déclaré une taille et un poids erronés conduisant à une sous-estimation de la prévalence de l'obésité ; près d'une personne sur deux souffrant d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie n'en a pas fait état lors de l'enquête. Dans le cas de l'obésité, la sous-déclaration semble liée à un léger défaut d'évaluation, volontaire ou non. En revanche, la très forte sous-déclaration de l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie apparaît plus inquiétante car elle traduit une probable méconnaissance du problème, faute de dépistage.

Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S. (2008). Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1) : 29-47.

Ce travail propose d'analyser l'hétérogénéité de déclaration liée à la situation économique et sociale affectant plusieurs indicateurs de santé à partir de l'Enquête Santé 2002-2003 de l'Insee.

Jusot F., Grignon M., Dourgnon P. (2008). Access to psycho-social resources and health : Exploratory findings from a survey of the French population. *Health Economics Policy and Law*, 3 (4) : 365-391.

We study the psycho-social determinants of self-assessed health in order to explain social inequalities in health in France. We use a unique general population survey to assess the respective impact on self-assessed health status of subjective perceptions of social capital, social support, and sense of control, controlling for standard socio-demographic factors (SES, income, education, age, and gender). The survey is unique in that it provides a variety of measures of self-perceived psychosocial resources (trust and civic engagement, social support, sense of control, and self-esteem). We find empirical support for the link between the subjective perception of psycho-social resources and health. Sense of control at work is the most important correlate of health status after income. Other important ones are civic engagement and social support. To a lesser extent, sense of being lower in the social hierarchy is associated with poorer health status. On the contrary, relative deprivation does not affect health in our survey. Since access to psycho-social resources is not equally distributed in the population, these findings suggest that psycho-social factors can partially explain of social inequalities in health in France.

Jusot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C. (2008). Job loss from poor health, smoking and obesity : a national prospective survey in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (4) : 332-337.

<http://jech.bmj.com/cgi/reprint/62/4/332>

Sirven N., Debrand T. (2008). Social participation and healthy ageing : An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine*, 67 (12) : 2017-2026.

Using the Survey of Health, Ageing & retirement in Europe (SHARE) data for respondents aged 50 years and over in 2004, this study evaluates the potential contribution of increased social participation to self-reported health (SRH) in 11 European countries. The probability to report good or very good health is calculated for the whole sample (after controlling for age, education, income and household composition) using regression coefficients estimated for individuals who do and for those who do not take part in social activities (with correction for selection bias in these two cases). Counterfactual national levels of SRH are derived from integral computation of cumulative distribution functions of the predicted probability thus obtained. The analysis reveals that social participation contributes by three percentage points to the increase in the share of individuals reporting good or very good health on average. Higher rates of social participation could improve health status within the whole sample and within most countries. Context and institutional arrangement (such as income inequality) may explain differences in social participation health efficiency.

Tubeuf S., Perronnin M. (2008). New prospects in the analysis of inequalities in health: a measurement of health encompassing several dimensions of health. York : University of York
<https://ideas.repec.org/p/yor/hectdg/08-01.html>

This paper develops an innovative method of constructing a concrete measure of health by taking into account individual health information. Using individual survey data from the 2002 IRDES Health and Health Insurance Survey, we propose a measurement of health based on the number of diseases and their respective severity level. The construction relies on a latent variable regression model explaining self-assessed health and controlling various social and health individual characteristics. We compare this construction to other methods proposed in literature for the measurement of health. Moreover, we show how the health index allows to compare distributions of health among different populations and to evaluate inequalities in health in France by using stochastic dominance at first-order.

Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. (2007). Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (117) : 1-6.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes117.pdf>

La création des Zones urbaines sensibles (ZUS) répond à un phénomène de ségrégation spatiale, correspondant au regroupement, dans une zone déterminée, de personnes défavorisées. Cette ségrégation peut affecter l'état de santé du fait de la concentration de la pauvreté et d'une moindre qualité de l'habitat et de l'environnement. L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé des habitants des ZUS, à partir des données de l'enquête décennale Santé 2002-2003.

Barnay T., Debrand T. (2007). L'état de santé comme facteur de cessation d'activité en Europe. In : Santé et travail. *Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité*, (2/2006) : 119-131.

Dans cet article, les auteurs exposent, dans un cadre européen, le rôle important de la santé dans la décision des hommes et des femmes âgées de 50 à 65 ans de participer au marché de l'emploi. Leur analyse s'appuie sur l'Enquête Share. Ils décrivent pour cette population les liens existant entre la santé, les caractéristiques socio-économiques et la participation à l'emploi. Ils soulignent notamment l'impact plus fort de certaines maladies, mais aussi le rôle joué par le niveau d'étude et la situation familiale. Puis, une modélisation incorporant une variable d'incapacité réelle leur permet d'analyser plus précisément les interactions entre santé et travail chez les seniors. Ils montrent ainsi que si l'impact de l'état de santé sur la participation à l'emploi est fort, il existe des différences entre les hommes et les femmes.

Jusot F., Devaux M., Sermet C., Dourgnon P. (2007). Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités sociales de santé : rapport final : Paris : Irdes.
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT12SocialHeterogeSelfReportHealthStatus.pdf>

This study aims to analyse the impact of the measurement of health status on socioeconomic inequalities in health. A MIMIC model with structural equations is used to create a latent variable of health status from four health indicators: self-assessed health, report of chronic diseases, report of activity limitations and mental health. Then, we disentangle the impact of sociodemographic characteristics on latent health from their direct impact on each health indicator and discuss their

effects on the assessment of socioeconomic inequalities in health. This study emphasises differences in inequalities in health according to latent health. In addition, it suggests the existence of reporting heterogeneity biases. For a given latent health status, women and old people are more likely to report chronic diseases. Mental health problems are over-reported by women and isolated people and under-reported by the oldest people. Active and retired people as well as non manual workers in the top of the social hierarchy more often report activity limitations. Finally, highly educated and socially advantaged people more often report chronic diseases whereas less educated people underreport a poor self-assessed health. To conclude, the four health indicators suffer from reporting heterogeneity biases and the report of chronic diseases is the indicator which biases the most the measurement of socioeconomic inequalities in health.

Jusot F., Grignon M., Dourgnon P. (2007). Psychosocial resources and social health inequalities in France : Exploratory findings from a general population survey : Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT6PsychosocialSocialHealthFrance.pdf>

We study the psychosocial determinants of health, and their impact on social inequalities in health in France. We use a unique general population survey to assess the respective impact on self-assessed health status of subjective perceptions of social capital controlling for standard sociodemographic factors (occupation, income, education, age and gender). The survey is unique for two reasons: First, we use a variety of measures to describe self-perceived social capital (trust and civic engagement, social support, sense of control, and self-esteem). Second, we can link these measures of social capital to a wealth of descriptors of health status and behaviours. We find empirical support for the link between the subjective perception of social capital and health. Sense of control at work is the most important determinant of health status. Other important ones are civic engagement and social support. To a lesser extent, sense of being lower in the social hierarchy is associated with poorer health status. On the contrary, relative deprivation does not affect health in our survey. Since access to social capital is not equally distributed in the population, these findings suggest that psychosocial factors can explain.

Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2007). Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (118) : 1-6.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes118.pdf>

Cette recherche, menée en collaboration avec l'Institut d'Économie Publique, est réalisée dans le cadre du programme Drees-Mire, Inserm, DGS, InVS, INCa, RSI sur les inégalités sociales de santé (2005). Réalisée à partir des données de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) menée en 2004-2005, cette analyse propose pour la première fois en France de mettre en relation l'état de santé de la personne, ses conditions de vie durant l'enfance et l'état de santé de ses parents. Elle sera complétée par l'analyse du module spécifique sur les conditions de vie dans l'enfance inclus dans l'enquête Santé et Protection Sociale 2006 de l'IRDES.

Barnay T., Debrand T. (2006). L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (109) : -6p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes109.pdf>

L'état de santé des seniors européens joue fortement sur la probabilité d'être en emploi, selon l'étude réalisée à partir de l'enquête SHARE 2004. A l'échelle européenne, le taux d'emploi des personnes de 50 ans et plus est en effet beaucoup plus faible pour les personnes déclarant une maladie ou une limitation sévère dans leurs activités quotidiennes. Après avoir éliminé les effets de l'âge, du niveau d'études, du statut marital et du pays de résidence sur l'état de santé, l'analyse montre quelles sont les maladies les plus invalidantes pour l'emploi. L'étude montre enfin que l'état de santé n'explique pas les différences entre les taux d'emploi des seniors des pays européens étudiés. Ces écarts seraient à mettre plutôt sur le compte des conjonctures économiques nationales et des cadres institutionnels concernant par exemple l'âge légal de départ à la retraite ou les dispositifs de cessation d'activité.

Jusot F. (2006). The shape of the relationship between mortality and income in France. In : Health - Insurance - Equity. *Annales d'Economie et de Statistique*, (83-84) : 89-122.

Cette recherche explore la forme de relation existante entre probabilité de décès et revenu en France, sur la base d'une étude cas-témoins constituée à partir de deux bases de données fiscales.

Jusot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C. (2006). Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi, *Données sociales 2006 : la société française* (pp. 533-542). Paris : INSEE

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zh.PDF

Un actif ayant un emploi a beaucoup plus de risques de devenir inactif ou chômeur s'il déclare souffrir de problèmes de santé. Les maladies graves et les maladies incapacitantes entraînent des passages plus fréquents de l'emploi vers l'inactivité, mais sont peu associées aux transitions vers le chômage. Au bout de quatre ans, les personnes souffrant d'une maladie incapacitante ont une fois et demie plus de risque d'être inactives et ce risque est multiplié par quatre pour les personnes souffrant d'une maladie prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Les personnes se considérant en mauvais état de santé général ont en revanche un risque plus élevé de devenir chômeur. Au bout de quatre ans, le risque d'être chômeur est deux fois plus élevé pour les personnes qui se considèrent en mauvaise santé (Résumé d'auteur).

Couffinhal A., Dourgnon P., Tubeuf S. (2004). Outils de mesure des inégalités de santé : quelques débats d'actualité. In : *Inégalités sociales de santé. Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-Québécois*, (2) : 163-171.

Différents articles présentés dans cette revue soulignent que la lutte contre les inégalités de santé devient un objectif affiché des politiques de santé des pays développés comme des organisations internationales. En matière de politique de lutte contre les inégalités, si l'on cherche à dépasser la simple déclaration d'intention, il convient de se fixer des objectifs quantifiables. Or la mesure même d'une inégalité est un exercice compliqué et à contenu hautement normatif : inégalité de quoi ? Inégalité entre qui et qui ? Inégalité acceptable ou inacceptable ? Inégalité inéluctable ou amendable par une politique ? Il convient de clarifier ces questions afin de choisir un outil de mesure reflétant les préférences de ceux qui fixent ces objectifs (la société civile, ses élus, une personne responsable de la politique considérée).

Grignon M., Couffinhal A., Dourgnon P., Jusot F., Naudin F. (2004). Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités de santé. Rapport de projet de recherche réalisée dans le cadre du Programme Sciences biomédicales, santé et société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREE- Thème 3 : Déterminants sociaux de la santé : Paris : IRDES

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/doc1571bisMesureImpactDetermNonmedicaux.pdf>

L'objectif de cette recherche était d'introduire de nouvelles questions dans l'enquête Santé Protection Sociale 2004, afin d'étudier, pour la première fois dans une même enquête réalisée en population générale, les rôles respectifs de plusieurs facteurs proposés en épidémiologie sociale pour expliquer les inégalités sociales de santé : le capital social, le soutien social, la position relative et l'autonomie au travail. En mai 2003, l'IRDES a organisé un séminaire afin de réunir l'expérience internationale sur la mesure de ces déterminants sociaux. Ce document propose les principales conclusions de ce séminaire et les différentes étapes de construction du module de questions.

Jusot F. (2004). Mortalité et revenu en France : construction et résultats d'une enquête cas-témoins. In : *Inégalités sociales de santé. Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-Québécois*, (2) : 173-186.

Bien qu'il existe une longue tradition d'étude de la mortalité différentiel- le en France, les liens existants entre mortalité et revenu n'ont jusqu'à présent jamais été étudiés. Cet article présente une base de données qui a été créée afin d'étudier le risque individuel de décès selon le revenu en France. Il s'agit d'une enquête cas-témoins réalisée à partir de deux bases de données fiscales : l'enquête sur le patrimoine au décès en 1988 et l'enquête sur les revenus fiscaux des ménages en 1990.

Or Z. (2000). Mourir avant de vieillir : une étude des disparités de la mortalité prématurée dans les pays industrialisés : Paris : Editions l'Harmattan

En proposant une analyse des déterminants de la santé dans les pays industrialisés, cet ouvrage tente de répondre à la question suivante : Comment arriver à produire un état de santé meilleur ? Au commencement du troisième millénaire, on observe encore des inégalités frappantes de santé entre les pays les plus développés, entre les milieux sociaux, et entre les sexes. Malgré l'approfondissement continu des connaissances médicales pour traiter les maladies et améliorer la santé des individus, la compréhension des mécanismes déterminant l'état de santé de la population au niveau local, régional ou national n'est que partiel ou incomplet. Dans le contexte économique actuel, les systèmes de santé des pays industrialisés sont confrontés à un double défi : améliorer la santé de la population tout en maîtrisant les coûts. A cet égard, une analyse économique des facteurs influençant l'état de santé est indispensable pour mieux comprendre les effets économiques et sanitaires des différentes politiques, et pour permettre l'adaptation progressive des instruments à caractère préventif dans les politiques de santé. Cet ouvrage introduit une vision multidisciplinaire dans l'analyse économique de la santé, ayant pour but d'améliorer la connaissance des facteurs produisant les écarts de mortalité prématurée entre les pays industrialisés

Cavelaars A.E., Kunst A.E., Geurts J.J., Cialesi R., Helmert U., Lahelma E., Lundberg O., Matheson J., Mizrahi A., Mizrahi A., Rasmussen N.K., Regidor E., Mackenbach J.P. (1998). Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 (4) : 219-227.

Mizrahi A., Mizrahi A. (1997). Disparité sociales de morbidité en France. Rapport CreDES. Paris : CREDES.

Pendant longtemps, des indicateurs de mortalité (taux de mortalité infantile, espérance de vie à la naissance) ont été utilisés pour apprécier l'état de santé des populations. Depuis une trentaine d'années, les disparités sociales de mortalité selon la profession ou le niveau d'instruction sont fortement marquées et plus accentuées pour les hommes que pour les femmes. A partir d'indicateurs de pronostic vital et d'invalidité, de l'âge et du sexe, appliqués à des données issues des enquêtes du CREDES sur la santé et la protection sociale de 1995 et 1994, on estime le vieillissement relatif moyen des différents groupes sociaux.

Ouvrages, rapports, working papers

(2014). Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Expertise collective. Expertise collective. Paris : INSERM .
<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Ce rapport présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande de la Direction générale de la santé concernant les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Ce groupe a construit sa réflexion autour des questions suivantes : Quels sont les concepts et indicateurs des inégalités sociales de santé ? Quel rôle jouent les comportements de santé dans les inégalités sociales de santé ? Quelle est la situation nutritionnelle (alimentation et activité physique) de la population générale en France ? Quelles sont les disparités nutritionnelles selon la position socioéconomique ? Quels sont les facteurs sociaux, culturels, économiques qui participent à la construction des inégalités sociales de nutrition ? Quelles sont les interactions entre les facteurs environnementaux (offre alimentaire, publicité, équipement, urbanisme...), les comportements alimentaires et la pratique d'activité physique ? Quelles sont les répercussions sur les inégalités sociales de nutrition ? Quelles sont les différentes stratégies d'intervention en prévention universelle, ciblée ? Que sait-on de l'efficacité de ces interventions ? Quelles sont les données sur l'évaluation économique des programmes de prévention ?

Lacroix, E. and F. Jusot (2014). Fuel Poverty is it harmful for health? Evidence from French health survey data, Paris : Université Paris Dauphine.
<http://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/14334>

The difficult socio-economic context in France has generated a growing concern about a new dimension of the precariousness: the fuel poverty. Fuel poverty is characterized by the difficulty to

warm his dwelling at a reasonable cost. More and more people are struggling to heat their homes and the consequences, for health, of these restrictions can be following ones. On one hand, self-restriction behavior entailing living conditions in low temperatures may increase the severity of several cardiac and respiratory diseases, such as sinusitis or asthma. On the other hand, the financial burden induced by high costs to warm his dwelling may have deleterious consequences through a decrease of health expenditures and others expenditures. Nevertheless, until now no study has investigated the real causal impact of the fuel poverty on health, due to the lack of data providing information on both health status and fuel poverty. So, the objectives of this paper are to investigate and quantify the impact of the fuel poverty on different health indicators. We use the 2010 French National Health, Health Care and Insurance Survey which provides for a sample of 5069 individuals information on health status, dwelling conditions and socioeconomic characteristics. We use a subjective measure of the fuel poverty using the following question: .During the last winter, has your household suffered from cold ? Inside your home for at least 24 hours?. To analyze the impact of fuel poverty on health status, a recursive bi-probit model is performed to deal with the potential endogeneity between fuel poverty and health status (self-assessed health, long-standing disease and poor mental health). 13.5% of the sample is fuel poor. Fuel poverty is more frequent among individuals with a low socioeconomic status. After controlling for the potential endogeneity problem, we find that fuel poverty increases the risk of reporting a poor health status, to have a long-standing disease, and to have a poor mental health. Fuel poverty is identified as an important determinant of health status and of social health inequalities and this dimension should be taken into account in policies addressing social health inequalities.

Lalloue B., Monnez J.M., Padilla C. (2013). A statistical procedure to create a neighborhood socioeconomic index for health inequalities analysis. *International Journal for Equity in Health*, 12 (21) <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-12-21.pdf>

Introduction: In order to study social health inequalities, contextual (or ecologic) data may constitute an appropriate alternative to individual socioeconomic characteristics. Indices can be used to summarize the multiple dimensions of the neighborhood socioeconomic status. This work proposes a statistical procedure to create a neighborhood socioeconomic index. Methods: The study setting is composed of three French urban areas. Socioeconomic data at the census block scale come from the 1999 census. Successive principal components analyses are used to select variables and create the index. Both metropolitan area-specific and global indices are tested and compared. Socioeconomic categories are drawn with hierarchical clustering as a reference to determine optimal thresholds able to create categories along a one-dimensional index. Results: Among the twenty variables finally selected in the index, 15 are common to the three metropolitan areas. The index explains at least 57% of the variance of these variables in each metropolitan area, with a contribution of more than 80% of the 15 common variables. Conclusions: The proposed procedure is statistically justified and robust. It can be applied to multiple geographical areas or socioeconomic variables and provides meaningful information to public health bodies. We highlight the importance of the classification method. We propose an R package in order to use this procedure.

(2012). Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2012 : Paris : HCAAM <http://www.securite-sociale.fr/Rapport-annuel-2012>

Le rapport annuel 2012 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie présente, tout d'abord, un volet sur l'accessibilité financière aux soins et des tableaux de bord financiers. Il comprend aussi des premiers éléments de réflexion sur les inégalités sociales de santé : problématique générale, indicateurs, liens entre inégalités sociales et inégalités de santé, mesure des inégalités sociales de santé par l'accès aux soins, relations inégalités territoriales et inégalités de santé. Il termine sur des comparaisons internationales et des éléments bibliographiques.

Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lemery B. (2010). Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton. Abrégés. Paris : Elsevier Masson

Fruit d'une démarche menée depuis une vingtaine d'années par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), cette deuxième édition a pour objet d'offrir une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et de ses déterminants et d'en mesurer les évolutions, aux niveaux régional et cantonal. L'ouvrage fournit une analyse détaillée puis synthétique des disparités et inégalités socio-sanitaires en France hexagonale et dans les départements d'outre-mer. Il est illustré par soixante cartes présentées par canton sur les données disponibles les plus

récentes. L'observation menée à ce niveau géographique donne une vision précise des variations spatiales au sein des régions, mais aussi des similitudes au-delà des découpages administratifs. La mesure de certaines évolutions au cours de la dernière décennie et une partition de la France en sept classes de cantons complètent l'état des lieux à travers quarante autres cartes. Cet Abrégé constitue un outil d'aide à la décision précieux pour la définition de politiques adaptées aux besoins des populations, une base de discussion pour les acteurs de santé au sens large, tant décideurs que professionnels.

Aiach P. (2010). *Les inégalités sociales de santé : écrits* : Paris : Economica ; Paris : Anthropos

Ce livre reprend les principaux textes écrits par Pierre Aiach sur les inégalités sociales de santé au cours de sa longue carrière de sociologue chercheur au sein de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et, récemment, en tant que chercheur rattaché à l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris). Les inégalités sociales de santé constituent un objet de recherche particulier en ce sens qu'il porte sur une réalité le plus souvent ignorée et même parfois niée par une partie de ceux qui en sont les victimes. Leur existence est la preuve la plus probante que la société qui les produit est injuste et, ce, d'autant plus qu'elles sont importantes. Produit final des autres inégalités sociales, elles sont de ce fait amenées à se maintenir et parfois même à s'accroître tant que l'injustice sociale ne diminuera pas dans notre société. La poursuite de leur étude sur la longue durée est à la fois fascinante et exigeante : elle suppose de la part de ceux qui s'y attèlent une forme d'engagement personnel pour un monde plus juste. Mais il s'agit aussi d'une question où les idéologies latentes chez ceux qui l'étudient sont fortement présentes et peuvent conduire à des errements et à des occultations.

Chauvin P., Parizot P. (2009). *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte Sirs (2005)*. In : *Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles*. Paris : Editions de la DIV

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

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/doc_1_annexes_A1_cle19c6ce.pdf

Cette étude porte un soin particulier à l'analyse des disparités de santé – état de santé, capital psychologique, utilisation du système de soins – entre les quartiers Zus et les autres quartiers de l'espace francilien, classés en quartiers de type « ouvrier » et « moyen et supérieur ». Mais elle explore également d'autres thématiques (logement et quartier, familles monoparentales, degré d'intégration sociale, etc.)

Lelerc A., Lang T. (2009). *Les inégalités sociales en matière de santé et de soins*. In G. de Pourville (Ed.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 187-192). Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses

Bihl A., Pfefferkorn R. (2008). *Le système des inégalités*. Repères; 511. Paris : La Découverte

Cet ouvrage propose une approche systémique des inégalités sociales. Il répond aux questions suivantes : Pourquoi analyser les inégalités entre catégories sociales en termes de système ? Comment les inégalités sociales se déterminent-elles réciproquement ? En quel sens peut-on parler de cumul des inégalités ? Comment cette notion renouvelle-t-elle les approches de la pauvreté et de la richesse ? Pourquoi, comment et dans quelle mesure les inégalités sociales tendent-elles à se reproduire de génération en génération ? Quelles sont les principaux facteurs de cette reproduction ? Dans quelle mesure peut-on échapper à cette reproduction ?

Bouhia R. (2008). *Mourir avant 60 ans, le destin de 12 % de hommes et 5 % de femmes d'une génération de salariés du privé*. In : *France, portrait social. Edition 2008* (pp. 175-193). Paris : Insee

L'étude présentée ici montre, à milieu social donné, c'est-à-dire en considérant des groupes de personnes dont les comportements sont a priori relativement homogènes, qu'il existe des disparités de mortalité précoce significatives selon la catégorie socioprofessionnelle détaillée mais aussi selon la taille de l'entreprise, le fait d'être ou non à temps complet et le secteur d'activité, ce qui suggère un lien avec les conditions de travail. Par exemple, les ouvriers non qualifiés ne présentent pas les mêmes risques de décès précoce selon leur spécialisation : 15,7 % des ouvriers non qualifiés de type artisanal à 36 ans nés entre 1940 et 1946 sont décédés avant 60 ans contre 13,8 % de ceux de type

industriel. Pour les ouvriers et employés, les disparités de risques de décès entre catégories socioprofessionnelles sont encore plus marquées quand on prend compte les changements professionnels survenus après 36 ans tels que la promotion en tant que cadre ou profession intermédiaire ou l'arrêt complet de l'activité salariée. D'ailleurs, les professions où les risques de décès sont les plus élevés coïncident avec celles où les sorties de l'emploi salarié sont les plus nombreuses, ce qui laisse encore supposer un effet du métier sur l'état de santé. Enfin, la structure de mortalité féminine constitue un dernier indice témoignant de l'effet de la profession : les inégalités de mortalité entre catégories socioprofessionnelles détaillées y sont moins fortes que pour les hommes, ce qui pourrait résulter, surtout dans les anciennes générations étudiées ici, de leur moins grande présence sur le marché du travail.

Chauvin P., Lebas J. (2008). Inégalités et disparités sociales de santé en France. In Kouchner B. (Ed.), *Traité de santé publique* (pp. 331-341). Paris : Médecine Sciences Flammarion

Gayral-Tamin M., Duchier J., Mallet J.O. (2008). La redécouverte des inégalités sociales de santé, *L'état des inégalités en France. Données et analyses 2009* (pp. 245-251). Paris : Belin

Leclerc A., Kaminski M., Lang T. (2008). Inégaux face à la santé : du constat à l'action : Paris : INSERM ; Paris : Editions de la découverte

Contrairement à une idée répandue, nous ne sommes pas tous égaux face à la mort. Et nous ne le sommes pas davantage face aux maladies et aux risques sanitaires. Il ne s'agit pas seulement d'une ligne de partage entre les plus pauvres et les autres, mais d'inégalités qui traversent l'ensemble de la société. Il ne s'agit pas non plus avant tout d'accès aux soins. Les inégalités de santé trouvent leur origine dans des domaines extrêmement variés, comme le quartier d'habitation, l'emploi, les conditions de travail, les ressources. Paradoxalement, les "progrès de la médecine" et le développement des démarches de prévention créent également des inégalités. Les connaissances ont beaucoup progressé dans ces domaines, ce qui permet de dresser pour la France un état des lieux fondé sur des données récentes. Synthétisant les résultats de nombreuses enquêtes, cet ouvrage aborde les multiples facettes du problème. Il montre notamment que les "causes" de ces inégalités sont de mieux en mieux cernées et que cela devrait inciter les responsables politiques et, au delà, l'ensemble de la société à agir en conséquence pour les réduire. En effet, dans de nombreux pays, particulièrement en Europe, une mobilisation importante existe autour de cet enjeu. Le but de cet ouvrage est de le rendre davantage présent dans les débats et les décisions, non seulement dans le secteur de la santé, mais bien au delà, dans tous les secteurs de la société.

Tubeuf S. (2008). Une contribution à l'étude des inégalités de santé en France à travers des indicateurs de santé auto-évalués : Marseille : Université Aix-Marseille.

Cette thèse s'inscrit dans le champ de la mesure et de l'explication de la santé dans un contexte d'analyse des inégalités de santé. Un premier chapitre considère les indicateurs de santé couramment utilisés dans les travaux empiriques et revient sur le débat de l'utilisation de la santé auto-évaluée. Elle souligne la pertinence des raffinements méthodologiques de la mesure de la santé proposée dans la littérature internationale jusqu'ici non appliquées à la France. Un second chapitre propose une méthodologie originale de mesure de la santé. La construction s'appuie sur une donnée d'état de santé individuel jugée moins subjective, à savoir le nombre de maladies et leur degré de sévérité et considère des variables collectées classiquement dans les enquêtes sur la santé. Un troisième chapitre décrit les outils de la dominance stochastique et les indices couramment utilisés dans l'analyse des inégalités dans un cadre appliqué à la santé. Le quatrième chapitre procède à l'analyse des inégalités sociales de santé en France en 2004, puis au cours de la période 1998-2004. Il met en évidence des inégalités sociales de santé en faveur des groupes sociaux les plus élevés. Ces inégalités ont cependant diminué entre 1998 et 2004, du fait d'une plus faible élasticité de la santé avec le revenu et d'une diminution de l'inégale répartition du revenu au sein des groupes sociaux. De plus, l'analyse menée sur différentes mesures de santé met en évidence une influence sur l'amplitude des inégalités, du nombre de catégories de la variable discrète de santé et de la distribution de santé choisie pour la cardinaliser. Le cinquième chapitre s'intéresse à l'influence sur l'état de santé à l'âge adulte, du milieu social d'origine et de la longévité relative des parents par rapport à leur cohorte de naissance en empruntant trois approches. La première approche met en évidence le fait que les distributions d'état de santé des personnes nées d'un père ou d'une mère appartenant aux catégories sociales supérieures dominent significativement celles des personnes ayant des parents issus de

catégories sociales inférieures. L'approche paramétrique confirme un effet de la profession de chacun des parents sur l'état de santé à l'âge adulte. Elle montre, de plus, que l'état de santé dépend significativement de la longévité de chacun des parents. En effet, l'approche par indices de concentration met en évidence une inégalité des chances de santé en faveur des individus dont les parents ont connu une forte longévité puis une inégalité de santé en faveur des individus issus de milieux plus favorisés. Le chapitre conclut alors qu'il existe des inégalités des chances en santé, en France.

Chauvin P., Parizot I. (2007). Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens : Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville. Etudes et recherches. St Denis la Plaine : DIV.
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/vulnerabilites-sociales-sante-soins_cle2bf861.pdf

Cet ouvrage présente les principaux résultats d'enquêtes conduites auprès des habitants de sept zones urbaines sensibles (ZUS) franciliennes en 2001 et 2003, sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot, tous deux membres de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins de l'Inserm. Ces travaux ont été soutenus par la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et leurs résultats ont fait l'objet d'une diffusion sur le site Internet de la DIV fin 2005. Ils confirment des hypothèses qui constituent les bases de travail pour les acteurs de première ligne : professionnels de la santé et de l'action sociale, mais aussi urbanistes et élus locaux et, au-delà, l'ensemble des compétences humaines impliquées dans les trajectoires de vie des habitants, de la prime enfance à l'âge adulte. La DIV a donc décidé de les publier.

Chauvin J., Lebas J. (2007). Inégalités et disparités sociales de santé en France. In Bourdillon F. (Ed.), *Traité de santé publique* (pp. 331-341). Paris : Flammarion Médecine Sciences

Que ce soit à l'échelle du monde ou des nations, il n'existe pas de système de santé où l'on ne constate des inégalités de santé. Ces inégalités sont retrouvées partout où on les recherche : entre les différents groupes socio-économiques, entre les deux sexes ou entre les diverses zones géographiques. Elles sont persistantes, difficiles à réduire et ont, d'une façon générale, tendance à s'accroître. Si ce constat est flagrant à l'échelle du monde, entre pays pauvres et pays riches, comme le montre l'exemple emblématique du SIDA, il est tout aussi patent au sein même des pays riches. De nombreuses études rapportent, depuis le mouvement hygiéniste du XIXe siècle, l'existence d'un lien entre la santé et la situation socio-économique des individus dans les pays industrialisés. Malgré des progrès continus dans le domaine biomédical et technologique au cours des soixante dernières années, les inégalités sociales de santé persistent et se sont même aggravées de façon relative à travers les groupes sociaux depuis une quinzaine d'années dans de nombreux pays industrialisés

Salem G., Rican S., Kurzinger M.L. (2006). Atlas de la santé en France - Volume 2 : comportements et maladies : Montrouge : John Libbey Eurotext

A l'heure des grands débats sur l'orientation de notre système de santé, plusieurs indicateurs se révèlent encourageants, notamment l'espérance de vie. Et pourtant, le discours ambiant est à l'inquiétude et à la morosité, tant du point de vue des professionnels que de celui des usagers. Alors, dresser l'état des lieux sanitaires en France n'était-il pas le meilleur moyen pour substituer des faits aux impressions ? C'est ainsi qu'est née l'idée de réaliser un atlas de la santé, aujourd'hui publié en deux volumes. Le premier, paru en l'an 2000 et prochainement réactualisé, portait sur la mortalité et les causes de décès. Ce second volume est consacré à l'analyse de l'état de santé de la population générale, à partir des indicateurs de santé en population et non des seules données d'activité du système de soins, ce qui représente l'originalité majeure de ce travail. La base de données constituée pour cette étude des comportements et maladies dans leurs spécificités géographiques porte sur 14 221 182 individus et 5 632 variables. Quatre grandes parties composent cet ouvrage : Risques et comportements, qui regroupe les indicateurs disponibles sur les déterminants sociaux, les facteurs comportementaux à risques (alcool, tabac, produits psycho-actifs illicites)- , la sexualité (âge au premier rapport sexuel, protection et contraception)- , et ceux qui touchent à la sécurité routière ; Autour de la naissance, qui traite les informations concernant les caractères sociodémographiques des mères, l'accouchement, l'enfant, ainsi qu'une étude sur l'allaitement ; Nutrition publique, qui analyse les grands indicateurs d'états nutritionnels (taille, indice de masse corporelle, rapports tour de taille/tour de hanches) et les habitudes alimentaires ; Morbidité, qui aborde les maladies infectieuses,

notamment le sida, les cancers, les maladies cardiovasculaires, des pathologies plus rares mais invalidantes, l'asthme, les problèmes sensoriels et, enfin, la santé bucco-dentaire.

Trugeon A., Fontaine D., Lemery B. (2006). Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton. Abrégés. Paris : Masson

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

Mesle F., Vallin J., Mormiche P., Bourdelais P., Sermet C. (2002). La santé aux grands âges, Actes du séminaire de Poigny-la-Forêt : l'état de santé des aînés : évolutions depuis 25 ans et interprétations. Poigny-la-Forêt, 19-3-1998. Paris : INED

L'accroissement rapide du nombre de personnes très âgées fait craindre depuis longtemps une expansion de la morbidité, contribuant à l'envolée des dépenses médicales, et une pandémie des incapacités, amenant une multiplication des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Ce cahier de l'INED reprend les actes d'un séminaire portant sur l'état de santé des aînés, leur évolution depuis 25 ans et leur interprétation. Le classement des actes se fait selon la thématique suivante : évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950, évolution globale de l'état de santé des personnes âgées, rôle de l'évolution des conditions de vie et de travail. Le quatrième chapitre propose un éclairage sociologique sur la manière dont la santé des personnes âgées s'inscrit dans leur trajectoire professionnelle et biographique, et insiste sur la nécessaire " contextualisation " du travail par son marché et son accessibilité, de même que celle des conditions d'existence. Un cinquième chapitre passe en revue les principales avancées concernant les personnes âgées dans le domaine de la médecine curative et préventive et effectue un bilan de la littérature concernant l'efficacité des différentes approches. Enfin, le sixième chapitre confirme la hausse de la prévalence déclarée pour les maladies chroniques liées au vieillissement, et s'interroge quant à l'interprétation de cette hausse dans un contexte d'élévation de l'espérance de vie sans incapacité.

Aiaich P. / dir., Cebe D. / dir., Cresson G. / dir., Philippe (C.) / dir. (2001). Hommes et femmes dans le champ de la santé : approches sociologiques. Collection Recherche Santé Social. Rennes : Editions ENSP

Le domaine de la santé constitue un excellent observatoire des rapports sociaux de sexe. L'étude de ces rapports, quant à elle, renouvelle l'approche des questions de santé. Quinze chercheurs, sociologues et anthropologues, proposent ici une analyse sexuée du monde social dans le champ de la santé où s'exprime avec netteté la dimension antagonique des rapports entre hommes et femmes. À partir de l'alcoolisme, des violences subies par les femmes, de la ménopause et des paradoxes liés aux différentiels de morbidité et de mortalité entre les sexes, les auteurs montrent comment s'opère une construction sexuée des problèmes de santé. Les professions de médecin et de pharmacien les amènent à se poser la question de la féminisation de professions d'élite et à en saisir le sens du point de vue du genre. Cette question du genre traverse aussi les pratiques de santé dans la sphère privée, ce qui permet de comprendre comment et pourquoi hommes et femmes, professionnels et profanes les investissent de façon inégalitaire.

Leclerc A. / dir., Fassin D. / dir., Grandjean H. / dir., Kaminski M. / dir., Lang T. / dir. (2000). Les inégalités sociales de santé. Collection "Recherches". Paris : INSERM ; Syros ; Editions La Découverte.

Fruit de trois années de recherches épidémiologiques, sociologiques et démographiques, le bilan tiré par l'INSERM des inégalités sociales de santé révèle des disparités qui persistent et, parfois, se creusent entre catégories socioprofessionnelles. Pour la plupart des tranches d'âge et des pathologies, les écarts observés selon la position dans la hiérarchie sociale sont plus grandes en France que dans les autres pays européens.

La Rosa E. (1998). Santé, précarité et exclusion. *Le Sociologue*. Paris : Presses Universitaires de France

L'état de santé d'une population dépend d'une série de déterminants, parmi lesquels ceux liés à la précarité sociale (revenu, niveau d'éducation, conditions de logement...) jouent un rôle important. Cette précarité se trouve dispersée dans diverses catégories socioprofessionnelles. Une aggravation de la précarité sociale ne peut que conduire à une détérioration de l'état de santé de la population. La recherche des réponses appropriées aux problèmes de santé des populations en situation de précarité a amené l'auteur à aborder les concepts relatifs à la définition, à la perception et aux déterminants de la santé. Les inégalités sociales en santé, la précarité, l'exclusion, la vulnérabilité médicale et l'état de santé des populations en situation de précarité sont aussi traités. Enfin, la souffrance psychosociale est abordée en soulignant son aspect social, où s'entremêlent les trajectoires de vie, les ruptures et les conditions de vie (socio-économique, culturelle, environnementale...).

Lebas J., Chauvin P. (1998). *Précarité et santé* : Paris : Flammarion

Cet ouvrage dresse un état des lieux de la situation sanitaire des populations les plus exposées en France : sans-abri, jeunes, chômeurs en fin de droit, immigrés, prostituées. Les données rassemblées mettent en relief des faits pour le moins alarmants : l'aggravation des inégalités sociales en ce qui concerne la morbidité, l'accès aux soins, la consommation médicale ; l'apparition de nouvelles maladies et la résurgence de maladies disparues comme la tuberculose ; la recrudescence de la maltraitance, de la morbidité et de la mortalité accidentelles infantiles ; la carence des filières de soins. Les auteurs évaluent aussi les initiatives et les dispositifs médico-sociaux mis en place depuis quelques années pour faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Ils soulignent les fonctions des divers intervenants : travailleurs sociaux, médecins généralistes, responsables associatifs, bénévoles. Au-delà de la prise en charge médicale et curative des personnes en situation précaire, il démontre enfin qu'une politique de prévention et de prise en charge de la précarité sociale dans notre pays est indispensable et urgente.

Fassin D., Aiach P., Philippe C. (1997). *Conditions de vie et inégalités de santé : histoires, événements, processus* : Paris : MIRE.

Abstract: L'objet de ce document est d'étudier la manière dont les conditions et les modes de vie, les histoires individuelles et familiales influent sur leurs attitudes à l'égard des maladies graves, sur leurs comportements et leurs activités lorsqu'elles en sont affectées, sur leurs représentations et leur utilisation du système de soins et de protection sociale. En d'autres termes, il analyse en quoi les inégalités sociales se traduisent dans l'expérience qu'ont ces malades atteints de pathologies impliquant un risque vital, des complications chroniques ou une invalidité permanente.

Articles

Blanpain, N. (2016). "Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers." *Insee Première*(1584)
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1584/ip1584.pdf>

Depuis la fin des années 1970, les hommes de 35 ans ont gagné 7 années d'espérance de vie et les femmes 5,5 années. Toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès et les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus. Les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité de 2009-2013. Chez les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées, seuls 3 ans séparent l'espérance de vie des cadres et des ouvrières. Pour la première fois, l'Insee publie l'espérance de vie de la population selon le niveau de diplôme. Ainsi,

entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés, l'écart d'espérance de vie à 35 ans est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes. Pour les hommes, il existe une gradation : plus le diplôme est élevé, plus l'espérance de vie l'est. Pour les femmes, l'écart d'espérance de vie est net entre celles qui ont un diplôme et celles qui n'en ont pas ; en revanche, parmi les diplômées, la gradation est peu marquée selon le niveau de diplôme obtenu. Quelle que soit leur catégorie sociale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. L'espérance de vie des ouvrières est ainsi supérieure d'un an à celle des hommes cadres.

Blanpain, N. (2016). "Les inégalités sociales face à la mort - Tables de mortalité par catégorie sociale et par diplôme." Insee Résultats : Société(177)
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?ref_id=irsocmorta13&nivgeo=0

L'échantillon démographique permanent permet de suivre la mortalité d'un échantillon d'individus au fil du temps en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques au recensement. Les tables de mortalité ont été calculées par : sexe, âge et catégorie sociale pour cinq périodes (1976-1984, 1983-1991, 1991-1999, 2000-2008, 2009-2013) ; sexe, âge et diplôme pour trois périodes (1991-1999, 2000-2008, 2009-2013).

Apouey, B. H. (2015). "Les disparités sociales de santé perçue au cours de la vie : le cas de la France (2004-2012)." *Bulletin Épidémiologique hebdomadaire*(24-25)
http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_3.html

Dans le contexte du vieillissement de la population, il semble important de mieux comprendre comment les inégalités sociales de santé évoluent au cours de la vie. Cet article s'intéresse à la corrélation entre le statut socioéconomique et la santé perçue, et au changement de cette corrélation avec l'âge. Matériel et méthodes : les données proviennent de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) entre 2004 et 2012. L'échantillon contient des individus âgés de 20 à 65 ans et compte environ 40 000 observations. Le statut socioéconomique est mesuré par le niveau d'éducation et de revenu, tandis que la santé est quantifiée à l'aide de la variable de santé subjective. Les modèles économétriques régressent la santé sur le statut socioéconomique d'une part, et sur un ensemble de termes d'interaction entre le statut socioéconomique et les groupes d'âge d'autre part. Les régressions tiennent compte des caractéristiques démographiques des individus ainsi que de leur cohorte de naissance. Résultats : le statut socioéconomique est positivement corrélé à l'état de santé. L'association entre revenu et santé perçue commence par se renforcer au début de l'âge adulte, avant d'atteindre un palier puis de décroître après 55 ans. Discussion-conclusion : les inégalités sociales de santé se renforcent, se stabilisent, puis s'affaiblissent à l'âge adulte en France. Ces changements pourraient trouver leur source dans les styles de vie et les conditions de travail.

Barnay, T., et al. (2015). La santé et les soins : prise en charge, déterminants sociaux, conséquences professionnelles : Introduction générale. *Economie et Statistique*(475-476): 17-29.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475B.pdf

Peu de temps après un numéro spécial déjà consacré à ce thème en 2012, la présente édition d'Économie et Statistique revient sur la question de la santé. Elle rassemble une sélection d'articles issus des 35es Journées des économistes de la santé français (JESF) qui se sont tenues à l'université Paris-Est Créteil en décembre 2013. Ré-aborder ce sujet, à des dates aussi rapprochées, s'explique évidemment par son importance, à la fois sociale et budgétaire, et nous allons y revenir dans un premier temps. Mais le précédent pour la revue ne se limite pas à ce numéro spécial de 2012 : la thématique « santé » y a toujours eu une présence régulière et importante. Après un état des lieux des données disponibles pour éclairer ce thème, on détaillera de quelle façon chacun des articles de ce numéro est allé puiser dans cette masse de données, qu'elles relèvent ou non du strict domaine de la statistique publique, et quels messages ont pu en être tirés (résumé d'auteur).

Bricard, D., et al. (2015). "L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération." *Economie et statistique*(475-476): 89-112.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475F.pdf

Comment évoluent les inégalités sociales dans la consommation de tabac en France selon l'âge et les générations ? Afin de répondre à cette question, les données du Baromètre santé recueillies en 2010 auprès de 27 653 personnes ont été mobilisées pour reconstruire de façon rétrospective le parcours

tabagique de trois cohortes de naissance (1941-1955, 1956-1970 et 1971-1985). L'évolution des inégalités de tabagisme est étudiée à partir de la comparaison des prévalences du tabagisme calculées à chaque âge selon le niveau de diplôme, le sexe et la génération puis à l'aide d'un indice relatif d'inégalité estimé à l'aide de régressions logistiques. Les résultats montrent qu'après avoir été plus fréquent parmi les plus diplômés, le tabagisme a reculé dans ces milieux, alors qu'il continue de progresser parmi les groupes moins diplômés. Cette analyse confirme également le décalage d'une génération chez les femmes par rapport aux hommes dans la diffusion du tabagisme, même si les niveaux de prévalence sont aujourd'hui forts pour les deux sexes. L'importance des inégalités sociales face au tabagisme ressort aux âges jeunes, pour toutes les cohortes et pour les deux sexes. Pour les cohortes les plus anciennes, les inégalités s'amenuisent au cours de la vie jusqu'à s'inverser chez les femmes. Pour la cohorte la plus récente, les inégalités restent à un niveau élevé tout au long du cycle de vie et tendent à s'accroître après 25 ans pour les femmes. Sur la base de ce constat, il pourrait être efficace de cibler les politiques de prévention du tabagisme selon les groupes sociaux et selon les âges de la vie, et en particulier d'axer les efforts sur la prévention de l'entrée dans le tabagisme dans les milieux les moins diplômés (résumé d'auteur).

Chardon, O., et al. (2015). "La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge." *Etudes Et Résultats (Drees)*(920)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Dès l'âge de 6 ans, indicateurs de santé et habitudes de vie rendent compte de fortes disparités selon le milieu social. La prévalence de la surcharge pondérale et la santé buccodentaire en sont une illustration. Les enfants de cadres ont de meilleurs indicateurs de santé : 7% sont en surcharge pondérale et 1% sont obèses, contre respectivement 16% et 6% chez les ouvriers. La proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8% contre 30% chez les ouvriers. Les habitudes de vie sont aussi fortement différenciées socialement : les cadres ont des comportements offrant plus de place à la prévention et au recours aux soins. Si 60% de leurs enfants se brossent les dents plusieurs fois par jour, cette pratique ne concerne que 47% des enfants d'ouvriers. Les enfants de cadres consomment aussi moins de boissons sucrées et passent moins de temps devant un écran.

Chesnel, H. (2015). "Des enjeux différenciés en matière de santé dans les quartiers des grandes agglomérations." *Insee Analyses Pays De La Loire*(23)
<http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/ia23/ia23.pdf>

Une configuration type des espaces urbains se dessine selon le profil des populations cibles des actions de santé publique : populations à bas revenu, personnes âgées et familles. La moitié des personnes démunies financièrement, dont l'état de santé est plus souvent dégradé, habitent dans des quartiers où la pauvreté est marquée, généralement proches des centres-villes. Une personne à bas revenu sur cinq habite au cœur de l'agglomération où l'offre médicale est concentrée, mais dont la patientèle est nombreuse et hétérogène. Le marché immobilier contraint d'autres populations pauvres à s'éloigner des équipements et à vivre dans des territoires peu denses où les actions de santé publique sont plus difficiles à mettre en œuvre. Les familles sont par exemple plus présentes dans ces quartiers périphériques moins bien équipés. Les personnes âgées sont surreprésentées dans des quartiers généralement situés à proximité des centres-villes où l'offre de santé peut répondre à leurs besoins.

Arwidson, P. (2014). "Quelles stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme ?" *Santé En Action (La)*(427): 4-5.

Le tabagisme explique près de la moitié de l'écart d'espérance de vie entre les populations les plus et les moins favorisées, du fait d'un niveau de consommation plus élevé chez ces dernières.

Barnay, T. and N. De Riccardis (2014). "Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue." *Etudes Et Résultats (Drees)*(898)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

En France, le groupe social marque les inégalités de santé. En 2006, dans la population de 30 à 49 ans, actifs en 2006 et en 2010, les cadres et les professions intermédiaires étaient respectivement 90% et 87% à se considérer en bonne ou en très bonne santé, contre 81% des employés et 79% des ouvriers. Les cadres, partant d'un haut niveau de santé perçue, sont moins susceptibles de voir leur

santé s'améliorer entre 2006 et 2010. Cependant, l'évolution de leur santé est globalement plus favorable que celle des ouvriers, puisqu'ils sont moins nombreux à déclarer une détérioration de leur santé entre 2006 et 2010 (8% contre 15%). À état de santé général et caractéristiques individuelles comparables en 2006, les cadres et les professions intermédiaires ont moins de chances que les ouvriers de connaître une dégradation de leur santé perçue quatre ans plus tard.

Calvet L., Moisy M., Fourcade N. (2013). Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. *Etudes et Resultats (Drees)*, (847)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

La santé bucco-dentaire des enfants s'est nettement améliorée ces vingt dernières années. Cependant, des inégalités sociales de recours aux soins et de santé demeurent : 9 enfants de cadres âgés de 6 ans sur 10 n'ont jamais eu de caries contre 7 enfants d'ouvriers sur 10 en 2006. La Haute Autorité de santé préconise une visite annuelle chez le dentiste dès l'apparition des dents de lait. Or, le recours aux soins dentaires des enfants est inférieur à cette recommandation : selon l'enquête Handicap-Santé de 2008, seuls 70% des 5-15 ans avaient consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois. Ce pourcentage masque à la fois des inégalités sociales et territoriales, puisque ce sont 8 enfants de cadres sur 10 qui ont consulté un dentiste dans l'année contre 6 enfants d'ouvriers.

De Saint Pol T. (2013). Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge. *Santé en Action (La)*, (426)

Les inégalités présentes à la naissance se creusent pendant l'enfance, période durant laquelle un grand nombre d'habitudes de vie sont acquises. Ces inégalités de santé sont liées à l'ensemble des autres inégalités sociales, notamment celles relatives aux conditions de vie et à la précarité des enfants. Elles ont un caractère d'autant plus intolérable qu'elles échappent à toute responsabilité individuelle.

Deguen S. (2013). Exposition à la pollution atmosphérique et inégalités sociales de santé. In : Numéro thématique. Épidémiologie et pollution atmosphérique urbaine : l'observation au service de l'action. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (1-2)
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-1-2-2013>

Malgré un allongement continu de l'espérance de vie et une amélioration générale de l'état de santé des populations, nous n'apparaissions pas, aujourd'hui encore, tous égaux devant la mort et/ou la maladie. Des inégalités de santé persistent entre différents groupes de population et, en particulier, entre les différentes catégories sociales : globalement, les personnes appartenant aux catégories socioéconomiques les moins favorisées vivent moins longtemps et sont en moins bonne santé que celles des catégories socioéconomiques les plus favorisées. Cette problématique constitue de nos jours un objet d'études et de recherches privilégié en santé publique, alimentant régulièrement les débats scientifiques et politiques. De nombreux déterminants ont déjà été identifiés pour expliquer l'existence des inégalités. Pourtant, aujourd'hui, une partie de celles-ci demeurent encore inexpliquées. C'est précisément dans ce contexte que les nuisances environnementales, et en particulier l'exposition à la pollution atmosphérique, ont été suspectées comme pouvant contribuer aux inégalités sociales de santé (ISS). Deux mécanismes principaux, documentés dans la littérature, permettent de comprendre comment l'environnement pourrait jouer un rôle dans les ISS : (1) les populations défavorisées pourraient être exposées à un plus grand nombre de nuisances et/ou à des niveaux d'expositions plus élevés (différentiel d'exposition) et/ou (2) les populations plus défavorisées pourraient être plus vulnérables aux effets de l'environnement (différentiel de vulnérabilité/susceptibilité) en raison d'un état de santé plus fragile que les populations plus favorisées. Cet article a pour objectif de présenter l'état des connaissances sur le rôle que pourrait jouer l'exposition à la pollution atmosphérique dans les ISS.

Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. (2013). Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ? In : Systèmes de santé. *Economie et Statistique*, (455-456) :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3962

Cet article propose d'évaluer la part des inégalités de santé perçue liées aux conditions dans l'enfance, et celle liées aux comportements à risque, en considérant deux positions éthiques possibles relatives à la corrélation entre milieu d'origine et comportements à risque. Dans une première étape, seul l'effet direct sur la santé du milieu d'origine est considéré comme source d'inégalités des chances. Dans une seconde étape, son effet indirect sur les comportements liés à la santé est en outre considéré comme source d'inégalités illégitimes. L'application aux données de l'enquête Santé Protection Sociale 2006 de l'irdes, dans laquelle a été introduit un module spécifique de questions sur les conditions de vie dans l'enfance, met en évidence la contribution massive du milieu d'origine aux inégalités de santé et ce, quelle que soit la position éthique retenue. Ainsi, les inégalités des chances représentent jusqu'à 46 % des inégalités de santé alors que celles liées aux comportements à risque ne dépassent pas 7 %, les inégalités résiduelles étant liées à l'influence de l'âge et du sexe.

Kivits J. (2013). Social determinants of health-related quality of life. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3) :

Le concept de qualité de vie liée à la santé (QVLS) place la perspective du patient au centre de la relation de soins. La QVLS est souvent associée à des outils mesurant la perspective du patient, plus spécifiquement les conséquences de problèmes de santé sur la vie quotidienne. Les façons dont les patients font état de leur santé sont diverses et influencées par des facteurs sociaux tels que l'âge, le genre, la situation professionnelle. Les déterminants sociaux de la QVLS sont cependant peu étudiés. Cet article présente une analyse secondaire de données de QVLS, issues de deux enquêtes nationales françaises (Baromètre Santé 2005 ; Enquête Décennale Santé 2002-2003). L'analyse des données montre l'existence de déterminants sociaux. Quatre indicateurs sociaux émergent plus particulièrement comme déterminant la QVLS : vivre en couple, le niveau d'éducation, l'occupation professionnelle et le revenu du ménage. Les mécanismes sociaux à l'origine de la détermination sociale de la QVLS mériteraient d'être davantage explorés en privilégiant des approches de recherche pluridisciplinaire, intégrant les niveaux individuels et structurels de compréhension de la QVLS, ainsi qu'en considérant les compétences et les ressources sociales des individus qu'ils mobilisent pour faire face aux problèmes de santé.

Moatti J.P. (2013). 1er Colloque de l'ITMO Santé Publique (Aviesan) "Déterminants sociaux de la santé : les apports de la recherche en santé publique". *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique*, 61 (3)

Le premier colloque de l'ISP, dont rend compte ce numéro de la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, s'est tenu le 26 octobre 2012 sur le thème des "Déterminants sociaux de la santé : les apports de la recherche en santé publique".

Sirven N. (2013). La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du "bien vieillir" ou facteur d'inégalités sociales de santé ? In : Le vieillissement actif. *Retraite et Société*, (65)
Abstract: Cet article traite des relations de causalité entre santé et participation sociale. Si une mauvaise santé est un obstacle à la participation sociale, être inscrit dans un réseau relationnel peut à l'inverse avoir un effet favorable sur la santé. A l'aide de méthodes économétriques adaptées et à partir de trois vagues de l'enquête Share, l'auteur estime la part de chaque sens de causalité. Si l'effet de la participation sociale sur la santé est avéré, il est moindre que l'effet symétrique de la santé sur la participation. Malgré ses effets individuels bénéfiques, la participation sociale est susceptible d'accroître les inégalités de santé parmi les personnes âgées.

Debrand T., Pierre A., Lucas-Gabrielli V. (2012). Critical urban areas, deprived areas and neighbourhood effects on health in France. *Health Policy*, 105 (1).

Since the 1980s, different French governments have formulated public policies aimed at taking into account the specific problems of deprived neighbourhoods. The aim of this paper is to determinate the existence of a neighbourhood effect on health and to discuss the implementation of a geographical index of deprived areas in France. Using the National Health Survey of 2002-2003 and 1999 French census data, we attempt to measure the individual and collective determinants of Self Reported Health Status (SRH). By using a principal component analysis of aggregated census data, we obtain three synthetic factors: economic and social condition, residential stability and generational, and show that

these contextual factors are correlated with individual SRH. Our research shows that health inequalities cannot be tackled by using only the Critical Urban Area criterion (the fact of living in a CUA or not) because some inequalities remain ignored and thus, hidden. We suggest a methodology to build a new health deprivation index allowing to better target health inequalities.

Menvielle G. (2012). Les inégalités face à la santé en France. *Cahiers Français*, (369) : 37-42

Les inégalités en matière de santé sont d'ordre social et territorial. S'agissant des premières, il faut distinguer entre les déterminants structurels liés au contexte socioéconomique et les déterminants intermédiaires liés aux conditions matérielles d'existence, aux comportements, aux facteurs psychosociaux, biologiques ou génétiques. Pour les secondes, des niveaux de mortalité différents et des disparités dans l'offre de soins dessinent une carte de France contrastée. Si les caractéristiques socio-économiques de la population déterminent fortement la morbidité et la mortalité observées sur un territoire, elles dépendent pour partie aussi d'effets contextuels : équipements sportifs, offre alimentaire, densité médicale...

Montaut A., Danet S (2011). Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* - N° 8-9 - Numéro thématique. Inégalités sociales de santé.

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf

Introduction - L'enquête Handicap-Santé en Ménages, réalisée en 2008, permet d'analyser les inégalités sociales de santé au travers de divers indicateurs déclaratifs : santé perçue, limitations fonctionnelles, déterminants de santé, recours aux dépistages. Méthode - L'enquête s'appuie sur un échantillon de 23 700 personnes représentatif de la population âgée de 18 ans ou plus et vivant à domicile. Un modèle logistique permet de comparer les risques de santé selon la catégorie sociale (CS) pour chacun des indicateurs de santé étudié. Résultats - À âge égal, les ouvriers et ouvrières ont respectivement 3 et 4 fois plus de risques de juger leur état de santé altéré que les cadres. Après 60 ans, les ouvriers déclarent aussi deux fois plus souvent des incapacités et deux fois plus de difficultés pour rester autonomes dans les activités du quotidien que les cadres. Discussion - Quel que soit l'indicateur étudié, un gradient social oppose les cadres et professions intermédiaires aux employés et ouvriers. Ce gradient est toutefois moins prononcé chez les femmes en termes de recours aux dépistages, probablement parce qu'elles sont plus proches du système de soins. Ces inégalités de santé s'expliquent en partie par des conditions de travail différentes : la CS reflète une position sociale mais aussi un environnement, des modes de vie et des comportements liés à la santé.

Bahu M., Coutrot T., Herbet J., et al. (2010). Parcours professionnels et état de santé. *Dossiers Solidarité et Santé (Drees)*, (14)

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/>

Les parcours professionnels participent à la préservation ou à l'altération de la santé des personnes, même après leur sortie d'emploi ; en sens inverse, la santé peut provoquer des ruptures ou des réorientations dans la vie professionnelle. L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) (2006-2007), montre des liens étroits entre les parcours professionnels passés et l'état de santé des personnes au moment de l'enquête : les travailleurs dont les parcours sont peu marqués par la précarité ou les mauvaises conditions de travail se déclarent plutôt en bonne santé ; ce sont plus souvent les plus qualifiés ou les personnes ayant connu une promotion sociale. En revanche, les parcours caractérisés par un déclassement social, des épisodes de chômage ou d'inactivité, des changements d'emplois fréquents ou des conditions de travail difficiles sont plus fréquemment associés à un état de santé.

(2009). Inégalités et santé. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (960) : -135p.

Aujourd'hui, en France, un ouvrier non qualifié a deux fois et demi plus de risque qu'un cadre supérieur de mourir entre trente-cinq et soixante ans. Les disparités dans la protection sociale ou les soins médicaux sont-elles en cause ? En partie, sans doute, mais le rôle du système de santé est relativement modeste. Mais toutes les études convergent vers un même constat, aussi évident qu'alarmant : les inégalités de santé coïncident le plus souvent avec des inégalités sociales. Les pays où l'on observe les écarts de revenus les plus importants sont aussi ceux où l'on observe les plus

grandes disparités devant la mort. Un domaine d'étude qu'explore pour vous ce dossier avec aussi de nouveaux éclairages.

Cambois E., Mesle F., Paris V., Bourgueil Y. (2009). Au chevet de la santé : quels diagnostics ? Quelles réformes ? *Regards Croisés sur l'Economie*, (5) : -240p.
<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1.htm>

Le système de soins français fait figure de modèle, mais sa pérennité est menacée. Pourquoi ? Et comment changer de direction ? Si l'on vit en moyenne plus longtemps en France que presque partout ailleurs, les inégalités ne cessent de se creuser. Déserts médicaux et dépassements d'honoraires compromettent l'égal accès de tous aux soins. On ne pourra pas briser cette spirale sans une remise à plat des principes de la médecine libérale ! Les Français ont la chance de bénéficier d'une couverture maladie de base universelle et généreuse. Mais sa cohésion s'effrite silencieusement sous l'effet de l'augmentation des dépenses de santé. Faut-il accepter une assurance à deux vitesses ? Combien sommes-nous prêts à payer pour la Sécurité sociale de demain ? Afin d'équilibrer les comptes, les pouvoirs publics ont multiplié les mesures de "responsabilisation financière des patients", dont l'efficacité est douteuse et l'iniquité avérée. Ce discours comptable a occulté la nécessité d'agir pour accroître l'efficacité de l'offre de soins. Comment réformer l'hôpital et mieux piloter les différents acteurs de la santé ? C'est à une révolution de la régulation de la santé qu'appelle ce numéro de *Regards croisés sur l'économie*, pour préserver un système de soins unique au monde.

Degorre A., Guyon V., Moisy M. (2009). Sur dix jeunes entrés en 6ème en 1995, neuf se déclarent en bonne ou très bonne santé en 2007. *Insee Première*, (1261)
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1261/ip1261.pdf>

Abstract: À 23 ans en moyenne en 2007, neuf jeunes sur dix ont une perception positive de leur état de santé. Les garçons se déclarent en meilleure santé que les filles et semblent peu préoccupés de l'impact des conduites à risque sur leur santé. Près d'un jeune sur deux fume, filles et garçons dans les mêmes proportions. Les filles adoptent moins de comportements à risque en matière d'alcool et sont davantage attentives à leur santé.

Heritage Z. (2009). Inequalities, social ties and health in France. *Public Health*, 123 (1) : e29-e34.

Lang T. (2009). La santé se construit dans un environnement social. *Questions de Santé Publique*, (7)
http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/091204152034_qspn-7-determinants.pdf

Les inégalités sociales de santé sont présentes dans tous les pays. Parmi les facteurs qui déterminent l'état de santé d'un individu, les facteurs sociaux, moins bien étudiés que les facteurs biologiques, sont pourtant nombreux. Ils sont d'ordre environnemental, comportemental ou sont liés au système de santé. L'état de santé et la situation sociale interagissent de façon complexe, dans un processus dynamique tout au long de la vie. Les trajectoires de santé et les trajectoires sociales sont souvent confondues. Pour agir sur l'état de santé des populations et tenter d'en réduire les inégalités, différents moyens sont possibles, mais pour qu'ils soient efficaces, leur utilisation nécessite une prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

Ortiz A. (2009). Trajectoire professionnelle et état de santé déclaré des salariés seniors en activité. In: Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance. *Revue Economique*, 60 (2)
<http://www.cairn.info/revue-economique.htm>

Cet article s'inscrit dans le cadre général d'une réflexion sur la réforme des retraites et le prolongement de la vie active. Ce travail met en évidence les liens entre la qualité de la trajectoire professionnelle et l'état de santé perçu des salariés seniors en activité à 50 ans et plus. Pour ce faire, en se basant sur les travaux de Siegrist et au moyen d'un modèle de régression logistique qui souligne l'association entre la sécurité des trajectoires et la bonne santé, cet article montre que la sécurisation des trajectoires professionnelles et la préservation de la santé des travailleurs sont des préalables au prolongement de la durée de la vie active.

Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M. (2009). Inequality of opportunities in health in France : a first pass. *Health Economics*, 19 (8)

Cet article analyse le rôle des enfants et des antécédents familiaux dans l'état de santé des personnes âgées. Il explore l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle des inégalités de santé en utilisant les données françaises de SHARE.

Tubeuf S. (2009). Les inégalités de santé selon le revenu en France en 2004 : décomposition et explications. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 57 (5) : 319-328.

Cette analyse complète les travaux sur les inégalités sociales de santé à deux niveaux : la mesure de la santé et la mesure des inégalités. D'une part, l'état de santé individuel est appréhendé par une mesure subjective de santé corrigée par une méthode de cardinalisation innovante, qui n'a pas encore été appliquée à la France. D'autre part, cette étude met en œuvre une méthode originale de mesure des inégalités sociales de santé qui permet de comprendre les liens existants entre le revenu, les inégalités de revenu, plusieurs déterminants sociaux et la santé. L'analyse est conduite sur un échantillon d'adultes en âge de travailler issu de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2004. La méthodologie permet de calculer l'inégalité sociale de santé totale à l'aide d'un indice de concentration. Le calcul de l'indice s'appuie sur un modèle linéaire qui explique la santé par plusieurs caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe et différentes variables socioéconomiques. La méthode tient compte à la fois des relations causales entre les différents facteurs explicatifs introduits dans l'analyse et de leur lien avec la santé. De plus, elle mesure concrètement la contribution des déterminants sociaux à la formation des inégalités de santé. Résultats : Les résultats mettent en évidence qu'il existe des inégalités de santé selon le revenu à l'avantage des revenus les plus élevés. Les plus fortes contributions aux inégalités proviennent du niveau de revenu, de l'accès à la couverture complémentaire santé, du niveau d'instruction et de la classe sociale. Ainsi, la méthode de décomposition permet d'éclairer les groupes spécifiques sur lesquels les politiques doivent concentrer leurs efforts. Conclusion : Cette étude suggère que la réduction des inégalités de revenu n'est pas suffisante pour éliminer les inégalités sociales de santé en France en 2004, et qu'elle doit s'accompagner d'une réduction de l'association entre le revenu et la santé, et d'une réduction des inégalités de revenu selon les catégories sociales.

Aiach P., Niwiadomski C. (2008). Discours croisés sur les inégalités sociales de santé aujourd'hui. *Sociologie Santé*, (28) : -357p.

Sans être exhaustif, les regards croisés qui composent ce dossier consacré aux inégalités sociales de santé font suite à la tenue d'un colloque international qui s'est déroulé à Lille en janvier 2007. Trois parties composent ce dossier. La première se centre sur la question des rapports entre inégalités sociales de santé et territoires. La seconde partie se préoccupe de prévention et d'actions en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. La troisième interroge la place particulière du cancer face aux inégalités sociales de santé.

Cambois E., Laborde C., Robine J. (2008). La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population & Sociétés*, (441) : -4p.

<https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/la-double-peine-des-ouvriers-plus-d-annees-d-incapacite-au-sein-d-une-vie-plus-courte/>

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.

Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2008). La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents. *Economie et Statistique*, (411) : 25-46.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es411B.pdf

A partir des données de l'enquête Share, cette recherche étudie, pour la première fois en France, le rôle de la profession des deux parents et de leur état de santé, sur celui de leurs descendants à l'âge adulte, en contrôlant pour les caractéristiques socioéconomiques de ceux-ci. La comparaison des distributions de santé des seniors selon le milieu social d'origine et la longévité des ascendants directs témoignent de l'existence d'inégalités des chances en santé chez les seniors. Au-delà de son association avec la situation sociale actuelle de l'individu, l'état de santé à l'âge adulte est directement influencé par le statut socioéconomique de la mère, le statut socioéconomique du père ayant au contraire une influence indirecte passant par la détermination du statut socioéconomique de l'enfant. Une transmission intergénérationnelle de la santé est également observée : la longévité relative du père et en particulier son statut vital influence la santé à l'âge adulte.

(2007). Social capital and health : maximizing the benefits. *Bulletin de Recherche sur les Politiques de Santé*. (14) : -44p.

<http://www.hc-sc.gc.ca/>

Ce numéro examine l'évolution des études de « lieux et de santé » en vue de les explorer sous l'angle des déterminants de la santé. Dans un premier temps, ce numéro donne un aperçu des écarts de santé qu'on observe entre les zones rurales et urbaines du pays. Dans un deuxième temps, il s'intéresse aux interrelations qui sous-tendent ces écarts faisant un zoom avant sur les villes et quartiers où les interactions entre les déterminants de la santé sont plus faciles à observer et les écarts de santé plus faciles à comprendre. Tout au long de ce numéro, les articles analysent les répercussions sur les politiques et laissent entendre qu'il serait plus facile d'adopter une approche stratégique pour régler les problèmes de santé et les disparités en matière de santé en mettant l'accent sur les lieux préoccupants et les populations préoccupantes.

Cambois E., Jusot F. (2007). Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. Numéro thématique. Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (2-3) : 10-14.

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

La France, comme les autres pays européens, affiche de larges inégalités sociales face à la mort et en matière de santé. Les plus instruits, les catégories de professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé. Les conclusions convergentes d'une étude à l'autre dans les pays de l'Union et les tâtonnements pour mesurer, comprendre et réduire les disparités sociales ont porté les préoccupations et questionnements dans ce domaine du niveau national au niveau européen. Les études européennes visent à limiter les problèmes de comparaison liés aux sources et données, facilitant alors l'interprétation des différences entre pays. Ce panorama des études comparatives européennes sur les inégalités sociales de santé et de mortalité montre que dans l'ensemble des pays européens, les mêmes maladies contribuent aux inégalités face au risque de décès (maladies cardio-vasculaires, cancers et maladies du système digestif et du système respiratoire) ou face au risque de mauvaise santé (maladies cardiovasculaires, du système nerveux, arthrose, diabète). On retrouve également des différences sociales face à l'incapacité et à la mauvaise santé perçue partout en Europe. Différents facteurs de risque et déterminants de ces inégalités sociales sont communs aux pays européens mais peuvent être plus ou moins prégnants, expliquant certaines variations régionales dans l'ampleur des différentiels à travers l'Union européenne. Par ailleurs, les études comparatives montrent un impact de l'accès et du recours aux soins ou encore des politiques de santé sur les inégalités sociales de santé. Ces travaux participent à l'accumulation des connaissances pouvant conduire dans les années à venir à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à réduire ces inégalités.

Moulin J.J., Labbe E., Chatain C., Gerbaud L., Sass C. (2007). La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 38 (2) : 139-146.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fragilite_sociale.pdf

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.

De Saint Pol T. (2007). L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. *Insee Première*, (1123) : -4p.
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1123/ip1123.pdf>

En France, la corpulence des femmes comme des hommes a fortement augmenté depuis 1981, avec une accélération depuis les années 1990. Cette évolution concerne aussi bien les jeunes que les plus âgés. Toutefois ce processus n'a pas touché également tous les groupes sociaux. Les différences géographiques se sont renforcées entre le Nord et l'Est, où la prévalence de l'obésité est la plus forte, et l'Île-de-France et la zone méditerranéenne, où elle est la plus faible. De même, l'écart entre les catégories socioprofessionnelles s'est fortement accru : l'obésité augmente beaucoup plus vite depuis 1992 chez les agriculteurs ou les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Contrairement aux femmes, les hommes les plus pauvres ne sont pas les plus corpulents. Parallèlement, de plus en plus de personnes déclarent suivre un régime amaigrissant mais ce ne sont pas les plus touchées par l'obésité, signe que les inégalités en matière d'obésité pourraient continuer à croître (résumé d'auteur).

Romon I., Dupin J., Fosse S., Dalichampt M., Dray S.R., Weill A., Fagot C.A. (2006). Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (45) : 347-350.
<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/45/>

Cette étude a pour objectifs de comparer les caractéristiques socio-économiques de populations diabétique et générale, et d'étudier, au sein de la population diabétique, le lien entre ces caractéristiques et l'état de santé, le recours aux soins et la qualité des soins. Pour l'étude Entred, 10 000 adultes ont été sélectionnés aléatoirement parmi les bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie remboursés d'hypoglycémiant (oraux et/ou insuline) au cours du dernier trimestre 2001. Un questionnaire leur a été posté et un questionnaire médical a été adressé à leurs médecins. Cette analyse porte sur 3 076 personnes diabétiques de type 2 âgées de moins de 80 ans. Les résultats ont montré que le statut socio-économique était moins favorable en population diabétique que générale. En population diabétique, les personnes de niveau socio-économique moins favorable avaient déclaré moins souvent une dyslipidémie mais plus souvent une obésité ou une complication macrovasculaire. Elles avaient eu plus souvent recours à un médecin généraliste, et moins souvent à un spécialiste du diabète. La qualité des soins reçus et leur contrôle glycémique étaient moins bons. Les personnes nées aux Maghreb, comparativement à celles nées en France, présentaient plus souvent une rétinopathie diabétique, avec de plus un dépistage par fond d'œil moins fréquent. Au vu des résultats, des efforts devraient être faits pour améliorer la prévention et la prise en charge du diabète chez les personnes issues de milieux défavorisés (Résumé d'auteur).

Bernard P., Lemay M., Bourdon S. et al. (2005). Enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale (ESSIL). *Ruptures : Revue Transdisciplinaire en Santé*, 10 (2) : 73-132.

Ce numéro de la revue Ruptures comprend une série d'articles concernant le projet d'enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale (ESSIL), un projet de panel général des ménages visant à explorer l'interaction dynamique entre les différentes dimensions de la vie des individus qui définissent leurs trajectoires de vie : la santé, l'éducation et la famille. De telles enquêtes existent dans plusieurs autres pays : le British Household Panel Study (BHPS) et le German Socioeconomic Panel (GSOEP). Le projet ESSIL a donné lieu récemment à la publication d'un rapport par l'Institut de la statistique du Québec couvrant l'ensemble du projet. Ces articles en présentent ici quelques aspects pertinents pour le domaine de la santé.

Cornilleau G., Lombrail P., Pascal J., et al. (2005). Argent et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (8) : 23-84, tabl.

Avec plus de 10 % du PIB, près de 2 millions d'actifs, le secteur de la santé voit transiter une fraction considérable de l'argent de notre société. Ce d'autant qu'il connaît une croissance supérieure à celle de la richesse nationale et des autres grands domaines d'activité. Cet article s'interroge donc sur les

usages et mésusages de cet argent : Quels financements pour les dépenses de santé ? Quels obstacles financiers menacent l'accès aux soins ? Comment évoluent les revenus ? Comment se déterminent les prix ? Où se trouvent les richesses ? Quelles turpitudes peuvent s'en nourrir ? Ce numéro de Sève invite donc à une réflexion sur l'ambiguïté des relations entre le système de santé et l'argent.

Gourdol A. (2005). Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle. *Etudes et Résultats*, (418) : -12p.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Près de 14 % des actifs ou anciens actifs déclarent avoir connu une interruption d'activité pour raison de santé, d'au moins quatre semaines consécutives, au cours de leur vie professionnelle. La durée de ces interruptions est variable : elle atteint plus de six mois consécutifs pour 44 % d'entre eux (soit 6 % des actifs ou anciens actifs), et plus de trois ans pour 8 %. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer avoir interrompu leur travail pendant des périodes courtes. Ces interruptions pour raison de santé sont globalement plus fréquentes dans l'industrie et le bâtiment, et pour les hommes les arrêts longs se produisent plus souvent dans la construction. Les ouvriers et les employés sont plus fréquemment concernés par de telles interruptions que les cadres, l'écart variant de 1 à 3 pour les arrêts de plus de 6 mois. L'état de santé déclaré par les personnes ayant connu une interruption d'activité pour des problèmes de santé est moins bon que celui des actifs ou anciens actifs n'ayant jamais cessé durablement leur travail pour ce motif, surtout lorsque cette interruption a été prolongée. Les personnes ayant cessé durablement leur activité pour raison de santé déclarent souvent aussi davantage de maladies chroniques (30 % en déclarant au moins trois) et s'estiment plus souvent limitées dans leurs activités quotidiennes (42 % d'entre elles).

Guillon E., Arnaud C., Godeau E., Navarro F., Grandjean H. (2005). Statut socio-économique, comportements de santé et santé des adolescents français : l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 53 (4) : 383-392.

Les inégalités de santé observées chez les adultes semblent en partie déterminées par les comportements et la santé à un âge précoce, et plus particulièrement pendant l'adolescence. L'objectif est ici d'étudier, en fonction du statut socio-économique familial, la santé et les comportements de santé des adolescents. Ceux issus de familles d'ouvriers étaient plus nombreux à déclarer être en "assez bonne santé" ou "pas très bonne santé", en surpoids ou obèse, que ceux des familles de cadres. Ils étaient également plus nombreux à adopter des comportements néfastes : hygiène alimentaire, pratique sportive, par rapport à ceux issus de famille de cadres.

Jusot F. (2005). L'état de santé de la population dans l'Union européenne : réduire les écarts de santé, Luxembourg, Commission Européenne, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003, 60 p. *Population*, 60 (3) : 381-383.

L'auteur de cet article propose une bibliographie annotée du rapport de la Commission Européenne : "L'état de santé de la population dans l'Union européenne : réduire les écarts de santé" réalisé en 2003.

Lombrail P., Pascal J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. In : Argent et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (8) : 31-39.

En France, le potentiel de rattrapage par le système de santé des inégalités sociales de santé est probablement sous-estimé. C'est ce que suggèrent l'ampleur des inégalités sociales d'accès aux soins et leurs conséquences sur la santé. La part attribuable aux inégalités de recours ou d'accès secondaire aux soins est souvent méconnue. Ces inégalités traduisent l'incapacité du système de soins à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé et revêtent deux dimensions : les inégalités par omission, produites par le fonctionnement en routine du système de santé, ne sont pas intentionnelles et résultent de la non-reconnaissance d'un besoin de soins ou de sa non-satisfaction au moment de l'identification ; les inégalités par construction résultant de l'absence en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissent à les perpétuer, voire les accentuer. L'identification de ces inégalités peut permettre celle d'actions correctives.

Monteil C., Robert-Bobee I. (2005). Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *Insee Première*, (1025)
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1025.pdf

Entre le début des années quatre-vingt et le milieu des années quatre-vingt-dix, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : d'après la mortalité par sexe et âge observée au milieu des années quatre-vingt-dix, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, contre un écart de 7 ans entre les hommes cadres et les ouvriers. Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont accrus chez les hommes alors qu'ils restaient stables chez les femmes. Les hommes inactifs non retraités, dont la situation est souvent liée à des problèmes de santé, n'ont que peu profité de l'allongement de la durée de vie (résumé d'auteur).

Tessier P., Wolff F.C. (2005). Offre de travail et santé en France. *Economie et Prévision*, (168) : 17-41.

Ce papier propose une analyse économétrique qui renseigne sur les éventuelles interactions entre travail et santé en France à partir de l'enquête Emploi du temps. A partir de deux mesures de la santé, l'une objective et l'autre subjective, l'estimation de modèles d'équations simultanées à choix discret révèle que le fait d'être en mauvais état de santé diminue sensiblement la probabilité de participer au marché du travail, tandis que le fait de travailler n'influence pas particulièrement l'état de santé. La construction de sources statistiques adaptées, notamment des données longitudinales, permettrait d'aller plus avant dans l'étude des liens entre travail et santé.

Aiach P. (2004). Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. In : *Inégalités sociales de santé. Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-québécois*, (2) : 39-47.

Les inégalités sociales de santé résultent de processus complexes qui se produisent aussi bien dans l'espace social que dans le champ biologique. Elles se traduisent principalement par des écarts dans l'état de santé des groupes sociaux occupant des positions hiérarchisées dans l'échelle des professions ou dans celle des revenus ou du savoir. Les déterminants de ces inégalités de santé sont à identifier et à déchiffrer dans les rapports qui existent entre les inégalités sociales en général et l'état de santé à travers des désavantages directement liés à l'appartenance sociale, mais le plus souvent indirectement liés dans la mesure où ils transitent par des médiations en rapport avec cette appartenance sociale .

Bernard P., Raynault M.F. (2004). Inégalités sociales de santé : feux, contre-feux et piliers de bien-être. In : *Inégalités sociales de santé. Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-québécois*, (2) : 49-58.

Comment les inégalités sociales en viennent-elles à se manifester sous forme de maladies physiques et mentales ? Trois des quatre déterminants de la santé sont clairement de nature sociale et portent, en conséquence, la trace des inégalités de conditions. Il y a d'abord l'environnement social qui constitue l'élément le plus important, au point même qu'il surdétermine l'exposition aux effets de l'environnement physique. Viennent ensuite les habitudes de vie qui ne sont pas que la résultante de la plus ou moins grande force de caractère des individus, mais qui obéissent également à des logiques sociales. Et finalement, l'accès au système de santé qui demeure inégal, même dans les sociétés où il est, en principe, universel. Si les forces du marché tendent en général à accroître les inégalités sociales de santé, l'Etat peut contrer ces dernières par des politiques qui réduisent directement les inégalités sociales, qui contrôlent l'environnement physique, qui produisent des soins et soutiennent la santé publique, et qui favorisent l'insertion professionnelle. Les réseaux et l'action communautaire procurent entraide et charité qui limitent les inégalités, fournissent un soutien social pour modérer les effets pervers de ces dernières sur la santé, contribuent aux soins de santé et ouvrent la voie à l'insertion sociale. Ces divers piliers de bien-être (marché, Etat, famille, communauté) s'articulent différemment selon les divers régimes providentiels auxquels appartiennent les sociétés avancées.

Leclerc A., Niedhammer I. (2004). Les inégalités sociales de santé en France. In : Inégalités sociales de santé. *Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-québécois*, (2) : 29-35.

Les inégalités sociales de santé en France ont fait l'objet d'études descriptives portant principalement sur la mortalité des adultes et, de façon plus ponctuelle, sur la morbidité générale (santé « moins que bonne », déficiences et incapacités). Les consommations de tabac et d'alcool, l'exercice physique de loisir et le surpoids sont également des domaines documentés. Le résultat le plus marquant est l'existence d'inégalités sociales de mortalité très importantes dans la population adulte masculine, documentées pour la période 1982-1996. Ces inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe. La structure des inégalités sociales de mortalité selon les causes médicales de décès met en évidence des spécificités françaises et des traits partagés avec les pays du Sud de l'Europe, en particulier la part relativement limitée des affections cardiovasculaires dans les décès en excès des catégories défavorisées. Faute de données très récentes, il est difficile de dire dans quelle mesure les spécificités françaises se sont réduites autour des années 2000. Les données françaises disponibles dans le futur permettront de répondre à cette question et de mener des comparaisons internationales.

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. (2003). Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51 (4) : 381-401.

A l'étranger

Ouvrages, rapports, working papers

Ahammer, A., et al. (2015). The Effect of Income on Mortality: New Evidence for the Absence of a Causal Link. *IZA Discussion Paper* ; 9176. Bonn : IZA
<http://ftp.iza.org/dp9176.pdf>

We analyze the effect of income on mortality in Austria using administrative social security data. To tackle potential endogeneity concerns arising in this context, we estimate time-invariant firm-specific wage components and use them as instruments for actual wages. While we do find quantitatively small yet statistically significant effects in our naïve least squares estimations, IV regressions reveal a robust zero-effect of income on ten-year death rates for prime-age workers, both in terms of coefficient magnitude and statistical significance. These results are robust to a number of different sample specifications and both linear and non-linear estimation methods.

Bosworth, B. P., et al. (2015). Sources of Increasing Differential Mortality Among the Aged by Socioeconomic Status. *Crr Wp 2015-10*. Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College
http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2015/06/wp_2015-10.pdf

This paper uses data from the Health and Retirement Study (HRS) to explore the extent and causes of widening differences in life expectancy by socioeconomic status (SES) for older persons. We construct alternative measures of SES using educational attainment and average (career) earnings in the prime working ages of 41-50. We also use information on causes of death, health status and various behavioral indicators (smoking, drinking, and obesity) that are believed to be predictors of premature death in an effort to explain the causes of the growing disparities in life expectancy between people of high and low SES.

Burton-Jeangros, C. é., et al. (2015). *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*, Berlin : Springer Verlag.
<http://www.springer.com/us/book/9783319204833>

This book examines health trajectories and health transitions at different stages of the life course, including childhood, adulthood and later life. It provides findings that assess the role of biological and social transitions on health status over time. The essays examine a wide range of health issues, including the consequences of military service on body mass index, childhood obesity and cardiovascular health, socio-economic inequalities in preventive health care use, depression and anxiety during the child rearing period, health trajectories and transitions in people with cystic fibrosis and oral health over the life course. The book addresses theoretical, empirical and methodological issues as well as examines different national contexts, which help to identify factors of vulnerability and potential resources that support resilience available for specific groups and/or populations. Health reflects the ability of individuals to adapt to their social environment. This book analyzes health as a dynamic experience. It examines how different aspects of individual health unfold over time as a result of aging but also in relation to changing socioeconomic conditions. It also offers readers potential insights into public policies that affect the health status of a population.

Poschl, J. and K. Valkova (2015). *Welfare State Regimes and Social Determinants of Health in Europe*. *Working Papers*; 118. Vienna : Vienna Institute for International Economic Studies
<http://www.wiwi.ac.at/welfare-state-regimes-and-social-determinants-of-health-in-europe-dlp-3669.pdf>

The aim of the paper is to identify social determinants of poor health when considering differences across countries and types of welfare states. In order to do so, we first perform a cluster analysis to classify countries into groups of welfare state models. The innovation of the paper is clustering method using the information about the actual redistributive effects and country health care expenditures instead of concentrating on country institutional arrangements. Thereafter, a logistic regression model is used to investigate the social determinants of poor health status in Europe, taking into account demographic and socioeconomic factors, indicators of relative poverty and finally environmental

factors. Following the recent literature, we also apply an alternative estimation strategy and employ a multilevel logistic regression of individuals nested within countries with random intercept on the country level. The results show that, apart from age, inequality at the individual level is mostly determined by the education level, income and employment status as well as indicators of relative poverty. Environmental factors as well as other demographic characteristics such as migration or the marital status seem to matter less. Moreover, welfare state models play an important role in determining health inequalities across countries, even after controlling for a large number of socioeconomic characteristics at the individual level.

Weaver, F., et al. (2015). Socioeconomic inequalities in subjective well-being among the 50+: contributions of income and health. *Working Paper; WPS 15-01-01*. Genève : Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/dsec/repec/files/15011.pdf>

Although there is a growing interest in subjective well-being (SWB) and its determinants, the extent of socioeconomic inequalities in SWB has not yet been analyzed. This study assesses socioeconomic inequalities in SWB in twelve European countries and the United States (US), by estimating concentration indices. They are then decomposed to document how individual income, relative income (i.e. how individual income compares to those of peers), individual health, and relative health contribute to these inequalities. The analysis focuses on the population aged 50 and over, using data from the 'Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe' and the 'Health and Retirement Study' for the US. All countries display some socioeconomic inequalities in SWB, with SWB being concentrated among individuals with higher socioeconomic status. Of the countries studied, the Netherlands and Belgium have the lowest socioeconomic inequalities in SWB, while Poland and the Czech Republic have the highest. The US has significantly higher inequalities than the former and significantly lower inequalities than the latter countries. The decomposition reveals that individual and relative health contribute largely to these inequalities in all countries. In contrast, individual and relative income matter in some countries, such as the US, and not in others, for example Spain. These results indicate that attention needs to be paid to socioeconomic inequalities in SWB of the baby boomers and elderly population and that, in most countries, policies focusing on health would be more effective at reducing them than targeting income.

Benzeval M. (2014). How does money influence health? York : Joseph Rowntree Foundation . <https://www.jrf.org.uk/report/how-does-money-influence-health>

This report explores the association between income and health throughout the life course and improving the income of the poorest members of society is often proposed as a way of improving their health, and hence reducing health inequalities. However, for this policy to be effective, it is important to understand how money influences health. Effective policy responses must take all the factors that link income and health into account. The report identifies key theories that explain how money influences health, including: materialist arguments: for example, money buys health-promoting goods and the ability to engage in a social life in ways that enable people to be healthy; psychosocial mechanisms: for example, the stress of not having enough money may affect health; behavioural factors: people living in disadvantaged circumstances may be more likely to have unhealthy behaviours; being in poor health may affect education and employment opportunities in ways that affect subsequent health.

Whitehead M. (2014). The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health : Copenhagen : OMS . http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_equityaction_en.pdf

This guidance aims to support European policy-makers to improve the design and implementation of policies to reduce inequities in health. It brings together current evidence on how to develop comprehensive policy action plans to identify and address social determinants of health inequities. While great improvements have been made in health across the WHO European Region, there are still striking contrasts in the standards of health enjoyed by different countries within the Region and by different population groups within these countries. Reducing health inequities and improving governance for health and health equity are key strategic objectives of Health 2020 – the European policy framework for health and well-being endorsed by the 53 Member States of the WHO European

Region in 2012. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the WHO Regional Office for Europe's Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It also provides a framework that policy-makers at national, regional and local levels can apply to their own unique context, in order to consider the processes by which inequities might occur, and to suggest policy interventions that may be helpful in addressing these factors.

(2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report : Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe .

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>

La Région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a vu sa situation sanitaire s'améliorer considérablement, bien qu'un manque d'équité persiste tant entre les pays qu'au sein d'un même pays. Désormais, on en sait beaucoup plus sur l'ampleur et les causes sociales de ce manque d'équité, en particulier depuis le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé, en 2008. Cette analyse des iniquités sur le plan sanitaire dans les 53 États membres de la Région a été commandée afin de contribuer à l'élaboration du nouveau cadre politique européen pour la santé et le bien-être, Santé 2020. Elle s'appuie sur les bases factuelles obtenues à l'échelle mondiale et recommande des politiques visant à lutter contre le manque d'équité en santé et la fracture sanitaire dans tous les pays, y compris les pays à faible revenu. Le rapport est présenté en quatre parties. La partie I replace l'analyse dans son contexte, et énonce les principes clés qui sous-tendent les recommandations et les raisons pour lesquelles elles sont regroupées en quatre grands thèmes : les différentes étapes de la vie, la société au sens large, le contexte macro-économique, et les systèmes de gouvernance, de prestation et de suivi. La partie II résume les bases factuelles existantes sur l'ampleur de la fracture sanitaire entre pays de la Région européenne, et décrit les iniquités sur le plan sanitaire et leurs déterminants sociaux. La partie III se concentre sur les quatre thèmes, en faisant des recommandations fondées sur des bases factuelles. La partie IV décrit les obstacles à la mise en œuvre, résume le cadre de l'action, évoque les raisons des échecs, fournit des conseils sur les bonnes pratiques et résume les conclusions et recommandations de l'analyse. Cette analyse est un coup de semonce pour les dirigeants politiques comme pour les responsables professionnels. Elle est une occasion pour eux de faciliter le travail de ceux qui se consacrent à l'amélioration des bilans sanitaires et de réduire les écarts entre et dans les pays de la Région en matière de santé.

Jensen B.B. (2013). Early years, family and education task group: report. European review of social determinants and the health divide in the WHO European Region : Copenhagen : OMS .

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf

The task group on early years, childhood and family was set up as part of the European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region, which was commissioned to support the development of the new health policy framework for Europe, Health 2020. The task group was asked to identify interventions, strategies and approaches that policy-makers and practitioners in the Region can use in the childhood years to improve and equalize health outcomes throughout the life-course. The report's analysis is organized in terms of early years and later childhood to reflect phases of children's experience that are distinct in many ways and which require different forms of service provision. Evidence comes from the international research evidence, a review of reports from transnational organizations, and case studies of illuminating practice from European countries. The report's broad conclusions should be considered in conjunction with more detailed recommendations provided throughout the text.

Costa-Font J. (2013). Intergenerational and Socioeconomic Gradients of Child Obesity : London : London School of Economics and Political Science

<http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/Workingpapers/LSEH-WP30-2.pdf>

Can the rise in obesity among children be attributed to intergenerationally parental influences? How important is a parent's socioeconomic status in accounting for the emergence of obesity among

children? This paper documents evidence of an emerging social gradient of obesity in pre-school children resulting from a combination of income and education effects, as well as less intensive childcare associated with maternal employment, when different forms of intergenerational transmission are controlled for. We also estimate and decompose income related inequalities in child obesity. We take advantage of a uniquely constructed dataset in Spain spanning the years 2003 to 2006, a period in which a significant spike in the growth of child obesity was observed. Our results suggest robust evidence of a socioeconomic and intergenerational gradient. Higher income systematically prevents obesity in children, while inequalities in child obesity have doubled in just three years with a pure income effect accounting for 72-66% of these income inequality estimates, even when intergenerational transmission is accounted for. Although, intergenerational transmission does not appear to be gender specific, when accounted for, mother's labour market participation significantly explains obesity among boys but not among girls.

Costa-Font J., Hernandez-Quevedo C., Jimenez-Rubio D. (2012). Do Income Gradients in Unhealthy Behaviours Explain Patterns of Health Inequalities ? London : London School of Economics and Political Science.

<http://eprints.lse.ac.uk/44302/>

This paper contributes by examining how the existence of income-related inequalities in unhealthy behaviours and more specifically, obesity (as a proxy for excessive food intake), alcohol intake and smoking might explain the persistence of health inequalities. We empirically examine data from two countries, England and Spain, which exhibit rising obesity levels, as well as smoking and alcohol use, drawing from unique health survey data. Furthermore, we carry out a sensitivity analysis of the influence of different robustness checks, including primarily, the definition of variables across national surveys, reporting bias associated with self-reported measures of lifestyle and the measurement of income-related inequalities in lifestyle factors across countries. The results document the persistence of income inequalities in obesity and tobacco use, which disproportionately concentrate among the relatively poor. However, we find that inequalities in alcohol consumption over time tend to concentrate among relatively richer individuals in both countries examined.

Devaux M., Loope M. de. (2012). Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. Paris : OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009_5k95xd6stnxt-en

This Working Paper examines income-related inequalities in health care service utilisation in OECD countries. It extends a previous analysis (Van Doorslaer and Masseria, 2004) to 2008-2009 for 13 countries, and adds new results for 6 countries, for doctor and dentist visits, and cancer screening. Quintile distributions and concentration indices were used to assess inequalities. For doctor visits, horizontal equity was assessed, i.e. the extent to which adults in equal need of physician care appear to have equal rates of utilisation. The paper considers the evolution of inequalities over time by comparing results with the previous study, as data permit. Health system financing arrangements are examined to see how these might affect inequalities in health service use.

Tubeuf S., Jusot F., Bricard D. (2012). Mediating role of education and lifestyles in the relationship between early-life conditions and health: evidence from the 1958 British cohort: Leeds: Leeds Institute of Health Sciences.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1903859

The paper focuses on the long-term effects of early-life conditions with comparison to lifestyles and educational attainment on health status in a cohort of British people born in 1958. Using the longitudinal follow-up data at age 23, 33, 42 and 46, we build a dynamic model to investigate the influence of each determinant on health and the mediating role of education and lifestyles in the relationship between early-life conditions and later health. Direct and indirect effects of early-life conditions on adult health are explored using auxiliary linear regressions of education and lifestyles and panel Probit specifications of self-assessed health with random effects addressing individual unexplained heterogeneity. Our study shows that early-life conditions are important parameters for adult health accounting for almost 20% of explained health inequality when mediating effects are identified. The contribution of lifestyles reduces from 32% down to 25% when indirect effects of early-life conditions and education are distinguished. Noticeably, the absence of father at the time of birth

and experience of financial hardships represent the lead factors for direct effects on health. The absence of obesity at 16 influences health both directly and indirectly working through lifestyles.

Commission européenne. Direction Générale de l'Emploi - des Affaires sociales et de l'Inclusion. Bruxelles (2011). Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne
<http://bookshop.europa.eu/fr/r-duction-des-in-galit-s-de-sant-dans-l-union-europ-enne-pbKE3010290/>

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.

Poder T.G. (2011). Inégalité de revenu et état de santé : une relation ambiguë. Cahier de Recherche. Working Paper 11-10.
<http://www.revue-interrogations.org/Inegalite-de-revenu-et-etat-de>

Au cours de ces dernières années, de nombreux chercheurs issus de divers domaines des sciences sociales ont posé l'existence d'une relation entre inégalité de revenu et état de santé, l'ont examiné dans des études empiriques et ont commencé à proposer des applications de politiques. Cependant, de nombreuses ambiguïtés persistent et, par conséquent, personne ne sait comment cette relation fonctionne réellement. Dans ce cadre, ce bref article se propose d'enquêter sur ce qui est connu à ce jour sur la relation entre inégalité de revenu et état de santé et offre des suggestions quant à la façon de produire davantage de santé.

Commission Européenne. (2010). Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from EU-SILC. Luxembourg : Publications Office of the European Union
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/5847256/KS-RA-10-016-EN.PDF/14ea442a-ef64-4b81-a522-7cee4bd3dbe3>

Le présent document présente une analyse des inégalités en termes de limitations dans les activités quotidiennes liées à l'état de santé, en s'appuyant sur les données longitudinales de l'EU-SILC pour les vagues 2005 à 2007 dans 20 États membres de l'UE pour lesquels des données sont disponibles. Ces inégalités ont été mesurées en utilisant une approche basée sur les indices de concentration. Nous avons complété l'analyse par une analyse par décomposition des indices de concentration afin de différencier les principales causes des inégalités liées au revenu en matière de santé. Nous avons mis en évidence des inégalités liées au revenu dans tous les pays étudiés, bien qu'ils affichent une évolution hétérogène. L'analyse de régression montre que les facteurs démographiques comme l'âge et le sexe influent sur la déclaration de limitations dues à l'état de santé. En outre, des facteurs tels que la situation au regard de l'emploi, l'éducation et différents indicateurs d'exclusion sociale jouent un rôle très important dans la perception des limitations liées à la santé dans les activités quotidiennes, comme le montrent les résultats de l'analyse de régression et de l'analyse par décomposition. Les limites de cette étude sont plus amplement abordées dans un document de travail méthodologique (Hernández-Quevedo et al, 2010).

OMS Bureau régional de l'Europe. (2010). How health systems can address inequities linked to migration and ethnicity : Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf

There are about 75 million migrants in the WHO European Region, amounting to 8.4% of the total population and 39% of all migrants worldwide. Figures for ethnic minorities are not available, because there is little consensus on definitions, but the largest of these groups is probably the Roma, with an estimated population of 12-15 million. There is substantial evidence of inequities in both the state of

health of these groups and the accessibility and quality of health services available to them. Differences from the majority population vary, however, according to the specific group studied, the health problems or services involved, and the country concerned. Some groups may in certain respects enjoy health advantages, but it is mainly disadvantages that are documented. This briefing describes how, to tackle such health inequities, health systems must not only improve the services available to migrants and ethnic minorities, but also address the social determinants of health across many sectors.

Marmot M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review Final Report* : Londres : University College of London
<http://www.instituteofhealthequity.org/>

In November 2008, Professor Sir Michael Marmot was asked by the Secretary of State for Health to chair an independent review to propose the most effective evidence-based strategies for reducing health inequalities in England from 2010. The strategy will include policies and interventions that address the social determinants of health inequalities. The Review had four tasks : Identify, for the health inequalities challenge facing England, the evidence most relevant to underpinning future policy and action; Show how this evidence could be translated into practice Advise on possible objectives and measures, building on the experience of the current PSA target on infant mortality and life expectancy ; Publish a report of the Review's work that will contribute to the development of a post-2010 health inequalities strategy.

Mladovsky P., Allin S., Masseria C., Hernandez-Quevedo C., Mcdaid D., Mossialos E. (2010). *Health in the European Union : trends and analysis. Observatory Studies Series ; 19.* Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf

This book discusses and analyses the relationship between living conditions- , socioeconomic factors and health with the objective of framing a debate and policy action to create a healthier and fairer society across Europe. This study will serve to stimulate focused discussion by offering an essential overview of key issues affecting European nations and the health and well-being of their peoples.

Ostlin P., Schrecker T., Sadana R.A. (2010). *Priorities for research on equity and health: Implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward* : Genève : OMS.
http://www.who.int/social_determinants/publications

This recent paper aims to stimulate further thinking, debate and refinement of strategic approaches focusing WHO support and collaborations to advance global research on equity and health. It sets forth broad parameters for a global research agenda on equity and health, taking stock of contemporary efforts, stakeholder discussions, relevance to Member States and expected innovations. Recommend an agenda for research in the following four distinct but interrelated areas: global factors and processes that affect health equity; structures and processes that differentially affect people's chances to be healthy within a given society; health system factors that affect health equity; and policy interventions to reduce health inequity, that is how to influence effectively, for example by identifying policy and programme interventions with the potential to reduce inequities in the determinants of health and health services and opportunities to transfer the findings of research to potential users with maximum effectiveness. In each of these areas, much is already known, but much remains to be understood. The discussion that follows provides a brief overview of the research agenda and identifies several examples of priority research questions, in general terms. The lists of research questions are far from exhaustive, although we are confident that we have identified many of the most important ones.

Sen G. / éd., Ostlin P. /éd.(2010). *Gender equity in health. The shifting evidence and action* : Abington : Routledge

This volume brings together leading researchers from a variety of disciplines to examine three areas: health disparities and inequity due to gender, the specific problems women face in meeting the highest attainable standards of health, and the policies and actions that can address them.

World Health Organization (2010). Equity, social determinants and public health programmes : Genève : OMS.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf

This book is a collection of analyses of the social determinants of health that impact on specific health conditions. Stemming from the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health, promising interventions to improve health equity are presented for the areas of: alcohol-related disorders, cardiovascular diseases, child health and nutrition, diabetes, food safety, maternal health, mental health, neglected tropical diseases, oral health, pregnancy outcomes, tobacco and health, tuberculosis, and violence and injuries. The book was commissioned by the Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights as part of the work undertaken by the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health, in collaboration with 16 of the major public health programmes of WHO. In addition to this, through collaboration with the Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, and the Alliance for Health Policy and Systems Research, 13 case studies were commissioned to examine the implementation challenges in addressing social determinants of health in low-and middle-income settings.

Roskam A.J. (2009). Cross-national comparisons of socioeconomic differences in overweight and obesity : Rotterdam : Erasmus University

It has been known for long that disease and death are unequally distributed over the population. People of lower socioeconomic positions tend to carry a disproportionate amount of the burden of mortality and morbidity. Overweight and obesity are no exception to this. This book starts by describing how large the socioeconomic differences in overweight and obesity currently are in Europe. Related to this, it investigates to what extent these inequalities vary from country to country. It tries to explain the international patterns by looking at country and individual-- level factors. It also evaluates to what extent the socioeconomic differences in the prevalence of immediate risk factors mirror the inequality patterns of overweight and obesity. In addition, it investigates the possible role of inequalities in the prevalence of overweight and obesity in socioeconomic differences in the prevalence of diabetes, hypertension and subjectively experienced ill health.

World Health Organization (2009). The European health report 2009: health and health systems : Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf

Quelles ont été les tendances observées dans les indicateurs de la santé publique au cours de ces quatre dernières années ? Quels facteurs influencent la santé et quels sont les défis pour l'avenir ? Comment les systèmes de santé peuvent-ils contribuer à l'amélioration de la santé des populations de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ? En répondant à ces questions, ce rapport présente les réformes de grande ampleur entreprises par les pays afin de renforcer la performance de quatre fonctions fondamentales des systèmes de santé : la prestation de services, l'obtention de ressources, le financement et la fonction de direction (stewardship).

Bird C.E., Rieker P.P. (2008). Gender and health: the effects of constrained choices and social policies: Cambridge: Cambridge University Press

Gender and Health is the first book to examine how men's and women's lives and their physiology contribute to differences in their health. In a thoughtful synthesis of diverse literatures, the authors demonstrate that modern societies' health problems ultimately involve a combination of policies, personal behavior, and choice. The book is designed for researchers, policymakers, and others who seek to understand how the choices of individuals, families, communities, and governments contribute to health. It can inform men and women at each of these levels how to better integrate health implications into their everyday decisions and actions.

Currie C., Gobhaimn S.N., Godeau E., et al. (2008). Inequalities in Young people's health: Health behaviour in School-aged Children (HBSC) survey: international report from the 2005-2006 survey. Health Policy for children and adolescents; Copenhagen: OMS Bureau régional de l'Europe.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf

This international report is the fourth from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study, a WHO collaborative cross-national study, and the most comprehensive to date. It presents the key findings on patterns of health among young people aged 11, 13 and 15 years in 41 countries and regions across the WHO European Region and North America in 2005/2006. The report's theme is health inequalities, quantifying the gender, age, geographic and socioeconomic dimensions of health differentials. It aims to highlight where these inequalities exist, to inform and influence policy and practice and to help improve health for all young people. The report clearly shows that while the health and wellbeing of many young people give cause for celebration, sizeable minorities are experiencing real and worrying problems related to overweight and obesity, body image, life satisfaction, substance misuse and bullying. It provides reliable data that health systems in Member States can use to support and encourage sectors such as education, social inclusion and housing to achieve their primary goals and, in so doing, benefit young people's health. Policy-makers and professionals in the participating countries and regions now have an opportunity to use the data, which arise from the voices of young people, to drive their efforts to put in place the circumstances – social, economic, health and educational – within which young people can thrive and prosper.

De Konink.M., Pampalon R., et al. (2008). Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent : Québec : INSPQ.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf

Comment se créent les inégalités de santé et pourquoi se maintiennent-elles malgré les efforts et les progrès accomplis? L'analyse de trois territoires de la région de Québec permet aux auteurs de formuler des suggestions pour des interventions au niveau macrosocial et local. Des pistes de recherche sont également proposées.

Farrell C., Mcavoy H., Wilde J. (2008). Tackling Health Inequalities. An All-Ireland Approach to Social Determinants : Dublin : CPA.
<http://www.publichealth.ie/files/file/Tackling%20health%20inequalities.pdf>

Health is not just the outcome of genetic or biological processes but is also influenced by the social and economic conditions in which we live. These influences have become known as the social determinants of health. Inequalities in social conditions give rise to unequal and unjust health outcomes for different social groups. In the past few decades a growing number of countries have made explicit policy commitments to greater health equity through addressing social determinants of health and their consequences. This concern with equity and social determinants of health is reflected in recent policy initiatives in both Ireland and Northern Ireland. The report is structured into three main sections: Part One defines social determinants of health and health inequalities, describes how they are connected and outlines strategic approaches and guiding principles for addressing them that could provide a framework for action into the future. Part Two highlights some of what is known about the extent and nature of health inequalities on the island of Ireland. It outlines the policy contexts in Ireland and Northern Ireland for addressing health inequalities through a social determinants approach, highlighting opportunities and challenges that currently exist. Part Three outlines some key social determinants of health on the island of Ireland and highlights policy issues considered relevant to addressing their consequences.

Benach J., Muntaner C., Santana V. (2007). Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on social determinants of Health inequalities : Genève : OMS.

The aim of this report is to provide a rigorous analysis on how employment relations affect different population groups, and how this knowledge may help identify and promote worldwide effective policies and institutional changes to reduce health inequalities derived from these employment relations. Consequently, the report incorporates the political, cultural, and economic context to provide a comprehensive account of the current international situation of labour markets and types of employment conditions.

Bhopal R.S. (2007). Ethnicity, race and health in multicultural societies: Oxford: Oxford University Press

This is no ordinary book. It is an ideal companion for anyone interested in finding their way through the forest of ignorance, misinformation and prejudice that surround the concepts of ethnicity and race and

what they have to do with health and health care provision. The well-organized and lucidly written text is punctuated with vivid verbal illustrations and probing questions for the reader. Raj Bhopal not only gives you access to a wealth of new information about what is known and not known, but also the opportunity to reflect on your own understanding and values.

Graham H. (2007). *Unequal lives: health and socioeconomic inequalities*: Berkshire : Open University Press

Unequal Lives provides an evidence-based introduction to social and health inequalities. It brings together research from social epidemiology, sociology and social policy to guide the reader to an understanding of why people's lives and people's health remain so unequal, even in rich societies where there is more than enough for all. The book introduces the non-specialist to key concepts like health inequalities and health inequities, social class and socioeconomic position, social determinants and life course, as well as to the key indicators of health and socioeconomic position. It provides a wealth of evidence on socioeconomic inequalities in health at both national and global level, and explores how these inequalities persist as countries industrialise, patterns of employment and family life change, and chronic diseases emerge as the big killers. Consideration is given to policy and its impact on inequalities within the UK, Europe and beyond and an assessment made of health inequalities throughout the life.

Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A.E. (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union* : Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf

What would be the economic impact of improving the health of groups with a lower socioeconomic status to that of more advantaged sections of the population? This report aims to answer this question for the European Union, by addressing the following subquestions. Firstly, how should we conceptualize the economic impact of socioeconomic inequalities in health, and how can we measure this? Secondly, how large are socioeconomic inequalities in health in the European Union, and what is the magnitude of the burden of ill health and premature mortality associated with inequalities in health? Thirdly, what is the economic impact of the socioeconomic inequalities in health in the European Union? And finally, what actions can reasonably be taken to reduce socioeconomic inequalities in health, and what would be the economic benefits of investing in these strategies?

Mackenbach J.P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile* : Rotterdam : Erasmus MC.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf

At the start of the 21st century, all European countries are faced with substantial inequalities in health within their populations. People with a lower level of education, a lower occupational class or a lower level of income tend to die at a younger age, and to have a higher prevalence of most types of health problems. This report was written at the request of the UK Presidency of the European Union, and aims to review the evidence on the existence of socioeconomic inequalities in health in the European Union and its inequalities in self-assessed health in 19 countries, and on inequalities in smoking in 24 countries.

Whitehead M., Dahlgren G. (2006). *Levelling up (part 2) : a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Studies on social and economic determinants of population health ; n °2. Copenhagen : Bureau régional de l'Europe.

http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part2.pdf

Social inequities in health are systematic differences in health status between different socioeconomic groups. These inequities are socially produced (and therefore modifiable) and unfair. In practice, all systematic differences in health between socioeconomic groups in European countries could be regarded as unfair and avoidable, and therefore regarded as inequities. This judgement about unfairness is based on universal human rights principles. The evidence points to the existence of extensive (and widening) social inequities in health in Europe today. The need to take action to reduce these inequities and their root causes is becoming ever more pressing as a major public health challenge. This calls for a new way of thinking about the direction of policy and also calls for renewed vigilance in monitoring impacts, to make sure that no segment of the population is excluded or loses

out. Increasing numbers of countries across Europe have been striving to face the challenge of social inequities in health and are working out what practical action can be taken in their own country to improve the situation. The aim of this paper is to help promote a common understanding of the concepts and principles on which actions for tackling health inequities can be based.

(2005). Health, ageing and retirement in Europe : first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) : Mannheim : MEA.

http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/FRB1/FRB1_all_chapters.pdf

L'objectif de cet ouvrage est de présenter les conditions de vie des européens âgés de 50 ans et plus. Il décrit leur état de santé, leur entourage familial, leur réseau social, et leur revenu. L'analyse se base sur les résultats de l'enquête européenne SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), qui recueille des données sur un échantillon de 27 000 personnes âgées de 50 ans et plus en Europe.

Car-Hill R., Chalmers-Dixon P. (2005). The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement : Oxford ; Sepho

<http://www.sepho.org.uk/Download/Public/9707/1/Carr-Hill-final.pdf>

This new SEPHO handbook primarily focuses on the measurement and interpretation of health inequalities. Written by Roy Carr-Hill and Paul Chalmers-Dixon of York University, it provides a comprehensive collection of material for those concerned to document and understand health inequalities.

Directorate for Health and Social Affairs (2005). The challenge of the gradient : Oslo : Directorate for Health and Social Affairs.

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd01_en.pdf

Dans la plupart des pays, il y a une corrélation statistique claire entre le statut socio-économique des personnes, mesuré, par exemple, selon l'éducation ou le revenu, et leur état de santé. La Norvège n'est pas une exception. " Le défi du gradient ", qui est le titre du plan d'action de la direction de la santé et des affaires sociales, fournit la base pour ce travail. Le plan d'action argue du fait que deux stratégies différentes sont nécessaires dans le plan d'action de la réduction des inégalités sociales de santé.

Keleher H. / éd., Murphy B. / éd. (2005). Understanding health: a determinant approach : New York : Oxford University Press

This book introduces the basic components of old and new public health, placing them in the wider context of conditions and structures in society. The 'determinants of health' approach focuses on both health inequalities and the consequences of social disadvantage for people's health.

Paquet G. (2005). Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé : Montréal : Presses de l'Université de Montréal

Il peut paraître étonnant de consacrer tout un livre à l'étude des inégalités sociales en matière de santé dans le cadre des pays occidentaux, très majoritairement dotés de systèmes universels de soins de qualité. Pourtant, force est de constater que les disparités sociales persistent encore dans nos sociétés où l'égalité de traitement n'est toujours pas synonyme d'égalité sur le plan de la santé et devant la mort. Cet ouvrage dresse un portrait détaillé et offre une analyse rigoureuse des inégalités sociales dans le domaine de la santé, mettant en lumière les recherches importantes faites en sciences sociales, en psychologie et en sciences de la santé. Tout en proposant des pistes d'intervention, Ginette Paquet montre le rôle déterminant de la petite enfance dans le développement du sentiment d'emprise sur la vie et l'importance des facteurs de protection pour ceux qui vivent au bas de l'échelle sociale.

Attella V., Deb P., Au D., et al. (2004). Les inégalités sociales de santé, Ecuity III Workshop. Helsinki, 2-6-2004. Helsinki : STAKES

Ce recueil rassemble les communications présentées lors du troisième atelier de travail du groupe Ecuity, à Helsinki en juin 2004, sur le thème des inégalités de santé : inégalités d'état de santé et inégalités de recours aux soins.

Bulatao R.A. / éd., Anderson N.B. / éd. (2004). Understanding racial and ethnic differences in health in late life : a research agenda : Washington : National Academies Press

Basé sur le Panel "Race, ethnicity and Health in Later Life", mis en place par le Committee on Population of the National Research Council en 2001, cet ouvrage analyse l'impact de la race et de l'ethnicité sur l'état de santé des individus à un âge avancé de la vie.

Cantarero D., Pascual M., Sarabia J.M. (2004). Trends in income inequality in the European union: implications for health inequalities, 44rd ERSA 2004 Congress. Porta, 25-9-2004. Santander : University of Cantabria

<http://www-sre.wu-wien.ac.at/ersa/ersaconfs/ersa04/PDF/304.pdf>

The comparative analysis of income inequality across countries has acquired increasing importance in recent years. This paper is divided in two parts. The first one is focused on the analysis of income inequality in the European Union. To carry out this task, we use different models based on Lorenz curves and quantiles functions and different equivalence scales. The European Community Household Panel Data are used. The second part of this paper is focused on explaining the differences in income and health inequalities across European countries. In particular several hypotheses concerning the economic determinants on health inequalities are studied.

Curtis S. (2004). Health and Inequality : Geographical Perspectives : Londres : Sage Publications

This text provides a comprehensive overview of geographical perspectives on health and inequality. The relationships between people and their physical and social environment are vital to our understanding of health, and in this book they are interpreted in terms of different types of urban landscape. Three integrated sets of issues inform the text : - geographical patterns of health inequality ; - the importance of place and space for health inequality ; - strategies for reducing health inequalities. International in its references, inclusive in its discussion of key arguments and debates, Health and Inequality will be an important guide and indispensable analytic tool for students and researchers.

Morgan A., Swann C. (2004). Social capital for health : issues of definition, measurement and links to health : Londres : HDA.

The Health Development Agency (HDA) is committed to developing this evidence base to testing social approaches to reducing health inequalities and to the promotion of health and the prevention of disease. The concept of social capital serves as one coherent construct that will allow us to progress the debate and discussion about the general importance of social approaches to public health and health promotion. It is, however, only one part of an approach to health improvement that must also clearly embrace structural change. The studies brought together in this edited volume attempt to assess the relative importance of the concept of social capital as it relates to different contexts and population groups, through the exploration of issues definition and measurement. It forms part of larger programme of research commissioned to investigate the relationship between social capital and health. Other publications in this research programme include a volume of qualitative research on social capital, work or social capital using the British Household Panel Survey, reports from our Social Action Research Project and individual research reports.

Organisation Mondiale de la Santé (2004). Déterminants sociaux de la santé : les faits - deuxième édition : Copenhague : Bureau régional de l'Europe de l'OMS

Même dans les pays les plus développés, les moins riches ont une espérance de vie bien plus courte et sont en moins bonne santé que les plus favorisés-. Ces différences non seulement représentent une grande injustice sociale, mais attirent également l'attention du monde scientifique sur certains des facteurs les plus déterminants pour la santé dans les sociétés modernes. Elles ont notamment permis de mieux comprendre que la santé est très influencée par le milieu social et ce que les auteurs appellent les déterminants sociaux de la santé. La présente publication aborde les principaux aspects de ces nouvelles connaissances sous l'angle de la politique des pouvoirs publics. 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. Chaque chapitre comporte un résumé des résultats les plus fiables de la recherche, une description des actions à mener par les pouvoirs publics, et finalement, les références principales. Pour une analyse plus approfondie des données disponibles, on peut se reporter à la première édition des " Déterminants sociaux de la santé : les faits ", et à l'ouvrage qui le complétait " Social determinants of health " (Oxford University Press, 1999).

Ross N.A. (2004). What have we learned studying income inequality and population health? Ottawa: CIHI.

Epidemiologists and social scientists around the world have long been interested in studying the relationship between income distribution and health. "What Have We Learned Studying Income Inequality and Population Health ?" synthesizes the research on income inequality and health. This report reviews the chronology of studies on income inequality and health, explores some of the differences between countries and examines research gaps. The report concludes with a summary and discussion of policy implications as identified by the author.

Budrys G. (2003). Unequal health : how inequality contributes to health or illness ? Oxford: Rowman & Littlefield Publishers

This book introduces students and researchers to the wealth of scientific information about health disparities among Americans. While the scientific research has burgeoned in recent years, the results are upsetting some firmly fixed beliefs regarding what people can or should do to improve their health. Unequal Health contrasts popular beliefs about the relevance of such factors as sex, race, poverty, and health habits with research on those factors reported in the scientific literature. Budrys extends her analysis to more complicated topics, namely, access to medical care, genetics, and stress. The final chapters of the book switch from a focus on the health of individuals to the health profile of whole populations. These chapters deal with research on the relationship between social inequality and health status--generally identified as social epidemiology or the study of population health. Budrys' synthesis of key research challenges basic tenets of the American belief system that promote the idea that all of us could improve our health significantly if we simply chose to do so. Her book shows health and well-being in America are directly tied to economic status--a relationship that extends well beyond obvious explanations related to poverty.

Byrne D. (2003). L'état de santé de la population dans l'Union Européenne : réduire les écarts de santé : Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes.

Le présent rapport est le quatrième de ce type. Le premier rapport avait donné une vue d'ensemble de l'état de santé dans la Communauté européenne en 1994. Le deuxième avait pour thème l'état de santé des femmes et le troisième celui des jeunes. Ce rapport a pour principal objectif d'identifier les problèmes et défis communs associés à l'état de santé de la population des États membres de l'Union européenne. Dans le premier chapitre, le groupe de travail décrit l'état sanitaire actuel, en insistant particulièrement sur les composantes et les tendances évolutives de la morbidité, de l'invalidité et de la mortalité prématurée. Le deuxième chapitre aborde un certain nombre des facteurs déterminant la situation sanitaire observée. Ils requièrent une politique de santé publique au sens large, qui transcende les frontières des politiques "classiques" de santé. Le troisième chapitre identifie toute une série de possibilités d'actions communes à mener par l'ensemble des États membres afin d'atténuer les problèmes soulevés et de réduire les disparités sanitaires observées. Il insiste sur les outils (législation, politiques publiques, élaboration de standards, fonds, programmes, réglementations, rapports, communications, incitations fiscales et opinion publique) que l'UE a à sa disposition pour planifier et mettre en œuvre des initiatives qui seraient susceptibles d'améliorer la santé des populations de ses États membres.

Davey Smith G. / éd. (2003). *Health inequalities : lifecourse approaches* : Bristol : The policy press

This weighty and impressive collection describes and critically assesses the development of lifecourse approaches to understanding health inequalities over the past two decades. In part, these approaches reflect the revival of interest in early years' influences on adult health and mortality. However, this book goes much further, showcasing several important studies that demonstrate how the social and the physical are mutually constitutive throughout the lifecourse and that trajectories and processes of influence vary with different illness conditions. Lifecourse approaches, made possible partly because of the development of longitudinal datasets, have resulted in a questioning of theories about how health inequalities develop and persist. Some of these papers show a simple cumulative lifecourse effect of exposure to health risks and insults; others examine critical time windows of exposure and influence- s of particular inheritances or life and lifestyle experiences. Frustrations that, as products of their academic and political times, these datasets.

Wilkinson R.G. (2003). *Unhealthy societies : the afflictions of inequality* : Londres : Routledge

Dans les pays développés, ce ne sont pas les sociétés les plus riches qui sont en meilleure santé, mais celles dont la différence de revenus entre les riches et les pauvres sont les plus faibles. L'inégalité et la pauvreté relative ont des effets absolus : elles augmentent les taux de mortalité. Quelles en sont les raisons ? Pourquoi des plus faibles différences de revenu augmentent-elles le taux d'espérance de vie ? En se basant sur des études de cas aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, au Japon et dans les pays d'Europe de l'Est et en s'appuyant sur des recherches en science sociale, cet ouvrage tente de répondre à ces questions

Evans R. (2002). "Interpreting and addressing inequalities in health : from Black to Acheson to Blair to...?", 7th Annual Lecture. Londres, 1-6-2000. Londres : OHE

Ce document est une version mise à jour et complétée de la contribution exposée au 7ème séminaire de l'OHE le 1er juin 2000, et qui prend en compte les recherches publiées jusqu'en janvier 2002. A partir de nombreuses observations, il expose et s'interroge sur les facteurs qui peuvent être avancés pour expliquer les inégalités de santé.

Graham (H.) / éd.(2002). *Understanding health inequalities* : Buckingham : Open University Press

Cet ouvrage passe en revue les différents facteurs susceptibles d'affecter l'état de santé des individus, et d'engendrer ainsi des inégalités sociales. Il comprend quatre parties : rôle de l'ethnicité, du sexe et des facteurs socio-économiques, rôle de l'expérience et du comportement de santé au cours du cycle de vie, facteurs environnementaux. La quatrième partie analyse l'impact des politiques de santé.

La Veist (T.A.) / éd. (2002). *Race, ethnicity and health* : San Francisco : Jossey-Bass

Bien que la santé des Américains se soit beaucoup amélioré au cours du vingtième siècle, il existe encore de profondes disparités d'état de santé selon la race et l'ethnicité aux Etats-Unis. Cet ouvrage tente une analyse de ces inégalités sociales selon différents aspects : état de santé, accès aux soins, relations médecin malade.

Mackenbach J. / éd., Bakker M. / éd. (2002). *Reducing inequalities in Health : a European Perspective* : Londres : Routledge

Les données statistiques disponibles suggèrent que le fossé des inégalités de santé pour raisons socio-économiques s'agrandit actuellement dans les pays de l'Union européenne. L'objectif de cet ouvrage est, tout d'abord, de mettre en lumière une collection de données contemporaines sans égal sur des politiques ou interventions réussies dans le domaine de la réduction des inégalités. Il compare ensuite les différentes approches existantes dans plusieurs pays européens. Il inclut aussi des études récentes d'évaluation, donne des exemples de bonnes ou mauvaises pratiques en Europe et dessine des politiques ou recherches en perspective.

Leon D.A. / éd., Walt G. / éd. (2001). *Poverty, inequality, and health : an international perspective* : Oxford : Oxford University Press

Cet ouvrage constitue la première synthèse internationale sur les inégalités de santé dans les pays développés, comme dans les pays en voie de développement. Les domaines abordés sont les suivants : - inégalités d'état de santé mentale et physique dans les pays en voie de développement ; - influence des modifications sociales et économiques sur l'état de santé d'un point de vue macro-économique ; - inégalités de mortalité à l'intérieur et entre les pays ; - apport d'une approche par cycle de vie à la compréhension des inégalités de santé ; rôle des systèmes de santé pour générer ou réduire ses inégalités, etc...

Berkman (L.F.) / éd., Kawachi (I.) / éd. (2000). *Social epidemiology* : New York : Oxford University Press

Véritable ouvrage de référence sur le sujet, ce document définit l'épidémiologie sociale comme l'étude des déterminants sociaux de la santé. Il sous-entend que le principal objectif de la santé publique consiste à identifier les facteurs présents dans l'environnement social et susceptibles d'influer sur l'état de santé de l'individu. L'analyse se décline en 16 parties : historique de l'épidémiologie sociale, point de vue socio-économique, inégalité sociale et santé, inégalité de revenu et santé, travail et santé, chômage et santé, sociabilité et santé, concept de cohésion sociale et capital social, dépression et santé mentale, affectivité et santé, comportement de santé, intervention psychosociale, approche de la maladie au moyen des déterminants sociaux, de la biologie sociale et de l'écologie, relation entre santé et politique.

Navarro (V.) / éd. (2000). *The political economy of social inequalities : consequences for Health and Quality of life. Policy, politics, health and medicine series.* Amityville (New York) : Baywood Publishing Company

Au cours du XXe siècle, les inégalités sociales ont considérablement augmenté, avec des répercussions très néfastes sur l'état de santé et la qualité de vie des populations dans les pays industrialisés, comme dans les pays en voie de développement. L'objectif de cet ouvrage est d'analyser les raisons de cette montée des inégalités, ainsi que d'étudier les effets sur la santé et le bien-être des individus. La première partie décrit l'évolution historique du contexte politique, dans lequel se sont développées les études scientifiques sur les inégalités sociales. La deuxième partie examine les causes de cette montée des inégalités. La troisième partie analyse le rôle des organismes internationaux comme la Banque mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé... La quatrième partie montre combien la privatisation de la protection sociale a aggravé les inégalités. La cinquième partie présente les principaux débats actuels de la littérature scientifique sur les relations entre inégalités et santé (débats Wilkinson-Muntaner). La dernière partie propose diverses solutions susceptibles de réduire les inégalités sociales.

Marmot M. / éd., Wilkinson R.G. / éd. (1999). *Social determinants of Health* : Oxford : Oxford University Press

Cet ouvrage se révèle un outil de référence incontournable pour l'analyse des déterminants économiques et sociaux de l'état de santé des populations dans notre société moderne. Il rassemble les contributions de divers experts en sciences sociales et humaines, et souligne l'importance de l'organisation sociale et économique sur la santé des individus. Il s'intéresse plus particulièrement aux aspects suivants : état de santé dans la prime enfance et au cours des cycles de vie, influence du chômage et des conditions de transport sur la santé, stress dans la vie quotidienne, relation entre pauvreté et maladie, tabagisme...

Kunst A.E., Cavelaars A., Groenhouf F., Geurts J.J.M., Mackenbach P. (1996). *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Europe: a comparative study.* 4 volumes : Rotterdam : University Erasmus.

Blaxter M. (1995). *Health and lifestyles* : Londres : Routledge

: A partir d'une enquête santé réalisée au Royaume-Uni par l'université de Cambridge, cet ouvrage analyse l'interrelation entre l'état de santé des individus et leurs comportements de santé. Il étudie aussi les implications pour la politique de santé.

Mielck A., Rosarlo G.M. (1994). *Health inequalities : discussion in western european countries* : New York : Waxmann

Ce numéro sur les inégalités de santé rassemble des articles ou études, écrits par différents chercheurs européens, qui traitent des aspects de ce thème dans leur pays respectif. Ces documents sont répartis dans quatre chapitres. Les premières études font état des inégalités existantes et des facteurs qui y concourent. Sont ensuite abordés des problèmes d'ordre méthodologique en matière d'indicateurs de santé. Puis une série d'articles tente de comprendre les raisons de ces inégalités et les implications politiques que ces problèmes entraînent font l'objet des deux dernières parties.

Articles

Pfortner, T. K. and F. J. Elgar (2016). "Widening inequalities in self-rated health by material deprivation ? A trend analysis between 2001 and 2011 in Germany." *journal of epidemiology and community health* **70**(1): 82-89.

Background : Research on inequalities in health has shown a strong association between the lack of standard of living (defined as material deprivation) and self-rated health (SRH). In this study, we sought to further examine this association in a trend analysis of relative and absolute inequalities in SRH as defined by material deprivation in Germany. Methods : Data were obtained from the German Socio-Economic Panel (GSOEP) between 2001 and 2011. Material deprivation was measured on the basis of 11 living standard items missing due to financial reasons. We used the relative index of inequality (RII) and slope index of inequality (SII) to measure inequalities in SRH by material deprivation, calculating pooled interval logistic regression with robust SEs. Stepwise models were estimated, including demographic and socioeconomic variables, to assess their inter-relation with inequalities in SRH by material deprivation. Results : The results showed a steady increase in poor SRH over the 10-year duration of the study. A quadratic (inverted U-shaped) trend was observed in material deprivation in the standards of living, which rose from 2001 to 2005, and then declined in 2011. A similar but non-significant trend was found in relative and absolute inequalities in SRH by material deprivation, which increased from 2001 to 2005 and then declined. Conclusions : Inequality in SRH by material deprivation was relatively stable ; however, an observed quadratic trend coincided with active and passive labour market reforms in Germany in early 2005.

Devaux, M. (2015). "Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries." *European Journal of Health Economics (the)* : 16 (1)

A key policy objective in OECD countries is to achieve adequate access to health care for all people on the basis of need. Previous studies have shown that there are inequities in health care services utilisation (HCSU) in the OECD area. In recent years, measures have been taken to enhance health care access. This paper re-examines income-related inequities in doctor visits among 18 selected OECD countries, updating previous results for 12 countries with 2006–2009 data, and including six new countries. Inequalities in preventive care services are also considered for the first time. The indirect standardisation procedure is used to estimate the need-adjusted HCSU and concentration indexes are derived to gauge inequalities and inequities. Overall, inequities in HCSU remain present in OECD countries. In most countries, for the same health care needs, people with higher incomes are more likely to consult a doctor than those with lower incomes. Pro-rich inequalities in dental visits and cancer screening uptake are also found in nearly all countries, although the magnitude of these varies among countries. These findings suggest that further monitoring of inequalities is essential in order to assess whether country policy objectives are achieved on a regular basis.

Elgar, F. J., et al. (2015). "Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study." *THE Lancet, en ligne*
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2961460-4/abstract>

Information about trends in adolescent health inequalities is scarce, especially at an international level. We examined secular trends in socioeconomic inequality in five domains of adolescent health and the

association of socioeconomic inequality with national wealth and income inequality.

Kroger, H., et al. (2015). "What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection." *Eur J Public Health* **25**(6): 951-960.
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2015/06/18/eurpub.ckv111.long>

The social gradient in health is one of the most reliable findings in public health research. The two competing hypotheses that try to explain this gradient are known as the social causation and the health selection hypothesis. There is currently no synthesis of the results of studies that test both hypotheses. METHODS: We provide a systematic review of the literature that has addressed both the health selection and social causation hypotheses between 1994 and 2013 using seven databases following PRISMA rules. RESULTS: The search strategy resulted in 2952 studies, of which, we included 34 in the review. The synthesis of these studies suggests that there is no general preference for either of the hypotheses (12 studies for social causation, 10 for health selection). However, both a narrative synthesis as well as meta-regression results show that studies using indicators for socio-economic status (SES) that are closely related to the labor market find equal support for health selection and social causation, whereas indicators of SES like education and income yield results that are in favor of the social causation hypothesis. High standards in statistical modeling were associated with more support for health selection. CONCLUSIONS: The review highlights the fact that the causal mechanisms behind health inequalities are dependent on whether or not the dimension being analyzed closely reflects labor market success. Additionally, further research should strive to improve the statistical modeling of causality, as this might influence the conclusions drawn regarding the relative importance of health selection and social causation.

Salmi, L. R., et al. (2015). "Interventions addressing health inequalities in European regions : the AIR project." *Health Promotion International* En ligne: 1-12.
<http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2015/10/23/heapro.dav101.abstract>

Disparities in health between social groups have been documented all over Europe. We summarize the methods and results of the Addressing Inequalities in Regions (AIR) project, which identified illustrative interventions and policies developed in European regions to reduce inequalities at the primary health care level. The first phase was a systematic review of the published literature. The second phase was a survey of European regions, collecting information on policies aiming at reducing health inequalities through primary health care and identifying regional, innovative and evaluated interventions. The third phase assessed interventions through methods defined by a formal consensus, and selected illustrative practices considered good practices for several of nine evaluation criteria. The review included 98 evaluations of interventions and 10 reviews; 80% of interventions were from North-America. Three main pathways to reduce health inequalities were identified: providing health promotion, improving financial access to care and modifying care provision. The first survey identified 90 interventions. Most national strategies included health inequalities issues. Education was the most frequently identified targeted determinant. Most interventions were health promotion general or targeted at specific health determinants, conditions or groups. The second survey assessed 46 interventions. Many involved the population in planning, implementation and evaluation. We also identified the multidisciplinary of interventions, and some who had an impact on empowerment of the targeted population. The AIR project documented that policies and actions can be implemented at the regional level through primary care providers. Policies and interventions are seldom evaluated.

Bricard, D., et al. (2014). "Inequality of Opportunity in Health and the Principle of Natural Reward: evidence from European Countries." *Cahiers de la Chaire Santé* (18)
http://www.chairesante.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/chaieres/chaire_sante/pdf/cahier18.pdf

This paper aims to quantify inequalities of opportunities in health in Europe and to assess whether the way the correlation between effort towards health and circumstances empirically matters for the magnitude of inequalities of opportunities. Methodology: This paper considers two alternative normative ways of treating the correlation between effort and circumstances championed by Barry and Roemer, and combine regression analysis with inequality measures to compare inequality of opportunities in health within Europe. This paper uses the Retrospective Survey of SHARELIFE focusing on life histories of European people aged 50 and over. Findings: Our results show considerable inequalities of opportunity in health in Germany, Spain, Italy, Denmark, Greece and Belgium whereas Sweden and Switzerland show low inequalities of opportunities in health. The

normative principle considered makes little difference in Austria, France, Czech Republic, Sweden and Switzerland whereas it appears to matter in the Netherlands, Poland, Germany, Spain, Italy, Denmark, Greece and Belgium. Research implications: Our results suggest a strong social and family determinism of lifestyles in the Netherlands, Poland, Germany, Denmark, Belgium and the Mediterranean which emphasized the importance of inequalities of opportunities in health within those countries. In terms of public health and social policies, it appears that reducing social and unhealthy lifestyles reproduction across generations would provide important benefits on health. On the other hand Austria, France, and Czech Republic show high inequalities of opportunities in health mainly driven by social and family background affecting adult health directly, and so would require policies compensating for poorer initial conditions.

Bergqvist, K., et al. (2013). "Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review." *BMC Public Health* **13**: 1234.

BACKGROUND: The past decade has witnessed a growing body of research on welfare state characteristics and health inequalities but the picture is, despite this, inconsistent. We aim to review this research by focusing on theoretical and methodological differences between studies that at least in part may lead to these mixed findings. **METHODS:** Three reviews and relevant bibliographies were manually explored in order to find studies for the review. Related articles were searched for in PubMed, Web of Science and Google Scholar. Database searches were done in PubMed and Web of Science. The search period was restricted to 2005-01-01 to 2013-02-28. Fifty-four studies met the inclusion criteria. **RESULTS:** Three main approaches to comparative welfare state research are identified; the Regime approach, the Institutional approach, and the Expenditure approach. The Regime approach is the most common and regardless of the empirical regime theory employed and the amendments made to these, results are diverse and contradictory. When stratifying studies according to other features, not much added clarity is achieved. The Institutional approach shows more consistent results; generous policies and benefits seem to be associated with health in a positive way for all people in a population, not only those who are directly affected or targeted. The Expenditure approach finds that social and health spending is associated with increased levels of health and smaller health inequalities in one way or another but the studies are few in numbers making it somewhat difficult to get coherent results. **CONCLUSIONS:** Based on earlier reviews and our results we suggest that future research should focus less on welfare regimes and health inequalities and more on a multitude of different types of studies, including larger analyses of social spending and social rights in various policy areas and how these are linked to health in different social strata. But, we also need more detailed evaluation of specific programmes or interventions, as well as more qualitative analyses of the experiences of different types of policies among the people and families that need to draw on the collective resources.

Clark A.E. (2013). Social comparisons, health and well-being. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

La santé et le bien-être sont déterminés socialement : une des raisons de cette détermination est l'existence des comparaisons sociales avec les autres individus appartenant au même groupe familial, géographique ou social, soit par rapport au revenu, soit par rapport à d'autres aspects de la vie économique et sociale. L'hypothèse présentée dans cet article est que ce phénomène de comparaison peut aider à comprendre le gradient social de santé.

Vyncke V., De C.B., Stevens V. (2013). Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? A literature review. *Bmc Public Health*, 13 (65)
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-65.pdf>

This study aims to review the role of social capital in health inequalities and the social gradient in health and well-being of children and adolescents. A systematic review of published quantitative literature was conducted, focussing on (1) the mediating role of neighbourhood social capital in the relationship between socio-economic status (SES) and health-related outcomes in children and adolescents and (2) the interaction between neighbourhood social capital and socio-economic characteristics in relation to health-related outcomes in children and adolescents. Three electronic databases were searched. Studies executed between 1 January 1990 and 1 September 2011 in Western countries (USA, New Zealand, Australia and Europe) that included a health-related outcome

in children or adolescents and a variable that measured neighbourhood social capital were included.

Jakab Z., Marmot M. (2012). Social determinants of health in Europe. *The Lancet*, 379 (9811) : 103-105.

Sirven N., Debrand T. (2012). Social capital and health of older Europeans : causal pathways and health inequalities. *Social Science & Medicine* , 75 (7) :

Stringhini S., Drugavot A., Shipley M.. (2011). Health Behaviours, Socioeconomic Status, and Mortality: Further Analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts. *Plos Medicine*, 8 (2) : 16.

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000419>

Differences in morbidity and mortality between socioeconomic groups constitute one of the most consistent findings of epidemiologic research. However, research on social inequalities in health has yet to provide a comprehensive understanding of the mechanisms underlying this association- . In recent analysis, we showed health behaviours, assessed longitudinally over the follow-up, to explain a major proportion of the association of socioeconomic status (SES) with mortality in the British Whitehall II study. However, whether health behaviours are equally important mediators of the SES-mortality association in different cultural settings remains unknown. In the present paper, we examine this issue in Whitehall II and another prospective European cohort, the French GAZEL study.

Currie J. (2011). *Inequality at Birth: Some Causes and Consequences* : Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w16798>

Recent research shows that health at birth is affected by many factors, including maternal education, behaviors, and participation in social programs. In turn, endowments at birth are predictive of adult outcomes, and of the outcomes of future generations. Exposure to environmental pollution is one potential determinant of health at birth that has received increasing attention. A large literature outside of economics advocates for "Environmental Justice," and argues that poor and minority families are disproportionately exposed to environmental hazards. I provide new evidence on this question, showing that children born to less educated and minority mothers are more likely to be exposed to pollution in utero and that white, college educated mothers are particularly responsive to changes in environmental amenities. I estimate that differences in exposure to toxic releases may explain 6% of the gap in incidence of low birth weight between infants of white college educated mothers and infants of black high school dropout mothers.

Brazier J.E., Yang Y., Tsuchiya A. (2010). A review of studies mapping (or cross walking) non-preference based measures of health to generic preference-based-measures. *European Journal of Health Economics (The)*, 11 (2) : 215-225.

Clinical studies use a wide variety of health status measures to measure health related quality of life, many of which cannot be used in cost-effectiveness analysis using cost per quality adjusted life year (QALY). Mapping is one solution that is gaining popularity as it enables health state utility values to be predicted for use in cost per QALY analysis when no preference-based measure has been included in the study. This paper presents a systematic review of current practice in mapping between non-preference based measures and generic preference-based measures, addressing feasibility and validity, circumstances under which it should be considered and lessons for future mapping studies. This review found 30 studies reporting 119 different models. Performance of the mappings functions in terms of goodness-of-fit and prediction was variable and unable to be generalised across instruments. Where generic measures are not regarded as appropriate for a condition, mapping does not solve this problem. Most testing in the literature occurs at the individual level yet the main purpose of these functions is to predict mean values for subgroups of patients, hence more testing is require.

Zhong H. (2010). The impact of missing data in the estimation of concentration index : a potential source of bias. *European Journal of Health Economics (The)*, 11 (3) : 255-266.

The purpose of this paper is to raise awareness of missing data when concentration indices are used to evaluate health-related inequality. Concentration indices are most commonly calculated using individual-level survey data. Incomplete data is a pervasive problem faced by most applied

researchers who use survey data. The default analysis method in most statistical software packages is complete-case analysis. This excludes any cases where any variables are missing. If the missing variables in question are not completely random, the calculated concentration indices are likely to be biased, which may lead to inappropriate policy recommendations. In this paper, I use both a case study and a simulation study to show how complete case analysis may lead to biases in the estimation of concentration indices. A possible solution to correct such biases is proposed.

Bambra C., Pope D., Swami V., Stanistreet D., Roskam A., Scott-Samuel A. (2009). Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (1) : 38-44.

Kenny C. (2009). There's more to life than money : exploring the levels/growth paradox in income and health. *Journal of International Development*, 21 24-41.

Rostad B., Deeg D.H.G., Schei B. (2009). Socioeconomic inequalities in health in older women. *European Journal of Ageing*, 6 39-47.

Socioeconomic status differentials in health are well documented. Less is known about the socioeconomic variation in health in older people, and in older women in particular. The aim of the study was to examine the association between socioeconomic status and health in older women in relation to two indicators of socioeconomic status and three measures of health, and further, to investigate whether socioeconomic differences in health increase or decrease with advancing age. Data from a cross-sectional population based health survey inviting all women 70 years and over were analysed; 6,380 women aged 70– 103 years participated. Logistic regression was applied to analyse variation in health by socioeconomic status. Disadvantaged socioeconomic status (i.e. lower educational levels and previous manual or never been in paid work) was significantly associated with poorer health outcomes, whether measured as self-assessed health or depression. Limiting long-standing illness was significantly associated with never been in paid work. The associations were not attenuated by simultaneous adjustments for health behavioural factors, social support, and marital status. Additional adjustments for medical conditions did only alter the significant association between employment status and limiting long-standing illness. The analyses revealed that educational inequalities did not decrease with advancing age, whereas the results for employment varied across age groups. Our findings suggest an enduring relation between socioeconomic status and health in later life. The study adds to the understanding of the consistent associations between poorer health and social disadvantages at older age. We are not aware of any previous study showing the persistence of social inequalities in health upon adjustments for medical conditions.

Berkman L., Epstein A.M. (2008). Beyond health care - Socioeconomic status and health. *New-England Journal of Medicine (The)*, 358 (23) : 2509-2510.
<http://content.nejm.org/cgi/reprint/358/23/2509.pdf>

Demakakos P., Nazroo J., Breeze E., Marmot M. (2008). Socioeconomic status and health : the role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 1-11.

Studies have suggested that subjective social status (SSS) is an important predictor of health. This study examined the link between SSS and health in old age and investigated whether SSS mediated the associations between objective indicators of socioeconomic status and health. It used cross-sectional data from the second wave (2004–2005) of the English Longitudinal Study of Ageing, which were collected through personal interviews and nurse visits.

Eikemo T.A., Huisman M., Bambra C., Kunst A.E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health and Illness*, 30 (4) : 565-582.

Hernandez-Quevedo C., Jones A.M., Rice N. (2008). Persistence in health limitations : A European comparative analysis. *Journal of Health Economics*, 27 1472-1488.

Stone J., Netuveli G., Blane D. (2008). Modelling socioeconomic trajectories : an optimal matching approach. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 28 (5-6) : 217-230.

Weyers S., Dragano N., Mobus S., Beck E.M., Stang A., Mohlenkamp S., Jockel K.H., Erbel R., Siegrist J. (2008). Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7 (13) : 1-12.

Social networks and social support are supposed to contribute to the development of unequal health within populations. However, little is known about their socio-economic distribution. In this study, we explore this distribution. This study analyses the association of two indicators of socio-economic position, education and income, with different measures of social networks and support. Cross-sectional data have been derived from the baseline examination of an epidemiological cohort study of 4.814 middle aged urban inhabitants in Germany (Heinz Nixdorf Recall Study). Bivariate and multivariate logistic regression analysis were carried out to estimate the risk of having poor social networks and support across socio-economic groups. Socially disadvantaged persons more often report poor social networks and social support. In multivariate analyses, based on education, odds ratios range from 1.0 (highest education-) to 4.9 (lowest education) in a graded way. Findings based on income show similar effects, ranging from 1.0 to 2.5. There is one exception: no association of SEP with close ties living nearby and regularly seen was observed. Poor social networks and low social support are more frequent among socio-economically disadvantaged people. To some extent, this finding varies according to the indicator chosen to measure these social constructs.

Kunst A.E. (2007). Describing socioeconomic inequalities in health in European countries : an overview of recent studies. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55 (1) : 3-11.

Dans tous les pays européens qui disposent de données adéquates, de nombreuses études ont montré que les personnes appartenant aux catégories socioéconomiques les moins favorisées vivent moins longtemps et ont plus de problèmes de santé. La réduction des inégalités sociales de santé est un important enjeu de santé publique. A côté de la recherche explicative et des études d'intervention, les travaux descriptifs sont importants pour guider les politiques de santé. Les défis spécifiques de la recherche à visée descriptive sont : a) de décrire les inégalités sociales de santé pour des populations, des régions et des périodes pour lesquelles on ne dispose pas encore d'information ; b) de compléter les données concernant des mesures génériques de la santé par des données concernant des problèmes de santé spécifiques ; c) de documenter les inégalités d'exposition à des facteurs de risques spécifiques, comme le tabac ; d) de prendre en compte de nouvelles mesures de position socioéconomique. On montrera brièvement les progrès réalisés à l'échelle européenne dans chacun de ces domaines par les études descriptives récentes. Les exemples choisis illustrent la façon dont l'utilisation des sources de données existantes permet de décrire les inégalités sociales de santé, et comment de nouveaux résultats peuvent être obtenus en utilisant des méthodes nouvelles. Les travaux futurs devraient chercher à identifier les domaines prioritaires pour la recherche explicative et les études d'intervention.

Olsen K.M., Dahl S.A. (2007). Health differences between european countries. *Social Science & Medicine*, 64 (8) : 1665-1678.

Singh-Manoux A., Dugravot A., Shipley M.J., Ferrie J.E., MARTIKAINE-N P., Goldberg M., Zins M. (2007). The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36 (6) : 1222-1228.

Tang K.K., Petrie D., Prasada Rao D.S. (2007). Measuring health inequalities between genders and age groups with realization of potential life years (RePLY). *Bulletin of the World Health Organization*, 85 (9) : 681-687.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-037382.pdf>

Nous proposons une nouvelle méthode pour mesurer les inégalités en termes de santé pouvant être réduites par des interventions et nous l'utilisons pour identifier les différences en termes de santé entre les sexes et les tranches d'âges. Les taux de mortalité les plus bas observés ont été utilisés comme approximation des risques mortels inévitables afin de mettre au point un nouveau paramètre de mesure des résultats dans le domaine sanitaire : les années de vie potentielles vécues (RePLY). La distribution des RePLY est utilisée pour mesurer les inégalités en matière de santé évitables entre les sexes et les classes d'âges. A l'aide de cette mesure, nous constatons que les pays bénéficiant d'une très longue espérance de vie à la naissance peuvent présenter des inégalités substantielles en

matière de santé entre les classes d'âges. De même, les inégalités liées au sexe sont plus prononcées chez les moins de 30 ans. Dans les pays où l'espérance de vie est inférieure à 60 ans, on relève une prévalence bien plus marquée des inégalités liées au sexe en défaveur des femmes ; dans les pays où l'espérance de vie dépasse 60 ans, les nombres de cas d'inégalités entre hommes et femmes sont comparables. Enfin, d'importantes inégalités évitables en matière de santé sont associées à de faibles revenus moyens, à de fortes inégalités en matière de revenus et à un fort fractionnement de la population. Il importe de faire la distinction entre mortalité évitable et inévitable lorsqu'on mesure des paramètres sanitaires et leur distribution dans la société. La nouvelle mesure proposée (RePLY) permet aux décideurs de cibler leur action sur les groupes, constitués en fonction de l'âge ou du sexe, qui ne réalisent qu'une faible partie de leur potentiel de vie et ainsi sur les risques mortels évitables.

Gorman B.K., Read J.G. (2006). Gender disparities in adult health: an examination of three measures of morbidity. *Journal of Health and Social Behavior*, 47 (2) : 95-110.

Koster A., Bosma H., Kempen G., Penninx B., Beekman A., et al(2006). Socioeconomic differences in incident depression in older adults: the role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (5) : 619-627.

Leclerc A. (2006). Contribution des facteurs professionnels aux inégalités sociales de santé. In : La place de la santé au travail dans la santé publique. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (57) : 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.

Molarius A., Berglund K., Eriksson C., Lambe M., et al. (2006). Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health*, 3-9.

Ciocco A., Densen P.M., Horvitz D.G. (2005). On the association between health and social problems in the population : I. Methods and preliminary findings. *Milbank Quarterly (The)*, 83 (4) : 1-25.

Dalstra J., Kunst A.E., Borrell C., Breeze E., Cambois E., Geurts J.J., Lahelma E., Van Oyen H., Rasmussen N.K., Spadea T., Mackenbach J.P. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34 (2) : 316-326.

Macintyre S., Der G., Norrie J. (2005). Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? *International Journal of Epidemiology*, 34 (6) : 1284-1290.

Norman P., Boyle P., Rees P. (2005). Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 60 2755-2771.

Drever F., Doran T., Whitehead M. (2004). Exploring the relation between class, gender, and self rated general health using the new socioeconomic classification. A study using data from the 2001 census. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (7) : 590-596.

Jones A.M., Nicolas A.L. (2004). Measurement and explanation of socioeconomic inequality in health with longitudinal data. *Health Economics*, 13 (10) : 1015-1030.

Lahelma E., Martikainen P., Laaksonen M., Aittomaki A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (4) : 327-332.

Operario D., Adler N.E., Williams D.R. (2004). Subjective social status: reliability and predictive utility for global. *Psychology and Health*, 19 (2) : 237-246.

Van Doerslaer D.E., Koolman X. (2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ.*, 13 (7) : 609-628.

This paper provides new evidence on the sources of differences in the degree of income-related inequalities in self-assessed health in 13 European Union member states. It goes beyond earlier work by measuring health using an interval regression approach to compute concentration indices and by decomposing inequality into its determining factors. New and more comparable data were used, taken from the 1996 wave of the European Community Household Panel. Significant inequalities in health (utility) favouring the higher income groups emerge in all countries, but are particularly high in Portugal and - to a lesser extent - in the UK and in Denmark. By contrast, relatively low health inequality is observed in the Netherlands and Germany, and also in Italy, Belgium, Spain Austria and Ireland. There is a positive correlation with income inequality per se but the relationship is weaker than in previous research. Health inequality is not merely a reflection of income inequality. A decomposition analysis shows that the (partial) income elasticities of the explanatory variables are generally more important than their unequal distribution by income in explaining the cross-country differences in income-related health inequality. Especially the relative health and income position of non-working Europeans like the retired and disabled explains a great deal of 'excess inequality'. We also find a substantial contribution of regional health disparities to socio-economic inequalities, primarily in the Southern European countries.

Wiggins R.D., Schofield P., Sacker A., Head J., Bartley M. (2004). Social position and minor psychiatric morbidity over time in the British household panel survey 1991-1998. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (9): 779-787.

Balsa A.I., Mcguire T.G. (2003). Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*, 22 (3) : 89-116.

Disparities in health can result from the clinical encounter between a doctor and a patient. This paper studies three possible mechanisms : prejudice of doctors in the form of being less willing to interact with members of minority groups, clinical uncertainty associated with doctors' differential interpretation of symptoms from minority patients or from doctor's distinct priors across races, and stereotypes doctors hold about health-related behavior of minority patients. Within a unified conceptual framework, we show how all three can lead to disparities in health and health services use. We also show that the effect of social policy depends critically on the underlying cause of disparities

Chandola T., Bartley M., Wiggins R., Schofield P. (2003). Social inequalities in health by individual and household measures of social position in a cohort of healthy people. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (1) : 56-62.

Macintyre S., McKay L., Der G., Hiscock R. (2003). Socio-economic position and health : what you observe depends on how you measure it. *Journal of Public Health Medicine*, 25 (4) : 288-294.

Singh-Manoux A., Adler N.E., Marmot M.G. (2003). Subjective social status : its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Science & Medicine*, 56 1321-1333.

The purpose of this study was twofold—(1) investigate the role of subjective social status as a predictor of ill-health, with a further exploration of the extent to which this relationship could be accounted for by conventional measures of socioeconomic position; (2) examine the determinants of a relatively new measure of subjective social status used in this study. A 10 rung self-anchoring scale was used to measure subjective social status in the Whitehall II study, a prospective cohort study of London-based civil service employees. Results indicate that subjective status is a strong predictor of ill-health, and that education, occupation and income do not explain this relationship fully for all the health measures examined. The results provide further support for the multidimensional nature of both social inequality and health. Multiple regression shows subjective status to be determined by occupational position, education, household income, satisfaction with standard of living, and feeling of financial security regarding the future. The results suggest that subjective social status reflects the cognitive averaging of standard markers of socioeconomic situation and is free of psychological biases.

Gravelle H., Wildman J., Sutton M. (2002). Income, income inequality and health : what can we learn from aggregate data ? *Social Science & Medicine*, 54 (4) : 577-589.

It has been suggested that, especially in countries with high per capita income, there is an independent effect of income distribution on the health of individuals. One source of evidence in support of this relative income hypothesis is the analysis of aggregate cross-section data on population health, per capita income and income inequality. We examine the empirical robustness of cross-section analyses by using a new data set to replicate and extend the methodology in a frequently cited paper. The estimated relationship between income inequality and population health is not significant in any of our estimated models. We also argue there are serious conceptual difficulties in using aggregate cross-sections as a means of testing hypotheses about the effect of income, and its distribution, on the health of individuals.

Jacobs Kronenfeld J. / éd. (2002). Social inequalities - health and health care delivery. *Research in the Sociology of Health Care*, 20 -234p.

Les discussions sur l'impact des inégalités sociales sur la santé et l'offre de soins sont tirées d'une longue tradition en sociologie de la santé. Ce volume, consacré aux inégalités sociales, à la santé et à l'offre de soins, inclut aussi bien des recherches théoriques que quantitatives. La première partie se concentre sur les questions macro du système. La seconde partie comprend des articles plutôt axés sur les caractéristiques des patients. Ceux-ci sont très divers dans leur couverture, certains étudiant les américains dans leur ensemble, et d'autres se focalisant sur des populations particulières telles les femmes afro-américaines, et les personnes âgées. La troisième partie s'intéresse aux producteurs de soins et aux questions d'inégalités sociales et d'offre de soins. Ces papiers analysent les facteurs de sexe, de race et de pauvreté comme exemples de sources d'inégalités dans nos sociétés modernes. Contrairement à la deuxième partie, et bien qu'une attention soit portée aux facteurs individuels, cette troisième section met l'accent sur les producteurs de soins.

Balsa A.I., Mcguire T.G. (2001). Statistical discrimination in health care. *Journal of Health Economics*, 20 (6) : 881-907.

This paper considers the role of statistical discrimination as a potential explanation for racial and ethnic disparities in health care. The underlying problem is that a physician may have a harder time understanding a symptom report from minority patients. If so, even if there are no objective differences between Whites and minorities, and even if the physician has no discriminatory motives, minority patients will benefit less from treatment, and may rationally demand less care. After comparing these and other predictions to the published literature, we conclude that statistical discrimination is a potential source of racial/ethnic disparities, and worthy of research.

Marmot M., Wilkinson R.G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health : a response to Lynch et al. *British Medical Journal*, 322 1233-1236.

Yngwe M.A., Diderichsen F., Whitehead M., Holland P., Burstrom B. (2001). The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (8) : 556-561.

Adler N.E., Epel E.S., Castellazzo G., Ickovics J.R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychology*, 19 (6) : 586-592.

Ostrove J.M., Adler N.E., Kuppermann M., Washington A.E. (2000). Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample. *Health Psychology*, 19 (6) : 613-618.

Gerdtham U.G., Johannesson M., Lundberg L., Isacson D. (1999). A note on validating Wagstaff and Van Doorslaer's health measure inequalities in health. *Journal of Health Economics*, 18 (1) : 117-124.

L'objectif de cette note est de valider l'échelle de mesure de santé de Wagstaff et Van Doorslaer pour l'appliquer à l'analyse des inégalités sociales de santé. Pour cela, un calcul des indices de la concentration de santé est faite pour le comté d'Uppsala en Suède en se basant sur trois échelles de

santé : mesure de l'état de santé en fonction de l'approche WvD basée sur une mesure catégorique auto-évaluée de la santé, mesure de la santé selon la méthode de l'échelle de classement et santé mesurée selon la méthode de l'arbitrage temporel.

Lindholm L., Rosen M. (1998). On the measurement of the Nation's Equity Adjusted Health. *Health Economics*, 7 (7) : 621-628.

L'objectif de cet article est de présenter une méthode de mesure de l'état de santé d'une nation pondérée par l'équité. Il utilise les données d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de politiciens suédois. Les résultats de cette enquête peuvent être interprétés comme une mesure de l'aversion à l'inéquité, et cette méthode fut appliquée aux données de vie en bonne santé (Healthy Years) pour des hommes issus de groupes sociaux différents pour la période 1975-1990. L'importance de l'indicateur "années en bonne santé" (Healthy Years) augmente pour la période 1986-1990 de 1.09 %, alors que l'indicateur "années en bonne santé pondérée par l'équité" ("Equity Adjusted Healthy Years") baisse de 1.78 %. L'état de santé de la Nation se dégrade, alors que l'état de santé individuel s'améliore.

Poland B., Coburn D., Robertson A., Eakin J. (1998). Wealth, equity, and health care: a critique of a "population health" perspective on the determinants of health. *Social Science & Medicine*, 46 (7) : 785-798.

Rahkonen O., Takala P. (1998). Social class differences in health and functional disability among older men and women. *International Journal of Health Services*, 28 (3) : 511-524.

Cet article a pour objectif de décrire la santé des hommes et femmes âgés en Finlande, et d'étudier l'influence de la classe sociale sur le handicap et la santé. Les données sont extraites d'une étude finlandaise de 1994 sur les conditions de vie. Le handicap est un des critères santé. Les mesures sociodémographiques sont : la classe sociale, la situation de famille et l'urbanisation. L'étude fait clairement apparaître des différences suivant les classes sociales, les plus pauvres étant en moins bonne santé. Les différences entre femmes sont moins évidentes. La classe sociale est un déterminant plus fort que l'urbanisation ou la situation de famille pour l'état de santé.

Hemingway H., Nicholson A., Stafford M., and al. (1997). The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire : The Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 87 (9) : 1484-1490.

Objectives. This study measured the association between socio-economic status and the eight scale scores of the Medical Outcomes Study short form 36 (SF-36) general health survey in the Whitehall II study of British civil servants. It also assessed for the physical functioning scale, whether this association was independent of disease. Methods. A questionnaire containing the SF-36 was administered at the third phase of the study to 5766 men and 2589 women aged 39 through 63 years. Socioeconomic status was measured by means of six levels of employment grades. Results. There were significant improvements with age in general mental health, role-emotional, vitality, and social functioning scale scores. In men, all the scales except vitality showed significant age-adjusted gradients across the employment grades (lower grades, worse health). Among women, a similar relationship was found for the physical functioning, pain, and social functioning scales. For physical functioning the effect of grade was found in those with and without disease. Conclusions. Low socioeconomic status was associated with poor health functioning, and the effect sizes were comparable to those for some clinical conditions. For physical functioning, this association may act both via and independently of disease.

Manor O., Matthews S., Power C. (1997). Comparing measures of health inequality. *Social Science & Medicine*, 45 (5) : 761-771.

Power C., Hertzman C.C., Matthews S., Isr O. (1997). Social differences in health: Life-cycle effects between ages 23 and 33 in the 1958 British Birth Cohort. *American Journal of Public Health*, 87 (9) : 1499-1503.

Objectives. The purpose of this study was to determine whether social differences in health persist or widen during early adulthood. Methods. A longitudinal follow-up of the 1958 British birth cohort was

investigated, using social class at birth and six health measures at ages 23 and 33. A slope of inequality was estimated to represent social differences in health. Results. Social gradients in health were evident by age 23: the prevalence of poor health increased with decreasing social position. This was observed for several but not all health indicators. Social gradients persisted to age 33. The slope of inequality was greatest for malaise (odds ratio [OR]=3.37 for men, 3.21 for women) and obesity (OR=4.80 for men and 2.84 for women), both at age 23, and for self-rated health in women at age 23 (OR=2.94) and age 33 (OR=3.22). Inequality increased significantly between ages 23 and 33 for limiting illness in men, and lessened, although not significantly, for malaise, overweight, and obesity; social gradients remained constant for self-rated health, respiratory symptoms, and asthma or wheezing. Conclusions. Social gradients in health evident in this sample by age 23 persisted to age 33. Inequalities did not appear to widen consistently, but variable findings for several health measures suggest that inequalities reproduce through different pathways.

Bartley M., Owen C. (1996). Relationship between socioeconomic status, employment, and health during economic change - 1973-93. *British Medical Journal*, 313 445-449.

Power C., Matthews S., Manor O. (1996). Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort : lifetime social circumstances or social mobility ? *British Medical Journal*, (313) : 449-453.

Nickens H.W., Benzeval M., Judge K., Smaje C. (1995). The role of race and ethnicity in health services research. *Health Services Research*, 30 (1) : -273p.

Ce numéro spécial regroupe un ensemble d'articles dont l'objectif est d'analyser l'influence de la race, de la nationalité et des facteurs socio-économiques sur l'état de santé et le comportement de santé de l'individu. Il traite plus particulièrement des minorités raciales et des groupes défavorisés

Stronks K., Van De Mheen H., Van Den Bos J., Mackenbach J.P. (1995). Smaller socioeconomic inequalities in health among women : the role of employment status. *International Journal of Epidemiology*, 24 (3) : 559-568.

Background. Socioeconomic inequalities in health are smaller among women than among men. In this paper, it is hypothesized that this is due to a gender difference in employment status. Methods. We used data from the baseline of a Dutch longitudinal study. The socioeconomic indicators were educational level of the respondent and occupational level of the main breadwinner. Logistic regression was used to assess the size of socioeconomic inequalities in the prevalence of chronic conditions and less than "good" perceived general health. Results. The smaller socioeconomic inequalities in health among women were partly due to a less pronounced concentration among women than among men of relatively unhealthy employment status categories (unemployed, long-term work-disabled-) in lower socioeconomic groups. Conclusion. These findings suggest that in the Netherlands the low proportion of women in paid employment, and thereby the low proportion of the unemployed/long-term disabled/early retired, explains part of the smaller socioeconomic inequalities in health among women. The more pronounced concentration of those with a long-term work disability in lower socioeconomic groups among men, also points at the importance of working conditions of the gender difference in the size of socioeconomic inequalities in health.

Les inégalités d'accès aux soins

Focus

Certaines inégalités d'accès aux soins relèvent de facteurs individuels : capital santé (modèle de Grossman), niveau d'éducation, information sur le système de santé...

D'autres relèvent du système de soins sous les aspects des déterminants géographiques, du financement des soins et des modes de prise en charge :

(

- Coûts des soins ;
- Financement du système de santé : public/privé, assurance sociale avec séparation offreurs/Assureurs ou systèmes de santé intégrés ;
- Niveau de l'offre de soins : densité médicale ;
- Modes de rémunération des médecins : actes, salaires, capitation ;
- Pratiques d'orientation des patients dans le système de santé (filières de soins) : gatekeeping ou non.

L'ensemble de ces facteurs contribue à des renoncements aux soins ou à des non recours (non take up) de la part des patients, ou à des refus de soins de la part des professionnels de santé. Deux aspects qui seront plus particulièrement abordés dans cette bibliographie.

Extrait de : [Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?](#) Jusot F., Or Z., Yilmaz E. « XXIXèmes Journées d'Économie de la Santé Français (JESF) », 2007/12/06-07, Université Catholique de Lille. Paris : CES, 23 p., 2007/12.

Éléments de bibliographie

En France

Publications Irdes

Lengagne, P., et al. (2015). "L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages." [Les rapports de l'Irdes ; 560](#)

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce premier tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant à domicile.

Penneau, A., et al. (2015). "L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 2 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Institutions." [Les rapports de l'Irdes ; 561](#)

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/561-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-2-institutions.pdf>

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce second tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant en institution.

Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2014). L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (197) <http://www.irdes.fr/recherche/2014/questions-d-economie-de-la-sante.html#n197>

Peu d'études françaises ont jusqu'à présent analysé la question du recours aux soins des personnes en situation de handicap. Les enquêtes Handicap, Santé, Ménages (HSM) et Institutions (HSI) réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009 ont en partie comblé le manque de données sur le handicap. A travers l'enquête HSM, trois soins médicaux courants – les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques – ont été explorés ici au sein d'une population âgée de 20 à 59 ans. L'analyse repose sur deux indicateurs définissant le handicap : les limitations fonctionnelles (limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives) et la reconnaissance administrative du handicap, mesurée par l'accès à des prestations, allocations, emplois ou droits spécifiques. Cette première étude met en évidence un moindre accès aux soins dentaires et gynécologiques des personnes en situation de handicap, quel que soit l'indicateur de handicap utilisé. En revanche, elle ne montre pas de problème d'accès aux soins ophtalmologiques. Ce différentiel d'accès peut s'expliquer par la situation sociale des personnes handicapées, qui appartiennent plus souvent à des milieux sociaux plus défavorisés. D'autres problèmes d'accessibilité physique aux structures ou aux transports peuvent également exister. Enfin, une concentration des inégalités d'accès aux soins courants est observée chez les personnes relevant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Ces dernières cumulent des revenus plus faibles que les allocataires des pensions et rentes d'invalidité et ne bénéficient pas de la prise en charge à 100 % de leurs soins. D'autres études sur le handicap suivront, analysant le recours à d'autres soins, en particulier préventifs, ainsi que l'accès aux soins des personnes prises en charge en institution.

Jusot F. (2013). Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61S (3) : <http://www.em-consulte.com/article/824792/article/les-inegalites-de-recours-aux-soins%C2%A0-bilan-et-evol>

La réduction des inégalités sociales de santé est aujourd'hui une priorité de santé publique et l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour atteindre cet objectif. La compréhension et la mesure des inégalités de consommation de soins sont donc essentielles afin de définir des politiques effectives d'accès aux soins. Après avoir rappelé les différents enjeux de la mesure des inégalités de recours aux soins, cet article propose de dresser le bilan des connaissances sur l'ampleur de ces inégalités en France et dans les pays de l'OCDE, sur leurs causes, et leur évolution. Les résultats des études disponibles en France montrent que les inégalités de recours aux soins ont diminué, en particulier avec l'introduction de la couverture maladie universelle en 2000, bien qu'elles restent significatives. La réduction des inégalités est particulièrement importante pour le recours au médecin généraliste, pour lequel on observe à présent des inégalités en faveur des plus pauvres. Les inégalités restent en revanche très importantes pour le recours aux soins de spécialistes et les soins préventifs, ce qui conduit la France à être l'un des pays d'Europe où les inégalités de recours aux

soins sont les plus importantes.

Berchet C., Jusot F. (2012). Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (172):
<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>

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. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération, les femmes, et varient selon le pays d'origine. 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.

Sirven N., Or Z. (2010). Disparities in regular health care utilisation in Europe. *Document de travail Irdes* ; 37 : Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT37DisparitiesRegularHealthCareUtilisationEurope.pdf>

Despite common recommendations and quasi universal health care coverage in all European countries, there are large differences in the utilisation patterns of different health services. Little comparative information is available on different types of health service utilisation and variations in utilisation patterns over a longer time span. The objective of this study is to compare and investigate individual and cross-country determinants of health care utilisation habits over the life span across European countries. We found that while there is a general shift toward more regular and preventive care utilisation in all countries; there are still significant social inequalities between countries and cohorts. There is also evidence that once the individual effects have been isolated, cross-cohort and country differences in the prevalence of regular care use are partly associated with differences in welfare states interventions.

Hourcade P. (2009). Accès aux soins et logique de responsabilisation des patients : In : *Le bouclier sanitaire : renforcement ou rupture du pacte de 1945 ? Actes du colloque Chaire Santé*. Paris : Les Presses de SciencesPo : Paris : Editions de santé

Hourcade P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C. (2008). Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006* (pp. 37-41). Paris : IRDES

L'enquête ESPE a notamment pour vocation l'analyse des évolutions du système de santé à travers la description de ses usagers, les assurés, et leur état de santé, couverture santé, accès aux services de soins et expérience dans le système de santé. Sa fréquence bisannuelle permet d'intégrer des questionnements sur les réformes en cours ou en préparation. Ainsi l'enquête 2006 a-t-elle servi de base à l'évaluation de la réforme du parcours de soins coordonnés et du médecin traitant mis en œuvre la même année. Côté usagers, l'évaluation de la réforme peut se décliner en deux étapes. Une première étape en décrit l'implémentation (montée en charge, compréhension, adhésion) et l'impact ressenti à travers l'expérience des assurés, à partir de données déclaratives. Une seconde étape en évalue l'impact sur le recours aux services de santé, et plus particulièrement l'accès au spécialiste, à partir des données d'enquête couplées aux données d'assurance maladie.

Kambia Chopin.B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). Les contrats individuels de complémentaire santé : quel poids dans le budget des ménages ?, *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006* (pp. 45-55). Paris : IRDES

Les données recueillies dans l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes permettent d'étudier le poids d'un contrat de couverture complémentaire santé dans le budget des ménages. Ce poids, appelé « taux d'effort », n'a pas encore été étudié en population générale sur données françaises. Pourtant, dans un contexte où les dernières réformes de santé tendent à diminuer le rôle de l'Assurance obligatoire, il semble important de l'évaluer et de le prendre en considération dans la conduite des politiques publiques. L'accès à la couverture complémentaire santé se fait soit par l'intermédiaire de l'entreprise, soit par une démarche individuelle. Pour étudier le taux d'effort des ménages, nous observons uniquement les personnes qui bénéficient d'un contrat individuel, seules à arbitrer le coût et les bénéfices d'un contrat. En effet, dans le cas des contrats collectifs, l'employeur participe au paiement de la prime à hauteur de 50 % en moyenne. De plus, le salarié ne connaît pas précisément le montant de sa prime, souvent prélevée directement sur sa feuille de paie. Enfin, dans 50 % des cas, la souscription est imposée à l'ensemble des salariés. Avant d'étudier le taux d'effort des ménages ne bénéficiant pas de contrats collectifs, les auteurs commencent par présenter le cadre théorique dans lequel s'inscrit cette étude, ainsi que les différences de revenus et de primes en fonction de la couverture des ménages.

Or Z., Jusot F., Yilmaz E. (2008). Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use : Document de travail Irdes ; 17 : Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT17ImpactHealthCareSystSocioeconomicInequalities.pdf>

This study examines the impact of health system characteristics on social inequities in health care use in Europe, using data from national surveys in 13 European countries. Multilevel logistic regression models are estimated to separate the individual level determinants of generalist and specialist use from the health system level and country specific factors. The results suggest that beyond the division between public and private funding and cost-sharing arrangements in health system, the role given to the general practitioners and/or the organization of the primary care might be essential for reducing social inequities in health care utilisation.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT17ImpactHealthCareSystSocioeconomicInequalities.pdf>

Naiditch M., Mousques J. (2009). France : regulating nurse settlement for better access. *Health Policy Developments*, (12) : 89-91.

Following the framework agreement signed in 2007 between the unions of private nurses and the sickness funds, an amendment was passed in September 2008 setting out the conditions for regulating the regional distribution of nurses' activity. In particular, nurses' freedom of installation will be restricted in areas with high nurse density. In return, financial and material incentives are proposed for encouraging settlement in under-served areas.

Or Z., Jusot F., Yilmaz E. (2009). Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? *Revue Economique*, 60 (2) : 521-543.
<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-2.htm>

Cette étude évalue l'influence des caractéristiques des systèmes de santé sur l'équité horizontale du recours aux soins en Europe. L'utilisation d'un ensemble des données issues d'enquêtes nationales récentes de treize pays européens confirme l'existence d'inégalités sociales de recours aux soins, à besoin de soins égal, dans tous les pays étudiés et montre que l'ampleur des inégalités varie de manière significative entre les pays. Une analyse multiniveaux permet d'identifier différentes caractéristiques des systèmes de santé qui semblent contribuer à la réduction ou à la formation de ces inégalités. Les résultats soulèvent l'importance du rôle des médecins généralistes et de l'organisation des soins primaires pour réduire ces inégalités au-delà du partage des coûts entre les sphères publique et privée.

Afrite A., Dourgnon P., Pascal J., Jusot F., Lang T., Lombrail P. (2008). Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (INTERMEDE). *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56 (6) : S367-S368.

Cet article est le résumé de la communication présentée lors du Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 à Marseille les 16 et 17 octobre 2008, intitulé : Les inégalités de santé,

nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques.

Cases C., Lucas G., V, Perronnin M., To M. (2008). Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (130) : 1-6.
<http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes130.pdf>

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. Elle est en effet jeune, plutôt féminine et caractérisée par des problèmes de santé spécifiques (troubles mentaux et du sommeil, maladies du système nerveux et de l'oreille...). L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins joue également, notamment le niveau de revenu moyen des communes. On constate une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches. L'existence d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUC de la part de certains professionnels n'est pas à exclure : les patients CMUC sont en effet moins présents chez les médecins du secteur à honoraires libres et les dentistes. Il est toutefois difficile de faire la part des choses entre un choix délibéré du patient CMUC (lié à ses caractéristiques et à ses préférences) et un choix contraint suite à un refus de soins de la part du praticien.

Kambia C.B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (132) : -4p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes132.pdf>

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

Ouvrages, rapports, working papers

Maresca, B. and S. Helmi (2014). "Les inégalités territoriales de santé : une approche des bassins de santé." *Cahiers de Recherche* ; 320
<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C320.pdf>

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc) s'intéresse depuis très longtemps à la question des inégalités sociales et territoriales de santé et de nombreux travaux ont fait l'objet de publications. Dans ce cadre, et à la demande de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, un nouveau travail de recherche, permet d'explorer ce territoire sur le plan de la santé et de l'offre de soins, avec une ambition double : tester des méthodes et proposer un découpage ajusté du territoire francilien.

(2013). Rapport 2012 sur les droits des usagers. Réduire les inégalités d'accès à la santé en renforçant la participation des usagers : Paris : Ministère chargé de la santé .
http://www.leciss.org/sites/default/files/rapp_droits_usagers_cns_2012.pdf

Ce rapport propose 4 grandes recommandations : favoriser l'articulation entre le sanitaire et le social ; améliorer l'accès à la santé en mettant en œuvre une mission territoriale de service public en santé incluant une mission d'observation-évaluation, au niveau régional, de l'accès aux droits et à la santé ; faciliter et renforcer les médiations en santé ; favoriser la participation (démocratique) des usagers et des populations aux politiques de santé. Chacune de ces 4 grandes recommandations est déclinée en recommandations plus opérationnelles.

(2013). Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale : Paris : Institut Montaigne .
<http://www.institutmontaigne.org/fr/publications/acces-aux-soins-en-finir-avec-la-fracture-territoriale>

Très onéreux, d'une grande complexité institutionnelle et administrative, le système de soins français pêche également par l'archaïsme de son organisation, caractérisé par de forts cloisonnements entre ville et hôpital comme entre professionnels de santé. Au-delà des problèmes évidents de répartition sur le territoire des professionnels de santé, la question est sans doute plutôt celle du modèle d'organisation des soins en France, qui ne correspond plus aux exigences sociales, démographiques et technologiques de notre pays. Face à ces défis et dans un contexte de finances publiques contraint, comment adapter notre système de santé ? C'est vers une organisation décloisonnée, régionalisée, construite autour des besoins des patients qu'il faut s'orienter. Le système de santé doit également s'adapter aux exigences des nouvelles générations de professionnels de santé et leur offrir les moyens d'exercer leur métier de façon regroupée, en bénéficiant de l'apport des nouvelles technologies.

Douai C. (2013). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2012 : Paris : Médecins du Monde .
<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Rapport-complet-de-l-Observatoire-de-l-acces-aux-soins-2013>

A l'occasion du 17 octobre, Journée internationale du refus de la misère, Médecins du Monde publie son rapport annuel sur l'accès aux soins des plus démunis en France. En 2012, en France, les conséquences de la crise économique sur la santé et l'accès aux soins sont prégnantes. Les inégalités sociales de santé s'accroissent chez les plus démunis. À cela s'ajoutent des réponses publiques souvent plus sécuritaires que sociales, notamment envers les migrants, les personnes se prostituant et les usagers de drogues. Ces personnes accèdent de plus en plus difficilement au système de soins, avec pour conséquence une détérioration de leur état de santé.

Jacob B. (2013). Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement : Paris : Ministère de la santé .
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000341/>

Réalisé par Pascal Jacob, Président de Handidactique - I = MC2, ce rapport présente des mesures destinées à améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées, droit consacré par la loi du 11 février 2005 mais encore insuffisamment mis en œuvre, faute d'une prise en charge adéquate. Au travers notamment de l'organisation d'ateliers, la mission a passé en revue un ensemble de thèmes relatifs à la question de l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées : formation des professionnels et des aidants ; prévention ; coordination ; fin de vie ; réseaux ; urgences ; proximité, accessibilité ; soins ordinaires ; tarification ; recherche.

Batifoulier P., Domin J.P., Abecassis P. (2010). Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire. Paris : AFS
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00687115/document>

Nous organiserons le propos en deux temps. Nous verrons dans une première partie que le secteur de l'assurance maladie complémentaire connaît aujourd'hui une transformation profonde, notamment en raison d'un transfert progressif des dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Mais, cette évolution génère de nouvelles inégalités, créées par la politique de santé, qui viennent s'ajouter aux inégalités sociales existantes. Cette dérive inégalitaire ne peut pas être considérée comme

l'expression d'un antagonisme naturel entre efficacité économique et justice sociale. En matière de santé, les inégalités s'accroissent et les dépenses demeurent à un niveau élevé. Les inégalités ne sont donc pas le prix à payer pour des dépenses décroissantes. L'analyse de cette crise de régulation fait l'objet de la seconde partie. Les errements de la politique de santé sont reliés à la crise du régime des idées et notamment aux limites atteintes par la conception normative du patient, fraudeur parce que rationnel. Ces limites ont conduit le législateur à amender sa politique en exonérant certains patients de la contribution au financement de leurs propres dépenses de santé. Ces aménagements notables restent prisonniers d'une conception strictement économiste du patient et n'ont pas desserré le dilemme entre efficacité et équité dans les politiques de santé.

Geoffard P.Y., Bartoli F., Dourgnon P. et al. (2009). Le bouclier sanitaire : renforcement ou rupture du pacte de 1945 ?, Actes du colloque Chaire Santé. Paris : Les Presses de SciencesPo : Paris : Editions de santé

L'augmentation du ticket modérateur, la multiplication des forfaits et franchises, le développement des dépassements d'honoraires remettent en cause, en France, les conditions de l'égal accès aux soins et à la prévention. Le reste à charge (RAC), selon l'expression consacrée par les rapports administratifs, est, de surcroît, très inégalement réparti. La question de la création d'un « bouclier sanitaire » permettant de réduire ce « reste à charge » s'est récemment introduite dans le débat politique. C'est pourquoi la chaire Santé de Sciences Po a souhaité organiser une journée d'étude sur ces questions. Ces travaux ont permis d'apprécier l'importance et les effets des dépenses de santé laissées à la charge des assurés sociaux, de s'interroger sur le régime des affections de longue durée et les conditions de prise en charge des soins les plus onéreux et, enfin, de débattre des formes que pourrait prendre un « bouclier sanitaire » et des interrogations que ce projet.

Rican S., Salem G. (2009). Inégalités spatiales de santé en France. In G. de Pourville (Ed.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 181-185). Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses

O.N.P.E.S (2008). Rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale : 2007-2008 : Paris : La documentation française.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000261/index.shtml>

Le cinquième rapport (2007-2008) de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), rendu public le 29 avril, rend compte des évolutions de la pauvreté sur le long terme ainsi que sur la période récente. Le taux de pauvreté monétaire n'a pas augmenté de manière significative depuis les constats de son précédent rapport (2005-2006), constate l'Observatoire. Néanmoins, il ne diminue plus depuis 2002. De plus, on constate une augmentation de l'intensité de la pauvreté. Les personnes pauvres voient leur revenu médian s'éloigner du seuil de pauvreté et leur situation financière relative se dégrader. La comparaison - on des taux de pauvreté monétaire des pays de l'Union européenne place la France dans une position légèrement plus favorable que la moyenne de ses partenaires. L'Observatoire a également souhaité compléter le diagnostic sur la pauvreté par une analyse de l'évolution des inégalités de revenus, ces deux approches étant complémentaires. Si les données disponibles montrent une légère diminution des inégalités globales sur les dix dernières années, elles ont par contre fortement augmenté entre les très hauts revenus et le reste de la population. La pauvreté est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. Le rapport présente une carte de France par département des taux de pauvreté qui fait apparaître des territoires particulièrement défavorisés dans le nord et l'est, sur le pourtour méditerranéen et dans les départements d'outre-mer. L'isolement est un facteur majeur d'entrée dans la pauvreté, quel que soit l'âge de la personne concernée. Les familles monoparentales sont particulièrement touchées. Le minimum vieillesse fait l'objet d'un « décrochage » par rapport au seuil de pauvreté. L'emploi est de moins en moins protecteur contre la pauvreté. L'analyse de la situation des travailleurs pauvres montre que 1,74 million de personnes qui occupent un emploi, soit 7 % des travailleurs, sont malgré tout dans un ménage sous le seuil de pauvreté (deux ans plus tôt ils étaient 1,47 million). Leur situation s'explique à la fois par les conditions de leur emploi – temps partiel subi, discontinuité des contrats de travail – et par la composition de leur ménage. Un second volume, intitulé Les Travaux de l'Observatoire, est destiné à rendre accessible à ceux qui le souhaitent l'ensemble des études effectuées pour l'Observatoire et qui ont contribué à nourrir le rapport.

Rolland C., Mantovani J., Pascal J., Afrite A., Membrado M. (2008). Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE), Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008. Marseille, 16-10-2008. Marseille : ORS

Les recherches sur les facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins. Mais des travaux empiriques montrent que le système de soins peut également contribuer à les renforcer. L'objectif du projet INTERMEDE est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin – patient qui peuvent expliquer des prises en charge différenciées pouvant contribuer in fine à la construction d'écart d'état de santé. INTERMEDE associe une approche qualitative et quantitative. La phase qualitative, objet de la présente communication, vise à tester la faisabilité d'un recueil sociologique aux différents temps de la consultation de médecine générale, de fournir des hypothèses à tester dans la phase quantitative et de produire des résultats originaux sur les interactions médecin patient observées. Elle s'est déroulée chez 11 médecins généralistes de trois régions françaises, où 242 consultations ont été observées dont 48 ont été suivies d'un entretien avec le patient et le médecin (enregistrés et transcrits).

Strobel P. (2007). Penser les politiques sociales. Contre les inégalités : le principe de la solidarité : La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube

Ce recueil d'articles commentés de Pierre Strobel (1948-2006) constitue un hommage au grand spécialiste des politiques sociales. Les articles réunis ici, publiés entre 1990 et 2006, soulignent les apports des sciences humaines à la compréhension des questions sociales au sein de quatre thématiques : usagers et services publics, pauvreté et exclusion, politiques familiales, Europe et protection sociale.

Brongniart P., Mercier A., Stellingner A. (2007). L'Etat providence face à la mutation des risques sociaux : Paris : Fondation pour l'innovation politique

L'Etat providence et le mode de protection sociale qui lui est lié sont en pleine mutation. La nature et le poids relatif des risques sociaux ont changé : la vieillesse a cessé d'être un risque pour devenir partie intégrante de l'existence; les politiques de la santé, de la famille, de l'emploi se transforment; de nouveaux risques, liés à la précarité et à l'exclusion, prennent une place importante. Le rôle croissant de l'Etat dans l'organisation et le financement de ces risques a conduit à l'effacement des institutions (partenaires sociaux, mutualités, familles) qui étaient au cœur de la philosophie initiale de la Sécurité sociale. Ces questions ont longtemps été absentes du débat public. L'opinion se soucie surtout de la sauvegarde de la Sécurité sociale. Pourtant, la confusion actuelle et les dérives financières la menacent davantage que le libéralisme ou la mondialisation.

Menahem G. (2006). Deux indicateurs du développement des droits sociaux : indicateur de démarchandisation versus taux de sécurité économique. In Bourreau-Dubois C. (Ed.), *Economie sociale et droit : tome 2 : Economie sociale et solidaire - Famille et éducation - Protection sociale* (pp. 321-331). Paris : L'Harmattan

Cette communication a été présentée lors de la 26 e journée d'Economie sociale organisées par l'Association d'économie sociale, en septembre 2006, sur le thème de l'économie sociale et droit. Pour justifier sa typologie des régimes de droit sociaux, Esping-Andersen a élaboré un indicateur de "démarchandisation". Partant des mêmes concepts, l'auteur de cette communication, propose un "taux de sécurité économique démarchandisé" dont il montre qu'il aboutit à un classement différent des pays européens. D'où les questions concernant notamment l'économie du droit social

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (2005). Les couvertures complémentaires maladie : Paris : HCAAM

Comme la Sécurité sociale ne prend pas en charge totalement les dépenses de soins et d'arrêt de travail, les entreprises et les institutions de protection complémentaire viennent en relais des régimes de base. Les pouvoirs publics ont constamment soutenu l'aspiration des ménages à un haut degré de protection en assortissant les contrats de couverture complémentaire d'aides diverses et en soulageant le taux d'effort des ménages les plus pauvres. Ils ont par ailleurs mis en place des règles de gestion, de prudence et de tutelle évitant les pratiques de sélection abusives ou les modifications

unilatérales des contrats. Ils ont encouragé les systèmes mettant en œuvre la mutualisation des risques et le caractère viager des contrats. Mais malgré cela et à la différence de la couverture de base, la couverture complémentaire n'est pas uniforme (couverture, garanties, coût...). Cette étude tente de répondre à cinq problématiques : celui des lacunes dans la connaissance et l'évaluation de la protection sociale complémentaire, celui du renoncement aux soins, celui de l'excès de dépenses, celui du taux d'effort des ménages et celui de la gestion du risque.

Borgetto M., Chauviere M., Frotiee B., Didier R. (2004). Les débats sur l'accès aux droits sociaux entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative : Paris : CNAF.

L'étude présentée ici rend compte de façon synthétique des politiques et des débats français en matière d'accès aux droits sociaux depuis une vingtaine d'années. On le sait, les mesures améliorant l'accès aux droits sociaux sont, avec les politiques d'insertion, l'un des deux éléments structurant les politiques de lutte contre les exclusions. Ce rapport décrit le contexte de l'adoption de la loi d'orientation contre les exclusions de 1998. Elle resitue également le rôle récent de l'Union Européenne dans les politiques de lutte contre les exclusions, ainsi que celui du Conseil de l'Europe. Enfin, les réformes de l'Etat et des services publics concernant l'amélioration du service rendu sont également traitées.

(2003). Rapport d'évaluation de la CMU : Paris : La documentation française.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/04400029/index.shtml>

Le premier rapport d'évaluation de la loi portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a été rédigé en décembre 2001 par M. Yves Carcenac et Mme Evelyne Liouville, membres de l'Inspection générale des affaires sociales. Ce second rapport d'évaluation, confié au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, par le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, fait apparaître que les difficultés rencontrées au début de la mise en œuvre du dispositif ont été pour la plupart résolues. Quelques aspects de la CMU nécessitent malgré tout des aménagements : c'est le cas de l'atténuation de l'effet de seuil du plafond CMU-C (les auteurs reviennent pour cela sur la mise en place d'un dispositif d'aide à l'amélioration de la couverture maladie des personnes dont les ressources sont immédiatement supérieures au plafond de la CMU et sur la possibilité d'acquiescer une couverture complémentaire). L'application de la loi s'oriente par ailleurs vers une convergence nationale de tous les dispositifs mis en place au niveau local.

(2001). Exclusion sociale et pauvreté en Europe : Paris : La documentation française

Conséquences des années de crise et de chômage, les phénomènes de pauvreté et d'exclusion n'ont que faiblement reculé au cours du XXe siècle. Aussi l'Union européenne s'est-elle mobilisée dans son ensemble pour les combattre. Lors des sommets de Lisbonne et de Nice, les quinze Etats membres ont ainsi fait de la lutte contre les exclusions un élément central du modèle européen, et adopté une véritable stratégie de lutte constituée d'objectifs communs. Le but de cet ouvrage est de présenter l'actuel débat sur les questions liées à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Après un chapitre introductif sur les différentes approches théoriques et juridiques de l'exclusion sociale en Europe, sont successivement présentés les systèmes de protection sociale ainsi que les stratégies politiques de chacun des Etats membres : identification des différents acteurs de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, définition des conditions d'accès aux droits fondamentaux (travail, logement, soins, minima sociaux...) pour les plus démunis. Enfin, il met en évidence les grands mécanismes européens en matière sociale.

(2000). Minima sociaux, revenus d'activité, précarité : Paris : CGP ; La documentation française.

Les transformations du travail comme celles de la famille ont ébranlé le système de protection sociale français. Dans son rapport au Premier ministre en 1998, Marie-Thérèse Join-Lambert avait suggéré que des débats approfondis précèdent toute réforme d'envergure des dispositifs. C'est pourquoi le Plan a confié à Jean-Michel Belorgey le soin de présider un groupe associant les partenaires sociaux pour approfondir les débats autour de l'éventuelle fusion des minima sociaux et de leur relation avec les autres prestations, et prolonger les réflexions du rapport Boissonnat sur la continuité de la protection sociale et la sécurisation de la relation de travail. Ce rapport rend compte de ces réflexions. Le premier chapitre traite du constat suivant : l'instabilité des situations de travail et de vie met à mal

notre système de protection sociale dont la cohérence était fondée sur l'emploi stable et la famille. Le deuxième chapitre aborde le problème de la continuité des droits sociaux : quelle place pour le travail, quelle réforme pour la garantie de revenu, quel contour pour les solidarités : l'individu ou la famille ? Le dernier chapitre termine sur des recommandations : - mieux articuler la protection sociale avec l'évolution du marché du travail, pour retrouver sens et cohérence ; - harmoniser les minima sociaux et favoriser l'accès à l'emploi.

(2000). Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion : Paris : La documentation française.

Ce document rassemble les travaux qui ont nourri les débats de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, et permis la rédaction du rapport annuel 2001-2002. Ce volume analyse, dans sa première partie, les données disponibles sur les évolutions récentes de la pauvreté et les représentations qu'elle véhicule. Pour ce faire, les données les plus récentes sur les aspects conjoncturels de la pauvreté ont été mobilisées : que nous disent les principaux indicateurs chiffrés provenant des administrations économiques et statistiques ? Les signes préoccupants observés depuis le printemps 2002 ne risquent-ils pas de mettre à mal l'impact positif du retournement conjoncturel de 1997 ? L'étude des représentations, considérablement approfondie cette année, apporte aussi des éclairages instructifs sur la manière dont les citoyens, les media mais aussi la sphère politico-administrative s'emparent de ces questions.

Articles

Delpierre, C., et al. (2016). "Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012." *bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(1): 2-8.
http://www.invs.sante.fr/beh/2016/1/2016_1_1.html

Introduction : l'objectif était de décrire les inégalités sociales de recours aux soins et à la prévention en région Midi-Pyrénées à partir des bases de données de l'Assurance maladie et d'un indicateur écologique de défavorisation. Méthodes : la population correspond aux bénéficiaires adultes des trois principaux régimes d'assurance maladie au 31 décembre 2012, soit plus de 2 millions de personnes. Dix indicateurs de recours aux soins et à la prévention, calculés sur 12 mois, ont été construits. L'influence du niveau socioéconomique, mesuré par un indice écologique de défavorisation, l'European Deprivation Index (EDI), calculé après géocodage de l'adresse exacte de la personne et attribution de l'Iris correspondant à cette adresse, a été analysée après ajustement sur l'âge, le sexe et l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée. Résultats : une diminution régulière de la consommation de soins consultation d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue au moins une fois dans l'année, soins dentaires conservateurs, remboursement de frais d'optique et recours à la mammographie et au frottis a été observée avec l'augmentation de la défavorisation. Ce gradient social était inversé pour la consommation d'anxiolytiques et l'extraction dentaire. Aucun gradient social n'apparaissait dans la population des diabétiques traités, des différences sociales n'étant observées que pour la consultation d'ophtalmologie. Discussion : un gradient social de recours aux soins et à la prévention a été largement observé en Midi-Pyrénées. Ce travail montre qu'il est possible d'approcher les inégalités sociales de santé à partir des bases de données médico-administratives, notamment pour les décrire à une échelle géographique fine.

Pikus, A.-C., et al. (2015). "Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations." *Santé Publique* **27**: 13-16.

Une étude a été menée en Lorraine sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité. Des patients concernés et des médecins généralistes ont été interrogés. Des difficultés nombreuses ont été identifiées, mais aussi des facteurs facilitants. Le discours des patients et celui des médecins convergent fréquemment : importance des conditions de vie, attitudes souvent péjoratives des médecins, contraintes administratives lourdes. La relation médecin-patient est le point-clé des facteurs facilitants. Les patients attachent beaucoup d'importance à la relation de confiance développée avec leur médecin traitant. Ils insistent pour que celui-ci emploie des mots simples, ne les culpabilise pas et qu'avec lui,

ils puissent s'inscrire dans un véritable partenariat de soins où ils ont leur place dans les décisions les concernant. Sur ces bases, l'étude a permis de formuler des préconisations pour l'amélioration de la prise en charge ; elles concernent essentiellement les mesures administratives de protection sociale et d'accès aux soins.

Fourcade N. (2013). Redistribution des revenus opérée par l'assurance maladie entre groupes d'âge et groupes sociaux. *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Ces travaux, reposant sur des modèles de microsimulation, visent à mesurer les impacts redistributifs des financements et prestations des assurances maladie obligatoire et complémentaire (AMO/C). Ils contribuent à éclairer les débats sur les rôles respectifs des organismes complémentaires et de l'AMO dans la prise en charge des dépenses de santé, rappelant les effets différenciés de leurs interventions. L'analyse montre que les logiques de l'AMO permettent notamment aux plus modestes et aux retraités un meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient dans un système d'assurances privées fonctionnant selon une logique de tarification au risque. Les ménages modestes ont des contributions financières à l'AMO plus faibles (progressivité des prélèvements) et une prise en charge de leurs dépenses de santé légèrement plus élevée du fait d'un état de santé moyen plus dégradé et d'une structure de consommation tournée vers les soins mieux remboursés. Les retraités, à faibles contributions, ont aussi en moyenne les dépenses de soins les plus élevées.

Jusot F. (2013). Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue D'Epidemiologie et de Santé Publique*, 61S (3) :

<http://www.em-consulte.com/article/824792/article/les-inegalites-de-recours-aux-soins%C2%A0-bilan-et-evol>

La réduction des inégalités sociales de santé est aujourd'hui une priorité de santé publique et l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour atteindre cet objectif. La compréhension et la mesure des inégalités de consommation de soins sont donc essentielles afin de définir des politiques effectives d'accès aux soins. Après avoir rappelé les différents enjeux de la mesure des inégalités de recours aux soins, cet article propose de dresser le bilan des connaissances sur l'ampleur de ces inégalités en France et dans les pays de l'OCDE, sur leurs causes, et leur évolution. Les résultats des études disponibles en France montrent que les inégalités de recours aux soins ont diminué, en particulier avec l'introduction de la couverture maladie universelle en 2000, bien qu'elles restent significatives. La réduction des inégalités est particulièrement importante pour le recours au médecin généraliste, pour lequel on observe à présent des inégalités en faveur des plus pauvres. Les inégalités restent en revanche très importantes pour le recours aux soins de spécialistes et les soins préventifs, ce qui conduit la France à être l'un des pays d'Europe où les inégalités de recours aux soins sont les plus importantes.

Vigneron E. (2013). Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. In : La santé dans tous ses autres états. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (38)

Au cours de l'histoire, l'approche territoriale des questions de santé a occupé une place importante. Souvent conduite par des médecins eux-mêmes sous forme d'observations, cette approche s'est progressivement effacée au cours du XXe siècle en raison du progrès clinique et en dépit de la poursuite des travaux de recherche. Pourtant, les inégalités territoriales de santé se sont maintenues et récemment approfondies en relation avec la crise sociale et économique. Cette situation est d'autant plus sensible en France que l'égalité de traitement est la règle sur laquelle repose l'organisation du système de santé. La distance est un facteur important de renoncement aux soins. La concentration de la population dans les grandes aires urbaines et péri-urbaines implique d'apporter des solutions à la prise en charge de ceux qui en demeurent éloignés, géographiquement ou socialement. Le système de santé a pour justification d'aider ainsi la médecine à mieux s'exercer au profit de tous, et d'abord de ceux qui en ont le plus besoin (résumé de l'éditeur)

Gilles L., Lautie S. (2012). Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique. *Points de Repère CNAMTS* (37) : 4p.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_37.pdf

La CNAMTS a confié au CREDOC une enquête auprès des bénéficiaires de la CMU-C ayant eu un reste à charge en optique afin de caractériser et hiérarchiser les circonstances et les motifs de ces restes à charge et d'envisager des évolutions du dispositif pour diminuer leur montant.

Gusmano M. (2013). Hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (HSPR) en Île-de-France : une perspective d'outre-Atlantique. In : *Varia. Revue Française des Affaires Sociales*, (3) :

L'indicateur "hospitalisations sensibles aux soins de premier recours" (HSPR), est utilisé aux États-Unis et dans d'autres pays de l'OCDE pour évaluer l'accessibilité des soins de premier recours et leur efficacité pour une prise en charge adaptée des pathologies avant qu'elles ne nécessitent des traitements à l'hôpital. En Île-de-France, cet indicateur permet de montrer que les résidents des zones du dernier quartile de revenu et les patients hospitalisés dans des établissements publics rencontrent davantage de difficultés d'accès aux soins de premier recours, ce qui soulève une question importante pour les politiques de santé : faut-il imputer le nombre élevé de HSPR à un recours aux soins tardif ou au fait que le système de soins n'est pas organisé pour cibler les populations à risque ?

Brunat M., Fargeon V. (2010). Disparités de recours aux soins de première intention des bénéficiaires de la CMU-C : un effet de l'organisation des services de santé ? *Regards. Rencontres Enseignement Gestion Actions Recherches Dossiers Sécurité Sociale*, (37) : 152-168.

Cet article propose d'explorer l'hypothèse de déterminants organisationnels dans le recours aux soins de première intention et dans les disparités d'accès aux soins.

(2009). Droits sociaux : quelles contreparties ? *Lettre de L'Observatoire de la Pauvreté et de L'Exclusion Sociale (La)*, (1) :

https://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre1_2009.pdf

Bocognano A. (2009). Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (69) : 8-12.

Le nombre des dépassements d'honoraires facturés par les médecins de secteur 2 a considérablement augmenté. Le haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a étudié leur impact sur l'accès aux soins des patients sur le territoire.

Grignon M., Polton D. (2009). Les recours, entre différences et inégalités. In : *Inégalités et santé. Problèmes Politiques et Sociaux*, (960) : 59-65.

Hudson J.L. (2009). Families With Mixed Eligibility For Public Coverage: Navigating Medicaid, CHIP, And Uninsurance. *Health Aff.* 28 (4)

In the midst of health care reform, eligible but uninsured children remain a cause for concern. Children in the same family often have differing eligibility status for public coverage. Mixed eligibility is associated with higher uninsurance rates, even when all children in a family are eligible. Medicaid policies play an important role in creating mixed-eligibility families via age-related eligibility thresholds and limited benefits for immigrants; states running separate Children's Health Insurance Program (CHIP) programs have higher uninsurance rates among eligible children. Recent policies to simplify enrollment have not lowered uninsurance among these children. States may improve take-up rates by focusing on eligible children in mixed-eligibility families.

Jusot F., Wittwer J. (2009). L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective. In : *Au chevet de la santé : quels diagnostics ? Quelles réformes ? Regards Croisés Sur L'Economie*, (5) : 102-109.

Cet article propose de faire le point sur les barrières financières à l'accès aux soins en France. Après avoir rappelé les déterminants économiques du recours aux soins, la question de l'accessibilité à une complémentaire santé sera discutée. Dans une dernière partie, les réformes récentes visant à améliorer l'accès aux soins seront mises en perspective et un prolongement naturel de ces réformes sera proposé.

<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-p-102.htm>

(2008). Des patients renoncent aux soins pour raisons financières. *Revue Prescrire*, 28 (299) : 695.

(2008). Discours croisés sur les inégalités sociales de santé. *Revue Sociologie Sante*, (28) : -376p. Sans être exhaustif, les regards croisés qui composent ce dossier consacré aux inégalités sociales de santé font suite à la tenue d'un colloque international qui s'est déroulé à Lille en janvier 2007. Trois parties composent ce dossier. La première se centre sur la question des rapports entre inégalités sociales de santé et territoires. La seconde partie se préoccupe de prévention et d'actions en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. La troisième interroge la place particulière du cancer face aux inégalités sociales de santé.

Boisguerin B., Pichetti S. (2008). Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006. *Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees*, (2) <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/>

Le ministre de la Santé et des solidarités a demandé à la DREES en janvier 2007 de proposer dès le mois de mars 2007 un dispositif d'évaluation de la situation de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU. Un groupe de travail, associant la CNAMTS, l'IRDES et la DREES a été mis en place pour élaborer une méthodologie d'étude visant à établir des indicateurs de suivi de l'accueil des bénéficiaires de la CMU par les professionnels de santé. À la suite des réflexions qui se sont engagées dans le cadre de ce groupe, la DREES a réalisé un panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU2 tandis que l'IRDES a complété ce constat des disparités d'accueil par une analyse économétrique3 visant à les expliquer. L'étude publiée par la DREES a vocation à être reconduite chaque année sur des données actualisées. Ce document de travail présente les données mobilisées par la DREES pour réaliser cette étude (partie I) puis détaille la méthodologie mise en œuvre (partie II). Des résultats additionnels, qui n'avaient pas été exposés dans l'étude publiée, sont par ailleurs consignés dans la troisième partie de ce document.

Boisguerin B. (2007). Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins. *Etudes et Résultats (Drees)*, (603) : -8p. <http://www.drees.sante.gouv.fr/>

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

Elbaum M. (2007). Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 55 (1) : 47-54.

Cet article analyse les principaux résultats et perspectives des travaux de recherche et d'études conduits sur les inégalités sociales de santé en France. Il envisage les pistes de recherche susceptibles d'éclairer la définition des politiques publiques en ce domaine, et de favoriser leur développement dans les dimensions à la fois sanitaire et sociale. Le contenu et la mise en œuvre de politiques de santé publique attribuant un haut niveau de priorité à la lutte contre les inégalités sociales de santé donnent ensuite lieu à discussion, et à un certain nombre de propositions.

Warin P. (2007). Pas de politique d'accès aux droits sociaux sans information sur les publics vulnérables : un défi pour les administrations. *Recherches et Prévisions*, (87) : 7-16.

L'administration publique est tenue de faciliter l'accès aux droits sociaux. Elle est en particulier redevable des réponses ciblées qui sont aujourd'hui proposées pour réparer l'effilochement des protections tissées autour du travail. Pour les organisations chargées de l'attribution des prestations et des aides sociales (organismes de la Sécurité sociale, administrations d'État et locales), la question n'est pas de savoir si ces mesures sont bonnes ou pas ; elles doivent les exécuter. En revanche, ces organisations publiques sont suffisamment préparées pour n'oublier personne. Sur ce plan, l'information relative à l'accès aux droits est une donnée importante que les organisations prestataires se doivent de maîtriser au mieux. Pour être performantes dans la mise en œuvre des nouvelles mesures de protection sociale, il leur faut savoir repérer les populations visées et s'assurer que les

prestations et les aides les atteignent. Or, sur ce plan, le bât blesse à plusieurs endroits, pour différentes raisons qui incitent à considérer comme une nécessité la construction de systèmes d'information partagés (Résumé d'auteur).

Blais S., Dejardin O., Boutreux S., Launoy G. (2006). Social determinants of access to reference care centres for patients with colorectal cancer - A multilevel analysis. *European Journal of Cancer*, 42 (17) : 3041-3048.

Birocheau V., Dilhuydy M., Maurice-Tison S. (2005). Dépistage spontané du cancer du sein en Aquitaine : enquête auprès de 150 médecins généralistes. *Médecine : Revue de L'Unafarmec*, 1 (2) : 78-83.

Cet article présente les résultats d'une enquête, menée en Aquitaine en décembre 2002 auprès de médecins et de leurs patientes, pour observer la pratique de dépistage du cancer du sein par les médecins généralistes avant la généralisation du dépistage organisé en Aquitaine : estimation du taux de couverture mammographique chez les femmes de 50 à 74 ans et étude des facteurs influençant ou freinant leur participation.

De Saint-Martin A. (2005). L'assurance retraite : *Revue d'Economie Financière*, (80) : 71-87.

Debates lead to divide retirement thought, considered as a public solidarity, and insurance thought, confined to financial interests of pension funds. An historical survey reminds that insurance's techniques and institutions played a great role in management of elderly risk. Their efficiency was a determining factor in the success of the industrial revolution and the emergence of retirement thought. The analysis of current systems' crisis shows that it is first due to a lack of risk management's adaptability to the life-expectancy context. The need of future retirement's financing and implemented reforms broaden the insurers' future prospects. They will have to take up technical, financial, marketing or trading challenges in order to capture this still potential market. This evolution demands a consistent European regulations framework.

Boisguerin B. (2004). Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : un impact qui se consolide entre 2000 et 2003. *Etudes et Résultats*, (294) : -8p.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Trois ans après la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU), une nouvelle enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 3 000 ménages bénéficiaires. Elle permet de faire le point sur les caractéristiques socioéconomiques des ménages et des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire, de leur état de santé, de leurs comportements de recours aux soins. Elle permet également de recueillir leurs opinions sur le dispositif et d'appréhender les évolutions depuis la situation constatée à l'automne 2000, lors d'une première enquête du même type.

Boisguerin B., Gissot C. (2002). L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. *Etudes et Résultats*, (152) : -8p.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

La couverture maladie universelle (CMU), entrée en vigueur le 1er janvier 2000, a fait l'objet d'une série d'études évaluatives, parmi lesquelles une enquête réalisée en novembre 2000 auprès d'un échantillon de bénéficiaires. Même si, à cette date, les bénéficiaires de la CMU étaient encore composés pour près de 70% "d'anciens bénéficiaires" de l'aide médicale départementale (AMD), pour lesquels le transfert sur la CMU avait été automatique et pour 30% seulement de "nouveaux bénéficiaires" qui y ont accédé directement, cette enquête permet d'apprécier leurs conditions d'accès au dispositif, et fournit des premiers éléments sur leurs comportements de recours aux soins (extrait).

Boisguerin B., Burdillat M., Gissot C. (2002). La mise en place de la CMU. Une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif. *Etudes et Résultats*, (151) : -12p.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Parmi les éléments contribuant à l'évaluation de la couverture maladie universelle (CMU) figure l'étude des conditions dans lesquelles elle a été mise en œuvre pour le 1er janvier 2000, soit six mois seulement après la promulgation de la loi. La présente synthèse s'appuie sur les résultats d'enquêtes

qualitatives décrivant les modalités concrètes mises en place par les différents acteurs et institutions pour faire vivre localement les droits étendus par la nouvelle loi. Ces enquêtes ont été réalisées par trois équipes dans plusieurs sites, différents par leurs caractéristiques sociodémographiques et l'organisation de l'offre de soins. Leur objectif était de rassembler les éléments d'appréciation formulés par les acteurs de terrain, sur la mise en œuvre de la CMU au cours des premiers mois de fonctionnement de ce dispositif.

Jeandidier B., Saunier J.M. (1997). L'impact des revenus sociaux sur l'inégalité des niveaux de vie et sur la pauvreté. In : Dossier revenus sociaux. *Solidarité Santé Etudes Statistiques*, (3) : 133-143.

Ce dossier sur les revenus sociaux fait l'objet d'un numéro spécial de « Solidarité santé ». Il est structuré en trois parties : les prestations de protection sociale et leur financement de 1981 à 1996 ; l'évolution des prestations de 1990 à 1996 par risque ; une comparaison de la place des transferts sociaux dans les revenus et niveaux de vie des ménages entre la France, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. L'article qui fait l'objet de cette référence alimente le troisième chapitre et analyse, en comparant la France, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, les liens entre la couverture sociale et la typologie des revenus sociaux des ménages, et la pauvreté ou le niveau de vie des ménages.

(1996). Accès aux droits, non recours aux prestations, complexité. *Recherches et Prévisions*, (43) : -90p.

Ce fascicule consacré au non-recours aux prestations sociales s'ouvre sur une définition du non-recours : "lorsqu'une personne ne perçoit pas tout ou partie d'une prestation à laquelle elle a droit". Il présente les différents aspects du non-recours (primaire/secondaire, complet/partiel, permanent/temporaire etc.) Il démontre, "chiffres à l'appui", qu'il ne s'agit pas là d'une question anodine, que le non-recours a un lien très direct avec, entre autres, la lutte contre la pauvreté. Il regrette que les données et les analyses sur ce phénomène soient encore si rares en Europe, à l'exception notable du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de l'Allemagne.

Gilles-Simon M.O., Legros M. (1996). Le non-recours chez les plus pauvres: une approche empirique. *Recherches et Prévisions*, (43) : 51-58.

A l'étranger

Ouvrages, rapports, working papers

Jurges, H. (2015). Health insurance coverage and access to care among European elders: crossnational differences and social gradients. *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*, Berlin : Degruyter: 301-312.

<http://www.degruyter.com/view/product/462442>

Unmet health care needs and insufficient health insurance coverage still exist among European elders and vary widely across countries. Insufficient access and lack of insurance coverage are most prevalent in poorer countries with low health care expenditures and in countries with large income inequalities. Health insurance coverage and access to care are socially graded within almost all countries and may contribute to social inequalities in health status.

Moscelli, G., et al. (2015). Socioeconomic Inequality of Access to Healthcare: Does Patients' Choice Explain the Gradient? Evidence from the English NHS. *CHE Research Paper Series ;112*. York : University of York

<http://www.york.ac.uk/che/news/2015/che-research-paper-112/>

Equity of access is a key policy objective in publicly-funded healthcare systems. Using data on patients undergoing non-emergency heart revascularization procedures in the English National Health Service, we find evidence of significant differences in waiting times within public hospitals between

patients with different socioeconomic status (up to 35% difference between the most and least deprived population quintiles). We employ selection models to test whether such differences are explained by patients exercising choice over hospital or type of treatment. Selection bias due to choice has a limited effect on the gradient suggesting the presence of substantial inequities within the public system.

Garcia-Gomez P., Hernandez-Quevedo C, Jimenez-Rubio D., et al. (2013). Inequity in long-term care use and unmet need: two sides of the same coin. Londres : HEDG

International studies have shown evidence on inequity in use of health services of different kinds, depending on the type of health care service analysed. However, equity in the access to long-term care (LTC) services has received much less attention. We investigate the determinants of several LTC services and the existence of unmet need by the disabled population using unique data from a survey conducted on the disabled population in Spain in 2008. We further measure the level of horizontal inequity using methods based on the Concentration Index, a widely used indicator of income-related inequality in health. At the time of the analysis, only those respondents with the highest dependency level were covered by the recently introduced universal LTC system, which allows us to explore whether inequities remain for this subgroup of the population. In addition, we compare results using self-reported versus a more objective indicator of unmet needs. Evidence suggests that after controlling for a wide set of need variables, there is not an equitable distribution of use and unmet need of LTC services in Spain, with socioeconomic status being an important factor in access to LTC. We find that individuals at the higher end of the income distribution utilize a relatively larger share of formal services (provided by a professional), while intensive informal care (provided by friends and family) is concentrated among the worst-off. In terms of unmet needs for LTC services, their distribution depends on the service considered as well as on whether we focus on subjective or objective measures. Interestingly, for the population covered by the new universal LTC system, inequities in most LTC services and unmet needs remain statistically significant and even increase for certain services, in particular, formal services provided by professionals.

Fiva J.H., Haegeland T., Ronning M. (2013). Access to treatment and educational inequalities in cancer survival : Oslo : Statistics Norway

The public health care systems in the Nordic countries provide high quality care almost free of charge to all citizens. However, social inequalities in health persist. Previous research has, for example, documented substantial educational inequalities in cancer survival. We investigate to what extent this may be driven by differential access to and utilization of high quality treatment options. Quasi-experimental evidence based on the establishment of regional cancer wards indicates that i) highly educated individuals utilized centralized specialized treatment to a greater extent than less educated patients and ii) the use of such treatment improved these patients' survival.

<http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/attachment/98814?ts=13d0136a030>

Gundgaard J., Lauridsen J. (2013). Explaining the Sources of Income-Related Inequality in Health Care Utilization in Denmark : Odense : University of Southern Denmark

http://ideas.repec.org/p/hhs/sduhec/2013_001.html

Objectives with the health care system often include equity considerations. One objective is equal treatment for equal need. In this paper we explain the sources of income-related inequality in utilization of health care services in Funen County, Denmark, by linking survey data to register based data. A decomposition of the concentration index was used to explain the sources of overall income-related inequality in utilization. The decomposition approach suggests that health care is in general equally distributed in Denmark when need based variables are controlled for. However, this overall result is a consequence of a number of off-setting effects from different types of health care and a complicated pattern of various explanatory variables.

Carrieri V., Wuebker A. (2012). Assessing inequalities in preventive care use in Europe: A special case of health-care inequalities? Londres : University of York

<https://ideas.repec.org/p/yor/hectdg/12-25.html>

This paper presents the first cross-country estimation of needs-adjusted income and education-related inequalities in the use of a whole set of preventive care treatments. Analysis is based on the last three waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE) for individuals aged 50 and over living in 13 European countries. We employ alternative concentration indices based on the CI-corrections for binary outcomes to compute inequalities in the use of breast cancer screening, of colorectal cancer screening, of influenza vaccination, and of routine prevention tests, such as blood pressure, cholesterol, and blood sugar tests. After controlling for needs, we find that in many European countries strong pro-rich and educational inequalities exist with respect to breast cancer screening, cholesterol and blood sugar tests. Furthermore, we find that poor and less educated people are more likely than the better off to use preventive care late, e.g. when health shocks occurred or health problems display already symptoms. Finally, results suggest that access to treatments within a specialist setting is generally less equal than access to treatments provided within a GP setting. Equity implications of the results are then discussed according to different possible theories of distributive justice in health care delivery.

Saurina C., Vall-Llosera L. (2012). Factors determining access and use of primary health care services in the Girona Health Region (Spain). *European Journal of Health Economics (The)*, 13 (4)

Increased population flowing from abroad has generated an intense debate regarding the economic consequences of migration in public services such as health, where new and specific demands are being created. This new demand for health care gives rise to the need to identify those factors which influence the user's decision to contact the health services and those which determine the quantity of services consumed. The aim of this study is to identify which variables affect these two stages of the use of such services in the Girona Health Region (RSG), where immigrant population represents 21.96% of the total population.

(2010). Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems : Copenhagen : OMS Bureau regional de l'Europe.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf

S'inspirant de 22 études de cas réalisées dans la Région européenne de l'OMS, et de 3 documents de référence sur les Roms, les migrants et les enfants, cette publication examine la manière dont les systèmes de santé peuvent répondre aux besoins des populations en proie à la pauvreté et à l'exclusion sociale, et donc plus susceptibles d'être déçues de leur droit à la santé. Ces études révèlent les conditions sociales à l'origine de la forte vulnérabilité des populations, comment des interventions peuvent améliorer l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé, ainsi que la manière dont le système de santé agit sur les inégalités de santé déterminées par les facteurs sociaux en faisant intervenir ses quatre fonctions (stewardship, prestation de services, financement et création de ressources). Les études de cas sont utiles dans la mesure où elles rendent compte de la situation dans les pays. Ainsi ces derniers peuvent-ils tirer des enseignements de l'expérience des autres et, par conséquent, améliorer la santé des populations en proie à la pauvreté et à l'exclusion sociale, tel que demandé dans la résolution EUR/RC52/R7 du Comité régional de l'OMS relative à la pauvreté et à la santé.

Anderson M., Dobkin C., Gross T. (2010). The Effect of Health Insurance Coverage on the Use of Medical Services : Cambridge : NBER

Substantial uncertainty exists regarding the causal effect of health insurance on the utilization of care. Most studies cannot determine whether the large differences in healthcare utilization between the insured and the uninsured are due to insurance status or to other unobserved differences between the two groups. In this paper, we exploit a sharp change in insurance coverage rates that results from young adults "aging out" of their parents' insurance plans to estimate the effect of insurance coverage on the utilization of emergency department (ED) and inpatient services. Using the National Health Interview Survey (NHIS) and a census of emergency department records and hospital discharge records from seven states, we find that aging out results in an abrupt 5 to 8 percentage point reduction in the probability of having health insurance. We find that not having insurance leads to a 40 percent reduction in ED visits and a 61 percent reduction in inpatient hospital admissions. The drop in ED visits and inpatient admissions is due entirely to reductions in the care provided by privately owned hospitals, with particularly large reductions at for profit hospitals. The results imply that expanding health insurance coverage would result in a substantial increase in care provided to currently

uninsured individuals.

Goda G.S., Golberstein E., Grabowski D.C. (2010). Income and the Utilization of Long-Term Care Services: Evidence from the Social Security Benefit Notch : Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w16076>

This paper estimates the impact of income on the long-term care utilization of elderly Americans using a natural experiment that led otherwise similar retirees to receive significantly different Social Security payments based on their year of birth. Using data from 1993 and 1995 waves of the AHEAD, we estimate instrumental variables models and find that a positive permanent income shock lowers nursing home use but increases the utilization of paid home care services. We find some suggestive evidence that the effects are due to substitution of home care for nursing home utilization. The magnitude of these estimates suggests that moderate reductions in post-retirement income would significantly alter long-term utilization patterns among elderly individuals.

Haughton J., Khandor S.R. (2008). Handbook on poverty and inequality. Washington : Banque Mondiale

The handbook on poverty and inequality provides tools to measure, describe, monitor, evaluate, and analyze poverty. It provides background materials for designing poverty reduction strategies. This book is intended for researchers and policy analysts involved in poverty research and policy making. The handbook began as a series of notes to support training courses on poverty analysis and gradually grew into a sixteen, chapter book. Now the Handbook consists of explanatory text with numerous examples, interspersed with multiple-choice questions (to ensure active learning) and combined with extensive practical exercises using stata statistical software. The handbook has been thoroughly tested. The World Bank Institute has used most of the chapters in training workshops in countries throughout the world, including Afghanistan, Bangladesh, Botswana, Cambodia, India, Indonesia, Kenya, the Lao People's Democratic Republic, Malawi, Pakistan, the Philippines, Tanzania, and Thailand, as well as in distance courses with substantial numbers of participants from numerous countries in Asia (in 2002) and Africa (in 2003), and online asynchronous courses with more than 200 participants worldwide (in 2007 and 2008). The feedback from these courses has been very useful in helping us create a handbook that balances rigor with accessibility and practicality. The handbook has also been used in university courses related to poverty (4e de couverture).

Kaplan G.A. (2009). The Poor Pay More - Poverty's High Cost to Health : Ann Harbour : Center For Social Epidemiology & Population Health.
<http://hdl.handle.net/2027.42/65007>

This report describes many of the ways in which being poor is bad for one's health and points to policies that have the potential for restoring the prospect of good health to the lives of the poor. We present compelling evidence that poverty has an impact on not just the body politic but the body corporeal as well—that being poor leaves a broad footprint on the health of individuals. The health costs of poverty are high. The report begins with descriptions of these key determinants of health and the impact they have been shown to have on health. It then offers several policy options that might ease poverty and thereby improve health.

Levy H., Weir D. (2009). Take-Up of Medicare Part D: Results from the Health and Retirement Study. Cambridge : NBER

We analyze data from the Health and Retirement Study on senior citizens' take-up of Medicare Part D. Take-up among those without drug coverage in 2004 was high; about fifty to sixty percent of this group have Part D coverage in 2006. Only seven percent of senior citizens lack drug coverage in 2006 compared with 24 percent in 2004. We find little circumstantial evidence that Part D crowded out private coverage in the short run, since the persistence of employer coverage was only slightly lower in 2004--2006 than it was in 2002--2004. We find that demand for prescription drugs is the most important determinant of the decision to enroll in Part D among those with no prior coverage. Many of those who remained without coverage in 2006 reported that they do not use prescribed medicines, and the majority had relatively low out-of-pocket spending. Thus, for the most part, Medicare beneficiaries seem to have been able to make economically rational decisions about Part D enrollment

despite the complexity of the program. We also find that Part D erased socioeconomic gradients in drug coverage among the elderly.

Payne S. (2009). How can gender equity be addressed through health systems ? Policy brief ; 12. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf

Gender differences in health and in how well health systems and health care services meet the needs of women and men are well known: in Europe, there are variations in terms of life expectancy, the risk of mortality and morbidity, health behaviours and in the use of health care services. There is also increasing research evidence demonstrating the importance of a number of different social determinants of health, and these interact with gender inequalities in ways that can magnify the impact on health. Additionally, there has also been an increasing recognition that health policy may exacerbate gender inequalities when it fails to address the needs of either men or women, and that health systems must address gender equity. This forms part of good stewardship, as well as meeting the needs of the populations served. Gender equity objectives have also been identified in position statements from WHO, the United Nations and the European Union (EU). For the purposes of this policy brief, the 'policy problem' is the way in which health systems might address gender equity in order to reduce the health gap between men and women and to improve efficiency. This document identifies some of the main approaches used to address gender equity in health systems, elaborating on three examples in order to suggest how these methods might be developed in the context of health policies across Europe.

Rechel B., Erskine J., Dowdeswell B., Wright S., Mckee M. (2009). Capital investment for health : case studies from Europe. Observatory Studies Series ; 18. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/capital-investment-for-health.-case-studies-from-europe>

Capital investment in European health systems has to take account of the demographic and epidemiological transitions associated with an ageing population; advances in medical technologies and pharmaceuticals; rising public expectations; and persistent health inequalities. This volume presents 11 case studies from across Europe of capital investment in health facilities, in the form of seven individual projects, two health systems, one corporate investor and one financing approach. They include hospitals or medical centres in the Netherlands, Norway, Sweden, Finland, Germany, Poland, and Spain, and regional planning and a financing initiative in the United Kingdom and Italy. This book offers policy-makers, planners, architects, financiers and managers practical illustrations of how health services can be translated into capital assets and aims to expand the evidence base on how to improve the long-term sustainability of capital investment.

Bolin K., Lindgren A., Lindgren B., Lundborg P. (2008). Utilization of Physicians Services in the 50+ Population. The Relative Importance of Individual versus Institutional Factors in 10 European Countries : Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w14096>

We analysed the relative importance of individual versus institutional factors in explaining variations in the utilisation of physician services among the 50+ in ten European countries. The importance of the latter was investigated, distinguishing between organisational (explicit) and cultural (implicit) institutional factors, by analysing the influence of supply side factors, such as physician density and physician reimbursement, and demand side factors, such as co-payment and gate-keeping, while controlling for a number of individual characteristics, using cross-national individual-level data from SHARE. Individual differences in health status accounted for about 50 percent of the between-country variation in physician visits, while the organisational and cultural factors considered each account for about 15 percent of the variation. The organisational variables showed the expected signs, with higher physician density being associated with more visits and higher co-payment, gate-keeping, and salary reimbursement being associated with less visits. When analysing specialist visits separately, however, organisational and cultural factors played a greater role, each accounting for about 30 percent of the between-country variation, whereas individual health differences only accounted for 1 percent of the variation.

Commission Européenne (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: Bruxelles : Commission européenne.

http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf

This study reviews barriers of access to health care that persist in European Union countries and presents an analysis of what policies countries have adopted to mitigate these barriers. It has a focus on the situation of migrants, older people with functional limitations, and people with mental disorders. What are the barriers to accessing high quality health care for people at risk of social exclusion? What are the interdependencies between poverty, social exclusion and problems of accessing health care? What policies have EU Member States put in place to improve access and quality of health care for vulnerable groups of the population? The study is based on eight country reports: Finland, Germany, Greece, the Netherlands, Poland, Romania, Spain, and the United Kingdom. This was complemented with findings from the literature and European comparisons. Ensuring equitable access to high-quality healthcare constitutes a key challenge for health systems throughout Europe. Despite differences in health system size, structure and financing, evidence suggests that across Europe particular sections of the population are disproportionately affected by barriers to accessing healthcare. Studies have also shown that difficulties in accessing healthcare are compounded by poverty and social exclusion, and that poverty and social exclusion compound difficulties in accessing healthcare.

Costa-Font J., Gil J. (2008). Exploring the Pathways of Inequality in Health, Access and Financing in Decentralised Spain : Londres : LSE

<http://eprints.lse.ac.uk/28790/>

The extent to which equality in accessing and financing health care reduces inequalities in health is a key policy question for health-care reform. Cross-country studies, when they exist, suffer from marked comparability limitations due to data heterogeneity and differences between organisational and financing systems. The Spanish devolved national health system offers a unique field for exploring these issues, and also for testing the effects of institutional reform, in the context of political decentralisation. This study uses data from 2001, the last year before decentralisation was extended to all regional governments or Autonomous Communities (ACs) in Spain. This Working Paper contributes to the literature by examining two questions. First, we evaluate the heterogeneity within regional inequalities in health, health-care access and health financing and examine whether these are associated with the political decentralisation of health care responsibilities. Second, we explore whether inequalities in health care between regional health services can be explained by inequalities in health-care use and health-care financing, using cross-correlation analysis along with other relevant variables. The results of the study suggest that inequalities in health are not associated with the regional uptake of health-care responsibilities. Instead they appear to be driven by income inequalities and regional health care capacity whilst the influence of inequalities in health-care use depends on quality of life adjustments.

Currie J., Decker S., Lin W. (2008). Has Public Health Insurance for Older Children Reduced Disparities in Access to Care and Health Outcomes? Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w14173>

This paper investigates the effects of expanding public health insurance eligibility for older children. Using data from the National Health Interview Surveys from 1986 to 2005, we first show that although income continues to be an important predictor of children health status, the importance of income for predicting health has fallen for children 9 to 17 in recent years. We then investigate the extent to which the dramatic expansions in public health insurance coverage for these children in the past decade are responsible for the decline in the importance of income. We find that while eligibility for public health insurance unambiguously improves current utilization of preventive care, it has little effect on current health status. However, we find some evidence that Medicaid eligibility in early childhood has positive effects on future health. This may indicate that adequate medical care early on puts children on a better health trajectory, resulting in better health as they grow.

Glazier R.H., Moineddin R., Agha M.M., Zagorski B., Hall R., Manuel D., Sibley L.M., Kopp A. (2008). The Impact of Not Having a Primary Care Physician among People with Chronic Conditions. ICES Investigative report : Toronto : ICES.

<http://www.ices.on.ca/flip-publication/the-impact-of-not-having-a-primary-care-physician-chronic-conditions/index.html>

Les soins de santé primaires jouent un rôle clé dans les systèmes de santé. Ce rapport analyse les liens entre le fait de ne pas avoir de médecin de famille chez les Ontariens ayant des maladies chroniques et les impacts sur le système de santé.

Glied S.A. (2008). Universal public health insurance and private coverage: externalities in health care consumption : Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w13885>

Inequality in access to health care services, through private purchase, appears to pose policy challenges greater than inequality in other spheres. This paper explores how inequality in access to health care services relates to social welfare. I examine the sources of private demand for health insurance and the ramifications of this demand for health, for patterns for government spending on health care services, and for individual and social well-being. Finally, I evaluate the implications of a health tax as a response to the externalities of health service consumption, and provide a rough measure of the tax in the context of the Canadian publicly-financed health care system.

Hernandez Q.C. (2008). A comparison of the health status and health care utilisation patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey : York : HEDG
https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/08_22.pdf

The reduction of inequalities in health and in the access to health services is one of the main objectives in any health care system. Various studies have analysed the existence of inequalities in health and in the use of health care for the Spanish population. However, the empirical evidence for the immigrant collective on this issue is as yet insufficient. This working paper aims to provide evidence on inequalities in health and in the access to health services for the immigrant population living in Spain, relative to that of the autochthonous population, by using the 2003 and 2006 Spanish National Health Survey. After using a pooled ordered probit for a measure of self-assessed health and pooled probit models for several utilisation variables, our results show that there are different patterns in health status and utilisation of health care between nationals and immigrants in Spain. Immigrants report better levels of health status than Spaniards, although they face barriers of entry to health care services. Health policies should focus on reducing legal, cultural and administrative barriers to access health services.

Laudicella M., Cookson R., Jones A.M., Rice N. (2008). Health care deprivation profiles in the measurement of inequality and inequity: an application to GP fundholding in the English NHS : York : HEDG
https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/08_06.pdf

This paper proposes a new approach to the measurement of inequality and inequity in the delivery of health care based on contributions from the literature on poverty and deprivation. This approach has some appealing characteristics: 1) inequity is additively decomposable by population subgroups; 2) the approach does not rely on socio-economic ranks; 3) it provides a graphical representation of the distribution of inequity; 4) it offers a range of indices consistent with dominance. An empirical application is provided investigating the effect of the GP fundholding reform on equity in English NHS. The results show that the most equitable GP practices self-selected into the scheme in 1991; evidence of an inequity-reducing treatment effect as well as a self selection effect are found in 1992 and 1993; the self-selection process reduces and no evidence of a treatment effect is present thereafter.

Puffer F., Pitney S.E. (2008). The Effect of Managed and Traditional Care Insurance Plans on Horizontal Inequity in Access to Health Care in the United States : Worcester : College of the Holy Cross
http://college.holycross.edu/RePEc/hcx/Seidler_HealthCare.pdf

This study examines income inequity in access to health care in the United States. Given the predominant and growing presence of managed care organizations as a source of medical insurance and care in both the private and public settings, replacing traditional indemnity plans as a lower cost prophylactic alternative, we speculate that the presence of Managed Care Organizations would reduce, if not eliminate, any pro wealthy bias in access to health care for the insured population in the

U.S. We rely on previously developed methodology from the Ecuity II project, incorporating the health inequity index (HIWV), to estimate income inequity in traditional indemnity and managed care plans. Our results are surprisingly counterintuitive to the expected result that managed care was designed to have on access to care. The calculated HIWV indicates a relatively greater pro wealthy bias in the managed care group. This result has important and direct policy implications as public insurance programs in the U.S. contract with managed care organizations as a lower cost alternative for Medicaid and Medicare beneficiaries.

Koolman X. (2007). Unmet need for health care in Europe, Comparative EU statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges : Proceedings of the EU-SILC conference. Helsinki, 6-11-2006. Luxembourg: Office des Publications officielles des Communautés européennes

New data (EU-SILC : community statistics on income and living conditions) allows the study of subjective unmet need for examination or treatment. This paper presents new estimates of horizontal inequity in access to medical examination or treatment in fourteen European countries. This concept is closer to access than utilisation. We use a multiple regression approach to study systematic variations in unmet need. The results demonstrate great variation in unmet need during the last 12 months ranging from 1.3% for Denmark up to 13.1% in Sweden. The main reasons for unmet need are costs, waiting lists, watchful waiting and lack of time. Unmet need appeared to be systematically related to non-need characteristics. Income appeared to be most influential, followed by degree of urbanisation, education and being foreign to the country.

Levy H., Weir D.R. (2007). Take-Up of Medicare Part D and the SSA Subsidy: Early Results from the Health and Retirement Study. University of Michigan : Michigan Retirement Research Center
<http://www.mrrc.isr.umich.edu/publications/Papers/pdf/wp163.pdf>

We analyze newly available data from the Health and Retirement Study on senior citizens' take-up of Medicare Part D and the associated SSA Low-Income Subsidy. We find that economic factors - specifically; demand for prescription drugs - drove the decision to enroll in Part D. For the most part, individuals with employer-sponsored coverage in 2004 kept that coverage, as they should have. Individuals with no prescription drug coverage in 2004 mostly enrolled in Part D or obtained other coverage; many of those who remained without coverage reported that they do not use prescribed medicines. Take-up of the SSA "Extra Help" subsidy seems to have been more problematic, with many Part D beneficiaries unaware of the subsidy program or unsure about their eligibility. There is apparent under-reporting in the HRS of participation in the subsidy program, suggesting that some who profess to be unaware of the program may actually be participating in it. In terms of respondents' subjective experiences of decision-making, the majority report having had little or no difficulty with the Part D enrollment decision and being confident that they made the right decision. Thus, for the most part, despite the complexity of the program, Medicare beneficiaries seem to have been able to make economically rational decisions in which they had confidence, although additional intervention for low-income beneficiaries may be desirable.

Saez E. (2007). Details Matter: The Impact of Presentation and Information on the Take-up of Financial Incentives for Retirement Saving.
<http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/pol.1.1.204>

We examine the effects of presentation and information on the take-up of financial subsidies for retirement saving in a large randomized experiment carried out with H&R Block. The subsidies raise take-up and contributions, with larger effects when the subsidy is characterized as a matching contribution rather than an equivalent-value tax credit (or cash back), and when filers are informed before the tax season about the subsidy. The results imply that both pure incentives and the presentation of those incentives affect consumer choices

Cuff C., Hurley J., Mestelman S.et Al., Muller A. (2007). Public and Private Health Care Financing with Alternate Public Rationing Rules : Hamilton : McMaster University
<http://socserv.mcmaster.ca/econ/rsrch/papers/archive/2007-07.pdf>

We develop a model to analyze alternative health care financing arrangements. Health care is demanded by individuals varying in income and severity of illness. There is a limited supply of health care resources used to treat individuals, causing some individuals to go untreated. We examine

outcomes under full public finance, full private finance, and mixed, parallel public and private finance under two rationing rules for the public sector: needs-based rationing and random rationing. Insurers (both public and private) must bid to obtain the necessary health care resources to treat their beneficiaries. While public insurer's ability-to-pay is limited by its (fixed) budget; the private insurers willingness-to-pay reflects the individuals' willingness-to-pay for care. When permitted, the private sector supplies supplementary health care to those willing and able to pay. We find that the introduction of a private sector diverts treatment from relatively poor to relatively rich individuals. Moreover, if the public system allocates care according to need, then the average severity of the untreated is higher in a mixed system than in a pure public system. While we can unambiguously sign most comparative static effects for a general set of distribution functions, an analysis of the relationship between public sector rationing and the scope for a private health insurance market requires distributional assumptions. For a bivariate uniform distribution function we find that the private health insurance market is smaller when the public sector rations according to need as compared to random allocation of health care.

Dahan M., Nisan U. (2007). The Effect of Benefits Level on Take-up Rates: Evidence from a Natural Experiment.

This paper exploits a quasi-natural experiment to study the effect of social benefits level on take-up rates. We find that households who are eligible for double benefits (twins) have much higher take-up rate - up to double - as compared to a control group of households. Our estimated effect of benefits level is much higher relative to the standard cross section estimates. This finding is less exposed to a selection bias that might plague much of the previous research on the link between benefits level and take-up. It provides strong empirical support for the level of benefits as a key factor in determining take-up rates.

Gilson L., Doherty J., Loewenson R., Francis V. (2007). Challenging inequity through health systems. Final Report. Knowledge Network on Health Systems : Genève : OMS.
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf

This final report of the World Health Organisation's (WHO) Health Systems Knowledge Network looks at how inequity can be addressed through health systems. The report is structured as follows. Part 2 clarifies the evidence base of the report as a sound basis for action, despite the complexities and the contested nature of evidence in this field. Part 3 addresses the question Why do health systems matter ? and presents the evidence that supports the analytic framework of this report. However, the report's main focus is on the opportunities for action within and through health systems to address the social determinants of inequity and promote health equity. Part 4 is therefore a longer section that focuses on these opportunities considering how to: promote intersectoral action; enable social empowerment; strengthen redistribution through the health care system; and revitalize primary health care. Part 5, finally, considers the national level political and institutional actions necessary to sustain health system transformation and address health inequity, as well as key elements of the international support needed.

Gruber J., Simon K. (2007). Crowd-Out Ten Years Later: Have Recent Public Insurance Expansions Crowded Out Private Health Insurance? Cambridge : NBER

The continued interest in public insurance expansions as a means of covering the uninsured highlights the importance of estimates of "crowd-out", or the extent to which such expansions reduce private insurance coverage. Ten years ago, Cutler and Gruber (1996) suggested that such crowd-out might be quite large, but much subsequent research has questioned this conclusion. We revisit this issue by using improved data and incorporating the research approaches that have led to varying estimates. We focus in particular on the public insurance expansions of the 1996-2002 period. Our results clearly show that crowd-out is significant; the central tendency in our results is a crowd-out rate of about 60%. This finding emerges most strongly when we consider family-level measures of public insurance eligibility. We also find that recent anti-crowd-out provisions in public expansions may have had the opposite effect, lowering take-up by the uninsured faster than they lower crowd-out of private insurance.

Aizer A. (2006). Public Health Insurance, Program Take-Up, and Child Health.. Cambridge : NBER

Of the ten million uninsured children in 1996, nearly half were eligible for Medicaid, the public health insurance program for poor families, but not enrolled. In response, policy efforts to improve coverage have shifted to increasing Medicaid take-up among those already eligible rather than expanding eligibility. However, little is known about the reasons poor families fail to use public programs or the consequences of failing to enroll. The latter is of particular relevance to Medicaid given that children are typically enrolled when they become sufficiently sick as to require hospitalization. Using new data on Medicaid outreach, enrollment and child hospitalizations in California, I find that information and administrative costs are important barriers to program enrollment, with the latter particularly true for Hispanic and Asian families. In addition, enrolling children in Medicaid before they get sick promotes the use of preventative care, reduces the need for hospitalization and improves health.

Auerbach A.J., Card D., Quigley J.M. (2006). Public Policy and the Income Distribution : New York:

Eight papers, originally presented at a conference held in Berkeley in December 2003, analyze the complex interactions among demographics, poverty, the distribution of income, and public policy from a longer-run perspective, taking stock of our knowledge of trends and causes, and identifying key areas where positive economics can contribute further to our understanding of policy options. Papers discuss what the 1990s welfare reforms accomplished (Rebecca M. Blank); the take-up of social benefits (Janet Currie); government programs and social outcomes--a comparison of the United States with other rich nations (Timothy M. Smeeding); income and wealth concentration in a historical and international perspective (Emmanuel Saez); social security and the evolution of elderly poverty (Gary V. Engelhardt and Jonathan Gruber); the measurement and evolution of health inequality--evidence from the U.S. Medicare population (Jonathan Skinner and Weiping Zhou); the socioeconomic status of black males--the increasing importance of incarceration (Steven Raphael); and public health and mortality--what we can learn from the past (Dora L. Costa and Matthew E. Kahn). Auerbach is Robert D. Burch Professor of Economics and Law, Card is Class of 1950 Professor of Economics, and Quigley is I. Donald Turner Distinguished Professor and Professor of Economics at the University of California, Berkeley.

Dahan M., Nisan U. (2006). Low Take-up Rates: The Role of Information : Munich : CESifo

This paper exploits a quasi-natural experiment to study the role of information in determining take-up patterns of social benefits in a non-stigma environment. We find that take-up rate of households who have the incentive to search for information for a longer period of time is between 8 and 13 percentage points higher as compared to a control group of households. This result is robust to the inclusion of various household characteristics. Our finding provides strong empirical support for information as an important explanation for low take-up rates.

Monheit A.C., Vistnes J.P. (2006). Health Insurance Enrollment Decisions: Preferences for Coverage, Worker Sorting, and Insurance Take Up. Cambridge : NBER

The weak response by the uninsured to policy initiatives encouraging voluntary enrollment in health insurance has raised concerns regarding the extent to which the uninsured value health insurance. To address this issue, we use data from the 2001 Medical Expenditure Panel Survey to examine the association between health insurance preferences and coverage status. We also consider the role of such preferences in decisions to seek out and enroll in employment-based coverage. We find that adults with weak or uncertain preferences for health insurance are more likely than persons with strong preferences to be uninsured and less likely to acquire coverage. Our econometric work indicates that workers with weak or uncertain preferences are less likely to obtain job offers with insurance, reinforcing prior evidence that workers sort among jobs according to preferences for coverage. We also find that workers with weak or uncertain preferences are less likely to enroll in offered coverage and we estimate the subsidy necessary to compensate such workers for the utility loss were they to enroll. Our results suggest a dual approach to expanding coverage that includes both subsidies and educational efforts to inform targeted groups among the uninsured about the value of health insurance.

Oreopoulos P., Stabile M., Walld R., Roos L. (2006). Short, Medium, and Long Term Consequences of Poor Infant Health: An Analysis using Siblings and Twins : Cambridge : NBER

We use administrative data on a sample of births between 1978 and 1985 to investigate the short, medium and long-term consequences of poor infant health. Our findings offer several advances to the existing literature on the effects of early infant health on subsequent health, education, and labor force attachment. First, we use a large sample of both siblings and twins, second we use a variety of measures of infant health, and finally we track children through their schooling years and into the labor force. Our findings suggest that poor infant health is a strong predictor of educational and labor force outcomes. In particular, infant health is found to predict both high school completion and social assistance (welfare) take-up and length

Shore-Sheppard L.D. (2005). Steming the Tide? The Effect of Expanding Medicaid Eligibility on Health Insurance. Cambridge : NBER.pdf

Despite considerable research, there is little consensus about the impact of Medicaid eligibility expansions for low-income children. In this paper, I reexamine the expansions' impact on Medicaid take-up and private insurance "crowd-out." Focusing on the most influential estimates of the expansions' impact, I show that while many of the critiques leveled at these estimates have little effect on their magnitude, accounting for age-specific trends in coverage produces estimates similar to others in the literature. Estimating the impact of later expansions using additional years of data, I find low rates of take-up and no evidence of crowding out.

Hermanz V., Malherbet F., Pellizzari M. (2004). Take-up of welfare benefits in OECD countries : a review of evidence : Paris : OCDE

Cette étude examine les quelques travaux de recherche, empiriques et théoriques, dont on dispose concernant le recours aux prestations sociales. En d'autres termes, il s'agit de la mesure dans laquelle les personnes potentiellement admissibles à différents types de prestations ont effectivement recours à ces prestations. On s'intéresse tout particulièrement aux dispositifs de prestations pour lesquels le taux de recours reflète à la fois une démarche volontaire de la part des personnes admissibles pour pouvoir en bénéficier et l'exactitude des décisions administratives concernant l'éligibilité ou non de ces personnes aux prestations en question. L'étendue du recours aux prestations sociales est estimée à partir de différentes approches qui, en règle générale, conjuguent données administratives et données d'enquête. En dépit de la diversité des méthodes et du très petit nombre de pays de l'OCDE pour lesquels des estimations sont disponibles, il semble que le taux de recours aux prestations sociales est faible, et cela quels que soient les pays et quels que soient les dispositifs. Les estimations se situent généralement entre 40 pour cent et 80 pour cent pour les prestations d'aide sociale et les prestations logement, et entre 60 pour cent et 80 pour cent pour les prestations de chômage.

Micklewright J. (2003). Les enfants pauvres en France, Actes du Colloque. Paris, 21-3-2003. Paris : CERC

Ces actes rassemblent les différentes communications qui ont eu lieu lors du colloque " les enfants pauvres en France ", conjointement organisé par le CERC, la DREES, le Commissariat au plan et la Caisse nationale des allocations familiales. Les auteurs proposent un examen détaillé de la pauvreté des enfants.

Rouwendal J. (2002). Measuring and Explaining the Limited Take-up of the Housing Benefit in the Netherlands.

It is well known that the take-up rate of the Dutch housing benefit and other means tested benefits is substantially below 100%. In order to measure non-take up one usually has to simulate entitlement to the benefits. In this paper we take a closer look at the quality of the simulation. We find evidence that simulation error is much more important than has often been assumed in earlier studies. These studies use the simulation of entitlement in order to select the sample on which an explanatory model for the take-up decision is based. Simulation error may therefore lead to biases in the explanatory analysis. Our analysis suggests that a discrepancy between the income that is reported in our database and the income on which the decision to apply for the benefit is based is an important

source of simulation error. The data that were available for this study contain information about refused applications and therefore allow us to estimate a richer model than is conventionally used for the analysis of take-up rates. In this model both the decision of a renting household to apply for the benefit and that of the authorities to grant or refuse the subsidy are analysed. Estimation results for this model differ from that of the first. A third model is explicitly based on the assumption that the decision-making processes are based on an income level that may be different from that reported in the data. For households that receive the housing benefit we can compute this alternative income. This third model can be estimated if it is assumed that the same joint distribution of the two incomes is relevant for households who did not apply for the benefit. Estimation results for this model are again different from those of the other two. They suggest that measurement error in rent, received benefits or housing composition are also more important than has been thought.

Articles

Miller, N. A., et al. (2014). "Disparities in access to health care among middle-aged and older adults with disabilities." *Journal of Aging & Social Policy* **26**(4): 324-346.

Disability is increasing among middle-aged adults and, reversing earlier trends, increasing among older adults as well. Disability is experienced disproportionately by Black and lower socioeconomic status (SES) individuals. We used Medical Expenditure Panel Survey data to examine health care disparities in access to health care for middle-aged (31 to 64 years of age) and older (65+ years of age) adults with disabilities by race and ethnicity, education, and income (n=13,174). Using logistic regression, we examined three measures of potential (e.g., usual source of care), and three measures of realized (e.g., counseling related to smoking) access. Middle-aged and older minority individuals with disabilities had lower relative risks of having usual sources of care and higher relative risks of having suboptimal usual sources of care (e.g., a place rather than a person) than White adults with disabilities. There were SES effects observed for middle-aged adults with disabilities across most measures that were, for certain measures, more pronounced than SES effects among older adults with disabilities. These findings are important, since health resources (e.g., a usual source of care) may mediate relations among disability, morbidity, and mortality. Policy actions that may mitigate the disparities we observed include financial incentives to support access to an optimal usual source of care and mechanisms to foster behavioral interventions related to smoking and exercise. Ensuring that these actions address the specific concerns of individuals with disabilities, such as physical accessibility and provider cultural competency, is essential.

Bell, S., et al. (2013). "Access to Primary Health Care: Does Neighborhood of Residence Matter?" *Annals of the Association of American Geographers* **103**(1): 85-105.

Neighborhood social and physical contexts have the ability to impact health and health behaviors of residents. One neighborhood characteristic that remains underexamined in the research is access to health care resources. This research examines potential (geographical) access to primary health care in the city of Mississauga, Ontario, Canada. A modification of the two-step floating catchment area method that better suits the study of locally relevant natural neighborhood units is presented. Potential access to health care is measured in each of Mississauga's neighborhoods considering several spatial and aspatial (i.e., social) characteristics of the population and of physicians, including the raw abundance of physicians, languages spoken by physicians and patients, and whether physicians are accepting new patients. Neighborhood-level results are compared to census tracts. The results of this analysis reveal that potential access significantly differs between neighborhoods for all spatial and aspatial dimensions of access. Accessibility is considerably reduced for linguistic minorities and for those who might not have a dedicated family physician as compared to the general population. This research contributes to the existing body of literature on neighborhoods and health by demonstrating the utility of an alternative methodology for developing a more comprehensive understanding of access to health care within natural geographical neighborhoods.

Radley D.C., Schoen C. (2012). Geographic variation in access to care ? The relationship with quality. *New England Journal of Medicine (The)*, 367 (1)
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1204516>

Allin S., Grignon M., Le G.J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada : what are the equity implications ? *Social Science & Medicine*, 70 (3) : 465-472.

This study aimed to evaluate whether subjective assessments of unmet need may complement conventional methods of measuring socioeconomic inequity in health care utilization. This study draws on the 2003 Canadian Community Health Survey to develop a conceptual framework for understanding how unmet need arises, to empirically assess the association between utilization and the different types of unmet need (due to waiting times, barriers and personal reasons), and to investigate the effect of adjusting for unmet need on estimates of income-related inequity. The study's findings suggest that a disaggregated approach to analysing unmet need is required, since the three different subgroups of unmet need that we identify in Canada have different associations with utilization, along with different equity implications. People who report unmet need due to waiting times use more health services than would be expected based on their observable characteristics. However, there is no consistent pattern of utilization among people who report unmet need due to access barriers, or for reasons related to personal choice. Estimates of inequity remain unchanged when we incorporate information on unmet need in the analysis. Subjective assessments of unmet need, namely those that relate to barriers to access, provide additional policy-relevant information that can be used to complement conventional methods of measuring inequity, to better understand inequity, and to guide policy action.

Allin S., Masseria C., Mossialos E. (2009). Measuring Socioeconomic Differences in Use of Health Care Services by Wealth Versus by Income. *American Journal of Public Health*, 99 (8) : 1849-1855.

This study compared the extent of socioeconomic differences in use of health care services based on wealth (i.e., accumulated assets) as the socioeconomic ranking variable with the extent of differences based on income to explore the sensitivity of the estimates of equity to the choice of the socioeconomic indicator. It used data from the Health and Retirement Study in the United States and the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe to estimate levels of income- and wealth-related disparity in use of physician and dental services among adults 50 or older in 12 countries. It found socioeconomic differences in use of physician services after standardizing for need in about half of the countries studied. No consistent pattern in levels of disparity measured by wealth versus those measured by income was found. However, the rich were significantly more likely to use dental services in all countries. Wealth-related differences in dental service use were consistently higher than were income-related differences. It found some support for wealth as a more sensitive indicator of socioeconomic status among older adults than was income. Wealth may thus allow more accurate measurements of socioeconomic differences in use of health care services for this population.

Bago d'Uva.T., Jones A.M. (2009). Health care utilisation in Europe: new evidence from the ECHP. *J Health Econ.*, 28 (2) : 265-279.

The ECHP is used to analyse health care utilisation care in Europe. We estimate a new latent class hurdle model for panel data and compare it with the latent class NegBin model and the standard hurdle model. Latent class specifications outperform the standard hurdle model and the latent class hurdle model reveals income effects that are masked in the NegBin model. For specialist visits, low users are more income elastic than high users and the probability of using care is more income elastic than the conditional number of visits. The effects of income on total use of GPs are mostly negative or insignificant but positive elasticities are found for Austria, Greece and, to a greater extent, Portugal. On the whole, richer individuals tend to use more specialist care, especially in Portugal, Ireland, Finland, Greece and Austria. Features of the health care systems of these countries may contribute to the observed inequities.

Courtemanche C., He D. (2009). Tax Incentives and the Decision to Purchase Long-Term Care Insurance. *Journal of Public Economics*, 93 (1-2) : 296-310.

This paper studies the impact of the tax incentive prescribed in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) on individuals' long-term care insurance purchasing behavior.

Using data from the Health and Retirement Study, we find that the tax incentive in HIPAA increased the take-up rate of private LTC insurance by 3.3 percentage points, or 25%, for those eligible. Despite this seemingly strong response, our results imply that even an above-the-line tax deduction would not increase the coverage rate of seniors beyond 13%, indicating that tax incentives alone are unlikely to expand the market substantially. We also present, to our knowledge, the first estimate of the price elasticity of demand for LTC insurance of around -3.9, suggesting that demand is highly elastic at the current low ownership rate. Finally, we evaluate the net fiscal impact of the tax incentive and find that the tax deductibility of LTC insurance premiums leads to a net revenue loss for the government, as the reduced tax revenue from granting the tax incentive exceeds the savings in Medicaid's LTC expenditures.

Glazier R.H., Agha M.M., Moineddin R. (2009). Universal Health Insurance and Equity in Primary Care and Specialist Office Visits: A Population-Based Study. *Annals of Family Medicine*, 7 (5) : 396-405. <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/7/5/396>

Universal coverage of physician services should serve to reduce socioeconomic disparities in care, but the degree to which a reduction occurs is unclear. We examined equity in use of physician services in Ontario, Canada, after controlling for health status using both self-reported and diagnosis-based measures. After adjustment, higher education was not associated with at least 1 primary care visit (odds ratio [OR] = 1.05; 95% confidence interval [CI], 0.87-1.24), but it was inversely associated with frequent visits (OR = 0.77; 95% CI, 0.65-0.88). Higher education was directly associated with at least 1 specialist visit (OR = 1.20; 95% CI, 1.07-1.34), with frequent specialist visits (OR = 1.21; 95% CI, 1.03-1.39), and with bypassing primary care to reach specialists (OR = 1.23, 95% CI 1.02-1.44). The largest inequities by education were found for dermatology and ophthalmology. Income was not independently associated with inequities in physician contact or frequency of visits. After adjusting for health status, we found equity in contact with primary care for educational attainment but inequity in specialist contact, frequent visits, and bypassing primary care. In this setting, universal health insurance appears to be successful in achieving income equity in physician visits. This strategy alone does not eliminate education-related gradients in specialist care.

Saez E. (2009). Details Matter: The Impact of Presentation and Information on the Take-Up of Financial Incentives for Retirement Saving. *American Economic Journal: Economic Policy*, 1 (1) : 204-228.

We examine the effects of presentation and information on the take up of financial subsidies for retirement saving in a large randomized experiment carried out with H&R Block. The subsidies raise take-up and contributions with larger effects when the subsidy is characterized as a matching contribution rather than an equivalent-value tax credit (or cash back), and when filers are informed before the tax season about the subsidy. The results imply that both pure incentives and the presentation of those incentives affect consumer choices.

Schoen C., Osborn R., How S.K.H., Doty M.M., Peugh J. (2009). In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries, 2008. *Health Affairs : Web Exclusive*, 28 (1) : w1-w16.

This 2008 survey of chronically ill adults in Australia, Canada, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom, and the United States finds major differences among countries in access, safety, and care efficiency. U.S. patients were at particularly high risk of forgoing care because of costs and of experiencing inefficient, poorly organized care, or errors. The Dutch, who have a strong primary care infrastructure, report notably positive access and coordination experiences. Still, deficits in care management during hospital discharge or when seeing multiple doctors occurred in all countries. Findings highlight the need for system innovations to improve outcomes for patients with complex chronic conditions.

Busch S.H., Vidor E.R. (2008). Are adults in poor health more likely to enroll in public insurance? *Inquiry*, 45 (4) : 380-394.

Policies to reduce the number of uninsured people are rarely judged by whether they will increase insurance coverage rates among the chronically ill, despite evidence suggesting that the health benefits of coverage are greatest for these individuals. This paper examines the effect of public

coverage expansions on insurance take-up and unmet need by low-income mothers in poor health. We find a 14.3-percentage-point reduction in unmet need among mothers reporting fair or poor health status. Our results suggest that some of this reduction is due to individuals moving from inadequate private coverage to public coverage.

Draper D.A., Felland L.E., Liebhaber A., Lauer J.R. (2008). Massachusetts health reform: high costs and expanding expectations may weaken employer support. *Issue.Brief.Cent.Stud.Health Syst.Change.*, (124) : 1-6.

Passage of health reform legislation in Massachusetts required significant bipartisan compromise and buy in among key stakeholders, including employers. However, findings from a recent follow-up study by the Center for Studying Health System Change (HSC) suggest two important developments may threaten employer support as the reform plays out. First, improved access to the non-group--or individual--insurance market, the availability of state-subsidized coverage, and the costs of increased employee take up of employer-sponsored coverage and rising premiums potentially weaken employers' motivation and ability to provide coverage. Second, employer frustration appears to be growing as the state increases employer responsibilities. While the number of uninsured people has declined significantly, the high cost of the reform has prompted the state to seek additional financial support from stakeholders, including employers. Improving access to health care coverage has been a clear emphasis of the reform, but little has been done to address escalating health care costs. Yet, both must be addressed, otherwise long-term viability of Massachusetts' coverage initiative is questionable.

Gruber J., Simon K. (2008). Crowd-out 10 years later: have recent public insurance expansions crowded out private health insurance? *J.Health Econ.*, 27 (2) : 201-217.

Ten years ago, Cutler and Gruber [Cutler, D., Gruber, J., 1996. Does public health insurance crowdout private insurance? *Quarterly Journal of Economics* 111, 391-430] suggested that crowd-out might be quite large, but much subsequent research has questioned this conclusion. Our results using improved data and methods clearly show that crowd-out is still significant in the 1996-2002 period. This finding emerges most strongly when we consider family level measures of public insurance eligibility. We also find that recent anti-crowd-out provisions in public expansions may have had the opposite effect, lowering take-up by the uninsured faster than they lower crowd-out of private insurance.

Haggerty J.L., Pineault R., Beaulieu M.D., Brunelle Y., Goulet F., Rodrigue J. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*, 6 (2) : 116-123.
<http://www.annfammed.org/cgi/reprint/6/2/116>

On the eve of major primary health care reforms, we conducted a multilevel survey of primary health care clinics to identify attributes of clinic organization and physician practice that predict accessibility, continuity, and coordination of care as experienced by patients.

Huber H. (2008). Decomposing the causes of inequalities in health care use: a micro-simulations approach. *J Health Econ.*, 27 (6) : 1605-1613.

We propose an innovative method for the decomposition of factors associated with inequalities in the use of health care. We analyze individual data and make use of micro-simulations to evaluate the effect of heterogeneity of individual behaviors on inequality in access to care. Our study employs methods that, unlike earlier work, permits evaluation of heterogeneity of individual behaviors. We provide an application of this method by decomposing inequality of health care use in France in 1998. We show that half of the inequity in access to care is due to the heterogeneity of behaviors relative to the rank of individuals in the income distribution. This approach reconciles Oaxaca-like decompositions of inequality, focused on outcome gaps, with analyses involving decompositions of inequality by factors, focused on inequity indices.

Mcgregor P., Mckee P., O'Neill C. (2008). The role of non-need factors in individual GP utilisation analysis and their implications for the pursuance of equity: a cross-country comparison. *European Journal of Health Economics (The)*, 9 (2) : 147-156.

A substantial amount of health care resources is allocated within the UK using formulae that relate funding to measures of population need. The aim of this paper is to demonstrate the importance of non-need factors in determining utilisation of services at an individual level and explore the implications inclusion of such factors has in the consideration of equity. In the paper we develop a utility model that accords a role to non-health factors in the determination of service use. A series of functions incorporating non-health factors as explanatory variables in GP utilisation functions are estimated using data from the British Household Panel Survey. The functions are decomposed to ascertain the role of service structure and examine the role of income across the four countries of the UK in explaining utilisation. The implications of our findings for the pursuance of equity in the NHS when individual choice has an explicit role are discussed

Monheit A.C., Vistnes J.P. (2008). Health insurance enrollment decisions: preferences for coverage, worker sorting, and insurance take-up. *Inquiry*, 45 (2) : 153-167.

The weak response by the uninsured to initiatives encouraging voluntary enrollment in health insurance has raised concerns regarding the extent to which the uninsured value insurance. This concern is also relevant for proposals to mandate health insurance coverage since workers will suffer welfare losses if compelled to purchase coverage they perceive to be of little value. To address this issue, we use the 2001 Medical Expenditure Panel Survey to examine decisions by single workers to seek out and enroll in employer-sponsored insurance. We find that single workers with weak or uncertain preferences for health insurance are less likely to have jobs that offer coverage or to enroll in coverage when offered. Our results suggest a dual approach to expanding coverage that includes both subsidies and educational efforts regarding the value of health insurance.

Sarma S., Peddigrew C. (2008). The relationship between family physician density and health related outcomes : the Canadian evidence. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 48 (1) : 61-106.

Dans le présent article, nous analysons dans quelle mesure la densité des médecins de famille influe sur les résultats liés à la santé au Canada, le cas échéant. Nous partons du principe que la densité des médecins de famille dans une région donnée sert d'indicateur de l'accès aux services de soins primaires appropriés et de leur disponibilité. Nous utilisons les états de la santé générale et mentale signalés par les clients pour mesurer les résultats de la santé générale. Nous nous servons également de plusieurs indicateurs de la qualité des soins qui montrent si une personne présentant un haut risque a reçu une immunisation contre la grippe, une mammographie, un frottis vaginal et un dépistage colorectal. Selon les résultats empiriques de la présente étude, un médecin de famille supplémentaire par 10 000 habitants a un impact statistiquement significatif de l'ordre de 2 à 4% sur l'état général de la santé signalé par les clients, de même que sur d'autres résultats sur la qualité des soins. Par ailleurs, nous observons que des facteurs socio-économiques et démographiques importants, tels que le revenu, le niveau d'instruction et le statut d'immigrant, influent sur les résultats sur la santé qui ont été pris en considération dans le cadre de l'étude. La compréhension de l'influence des facteurs socio-économiques concernant l'offre et la demande de médecins est une considération importante en matière de politiques et de la planification en matière de santé. (Résumé d'auteur).

Bansak C., Raphael S. (2007). The effects of state policy design features on take-up and crowd-out rates for the State Children's Health Insurance Program. *J.Policy Anal.Manage.*, 26 (1) : 149-175.

We evaluate the effects of state policy design features on SCHIP take-up rates and on the degree to which SCHIP benefits crowd out private benefits. The results indicate overall program take-up rates of approximately 10 percent. However, there is considerable heterogeneity across states, suggesting a potential role of inter-state variation in policy design. We find that several design mechanisms have significant and substantial positive effects on take-up. For example, eliminating asset tests, offering continuous coverage, simplifying the application and renewal processes, and extending benefits to parents all have sizable and positive effects on take-up rates. Mandatory waiting periods, on the other hand, consistently reduce take-up rates. In all, inter-state differences in outreach and anti-crowd-out efforts explain roughly one-quarter of the cross-state variation in take-up rates. Concerning the crowding out of private health insurance benefits, we find that between one-quarter and one-third of the increase in public health insurance coverage for SCHIP-eligible children is offset by a decline in

private health coverage. We find little evidence that the policy-induced variation in take-up is associated with a significant degree of crowd out, and no evidence that the negative effect on private coverage caused by state policy choices is any greater than the overall crowding-out effect. This suggests that states are not augmenting take-up rates by enrolling children that are relatively more likely to have private health insurance benefits.

Buchmueller T.C., Lo Sasso A.T., Lurie I., Dolfin S. (2007). Immigrants and employer-sponsored health insurance. *Health Serv. Res.*, 42 (1 Pt 1) : 286-310.

OBJECTIVE: To investigate the factors underlying the lower rate of employer-sponsored health insurance coverage for foreign-born workers. **DATA SOURCES:** 2001 Survey of Income and Program Participation. **STUDY DESIGN:** We estimate probit regressions to determine the effect of immigrant status on employer-sponsored health insurance coverage, including the probabilities of working for a firm that offers coverage, being eligible for coverage, and taking up coverage. **DATA EXTRACTION METHODS:** We identified native born citizens, naturalized citizens, and noncitizen residents between the ages of 18 and 65, in the year 2002. **PRINCIPAL FINDINGS:** First, we find that the large difference in coverage rates for immigrants and native-born Americans is driven by the very low rates of coverage for noncitizen immigrants. Differences between native-born and naturalized citizens are quite small and for some outcomes are statistically insignificant when we control for observable characteristics. Second, our results indicate that the gap between natives and noncitizens is explained mainly by differences in the probability of working for a firm that offers insurance. Conditional on working for such a firm, noncitizens are only slightly less likely to be eligible for coverage and, when eligible, are only slightly less likely to take up coverage. Third, roughly two-thirds of the native/noncitizen gap in coverage overall and in the probability of working for an insurance-providing employer is explained by characteristics of the individual and differences in the types of jobs they hold. **CONCLUSIONS:** The substantially higher rate of uninsurance among immigrants is driven by the lower rate of health insurance offers by the employers of immigrants.

Devarajan S., Jack W. (2007). Protecting the Vulnerable: The Tradeoff between Risk Reduction and Public Insurance. *World Bank Economic Review*, 21 (1) : 73-91.

In a risky world should governments provide public goods that reduce risk or compensate the victims of bad outcomes through social insurance? This article examines a basic question in designing social protection policies: how should a government allocate a fixed budget between these two activities? In the presence of income and risk heterogeneities a simple public insurance scheme that pays a fixed benefit to all households that suffer a negative shock is an effective redistributive instrument of public policy. This is true even when a well functioning private insurance market exists, and so the role of public insurance is not to correct a market failure. In fact, the existence of a private insurance market means that the public system has desirable targeting properties--all but the poor and high-risk take up private insurance. The provision of public goods that reduce risk for all should therefore be complemented with public insurance that (automatically) benefits those who are especially vulnerable.

Felland L., Draper D., Liebhaber A. (2007). Massachusetts health reform: employers, lower-wage workers and universal coverage. *Issue Brief Cent. Stud. Health Syst. Change.*, (113) : 1-6.

As Massachusetts' landmark effort to reach nearly universal health coverage unfolds, the state is now focusing on employers to take steps to increase coverage. All employers--except firms with fewer than 11 workers--face new requirements under the 2006 law, including establishing Section 125, or cafeteria, plans to allow workers to purchase insurance with pre-tax dollars and paying a \$295 annual fee if they do not make a "fair and reasonable" contribution to the cost of workers' coverage. Through interviews with Massachusetts health care leaders (see Data Source), the Center for Studying Health System Change (HSC) examined how the law is likely to affect employer decisions to offer health insurance to workers and employee decisions to purchase coverage. Market observers believe many small firms may be unaware of specific requirements and that some could prove onerous. Moreover, the largest impact on small employers may come from the individual mandate for all residents to have a minimum level of health insurance. This mandate may add costs for firms if more workers take up coverage offers, seek more generous coverage or pressure employers to offer coverage. Despite reform of the individual and small group markets, including development of new insurance products, concerns remain about the affordability of coverage and the ability to stem rising health care costs.

Sommers B.D. (2007). Why millions of children eligible for Medicaid and SCHIP are uninsured: poor retention versus poor take-up. *Health Aff.(Millwood.)*, 26 (5) : w560-w567.

More than two-thirds of uninsured U.S. children are eligible for public coverage, and most current policy debate assumes that this is largely attributable to poor take-up. This paper explores the contribution of poor retention in Medicaid and the State Children's Health Insurance Program (SCHIP) to this phenomenon. The results indicate that one-third of all uninsured children in 2006 had been enrolled in Medicaid or SCHIP the previous year. Among those uninsured but eligible for public coverage in 2006, at least 42 percent had been enrolled in Medicaid or SCHIP the previous year. Both of these measures of disenrollment have increased since 2000.

Alessie R. , Hochguertel S., Van Soest, A. (2006). Non-take-up of tax-favored savings plans: Evidence from Dutch employee. *Journal of economic psychology*, 27 (4) : 483-501.

Since the early 1990s, the Dutch tax system allows for a tax-favored form of risk-free savings through employer-sponsored savings plans (ESSPs). Under some conditions and up to a certain amount, the contributions to this plan are tax-deductible, and the returns as well as the withdrawals are tax-free. This makes these plans extremely attractive, with real after-tax returns by far exceeding the returns to other financial assets such as risk-free saving accounts or stocks and bonds. According to standard economic theory, those who have access to this type of savings should participate in them and hold the maximum tax-favored amount, provided they have enough financial wealth that they can allocate to their own choice. In this paper, we analyze data on participation and amounts held in ESSPs for employees who have access to the asset, investigating the relationship with background characteristics and other forms of savings. We find that people who are likely to face binding liquidity constraints less often buy ESSPs and, if they buy them, more often use them as a substitute for other savings. The results also provide evidence of financial decision-making that is not driven by standard economic arguments, confirming theoretical and empirical findings in the recent behavioral and psychological literature on savings.

Bernard D.M., Selden T.M. (2006). Workers who decline employment-related health insurance. *Med.Care*, 44 (5 Suppl) : I12-I18.

BACKGROUND: Families of workers who decline coverage represent a substantial share of the uninsured and publicly-insured population in the United States. **OBJECTIVE:** We examined health status, access to health care, utilization, and expenditures among families that declined health insurance coverage offered by employers using data from the Medical Expenditure Panel Survey for 2001 and 2002. **RESULTS:** We found differences in insurance status for adults and children among families with offers. We found that among low-income families with offers, children are less likely to have private insurance compared with adults. However, the majority of children who decline private insurance end up with public coverage, whereas most of adults who decline offers remain uninsured. Decliners are more likely to report poor health, yet they are also less likely to have high cost medical conditions. Families declining coverage have weaker preferences for insurance than families that take up. Although access to care is lower among the decliners who remain uninsured, decliners with public insurance have similar access to care as those with private insurance. Families turning down coverage are more likely to face high expenditure burdens as a percentage of income and more likely to have financial barriers to care. Families who decline coverage rely heavily on the safety net. Public sources and uncompensated care account for 72% of total expenditures among adults who decline coverage. **CONCLUSIONS:** Our results suggest that policy initiatives aimed at increasing take up among workers need to take into account the incentives workers face given the availability of care through public sources and uncompensated care.

Buchmueller T.C., Ohri S. (2006). Health insurance take-up by the near-elderly. *Health Serv. Res.*, 41 (6) : 2054-2073.

OBJECTIVE: To examine the effect of price on the demand for health insurance by early retirees between the ages of 55 and 64. **DATA SOURCE:** Administrative health plan enrollment data from a medium-sized U.S. employer. **STUDY DESIGN:** The analysis takes advantage of a natural experiment created by the firm's health insurance contribution policy. The amount the firm contributes toward retiree health insurance coverage depends on when a person retired and her years of service at that date. As a result of this policy, there is considerable variation in out-of-pocket premiums faced by

individuals in the data. This variation is independent of the nonprice attributes of the health insurance plans offered and is plausibly exogenous to individual characteristics that are likely to affect the demand for insurance. A probit model is used to estimate the decision to take-up employer-sponsored health insurance by early retirees between the ages of 55 and 64. Demand for insurance is measured as a function of out-of-pocket premiums and a set of individual characteristics. **PRINCIPAL FINDINGS:** We find that price has a small but statistically significant effect on the decision to take up coverage. Estimated price elasticities range from -0.10 to -0.16, depending on the sample. **CONCLUSIONS:** The implied elasticities are comparable with results found in previous studies using very different data. Our estimates indicate that policy proposals for a Medicare buy-in or a nongroup tax credit will have a modest impact on take-up rates of near-elderly retirees.

Kroll T., Jone G.C., Kehn M., Neri M.T. (2006). Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities : a qualitative inquiry. *Health and Social Care in the Community*, 14 (4) : 284-293.

Mood C. (2006). Take-up down under : Hits and misses of means-tested benefits in Australia. *European-sociological-review*. 22 (4) : 443-458

Research has revealed considerable non-take-up rates of benefits in western welfare states, which has raised concern that benefits fail to reach their objectives. Most research has focused on means-tested benefits, partly because they are believed to be subject to high stigma deterring people from take-up. I study the take-up of such benefits in Australia, where virtually all cash benefits are means-tested. Using data from the first two waves of the Household, Income and Labour Dynamics Australia (HILDA) survey, I estimate the general take-up rate of benefits among people with low assets and incomes and carry out a detailed analysis of take-up of one particular benefit, Parenting Payment. Contrary to the traditional conception of selective welfare states as highly stigmatizing, I find no evidence of a particularly low degree of take-up, and I suggest that stigma of means-tested benefits in Australia may on average be low because they target a relatively large proportion of the population. However, non-take-up appears to be considerable in some population categories where stigma is likely to be relatively high.

Reschovsky J.D., Strunk B.C., Ginsburg P. (2006). Why employer-sponsored insurance coverage changed, 1997-2003. *Health Aff.(Millwood.)*, 25 (3) : 774-782.

Four and a half million Americans gained employer-sponsored health insurance coverage during 1997-2001, while nearly nine million lost coverage in the ensuing economic downturn (2001-2003), after population growth was accounted for. Macroeconomic trends affecting employment, job quality, and incomes drove most of the coverage changes, although key factors varied during the two periods. Take-up rates affected coverage, mostly reflecting the interaction of premium cost trends and labor-market tightness, but take-up also was influenced by the implementation of the State Children's Health Insurance Program (SCHIP) during 1997-2001. Coverage among low-income people was most affected by economic conditions and premium costs.

Busch S.H., Duchovny N. (2005). Family coverage expansions: impact on insurance coverage and health care utilization of parents. *J.Health Econ.*, 24 (5) : 876-890.

With the passage of the Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996 (PRWORA), Medicaid eligibility ceased to be tied to receipt of cash assistance. Since then, states have had a growing number of opportunities to expand health coverage to low-income working families beyond previous AFDC limits. As of 2001, 20 states have raised income eligibility limits for parents to or beyond 100% of the Federal Poverty Level. First, we use the Current Population Survey to study the effect of states' expansions on the insurance rates of adults and to estimate the crowd-out of private insurance. We find that eligible adults living in a state that expanded coverage are more likely to be insured. We find a take-up rate of 14.8%. Our results suggest that 24% of this increase is due to a reduction in private coverage. Next, we use the Behavioral Risk Factor Surveillance System to examine changes in health care utilization. We find that these expansions increased cancer-screening rates. Of previously uninsured mothers not receiving cancer screening, 29% now receive these screens. Finally, our results indicate the expansions decreased the likelihood that a parent needed to see a doctor but did not because of cost.

Davidoff A., Blumberg L., Nichols L. (2005). State Health Insurance Market Reforms and Access to Insurance for High-Risk Employees. *Journal of Health Economics*, 24 (4) : 725-750.

A specific focus for state regulations of the small group insurance market was to increase offers and stabilize premiums for firms with high-risk workers. We examine the effect of reforms implemented from 1993 through 1996 on the likelihood of employer sponsored insurance coverage. We find that packages of reforms that included both guaranteed issue of some products and some form of rate variance restriction had significant positive effects (4.5 percentage points) on ESI coverage for high-risk compared with low-risk workers within small firms and a small negative effect (-1.7 percentage points) on low-risk workers in small compared with large firms. The mechanism for these effects was an increase in take-up, rather than offer. Reform packages that included both guaranteed issue of all products and rate variance restrictions had similar effects overall, although they did not meet criteria for significance. These effects seemed to act through increased offer rather than take-up.

Feldman R., Parente S.T., Abraham J., Christianson J.B., Taylor R. (2005). Health savings accounts: early estimates of national take-up. *Health Aff. (Millwood)*, 24 (6) : 1582-1591.

The 2003 Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) approved tax-advantaged health savings accounts (HSAs) for certain high-deductible health insurance plans. We predict that MMA could lead to approximately 3.2 million HSA contracts among Americans ages 19-64 who are not students, not enrolled in public health insurance plans, and not eligible for group coverage as a dependent. We simulate the effect of several additional tax subsidies for HSAs. We predict that the Bush administration's refundable tax-credit proposal would double HSA take-up and reduce the number of uninsured people by 2.9 million, at an annual cost of \$8.1 billion.

Ham J.C., Shore-Sheppard L. (2005). The Effect of Medicaid Expansions for Low-Income Children on Medicaid Participation and Private Insurance Coverage: Evidence from the SIPP. *Journal of Public Economics*, 89 (1) : 57-83.

We examine Medicaid enrollment and private coverage loss following expansions of Medicaid eligibility. We attempt to replicate Cutler and Gruber's [Q. J. Econ. 111 (1996) 391.] results using the Survey of Income and Program Participation (SIPP), and find smaller rates of take-up and little evidence of crowding out. We find that some of the difference in results can be attributed to different samples and recall periods in the data sets used. Extending the previous literature, we find that take-up is slightly increased if a child's siblings are eligible and with time spent eligible. Focusing on children whose eligibility status changes during the sample, we estimate smaller take-up effects. We find little evidence of crowding out in any of our extensions.

Polsky D., Stein R., Nicholson S., Bundorf M.K. (2005). Employer health insurance offerings and employee enrollment decisions. *Health Serv. Res.*, 40 (5 Pt 1) : 1259-1278.

OBJECTIVE: To determine how the characteristics of the health benefits offered by employers affect worker insurance coverage decisions. **DATA SOURCES:** The 1996-1997 and the 1998-1999 rounds of the nationally representative Community Tracking Study Household Survey. **STUDY DESIGN:** We use multinomial logistic regression to analyze the choice between own-employer coverage, alternative source coverage, and no coverage among employees offered health insurance by their employer. The key explanatory variables are the types of health plans offered and the net premium offered. The models include controls for personal, health plan, and job characteristics. **PRINCIPAL FINDINGS:** When an employer offers only a health maintenance organization married employees are more likely to decline coverage from their employer and take-up another offer (odds ratio (OR)=1.27, p<.001), while singles are more likely to accept the coverage offered by their employer and less likely to be uninsured (OR=0.650, p<.001). Higher net premiums increase the odds of declining the coverage offered by an employer and remaining uninsured for both married (OR=1.023, p<.01) and single (OR=1.035, p<.001) workers. **CONCLUSIONS:** The type of health plan coverage an employer offers affects whether its employees take-up insurance, but has a smaller effect on overall coverage rates for workers and their families because of the availability of alternative sources of coverage. Relative to offering only a non-HMO plan, employers offering only an HMO may reduce take-up among those with alternative sources of coverage, but increase take-up among those who would otherwise go uninsured. By modeling the possibility of take-up through the health insurance offers from the employer of the spouse, the decline in coverage rates from higher net premiums is less than previous

estimates.

Wolfe B., Scrivner S. (2005). The Devil May Be in the Details: How the Characteristics of SCHIP Programs Affect Take-Up. *Journal of Policy Analysis and Management*, 24 (3) : 499-522.

In this paper, we explore whether the specific design of a state's program has contributed to its success in meeting two objectives of the Children's Health Insurance Program (SCHIP): increasing the health insurance coverage of children in lower-income families and doing so with a minimum reduction in their private health insurance coverage (crowd-out). In our analysis, we use two years of Current Population Survey data, 2000 and 2001, matched with detailed data on state programs. We focus on two populations: the eligible population of children, broadly defined--those living in families with incomes below 300 percent of the federal poverty line (FPL)--and a narrower group of children, those who we estimate are eligible for Medicaid or SCHIP. Unique state program characteristics in the analysis include whether the state plan covers families; whether the state uses presumptive eligibility; the number of months without private coverage that are required for eligibility; whether there is an asset test; whether a face-to-face interview is required; and specific outreach activities. Our results provide evidence that state program characteristics are significant determinants of program success.

Costa-Font J., Font-Vilalta M. (2004). Preference for National Health Service Use and the Demand for Private Health Insurance in Spain. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 29 (4) : 705-718.

In National Health Systems ("NHS") the funding and provision of health care co-exists with a developing market for private (supplementary) health insurance. In this setting, interactions between the public and private sector are important and likely to influence the demand for private health insurance ("PHI"). This paper empirically examines the interactions between PHI and NHS use using a representative survey for Catalonia (Spain). Our findings show that PHI stands as a financial tool for accessing private health care in Spain. Use of NHS care and the demand for private health insurance are simultaneously determined. The individual take-up of PHI results from a lower use of primary and specialized NHS care. Furthermore, preferences for the NHS care are influenced by captivity towards the NHS care.

Aizer A. (2003). Low Take-Up in Medicaid: Does Outreach Matter and for Whom? *American Economic Review*, 93 (2) : 238-241.

Cooper P.F., Vistnes J. (2003). Workers' decisions to take-up offered health insurance coverage: assessing the importance of out-of-pocket premium costs. *Med.Care*, 41 (7 Suppl) : III35-III43.

BACKGROUND: Many proposed policy initiatives involve subsidies directed toward encouraging employers to offer coverage and toward workers to encourage enrollment in offered plans. Given that insurance coverage reflects employers' decisions to offer coverage, eligibility requirements for such coverage, and employees' take-up decisions, all three elements are important when considering mechanisms to decrease the number of uninsured individuals. **RESEARCH DESIGN:** In this study, we examine the relationship between workers' decisions to take-up offers of health insurance and annual out-of-pocket contributions, total premiums, and employer and workforce characteristics. We model the take-up decision using cross-sectional data from approximately 18,000 establishments per year from the 1997 to 1999 Medical Expenditure Panel Survey - Insurance Component. **RESULTS:** We find that workers are less likely to enroll in coverage as single employee contributions increase. Our results for family contributions are much smaller than for single contributions and are not statistically significant in all years. Our simulation results suggest that reducing employee contribution levels for single coverage from existing levels in 1999 to zero would yield an increase in take-up rates of roughly 6% points in establishments that had required a positive level of contributions. Our results also indicate that of the 13.8 million private sector workers who decline coverage from their employers, 2.5 million would potentially enroll in employer-sponsored coverage if the cost of single coverage were to fall to zero. **CONCLUSION:** Reducing employee contributions will increase take-up rates; however, even when employees pay nothing for their coverage, some employees elect not to enroll.

Haynes R., Lovett A., Sunnenberg G. (2003). Potential accessibility, travel time, and consumer choice : geographical variations in general medical practice registrations in Eastern England. *Environment and Planning A*, 35 (10) : 1733-1750

Remler D.K., Glied S.A. (2003). What other programs can teach us: increasing participation in health insurance programs. *Am. J. Public Health*, 93 (1) : 67-74.

Many uninsured Americans are already eligible for free or low-cost public coverage through Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) but do not "take up" that coverage. However, several other public programs, such as food stamps and unemployment insurance, also have less-than-complete take-up rates, and take-up rates vary considerably among programs. This article examines the take-up literature across a variety of programs to learn what effects nonfinancial features, such as administrative complexity, have on take-up. We find that making benefit receipt automatic is the most effective means of ensuring high take-up, while there is little evidence that stigma is important.

Selden T.M., Banthin J.S. (2003). Health care expenditure burdens among elderly adults: 1987 and 1996. *Med. Care*, 41 (7 Suppl) : III13-III23.

OBJECTIVES: Concerns about the health care expenditure burdens of elderly adults underlie the ongoing debate over expanding Medicare benefits and strengthening Medicare+Choice. We examine burdens for this population using data from the 1987 National Medical Expenditure Survey (NMES) and the 1996 Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). **METHODS:** We estimate how frequently elderly adults live in families whose health expenditures exceed 20% or 40% of their after-tax disposable incomes. Our methodology reduces bias due to errors in income while providing an intuitive measure of exposure to the risk of high burdens. **RESULTS:** Despite rapid increases in medical care prices, the percentage of elderly adults facing burdens over 20% of disposable income remained essentially constant at 20.9% in 1987 and 22.9% in 1996. The percentage with burdens exceeding 40% of disposable income was 7.3% in 1987 and 7.9% in 1996. High expenditure burdens were more prevalent among elderly adults who were poorer, older, female, higher risk, and covered only by traditional Medicare. Medicaid coverage helped to reduce burdens among the elderly poor, yet incomplete Medicaid take-up in 1996 left approximately 1.3 million elderly adults eligible for Medicaid but covered only by traditional Medicare. **CONCLUSIONS:** Our results highlight the widespread prevalence of high health care expenditure burdens among elderly adults and the varying extent to which insurance coverage helped to protect them from rising health care expenditures between 1987 and 1996.

Creedy J. (2002). Take-Up of Means-Tested Benefits and Labour Supply. *Scottish Journal of Political Economy*, 49 (2) : 150-161.

This paper examines take-up rates in a model in which there is a fixed non-refundable cost of applying for benefits. The model involves a joint decision regarding both labour supply and the take-up of the benefit. There is a single means-tested benefit involving a "taper rate" at which benefits are withdrawn as earnings increase. It is found that take-up increases as the level of the taper rate increases, and the value of benefits increases. The achievement of 100% take-up is associated with labour supply responses whereby there are few, if any, individuals who are both working and eligible for benefits. The results have implications for the effects of lowering the taper rate on the costs and effective targeting of benefits.

Cunningham P.J. (2002). Declining employer-sponsored coverage: the role of public programs and implications for access to care. *Med. Care Res. Rev.*, 59 (1) : 79-98.

Using data from the 1996/1997 Community Tracking Study household survey, this study examines the effects of public programs on the decision to take up employer coverage when offered versus enrolling in public coverage or being uninsured. The results show that among those with access to employer-sponsored coverage, low-income persons living in states with more expansive eligibility for Medicaid were more likely to decline employer coverage in favour of public coverage, while low-income persons in areas with public hospitals were more likely to decline coverage in favor of being uninsured. While persons who decline employer coverage in favour of public coverage maintain the same level of access to medical care, those who decline coverage in favour of being uninsured give up a considerable degree of access. Implications concerning policies to improve access to care for the uninsured are discussed

Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Morgan M.Y., Hughes D., Gibson B., Beech R., Hudson M. (2002). What does "access to health care" mean ? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7 (3) : 186-188.

Blumberg L.J., Nichols L.M., Banthin J.S. (2001). Worker decisions to purchase health insurance. *Int. J. Health Care Finance Econ.*, 1 (3-4) : 305-325.

Studying worker health insurance choices is usually limited by the absence of price data for workers who decline their employer's offer. This paper uses a new Medical Expenditure Panel Survey file which links household and employer survey respondents, supplying data for both employer insurance takers and declines. We test for whether out-of-pocket or total premium better explains worker behaviour, estimate price elasticities with observed prices and with imputed prices, and test for worker sorting among jobs with and without health insurance. We find that out-of-pocket price dominates, that there is some upward bias from estimating elasticities with imputed premiums rather than observed premiums, and that workers do sort among jobs but this does not affect elasticity estimates appreciably. Like earlier studies with less representative worker samples, we find worker price elasticity of demand to be quite low. This suggests that any premium subsidies must be large to elicit much change in worker take-up behaviour

Brewer M. (2001). Comparing In-Work Benefits and the Reward to Work for Families with Children in the US and the UK. *Fiscal Studies*, 22 (1) : 41-77.

The income transfer systems for low-income families in the US and the UK try both to reduce poverty and to encourage work. In-work benefits are a key part of both countries' strategies through the earned income tax credit and the working families' tax credit (and predecessors) respectively. But tax credits are only one part of the whole tax and welfare system. In-work benefits, taxes and welfare benefits combine in both countries to provide good financial incentives for lone parents to do minimum-wage work, but poorer incentives to increase earnings further. But direct comparisons of budget constraints hide important points of detail. First, not enough is known about what determines take-up of in-work benefits. Second, the considerable differences in assessment and payment mechanisms and frequency between EITC and WFTC mean that low-income families in the US and the UK may respond very differently to apparently similar financial incentives

Ku L., Matani S. (2001). Left out: immigrants' access to health care and insurance. *Health Affairs*, 20 (1) : 247-256.

Clare W.G. (1999). Choosing and paying for care. *Health Soc.Care Community*, 7 (3) : 187-197.

This paper presents data from before and after implementation of the 1990 NHS and Community Care Act in 1993. It shows the low proportions of the population who are covered by private health insurance and draws attention to the fact that, although some older people have considered private health insurance, few are covered. Comparing data for people aged <65 with those aged >65, the paper explores the preferred sources of help in a range of situations. The findings show that in most instances, statutory services are preferred. Data for older people aged >80 are presented comparing findings from 1990/91 and 1995, which show that use of services for which charges have been introduced appear to have fallen. Low take-up of dental and optician services are identified. The implications of the findings for social policy are considered and it is suggested: that insurance cover for long-term care should be organized at a national level; that greater attention should be given to service preferences of users and potential users; and, that the effectiveness of various health and social care services should be evaluated

Murray L.A., Poisal J.A. (1998). Barriers to physician care for Medicare beneficiaries. In : Changing environments of AIDS/HIV service delivery and financing. *Health Care Financing Review*, 19 (3) : 101-104.

A partir des enquêtes américaines « Medicare Current Beneficiary Survey » (MCBS) de 1991 à 1996, les auteurs ont analysé l'évolution des attitudes de renoncement aux soins (non recours aux soins ou soins différés) et les motifs invoqués par les bénéficiaires de Medicare (régime américain d'assurance maladie des personnes de plus de 65 ans)

Hirst M.A. (1997). Variations in take-up of the Family Fund. *Child Care Health Dev.*, 23 (2): 157-171.

This paper investigates geographical variations in successful and unsuccessful applications to the Family Fund Trust which provides grants to families with severely disabled children. A new measure of take-up is developed which takes account of demographic differences between local social services authorities and relates local take-up levels to national rates. The take-up of grants varies more than twofold across local authorities but is generally higher in deprived areas, suggesting that the help available from the fund is targeting those most in need. Nonetheless use of the fund is less than expected in metropolitan areas characterized by rented accommodation, high rise dwellings and minority ethnic groups. Ethnic monitoring and other measures to promote equal opportunities have recently been introduced. If take-up were uniformly high across England and Wales the current caseload and budget would increase by more than half. Local authorities where renewed efforts might be most effectively targeted to encourage families to apply for a grant can be identified but any publicity would need to ensure that inappropriate applications are kept to a minimum

Math A. (1996). Le non-recours en France : un vrai problème, un intérêt limité. *Recherches et Previsions*, (43): 23-32.

Duclos J.Y. (1995). Modelling the Take-Up of State Support. *Journal of Public Economics*, 58 (3): 391-415.

The author discusses the modeling of the take-up of state support by going beyond the standard analysis and recognizing that both the researcher and the welfare agency make errors in assessing entitlement. He applies the discussion to an examination of the take-up of Supplementary Benefits in Britain. By explicitly modeling the costs to taking up state support, the author can illustrate how these costs can dampen the welfare impact of state support and mitigate or aggravate welfare agency errors in assessing entitlement.

Le renoncement aux soins et le non-recours

Focus

Le renoncement aux soins

Le concept de « renoncement aux soins » (*Unmet needs en anglais*) est issu de l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes (ESPS) : 1988-1991, dans laquelle a été introduite une question sur le renoncement aux soins pour des raisons financières. Il n'a pas encore donné lieu à une définition spécifique.

Selon les derniers résultats de l'[Enquête santé protection sociale \(ESPS\) 2010](#), 15,4 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 10,7 % de la population, ce qui en fait le type de soins le plus touché après la lunetterie.

Ces résultats portent sur un échantillon de 8 000 ménages et 23 000 individus interrogés.

Une analyse au fil du temps montre que le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières augmente entre 1998 et 2000. Il chute ensuite fortement de 2000 à 2002. Depuis, il semble en constante augmentation et est quasiment revenu à son niveau de 2000.

Conduite par l'Irdes, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) est un outil pluridisciplinaire qui explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins.

La méthodologie de l'enquête ESPS 2012 a complètement changé en ce qui concerne les questions sur le renoncement aux soins. Il est donc impossible d'obtenir un chiffre comparable à ceux obtenus dans les précédentes enquêtes. (cf [QES, n° 198](#), mai 2014 et [Rapport, n° 302, 2014](#)).

Selon le dernier baromètre "[Cercle Santé Europ Assistance](#)" de septembre 2010, 23% des Français interrogés déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons économiques (contre 11% il y a un an). Parallèlement, deux tiers des Français demeurent convaincus que la France est "le pays dans lequel on est le mieux soigné", tandis que 69% d'entre eux considèrent que la France est le pays "où l'on est le mieux remboursé pour les frais de santé". Pour assurer la pérennité du financement du système de soins, 32% des Français se déclarent favorables à une hausse des impôts ou des cotisations obligatoires. 28% des Français se disent également ouverts à l'idée de "payer davantage de franchise pour chaque acte médical". 23 % préfèrent une augmentation des couvertures complémentaires santé. L'étude a été mise à jour en [2013](#).

Évolution du taux de renoncement aux soins pour raisons financières (en %)

1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
14,3%	15,4%	11,2%	13 %	14,2%	15,4%	15,1%

Source : Enquête ESPS (rapports des années 1998, 2000, 2002, 2006, 2008, 2010, [Questions d'économie de la santé, n° 110 pour 2004](#))

Le non- recours

Le non recours (non take up en anglais) aux droits et aux services concerne les personnes qui, en tout état de cause, ne s'adressent pas aux services pour faire valoir les droits économiques et sociaux auxquels ils peuvent prétendre.

Définition issue du site de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore) - <http://odenore.msh-alpes.fr/>

Éléments de bibliographie

Publications Irdes

Celant, N., et al. (2014). "L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats." *Questions D'Economie de la Santé(Irdes)*(198): 6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>

L'enquête santé et protection sociale, menée par l'Irdes tous les deux ans, existe depuis 1988. En 2012, elle a interrogé plus de 8 000 ménages et 23 000 individus sur leur état de santé, leur accès à la complémentaire santé, leur recours ou renoncement aux soins et, à travers des modules spécifiques, sur la fragilité, l'assurance dépendance et les conditions de travail ainsi que sur la couverture vaccinale, les accidents de la vie quotidienne et le don de sang, notamment. Les spécificités de l'enquête comme sa périodicité courte, sa dimension longitudinale et son enrichissement avec des données de l'Assurance maladie, participent d'en faire un outil tant de suivi des politiques publiques que de recherche en sciences sociales. En 2014, l'enquête ESPS est d'ailleurs le support de l'enquête santé européenne EHIS (European Health Interview Survey). Les résultats de l'enquête 2012 présentés dans cette synthèse sont issus d'un rapport (Célant et al., 2014) dans lequel l'intégralité des données chiffrées est accessible en ligne sous forme de tableaux Excel.

Celant, N., et al. (2014). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Les rapports de l'Irdes : 556. Paris IRDES: 302 , tabl.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est un outil qui explore à l'échelon national (France métropolitaine) les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. La périodicité biennale de l'enquête, son lien avec les données de prestations de l'Assurance maladie et sa dimension longitudinale permettent d'alimenter le suivi et l'évaluation des politiques en santé, d'analyser finement les déterminants du recours aux soins et de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. En 2012, l'enquête ESPS a interrogé plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus. Le rapport décrit les objectifs ainsi que la méthodologie de l'enquête et présente des travaux de recherche s'appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS 2012. Sont explorés les déterminants du don du sang, la mesure de la fragilité des personnes âgées dans les enquêtes ESPS et SHARE et les déterminants de la demande d'assurance du risque de dépendance.

Guthmuller S. Jusot F., Renaud T., Wittwer J. (2014). Comment expliquer le non recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. *Questions D'Economie de la Santé (Irdes)*, (195)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/195-comment-expliquer-le-non-recours-a-l-aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante.pdf>

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un dispositif, sous la forme d'une aide financière, mis en place en 2005 pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond de l'éligibilité à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS est important, seules 22 % des personnes éligibles auraient fait valoir leur droit en 2011 (Fonds CMU, 2012). Comprendre les raisons du non-recours apparaît, dans ce contexte, essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux personnes aux revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé. Suite à une expérimentation sociale, une enquête a été réalisée en 2009 à Lille auprès de personnes potentiellement éligibles à l'ACS afin de mieux connaître leurs caractéristiques et leurs motivations ou blocages à recourir au dispositif. Les résultats de cette enquête montrent que la population identifiée comme éligible à l'ACS à Lille est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Le taux de recours à l'ACS est néanmoins faible puisque seules 18 % des personnes ont entrepris des démarches pour l'obtenir. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer ce non-recours sont : penser ne pas être éligible, le manque d'information, la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé.

Rochereau T., Azogui-Levy S. (2013). La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ? Exploitation de l'enquête ESPS 2008. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (185)

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes185.pdf>

Le diabète est une pathologie caractérisée par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline. Non équilibré, il peut engendrer des complications sévères. La maladie parodontale constitue une des complications du diabète non équilibré. Cette affection bactérienne détruit les tissus qui supportent les dents et provoque leur perte. Or, la prévention des affections dentaires peut avoir un effet bénéfique sur l'équilibre du diabète et la qualité de vie des personnes atteintes. À partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2008, représentative en population générale, nous décrivons les caractéristiques socio-économiques des personnes diabétiques et nous interrogeons sur leurs accès et recours au dentiste.

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

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT47EtudeImpactRenoncementFinancierSoinsEtatSante.pdf>

Cet article propose d'analyser des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières, puis d'étudier 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 (résumé d'auteur)

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2012). Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise 2009. Rapport Irdes ; 1890. Paris : Irdes.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1890.pdf>

Cette deuxième édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE 2009), qui présente un panorama de la complémentaire santé d'entreprise et de la prévoyance offertes par les entreprises à leurs salariés et ayants droit, s'inscrit dans un contexte différent de la précédente (PSCE 2003). Entrée en vigueur au 1er janvier 2009, la loi Fillon conditionne en effet les exonérations de charge dont bénéficient les entreprises proposant un contrat de complémentaire santé au caractère obligatoire de ce dernier. PSCE 2009 s'est en outre enrichie d'un questionnaire auprès des salariés qui permet d'étudier la demande d'une telle complémentaire santé.

Despres C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (170) : -6p.

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

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. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10 % de la population concernée) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4 %). Ces difficultés d'accès aux soins sont en partie expliquées par les limites du système de protection sociale. L'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins alors que la CMU-C en facilite l'accès. Néanmoins, cette étude révèle d'autres facteurs de renoncement liés à l'histoire de vie, en particulier la situation sociale passée, présente ainsi que les perspectives d'avenir. Cette étude démontre aussi que les prix pratiqués par les professionnels de santé qui peuvent fixer librement leurs honoraires jouent sur l'accessibilité des soins. Des travaux socio-anthropologiques, publiés simultanément (Després et al., 2011), confirment l'intérêt de l'approche par le renoncement financier pour l'étude de l'accès aux services de santé et la pertinence des approches quantitatives multivariées.

Despres C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (169) : -7p.
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

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. Dans le premier cas, l'individu fait face à un environnement de contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le second cas est l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques – il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle – soit, plus radicalement, sur le fait même de se soigner : il revêt alors un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins. 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. Les résultats d'une étude du renoncement aux soins pour raisons financières, s'appuyant sur des travaux économétriques, sont publiés simultanément (Després et al., 2011).

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011). La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (161) : -4p.
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>

Dans un contexte de croissance continue des dépenses de santé et d'augmentation récente de la part des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire, la diffusion de la couverture complémentaire santé représente un enjeu important pour maintenir l'accès aux soins des personnes les plus pauvres et les plus malades. Depuis une trentaine d'années, les pouvoirs publics ont mis en place divers lois et dispositifs visant à favoriser l'accès à la complémentaire santé de l'ensemble de la population. Entre 1980 et 2008, la proportion de personnes couvertes par une complémentaire santé a fortement augmenté, passant de 69 % de la population de France métropolitaine à 94 %. Néanmoins, selon l'Enquête santé protection sociale (ESPS), près de 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé en France métropolitaine en 2008. Quels sont les différents modes d'accès à la couverture complémentaire santé ? Quelles sont les personnes qui restent en marge de cette couverture ? S'agit-il d'un choix de leur part ou bien persiste-t-il des barrières à l'accès à la complémentaire santé ? Quelles sont les conséquences sur leur accès aux soins et leur état de santé ?

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2010). Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Rapport Irdes ; 1800. Paris : Irdes.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 explore les relations entre l'état de santé, les accès aux services de santé, à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter des questions d'équité du système ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2008, plus de 8 000 ménages et 22 000 individus ont été interrogés. Après une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'enquête, deux nouvelles problématiques sont proposées : l'une sur le renoncement avec un focus sur les CMU-Cistes, l'autre sur une comparaison inédite des données de l'ESPS et du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) relatives au score Epices qui mesure la précarité et les inégalités de santé. Enfin, des premiers résultats sont fournis sous la forme de tableaux.

Boisguerin B., Despres C., Dourgnon P., Fantin R., Legal R. (2010). Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins. In C.Allonier (Ed.), *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008* (pp. 31-40). Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

Cette contribution issue de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 préfigure un projet de recherche plus large et comporte quatre parties. D'abord, les auteurs reviennent sur le concept de renoncement aux soins : ce qu'il traduit, ce qu'il apporte à l'analyse de l'accessibilité des services de santé. La deuxième partie, empirique, s'appuie sur les données de l'enquête ESPS 2008 et met en perspective les cinq derniers points d'enquête, depuis 1998. Les facteurs potentiels de renoncement aux soins ainsi que l'évolution au cours du temps du renoncement aux soins y sont analysés. En particulier, les auteurs explorent ce que le renoncement aux soins décrit de l'évolution de l'accès aux services de santé des assurés CMU-C. La troisième partie, méthodologique, précise comment il convient de mesurer des différentiels de renoncement entre CMU-Cistes et autres à partir d'ESPS. Enfin, la quatrième et dernière partie présente les grands axes d'un travail de recherche à venir sur le renoncement.

Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Després C. (2010). Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille. Document de travail 36. Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT36RecoursCompSanteExperimentationSocialeLille.pdf>

Le dispositif de l'Aide complémentaire santé (ACS) a été mis en place au 1er janvier 2005 afin d'inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond CMU-C à acquérir une couverture complémentaire santé. Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé depuis son introduction, le recours à l'ACS reste faible. Deux explications sont possibles : (1) Le défaut d'information sur l'existence du dispositif, son fonctionnement et sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier. (2) Le montant de l'aide est insuffisant, une complémentaire santé resterait trop chère, même après déduction de l'aide. Cet article cherche à tester la validité de ces deux hypothèses dans le cadre d'une expérimentation contrôlée au niveau d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à Lille.

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008). Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006. Rapport Irdes ; 1701. Paris : Irdes.

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un sur échantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie,

d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'œuvre dans la construction des inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé.

Kambia C.B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (132) : -4p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes132.pdf>

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

Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C. (2007). Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (124) : 1-4.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>

Le dispositif du médecin traitant constitue l'un des éléments centraux de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004. Bien que non obligatoire, il est encouragé par des incitations financières à partir de janvier 2006. Si son objectif premier est de mieux réguler l'accès aux spécialistes, les promoteurs de la réforme en donnent aussi des justifications plus larges : maîtrise des dépenses de ville, meilleure qualité de la prise en charge médicale, meilleure équité de traitement. L'enquête Santé et Protection Sociale menée en 2006 permet de dresser un premier bilan de l'impact de la réforme, au travers des opinions des assurés.

Azogui-Levy S., Rochereau T. (2005). Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire : exploitation de l'enquête "Santé et protection sociale" 2000. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (94) : -8p.
<http://www.irdes.fr/recherche/2005/questions-d-economie-de-la-sante.html#n94>

Un des thèmes de recherche de l'IRDES est le rôle de l'accès aux soins dans la formation des inégalités de santé. Cette question peut s'illustrer de manière spécifique dans le domaine bucco-dentaire, du fait du faible remboursement par l'Assurance-maladie des soins autres que les soins conservateurs. Elle est explorée ici à partir de l'analyse des renoncements aux soins déclarés dans l'enquête santé et protection sociale (ESPS), dont plus de la moitié concerne les soins dentaires.

Lengagne P., Perronnin M. (2005). Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (100) : -6p.
<http://www.irdes.fr/recherche/2005/questions-d-economie-de-la-sante.html#n100>

Depuis plusieurs années, l'IRDES cherche à évaluer les niveaux de garanties proposés par les contrats de couverture complémentaire santé et à mesurer leur impact sur les consommations de soins. Une étude menée à partir des Enquêtes sur la santé et la protection sociale 2000 et 2002 a permis de décrire les niveaux de garantie optique et dentaire proposés par ces contrats. En associant ces données avec les informations sur les consommations de soins issues de l'Echantillon permanent

des assurés sociaux, les auteurs analysent le lien existant entre niveaux de couverture et achats de lunettes et de prothèses dentaires.

Bazin F., Parizot I., Chauvin P. (2004). Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financière- s dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne, 2001, 27èmes journées des Economistes Français de la Santé Approches économiques des inégalités de santé. Paris, 17-6-2004. Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/colloques-et-workshops/jefs-approches-economiques-des-inegalites-de-sante-17-18-juin-2004/actualites.html>

Cette communication a été présentée à l'occasion des 27èmes Journées des Economistes Français de la Santé qui se sont déroulées à Paris en juin 2004 sur le thème des inégalités de santé : approches économiques. L'objectif de cette contribution est de montrer qu'au-delà des facteurs socio-économiques classiques, le renoncement aux soins est associé à d'autres facteurs, de l'ordre des conditions de vie, des ruptures et intégrations sociales, des représentations de santé et des caractéristiques psychologiques.

Auvray L., Doussin A., Le f.P. (2003). Santé, soins et protection sociale en 2002. Rapport CreDES. Paris : CreDES.

<http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum78.pdf>

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le CREDES effectue, tous les 2 ans, une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 2002, 7 339 ménages sont enquêtés, soit environ 21 000 personnes. Dans ce rapport, sont présentés l'ensemble des tableaux de résultats sur la couverture maladie (y compris la couverture maladie universelle), l'état de santé et les consommations médicales des personnes vivant en France selon leurs caractéristiques individuelles : âge, sexe, profession et catégorie professionnelle (PCS), revenu, niveau d'études... Les résultats sont détaillés par type de consommation médicale : recours au médecin, généraliste et spécialiste, recours au dentiste, acquisition de produits pharmaceutiques et hospitalisation.

Auvray L., Doussin A., Le f.P. (2003). Santé, soins et protection sociale en 2002. *Questions d'Economie de la Santé (CreDES)*, (78) : -8p.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes78.pdf>

Les résultats présentés dans cette synthèse sont issus de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS), menée tous les deux ans par le CREDES, auprès d'environ 20 000 personnes. Cette enquête est représentative des ménages résidant en France (hors collectivités) et dont un des membres est assuré à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général, régime agricole ou régime des professions indépendantes. Elle permet de faire régulièrement le point sur l'état de santé, le recours aux soins et la couverture maladie selon différentes caractéristiques de la population : âge, sexe, milieu social, niveau de revenu, niveau d'études... Les premiers résultats concernant l'année 2002 sont présentés dans cette synthèse. Un rapport complet comprenant l'ensemble des résultats détaillés est également disponible (Auvray et al., 2003).

Beynet A., Menahem G. (2002). Problèmes dentaires et précarité. *Questions d'Economie de la Santé (CreDES)*, (48) : -6p.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes48.pdf>

Cette synthèse, a été réalisée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) à la suite d'une enquête auprès de 590 consultants dans 80 centres de soins gratuits en France, entre fin 1999 et mai 2000, réalisée dans le cadre de l'appel d'offre "Précarité, précarisation et santé" de l'INSERM. A partir des déclarations des personnes enquêtées et d'un examen dentaire, cette étude avance des éléments de réponse aux questions d'état de santé dentaire des personnes en situation de précarité, des facteurs explicatifs, et des recours ou non à des soins de dentistes. Après une présentation de la méthode et des différentes situations de précarité, l'étude compare l'état bucco-dentaire et le recours ou le non-recours au dentiste des personnes démunies aux résultats recueillis en population générale. Elle montre en quoi le besoin de soins dentaires révélé par l'examen médical affecte davantage les hommes et les personnes âgées. Enfin, elle examine pourquoi les situations de précarité affectent moins l'état dentaire des consultants de

nationalité étrangère que celui des Français et propose des hypothèses permettant de rendre compte de ce constat.

Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P. (2001). Santé, soins et protection sociale en 2000. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (46) : -8p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes46.pdf>

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le CREDES effectue, tous les deux ans, une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 2000, 7074 ménages, soit environ 20 000 personnes ont été enquêtées. Ce document est une synthèse du rapport, où sont étudiés la couverture maladie, l'état de santé et les consommations médicales des personnes vivant en France. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement. Différents facteurs agissant sur le comportement des individus sont mis en évidence : l'état de santé et les facteurs de risque associés, l'âge et le sexe, le mode de couverture sociale (notamment la couverture maladie universelle complémentaire), le niveau d'études, l'activité, le milieu social et le type de ménage (résumé d'auteur).

Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P. (2001). Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale. France 2000. Rapport Credes. Paris : Credes.

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le CREDES effectue, tous les deux ans, une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 2000, 7074 ménages, soit environ 20 000 personnes ont été enquêtées. Dans ce rapport, sont étudiés la couverture maladie, l'état de santé et les consommations médicales des personnes vivant en France. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement. Différents facteurs agissant sur le comportement des individus sont mis en évidence : l'état de santé et les facteurs de risque associés, l'âge et le sexe, le mode de couverture sociale (notamment la couverture maladie universelle complémentaire), le niveau d'études, l'activité, le milieu social et le type de ménage.

Bocognano A., Dumesnil S., Frerot L., Le Fur P., Sermet C. (1999). Santé, soins et protection sociale en 1998. Enquête sur la santé et la protection sociale. France 1998. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (24) : -6p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes24.pdf>

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le Credes effectue chaque année une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 1998, 7 996 ménages, soit environ 23000 personnes ont été enquêtées. Dans ce rapport sont mis en évidence l'influence sur la protection maladie et sur les consommations médicales, de l'état de santé et des facteurs de risque associés, de l'âge et du sexe, du mode de couverture sociale, de l'activité et du milieu social. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement.

Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P., Grignon M., Ordonneau C., Sermet C. (1999). Santé, soins et protection sociale en 1997. Rapport Credes. Paris : Credes.

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le Credes effectue chaque année une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 1997, 3 905 ménages, soit environ 11 500 personnes ont été enquêtées. Dans ce rapport sont mis en évidence l'influence sur la protection maladie et sur les consommations médicales, de l'état de santé et des facteurs de risque associés, de l'âge et du sexe, du mode de couverture sociale, de l'activité et du milieu social. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi

que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement.

Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P., Grignon M., Ordonneau C., Sermet C. (1999). Santé, soins et protection sociale en 1997. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (17) : -6p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes17.pdf>

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le CREDES effectue chaque année une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 1997, 3 905 ménages, soit environ 11 500 personnes ont été enquêtées. Dans ce rapport sont mis en évidence l'influence sur la protection maladie et sur les consommations médicales, de l'état de santé et des facteurs de risque associés, de l'âge et du sexe, du mode de couverture sociale, de l'activité et du milieu social. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement.

Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi A., Mizrahi A. (1998). Santé, soins et protection sociale en 1996. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (1) : -6p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes01.pdf>

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le Credes effectue chaque année une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 1996, 4 244 ménages, soit environ 12 000 personnes ont été enquêtées. Dans ce rapport sont mis en évidence l'influence sur la protection maladie et sur les consommations médicales, de l'état de santé et des facteurs de risque associés, de l'âge et du sexe, du mode de couverture sociale, de l'activité et du milieu social. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement.

Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi A., Mizrahi A. (1997). Santé, soins et protection sociale en 1996. Rapport Credes. Paris : CREDES.

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le Credes effectue chaque année une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 1996, 4 244 ménages, soit environ 12 000 personnes ont été enquêtées. Dans ce rapport sont mis en évidence l'influence sur la protection maladie et sur les consommations médicales, de l'état de santé et des facteurs de risque associés, de l'âge et du sexe, du mode de couverture sociale, de l'activité et du milieu social. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement.

Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi A., Mizrahi A. (1996). Santé, soins et protection sociale en 1995. Rapport Credes. Paris : Credes.

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le CREDES effectue chaque année une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 1995, 3 479 ménages, soit environ 10 000 personnes ont été enquêtées. Dans ce rapport sont mis en évidence l'influence sur la protection maladie et sur les consommations médicales, de l'état de santé et des facteurs de risque associés, de l'âge et du sexe, du mode de couverture sociale, de l'activité et du milieu social. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement.

Grandfils N., Le Fur.P., Mizrahi A., Mizrahi A. (1995). Santé, soins et protection sociale en 1994. Rapport Credes. Paris : Credes.

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le CREDES effectue chaque année une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 1994, 3400 ménages, soit 10 000 personnes ont été enquêtées. Dans ce rapport sont mis en évidence l'influence sur la protection maladie et sur les consommations médicales, de l'état de santé et des facteurs de risque associés, de l'âge et du sexe, du mode de couverture sociale, de l'activité et du milieu social. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement, notamment, si de trop faibles taux de remboursement les ont entraînés à renoncer à certains soins.

Mizrahi A., Mizrahi A. (1995). Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire : graphiques commentés. Rapport Credes. Paris : Credes.

Réalisé à partir des résultats de deux enquêtes : enquête "Santé et soins médicaux 1991-1992" et enquête "Santé soins protection sociale", cette note présente la variation de la consommation (débours par personne), le financement par l'assurance maladie des soins dentaires, ainsi que quelques données sur le non recours et les renoncements aux soins. Elle décrit ensuite, très succinctement, la nature des soins dentaires reçus et les appareils dentaires. Elle analyse enfin l'état de santé bucco-dentaire (dents saines, traitées, manquantes).

Bocognano A., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi A., Mizrahi A. (1994). Santé, soins et protection sociale en 1993 : enquête sur la santé et la protection sociale - France 1993. Rapport Credes. Paris : CREDES.

Quatrième rapport annuel du Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (Credes), sur l'état de santé, la consommation médicale et la protection sociale des ménages comportant au moins un assuré au Régime général de la Sécurité sociale. Ce document présente les principaux résultats de l'enquête réalisée pendant l'année 1993, "enquête Santé Protection Sociale", menée depuis 1988 en collaboration avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts). Les informations sont présentées selon les rubriques suivantes : protection sociale, morbidité de la population, séances de médecin et de dentiste, consommation de biens médicaux, biologie, taux d'hospitalisation, questions d'opinion. Des nouvelles rubriques sont analysées cette année : morbidité perçue, soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers et kinésithérapeutes), pratiques de soins non conventionnelles.

Bocognano A., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi A., Mizrahi A. (1993). Santé, soins et protection sociale en 1992. Rapport Credes. Paris : Credes.

Troisième rapport annuel du Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (Credes), sur l'état de santé, la consommation médicale et la protection sociale des ménages comportant au moins un assuré au Régime général de la Sécurité Sociale. Ce document présente les principaux résultats de l'enquête réalisée pendant l'année 1992, enquête Santé Protection Sociale, menée depuis 1988 en collaboration avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts). Les informations sont présentées selon les rubriques suivantes : protection sociale, morbidité de la population, séances de médecin et de dentiste, consommation de biens médicaux, biologie, taux d'hospitalisation, questions d'opinion.

Mizrahi A., Mizrahi A. (1993). Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins, Communication présentée au congrès de l'Association Dentaire, 24 novembre 1993. Paris, 24-11-1993. Paris : Credes

Mizrahi A., Mizrahi A. (1993). Opinions sur l'avenir de l'assurance maladie et accès aux soins. Rapport Credes. Paris : Credes.

Basé sur l'enquête Santé et Protection Sociale menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé en collaboration avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés, ce rapport analyse le module de questions sur les opinions des enquêtés relatifs à l'assurance maladie et à leur comportement de santé en fonction de l'âge, du sexe et de la politique de santé, entreprise depuis 1970 (désengagement de l'Etat et de la Sécurité

Sociale). Les données étudiées regroupent les quatre premières années d'observation 1988-1991 et sont représentatives de l'ensemble des ménages dont un assuré au moins est assuré au Régime Général d'Assurance Maladie.

Bocognano A. (1992). Evolution de la protection sociale entre 1980 et 1990. Rapport Credes. Paris : Credes.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus, pour 1980, de l'Enquête Insee -Credoc sur la Santé et les soins médicaux et, pour 1990, de l'Enquête Credes sur la Santé et la protection sociale. Ils permettent l'analyse de l'évolution de la protection maladie, en France, entre 1980 et 1990, portant sur les ménages dont, au moins un membre est assuré au Régime Général des Travailleurs salariés. Les résultats ne sont donc représentatifs que pour les professions salariées.

Etudes françaises : rapports, ouvrages, working papers

(2015). L'accès aux soins des étudiants en 2013. 8ème Enquête Nationale, Paris : EmeVia http://www.emevia.com/sites/default/files/files/DP%20Enquete%20sant%C3%A9%202013_Acc%C3%A8s%20aux%20soins.pdf

Ce dossier de presse rassemble les résultats de la huitième enquête d'EmeVia réalisée en partenariat avec l'Institut CSA, sur la santé des étudiants en France. Cette 8e édition révèle une augmentation importante du renoncement aux soins des étudiants, et plus particulièrement une baisse du recours au médecin traitant, de la consultation gynécologique. L'enquête révèle également une augmentation importante du nombre d'étudiants victimes de rejets.

(2015). L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler. Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes: 417-448, <https://www.ccomptes.fr/content/download/85050/2060720/version/1/file/20150915-rapport-securite-sociale-2015-acces-soins-menages-defavorises.pdf>

Dans son rapport annuel 2015 sur la Sécurité sociale, la Cour a constaté que la mise en place de la CMU-C et de l'ACS, respectivement en 1999 et 2004, était imposée sous l'effet du désengagement croissant de l'assurance maladie obligatoire de la prise en charge des dépenses de santé, en dehors des affections de longue durée). Ces dispositifs ont des effets seulement partiels sur l'accès aux soins des ménages défavorisés, l'extension continue de la population potentiellement bénéficiaire s'accompagnant en particulier de la persistance d'un non-recours massif. Compte tenu de l'incidence de l'extension de la population de leurs bénéficiaires potentiels sur leur soutenabilité financière, un ciblage accru de ces dispositifs apparaît devoir être envisagé.

(2015). L'évolution de la pauvreté en France : les nouvelles formes de l'aggravation. Suivi annuel des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale. Edition 2015. Paris ONPES www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Indicateurs-2015-2.pdf

L'ONPES s'engage, avec ce document, dans la publication annuelle de son tableau de bord de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Il informera ainsi périodiquement sur l'évolution de ces phénomènes et tentera de rendre compte du sens de ses évolutions. L'analyse des données disponibles montre comment la crise pèse sur la pauvreté et en complexifie la représentation. Si l'année 2012 marque l'entrée dans une nouvelle phase de croissance économique lente, la reprise s'essouffle rapidement, alors que le chômage et le sous-emploi s'élargissent. La baisse du taux de pauvreté monétaire constatée en 2012 (13,9 %) n'occulte pas l'aggravation et la persistance de l'exclusion de catégories de population en grande difficulté. À la même date, un Français sur cinq est pauvre monétairement ou en conditions de vie (résumé de l'éditeur).

(2015). Le baromètre des droits des malades 2015. Paris LH2 Opinion, Paris CISS http://www.leciss.org/sites/default/files/150304_BarometreDroitsMalades_CISS-LH2.pdf

Le Collectif Interassociatif sur la santé (Ciss) publie son baromètre LH2-CISS 2015 des droits des

malades. Il comporte cinq axes d'enquête : l'information en matière de santé en général; zoom sur Internet en matière de santé; les droits des malades et la représentation de leurs intérêts; les difficultés d'accès au crédit; le renoncement aux soins.

(2015). Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris Cour des Comptes

www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Le-fonds-de-financement-de-la-protection-complementaire-de-la-couverture-universelle-du-risque-maladie

La Cour des comptes rend public, le 3 juin 2015, un rapport sur le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, demandé par la commission des finances du Sénat en application de l'article 58-2° de la loi organique relatives aux lois de finances. L'enquête porte sur la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), créée en 1999, et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), instituée en 2004. La Cour examine l'évolution des règles d'éligibilité et du recours effectif à ces dispositifs qui visent à assurer l'accès aux soins des ménages défavorisés, le niveau de la protection qu'ils procurent, ainsi que les risques qui affectent leur gestion et leur soutenabilité financière. Elle formule douze recommandations.

(2015). Observatoire du CISS sur les droits des malades. Synthèse du rapport annuel 2014 de Santé Info Droits. Paris CISS

<http://www.leciss.org/sites/default/files/Observatoire-CISS-2014-BD.pdf>

Le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) publie un rapport présentant, au travers de l'activité de la ligne d'information juridique et sociale Santé Info droits, qui a reçu en 2014 plus de 8 500 demandes, les préoccupations et problématiques des usagers du système de santé. Le document est organisé autour de six thèmes : le droit des malades dans leurs recours au système de santé, l'accès et la prise en charge des soins, les revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladies, l'accès à l'emprunt et aux assurances, la santé et le droit du travail et les situations de handicap et de perte d'autonomie.

(2015). Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2014. Saint Denis ONZUS, ONPV

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/onzus_synthese_2014.pdf

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/onzus_rapport_2014.pdf

Le dernier rapport annuel de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS), qui devient en 2015 l'Observatoire national de la politique de la ville (ONPV) pour accompagner la réforme de la politique de la ville. Il propose une analyse détaillée de la situation en 2013 des quartiers et de leurs habitants bénéficiant des dispositifs de la politique de la ville. Ce rapport retrace une fois encore les différentes facettes des difficultés rencontrées par les quartiers. Certains indicateurs de mesure de la pauvreté signalent ainsi que les écarts se creusent entre les Zus et le reste du territoire, même si les Zus affichent des profils très contrastés. Sur le front de l'emploi, si le taux de chômage semble se stabiliser en Zus en 2013, il reste à un niveau élevé, à plus de 23% de la population active. Les difficultés d'accès à l'emploi frappent prioritairement les jeunes, les immigrés et les personnes d'un faible niveau d'études. Néanmoins, une étude développée dans le rapport montre que même le fait d'être diplômé n'a pas été suffisamment protecteur vis-à-vis de la crise économique pour les résidents des Zus. Enfin, l'état de santé des adultes résidant en Zus continue d'être préoccupant, avec un renoncement aux soins plus élevé et un recours moins fréquent aux médecins spécialistes. Des premières données disponibles sur les nouveaux quartiers prioritaires semblent indiquer qu'ils seraient, sur différents points, encore plus en difficultés que les zones urbaines sensibles. Ce constat méritera d'être étoffé au fur à mesure que l'appareil statistique se mettra en marche pour dresser l'analyse de ces nouveaux territoires, tâche qui sera confiée au nouvel observatoire national de la politique de la ville. L'année 2015 s'ouvre ainsi sur un nouveau défi : apporter rapidement un éclairage aussi riche, fourni et étayé sur la situation des nouveaux quartiers que celui que l'Onzus a porté au cours des dernières années sur les zones urbaines sensibles.

(2015). Rapport d'activité 2014 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/rapports_activite.php

Ce rapport présente l'évolution contrastée des bénéficiaires selon les dispositifs. 2014 a été une année de hausse importante du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et, dans une moindre mesure, de l'ACS, malgré la persistance d'un niveau de non-recours significatif. Il constate également la croissance modérée des dépenses.

Cohen, L. (2015). Proposition de loi de Mme Laurence COHEN et plusieurs de ses collègues, visant à supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires. Paris Sénat: 32.
<http://www.senat.fr/rap/l14-320/l14-3201.pdf>

Le système de santé français repose sur deux piliers : permettre l'accès de tous aux soins et asseoir le financement sur la solidarité entre bien portants et malades. Or l'une des limites à l'accès aux soins est leur coût. Particulièrement visible pour l'appareillage optique ou les soins dentaires, pour lesquels le taux de prise en charge par l'assurance maladie est faible, elle existe également, sous forme de renoncement ou de retard, pour les soins courants. Préserver l'équilibre financier de la sécurité sociale constitue un objectif de valeur constitutionnelle et il importe donc de trouver des ressources correspondant aux besoins de soins. Ce rapport présente les propositions des membres du groupe communiste, républicain et citoyen, préconise une prise en charge intégrale des dépenses de santé par la sécurité sociale. Ils sont donc défavorables à un reste à charge par les malades, même couverts par l'assurance privée. Plusieurs dispositifs existent en effet tendant à faire payer les soins aux personnes auxquelles ils sont prescrits : le ticket modérateur, le forfait hospitalier (1983) et, plus récemment, une participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations médicales (2004) et les franchises médicales (2008). Il apparaît particulièrement urgent aux auteurs de la proposition de loi de supprimer les deux derniers dispositifs mis en place pour faire financer les soins directement par les usagers.

Padieu, Y., et al. (2015). L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins. In : *France, portrait social. Edition 2015*, Paris : Insee: 25-36.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC15b_EC2_sante.pdf

Depuis les Trente Glorieuses, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut avait tendance à progresser dans la plupart des pays européens. Toutefois, dans le courant des années 2000, celle-ci s'est quasiment stabilisée dans des pays comme l'Allemagne puis la France. Cette évolution s'est faite sans à-coup majeur grâce au renforcement de la maîtrise de la dépense d'assurance maladie. En revanche, suite à la crise débutée en 2008, les dépenses de santé par habitant ont ralenti, voire diminué, et ce bien plus fortement dans les pays du sud et du nord-ouest de l'Europe, comme la Grèce, le Portugal ou l'Irlande et, dans une moindre mesure, l'Espagne, l'Italie ou le Royaume-Uni. Il est difficile de distinguer l'effet intrinsèque de la crise des conséquences des politiques structurelles de maîtrise de la dépense de santé. Néanmoins, les actions entreprises telles que les coupes budgétaires, la réduction du coût des soins ou bien l'augmentation des franchises, ont contribué à ce retournement de tendance, qui a été particulièrement visible sur le poste médicament. Les difficultés économiques ainsi que les mesures de redressement ont contribué dans certains pays à limiter l'accès aux soins, en raison notamment de l'augmentation du reste à charge des ménages. Une hausse importante du renoncement déclaré pour certains types de soins a de fait été observée dans certains pays durement touchés par la crise comme la Grèce, le Portugal, l'Espagne ou l'Irlande. Si l'espérance de vie n'a diminué dans aucun des pays observés, il n'en va pas toujours de même pour l'espérance de vie en bonne santé : même si le lien de causalité avec la réduction des dépenses de santé n'est à ce stade pas établi, celle-ci a reculé en Grèce et en Italie (résumé d'auteur).

Raynaud, J. and A. p. Bailly (2015). Inégalités d'accès aux soins : acteurs de santé et territoires, Paris : BFMF ; Paris : Economica

L'accès aux soins est devenu l'une des priorités majeures des Français. Souvent étudié à travers la distance géographique ou les difficultés financières, ce concept relève pourtant de multiples dimensions. La prise en compte des perceptions des acteurs de santé est essentielle pour que les décisions politiques soient en adéquation avec le vécu des acteurs. Ainsi, l'ouvrage présente les concepts et les outils nécessaires pour analyser les perceptions des patients (difficultés pour obtenir une consultation) et des médecins (conditions de travail et solutions pour améliorer l'accès aux soins) afin d'identifier les territoires sur lesquels l'offre de soins est insuffisante. D'autre part, le regroupement pluriprofessionnel et la télé médecine sont étudiés pour déterminer les conditions favorables pour le développement d'une offre de soins durable et de qualité sur les territoires grâce à

la coopération entre professionnels de santé. L'auteur replace ainsi la géographie au centre d'une réflexion globale et pluridisciplinaire, intégrant l'aménagement du territoire, la sociologie, l'analyse des politiques de santé et l'organisation des professionnels de santé.

Richard, J. B. (2015). Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe. Baromètre santé. St-Denis INPES
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1677.pdf>

L'Inpes a mené pour la première fois un Baromètre Santé dans les départements de l'outre-mer (DOM). Cette étude a interrogées plus de 8000 habitants de la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et l'île de la Réunion d'avril à novembre 2014 sur de nombreux thèmes. Les résultats de l'enquête sont rassemblés sous forme de graphiques commentés dans cette synthèse de 32 pages. Ils sont détaillés selon le département d'outre-mer (DOM), la classe d'âge et le sexe et mis en vis-à-vis avec les résultats pour la métropole. Les sujets traités concernent la santé perçue, le sentiment d'information, le recours aux soins, le renoncement aux soins, le handicap, les dépistages de cancers, la vaccination, la santé mentale, les problèmes de sommeil, la consommation de tabac et l'usage de la cigarette électronique, la consommation d'alcool, celle de drogues illicites, la corpulence, l'activité physique dont l'aptitude à nager, la survenue des accidents, les chutes, le port du casque, le premier rapport sexuel et les pratiques contraceptives. Ces données permettront d'aider les professionnels de santé publique à affiner leur stratégie et à renforcer les actions déjà menées.

Voynet, D. (2015). Restructuration de la filière visuelle. Rapport IGAS ; Igas 2015-008R. Paris IGAS: 80.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000640-restructuration-de-la-filiere-visuelle>

La filière de santé visuelle est confrontée à d'importants problèmes structurels, liés à la baisse du nombre d'ophtalmologistes, à l'accroissement et au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies chroniques (cataracte, rétinopathie diabétique, glaucome, DMLA) et à la transformation en profondeur d'une spécialité médico-chirurgicale où les actes techniques ont pris une place prépondérante. Elle se caractérise par d'importantes difficultés d'accès (délais d'attente, fréquence et importance des dépassements d'honoraires), par l'importance des besoins mal ou non couverts (prise en charge des urgences, dépistage des pathologies chez l'enfant, suivi des pathologies chroniques) et par une coordination mal structurée entre les différents professionnels qui la composent.

Warin, P., et al. (2015). La lutte contre le non-recours au local. Enquête par questionnaires auprès des CCAS et des Conseils généraux. Etudes; 55. Grenoble ODENORE: 82.
https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_etape_1_l-nr-l_mars_2015-ss_q.pdf

Le non-recours aux prestations sociales est un facteur de fragilisation des populations les plus modestes. Alors que la part des transferts sociaux (dont les retraites) représente près du tiers du revenu moyen des ménages, ne pas bénéficier en partie ou en totalité des aides sociales légales ou des aides sociales facultatives vulnérabilise sinon appauvrit de nombreux ménages. Ce « manque à percevoir » les prive plus ou moins durablement de ressources financières. Dans ces conditions, l'action contre le non-recours devient un objectif essentiel de préservation de la cohésion sociale, notamment pour les collectivités locales qui sont au plus près de la vie quotidienne des populations. Le Plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, présenté le 21 janvier 2013, a introduit cet objectif d'action. Les acteurs des politiques sociales et de la protection sociale sont mobilisés. Outre les organismes sociaux dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion signées avec l'Etat, les collectivités territoriales – communes et départements – sont également appelées à agir. La présente recherche a pour objectif d'apporter des premiers éléments sur l'action, au local, contre le non-recours. Elle a un objectif de pré-inventaire des actions qui sont entreprises alors que le Plan gouvernement vient d'être lancé. Cet objectif n'est pas celui d'une évaluation ; il s'agit plutôt d'une radioscopie à l'échelle nationale de la mobilisation des territoires (tiré de l'intro).

(2014). "Accès aux soins et à la santé : l'action des CCAS." Paris : Unccas
<http://www.unccas.org/IMG/pdf/docart2.pdf?10/6d5bf5fcb989857e37b9b91b3ecd89be0d4207d0>

Ce document livre les résultats de la dernière enquête de l'Union Nationale des Centres Communaux

d'Action Sociale, Il détaille notamment les aides financières pour l'accès aux soins ou à la santé octroyées par les CCAS, ainsi que les actions spécifiques et partenariats mis en place autour de l'accès aux soins par ces derniers.

(2014). L'accès aux soins dans les trois fonctions publiques, Paris : Groupe Moniteur.
<http://docplayer.fr/622317-L-acces-aux-soins-dans-les-trois-fonctions-publiques-fevrier-2014.html>

Cette étude menée conjointement par le Groupe Moniteur et le Groupe Intériale analyse le recours aux soins des fonctionnaires de trois services publiques. Si 98 % des fonctionnaires sont couverts par une mutuelle complémentaire, près de 41 % d'entre eux ont renoncé à des soins ou à des consultations médicales ces douze derniers mois, dont près de la moitié pour des raisons financières. Parmi eux, 40% y ont renoncé au moins 3 fois. Soins optiques, soins dentaires et soins de spécialistes sont les postes les plus touchés.

(2014). Principaux enseignements de l'observatoire jalma IFOP 2014 sur l'accès aux soins, 18 novembre 2014, Paris : Jalma

http://media.rtl.fr/online/binary/2014/1118/7775406350_les-delais-pour-un-rendez-vous-medical-s-allongent-encore-l-etude-ifop-pour-jalma.pdf?ts=1416306936491

Dans ce dossier de presse, l'institut Jalma, leader du conseil auprès des acteurs de santé en France, rend public les résultats de son Observatoire de l'accès aux soins 2014, réalisé en partenariat avec l'IFOP. Selon l'Observatoire, dont les principales données ont déjà été présentées en novembre 2014 (voir lettre 628), 70 % des Français ont déjà renoncé aux soins en 2014. 67 % d'entre eux déclarent que c'était en raison des délais avant d'obtenir un rendez-vous (la proportion était de 58 % en 2011) contre 46 % seulement en raison du coût de la consultation et 32 % du fait de son éloignement géographique. En moyenne, un patient doit attendre 51 jours pour espérer obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. Ce renoncement à consulter un médecin spécialiste est paradoxalement plus élevé dans des régions où l'attente est plus courte qu'ailleurs, comme en Ile-de-France. Alors, "réflexe d'enfants gâtés ?", "impact additionnel des dépassements d'honoraires, qui sont sensiblement plus élevés qu'ailleurs ?" se demandent les auteurs de ce travail. Deux questions auxquelles ils vont tenter de répondre dans l'Observatoire 2015 qui sortira en novembre prochain. L'Observatoire complet n'est toujours pas disponible sur le site de Jalma ni sur celui de l'Ifop.

(2014). Rapport d'activité 2013 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris Fonds CMU
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2013.pdf

Comme chaque année, le fonds CMU présente son rapport d'activité. Il reprend les données qualitatives et quantitatives de l'année 2013 relatives notamment aux effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de la CMU de base. La réforme des modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la CMU-C, prévue par la LFSS pour 2013 qui concerne l'ensemble des caisses de sécurité sociale et les organismes complémentaires a engendré une charge de travail conséquente pour le Fonds CMU. Pour permettre sa mise en œuvre de nombreux travaux ont été menés : refonte des conventions financières avec les régimes obligatoires d'assurance maladie, refonte du plan de contrôle du Fonds CMU, création de nouveaux outils/tableaux de bord pour suivre les dépenses de CMU-C des organismes complémentaires... Sur le deuxième semestre 2013, l'élaboration du VIème rapport d'évaluation de la loi CMU, qui sera rendu public prochainement, a fortement mobilisé le Fonds. Enfin, de nombreuses études ont été menées en collaboration avec des caisses d'assurance maladie, l'EN3S, l'UNCCAS, des CCAS, des chercheurs et de nouveaux partenariats ont été initiés notamment avec le Défenseur des droits. Ces études essentielles permettent au Fonds CMU de constituer une véritable force de propositions pour accompagner nos concitoyens les plus défavorisés vers les soins et la santé

(2014). Sixième rapport d'évaluation de la Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une création d'une couverture maladie universelle. Paris Fonds CMU: 205 , tabl., annexes.
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Evaluation_VI.pdf

Ce rapport, rédigé par le Fonds CMU à la fin de l'année dernière, vient d'être transmis au Parlement. Il dresse un bilan des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, et plus globalement de l'accès à la

complémentaire santé qui reste plus que jamais indispensable à l'égard des personnes en situation de pauvreté dans un contexte de crise économique qui perdure. Un des principaux problèmes qui demeure est celui du non recours aux dispositifs. Alors qu'une grande majorité des éligibles à la CMU-C exerce son droit à ce dispositif, le nombre de personnes qui se voient délivrer une attestation de droits à l'ACS reste largement inférieur au nombre d'éligibles. Les causes du non recours sont multiples. La méconnaissance des dispositifs reste l'une des principales raisons avancées. Les efforts accomplis par tous les partenaires en termes de communication doivent se poursuivre. Par ailleurs, les réflexions en cours sur la complexité des démarches doivent conduire à des propositions concrètes afin de simplifier pour l'utilisateur l'accès aux dispositifs (simplification du dossier de demande, attributions automatiques, développement des échanges dématérialisés ...). Enfin, le rapport d'évaluation aborde longuement la procédure en cours de mise en concurrence des contrats ACS et reprend les principales questions qui se posent, notamment à l'égard des personnes déjà présentes dans le dispositif.

Beltzer, N. (2014). Le recours aux soins des femmes en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête ESPS 2008-2010. Paris ORSIF
<http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2014/RecoursAuxSoinsFemmes.pdf>

Ce rapport présente un panorama des Franciliennes en termes de couverture sociale et de recours aux soins. Cet état des lieux repose essentiellement sur l'exploitation régionale, des deux vagues 2008 et 2010, de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée régulièrement par l'IRDES.

Chauvin, P., et al. (2014). L'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en crise sociale. Le cas des femmes enceintes et des enfants. Paris MDM
<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/A-l-international/Rapport-sur-l-acces-aux-soins-des-plus-precaires-dans-une-Europe-en-crise>

Dans ce rapport, le réseau international de Médecins du Monde présente les chiffres clés des données 2013 recueillies au cours de 29 400 consultations dans quelques-uns de ses centres d'accès aux soins (dans 25 villes de huit pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse) : 2/3 des femmes enceintes n'ont pas eu accès aux soins prénataux avant de consulter dans les centres de MdM. Parmi celles qui avaient accès aux soins prénataux, 43 % avaient été suivies trop tardivement. Seul un mineur sur deux, au mieux, est vacciné contre le tétanos, l'hépatite B, la rougeole ou la coqueluche. Dans certains pays, ce taux est inférieur à 30 %, ce qui est bien en-deçà des taux de couverture vaccinale de la population générale, qui se situent autour de 90 %. Seules 2% des personnes citent la santé personnelle comme motif de migration, réfutant ainsi l'idée reçue que les mécanismes de protection sociale représentent un facteur d'attraction pour les migrants. 76 % des personnes interrogées ont rapporté avoir vécu au moins une expérience de violence. Près de 20 % des violences ont été subies en Europe.

2014. Les causes du non-renouvellement de l'ACS. Paris Fonds Cmu
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2014_EN3S_Causes_non_renouvellement_ACS.pdf

Cette étude a été réalisée, en collaboration avec la direction de la sécurité sociale, par un groupe d'étudiants de la 52ème promotion de l'EN3S et la CPAM du Gard. L'objectif poursuivi était d'analyser les motifs de non renouvellement de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et de proposer des actions visant à réduire ce phénomène.

Beltzer, N. (2014). Le recours aux soins des femmes en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête ESPS 2008-2010. Paris ORSIF: 120 , tabl., graph.
<http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2014/RecoursAuxSoinsFemmes.pdf>

Ce rapport présente un panorama des Franciliennes en termes de couverture sociale et de recours aux soins. Cet état des lieux repose essentiellement sur l'exploitation régionale, des deux vagues 2008 et 2010, de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée régulièrement par l'IRDES.

Menard, C., et al. (2014). Consommation de soins et prévention. In : *Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010*, St-Denis : INPES: 120-139, tabl., fig.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1549.pdf>

Ce chapitre du Baromètre santé 2010 aborde la consommation de soins des 55-85 ans, avec une attention portée sur les personnes déclarant avoir une maladie chronique, en lien avec des mesures de prévention (résumé de l'éditeur).

Bouba-Olga, O. and M. Vige (2014). Le renoncement aux soins : une analyse empirique à partir de la base SHARE, Poitiers : CRIEF
http://asrdfs2014.org/asrdfs2014_com/voitextefinal/auteur/textedef/120.pdf

Cet article propose une analyse empirique du renoncement aux soins à partir d'une base de données originale, jamais utilisée sur ce sujet, l'enquête européenne SHARE. Dans le prolongement de travaux réalisés sur des échantillons plus réduits, il montre que, à côté des contraintes financières, les caractéristiques sociales et les comportements à risque influent fortement sur le renoncement aux soins. Le cumul des déterminants sociaux et des conduites addictives est également très influant. Cette étude observe enfin des différences significatives, notamment entre pays d'Europe du Nord et du Sud, ainsi que pour certains pays de l'Est.

Campbell, D. J. T., et al. (2014). "Obstacles financiers à l'obtention de soins déclarés chez les patients atteints de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire." *Rapports Sur La Santé* **25**(5): 13 , tabl., fig.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014005/article/14005-fra.pdf>

Fondée sur les résultats d'une enquête représentative de la population réalisée dans les quatre provinces de l'Ouest, cette étude a évalué associations entre les obstacles financiers autodéclarés, d'une part, et la prise de statines, la probabilité de cesser de prendre les médicaments prescrits et les visites au service d'urgence ou les hospitalisations, d'autre part.

Warin, P., et al. (2014). L'absence de complémentaire santé chez les étudiants. Paris Fonds Cmu
<http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Absence%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20chez%20les%20%C3%A9tudiants%20-%20ODENORE%20-%20Ao%C3%BB%202014.pdf>

Réalisée à la demande du Fonds CMU, cette étude d'ODENORE vise à mieux connaître le nombre, la situation et le parcours des étudiants sans complémentaire santé qui pourraient remplir, à titre individuel, les conditions cumulatives d'autonomie financière, géographique et fiscale ouvrant droit à la CMU-C ou à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (A.C.S.).

Vaugrenard Y. (2014). Rapport d'information sur comment enrayer le cycle de la pauvreté ? Osons la fraternité ! Paris : Sénat.
<http://www.senat.fr/rap/r13-388/r13-3881.pdf>

Ce rapport s'articule autour de quatre grandes parties. La première sera consacrée à expliciter le choix d'entreprendre une démarche prospective sur le thème de la pauvreté. La deuxième s'appuiera sur un état des lieux de la pauvreté en France et ailleurs dans le monde pour démontrer l'impérieuse nécessité d'une prise de conscience collective. La troisième détaillera les failles constatées à tel ou tel niveau pour mettre en avant le refus de la fatalité et l'importance du principe de confiance. La quatrième s'attachera à répertorier toutes les initiatives susceptibles de revivifier le vivre-ensemble et la fraternité.

Lafore, R., et al. (2014). "Actualités de l'accès aux droits : dossier." *Regards*(46): 9-207.
<http://en3s.fr/portail-documentaire/publications-de-l-en3s>

Le non recours aux droits représente une véritable interpellation pour notre société toute entière et notamment pour les services publics chargés de mettre en œuvre les droits sociaux. Comment se fait-il qu'alors même que des besoins sont criants, certains, souvent au cœur de la cible qui a justifié la création de ce droit, n'en bénéficient pas ? Le droit est-il mal conçu ? Mal expliqué ? Trop complexe ? Le lien entre le service public et certains de nos concitoyens s'est-il distendu à ce point de défiance ou d'isolement que même des mesures positives, susceptibles d'aider, ne suscitent pas l'intérêt ? Quelles sont les véritables raisons de cette montée en puissance de questionnement sur l'accès aux droits ? Quelles sont les solutions ébauchées ou en cours de réalisation ? Tel est l'objet de ce numéro de Regards qui bénéficie de contributions extrêmement variées et visant à explorer les différents aspects du sujet : de la définition même du concept d'accès aux droits jusqu'aux réponses en cours

d'élaboration dans l'institution, en passant par les regards extérieurs d'universitaires et de professionnels sans oublier la Direction de la sécurité sociale et les élèves de l'EN3S. Deux éclairages très intéressants « venus d'ailleurs » sont proposés sur le groupe La Poste, et sur la situation américaine (« Obamacare »). Jean-Paul Delevoye, Président du Conseil économique, social et environnemental, a également accepté d'être notre grand témoin sur ce thème de l'accès aux droits, reliant ce sujet à un diagnostic sans fard des malaises de notre société (d'après l'introduction).

Revil, H. (2014). "Le non-recours aux soins de santé." 1-9.
http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20140506_non-recours.pdf

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

(2013). Penser l'assistance : 8e rapport de l'Onpes : Paris : Onpes
http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Penser_l_assistance_web.pdf

Ce huitième rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) porte sur la thématique de l'assistance. Les dépenses d'assistance, terme utilisé dans le milieu des années 1950, avant que ne prévalent les termes d'aide sociale et/ou d'action sociale, doivent être considérées comme des "investissements sociaux", estime l'observatoire, dans la lignée des recommandations de la Commission européenne. "Une réalité qui s'impose lorsque l'on considère l'effet à long terme sur les finances publiques des coûts du mal-logement, d'une prévention insuffisante en matière de santé, de l'échec scolaire et du chômage de longue durée". Le rapport conteste des "idées reçues" selon lesquelles les bénéficiaires de minima sociaux s'installeraient délibérément dans la dépendance. "Les situations d'abus existent, on ne peut le nier", reconnaît ce rapport, mais il estime, au vu de diverses données, que "prévaut dans les populations précaires et/ou aidées une immense aspiration à s'en sortir". En témoigne l'ampleur des « non-recours », ces personnes qui ne réclament pas les aides auxquelles elles auraient droit, en partie par crainte d'être stigmatisées. Deux tiers des allocataires potentiels du RSA activité ne font pas valoir leurs droits, comme 68 % des ménages éligibles aux tarifs sociaux du gaz et de l'électricité, ou encore et 53 à 67% des personnes éligibles à l'aide à l'ACS. "Pour une prestation donnée, le non-recours engendre des non-dépenses bien supérieures au montant estimé de la fraude pour ces mêmes prestations", rappelle le rapport. L'organisme d'observation sociale suggère plusieurs pistes de travail comme automatiser davantage notre système de versement de droits, afin d'éviter le sentiment de stigmatisation éprouvé par les allocataires, repenser et revaloriser le travail social pour mieux accompagner les bénéficiaires vers l'autonomie, et mieux évaluer les effets des politiques de solidarité pour en améliorer l'efficacité et la compréhension par les citoyens.

(2013). L'accès aux soins des étudiants en 2013. 8ème enquête nationale : Paris : Emevia

EmeVia publie, en partenariat avec l'Institut CSA, son enquête de référence sur la santé des étudiants en France. Cette 8e édition révèle une augmentation importante du renoncement aux soins des étudiants, et plus particulièrement une baisse du recours au médecin traitant, de la consultation gynécologique. L'enquête révèle également une augmentation importante du nombre d'étudiants victimes de rejets. Depuis 1999, emeVia publie tous les deux ans une enquête santé réalisée auprès d'un échantillon de 50 000 étudiants. L'objectif de ces enquêtes est de mieux connaître l'état de santé des étudiants et notamment de leur accès aux soins.

Chauvin P., Simonot N. (2013). Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries : Final report on social and medical data collected in 2012 : Paris : MDM.
<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00809395/document>

Ce rapport final faisant suite à un rapport intermédiaire analyse les effets de la crise et des coupes budgétaires sur l'accès aux soins des plus précaires. Constatant une montée de la xénophobie, Médecins du Monde souligne l'accroissement des difficultés rencontrées par les migrants pauvres, parfois pris comme bouc émissaire de la situation. Sur les problématiques d'accès aux soins, les indicateurs apportés par les centres de Médecins du Monde sont accablants : 26% des patients reçus se trouvent en très mauvais état de santé général ; 80% des patients reçus doivent payer, malgré leur précarité, la totalité de leurs frais médicaux ; 59% des femmes enceintes n'ont pas accès aux soins

prénataux. Dans ce contexte d'aggravation des difficultés d'accès aux soins, Médecins du Monde revendique le droit de dispenser des soins de santé à l'ensemble des patients, indépendamment de leur statut administratif ou de leur origine et en appelle à des systèmes nationaux de santé publique reposant sur la solidarité, l'égalité et l'équité.

Chauveaud C. (2013). Baromètre du non-recours : une première expérience : Projet UNIDAD " Université de l'accès aux droits sociaux" : Paris : Odenore

Ce rapport qualitatif final présente la démarche expérimentale des « Baromètres du non recours » qui a été développée dans le cadre du projet « Université de l'accès aux droits sociaux » (Unidad), réalisé grâce au soutien financier du programme « Université citoyenne et solidaire 2010 » de la Région Rhône-Alpes.

<http://odenore.msh-alpes.fr/documents/unidad - rapport final - apres restitution.pdf>

Ernst S. M. (2013). Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Etude quantitative et qualitative. Thèse de médecine ; Médecine générale. Marseille un Université d'Aix-Marseille

<http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20MERIAUX%20ERNST.pdf>

En tant que jeunes professionnels nous avons été marqués par notre incompétence à prendre en charge de patients socialement vulnérables, et par les préjugés partagés par certains professionnels de santé sur les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC). Ces difficultés rencontrées dans la pratique et ces représentations sont-elles la conséquence d'une méconnaissance des inégalités sociales de santé ? Pour répondre à cette question nous avons conduit en binôme une enquête, comportant deux volets. Le premier est une étude quantitative par questionnaire réalisée en mars 2012 auprès de 250 internes en médecine générale de Marseille, et le second est une enquête qualitative par entretiens semi-directif individuels réalisée auprès de dix internes. Ce travail nous a permis de faire un état des lieux approfondi des connaissances et représentations des futurs médecins généralistes vis-à-vis des patients en situation de précarité, des dispositifs d'accès aux soins et, plus globalement, des inégalités sociales de santé. L'objectif final de cette étude était d'identifier les besoins concrets de formation des internes sur ces problématiques.

Hamel C., Moisy M. (2013). Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé : Paris : Ined

<https://www.ined.fr/fr/publications/document-travail/immigres-descendants-sante/>

Basée sur les données de l'enquête « Trajectoires et Origines, enquête sur la diversité des populations en France » (TeO), ce rapport est structuré en trois grandes parties qui abordent le rapport des immigrés et des natifs d'un DOM à leur santé et au système de soins avant de s'intéresser à la santé des enfants d'immigrés, nés en France et devenus aujourd'hui adultes. La première partie propose de décrire et d'analyser la perception que les hommes et les femmes enquêtés ont de leur état de santé en fonction de leur origine, de leur âge et de leurs conditions de vie actuelles et passées, mais aussi selon leur âge à l'arrivée sur le territoire métropolitain et la durée de résidence en France. La deuxième partie explore ce qu'il en est du non recours et du renoncement aux soins, particulièrement pour les immigrés qui déclarent un besoin de soins, soit parce qu'ils se sont déclarés en mauvaise santé, soit parce qu'ils évoquent des limitations fonctionnelles et nous examinons ces résultats au regard de leur couverture médicale et en les mettant en perspective avec la déclaration d'un traitement différencié en raison de l'origine par le personnel médical. Dans la dernière partie, il s'agit d'observer si parmi les personnes ayant grandi en France, les filles et fils d'immigrés ainsi que les enfants des descendants des DOM ont un rapport à leur santé et au système de soins comparable à celui des enquêtés de la population majoritaire ou si des différences persistent malgré une socialisation en France et une familiarisation avec le corps médical et les messages de prévention depuis le plus jeune âge.

Sirugue C. (2013). Réforme des dispositifs de soutien aux revenus d'activité modestes : Paris : Premier Ministre

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000431/>

Ce rapport propose de remplacer dès 2014 le RSA activité et la Prime pour l'emploi par une "prime d'activité" unique destinée aux travailleurs pauvres. Un choix radical, fondé sur le constat que les deux dispositifs, qui ensemble coûtent 4 milliards d'euros, ont trop de défauts pour être réformés. La PPE, dont bénéficient 6,3 millions de foyers fiscaux, pêche par saupoudrage et ne profite pas uniquement aux travailleurs les plus modestes. Elle n'incite pas à la reprise d'emploi, ce qui était pourtant un des objets de sa création en 2001 avant qu'elle ne mue en aide à la consommation. Ce dispositif, mal calibré, coûtera 2,5 milliards en 2013. Une facture qui diminue chaque année en raison du gel du barème depuis 2008. Le RSA activité, accordé aux ménages qui travaillent, est quant à lui incitatif. Ne bénéficiant qu'à 700 000 foyers, il ne fait pas le plein notamment à cause de la complexité des obligations déclaratives : 68 % de ces bénéficiaires potentiels ne le demandent pas. La "prime d'activité", remplaçant les deux prestations, serait versée chaque mois à 7,3 millions de foyers. Son montant maximum serait de 215 euros par mois et atteindrait 80 euros au niveau du Smic. Elle serait plus simple à obtenir que le RSA. Le rapport estime qu'elle ne coûterait pas plus cher que la PPE et le RSA activité réunis, soit 4 milliards. Il préconise de maintenir la gestion de cette nouvelle prestation par les CAF et les MSA - comme c'est aujourd'hui le cas pour le RSA -, au détail près que le nombre de dossiers suivis serait multiplié par dix. Enfin, il n'exclut pas, à moyen ou long terme, un basculement de la gestion sur Pôle emploi. Si la "prime d'activité" bénéficierait en particulier à 300 000 jeunes de 18 à 24 ans qui ne peuvent pas prétendre au RSA, elle ferait des perdants du côté des familles monoparentales et mono-actives. Le rapport préconise donc d'accorder des compensations à ces foyers avec une rallonge budgétaire. L'exécutif estime qu'un travail complémentaire doit être fait.

(2013). La santé oculaire des Français : deuxième enquête de l'Observatoire de la vue : Paris : Krys
[http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/rapport_ipsos-krys -
la_sante_oculaire_des_francais_-_septembre_2013_0.pdf](http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/rapport_ipsos-krys_la_sante_oculaire_des_francais_-_septembre_2013_0.pdf)

A la demande du groupe d'opticiens Krys, Ipsos a réalisé une deuxième enquête pour sonder la santé oculaire des Français. Selon cette étude, un tiers de Français auraient espacé leurs visites chez le spécialiste, tandis que 66 % retarderaient de plus en plus le moment de changer de lunettes. Le marathon pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue et le coût jugé élevé des lunettes conduit à cette situation préjudiciable pour la vue des Français. Alarmistes, les ophtalmologues français interrogés estiment aussi qu'environ 12 % des patients courent ainsi le risque de s'exposer à "des pathologies graves" en raison d'un suivi insuffisant de leur santé oculaire. Pire, la majorité d'entre eux (58 %) considère que la qualité du suivi oculaire des Français va se détériorer dans les années à venir. Comme en Allemagne et en Grande-Bretagne, l'ophtalmologue est le professionnel de santé le moins fréquemment consulté en France : seulement 29 % des personnes interrogées déclarent voir ce spécialiste une fois par an, tandis que 60 % voient au moins un dentiste et 89 % un médecin généraliste. Les Français renouvellent leurs verres de vue tous les 3,2 ans, contre 2,5 ans en Grande-Bretagne, et sont de plus en plus nombreux à se renseigner pour savoir quelle sera la prise en charge avant d'acheter leurs lunettes (65 % des sondés). Le déremboursement par l'Assurance maladie des lunettes de vue est massivement rejeté par l'opinion (91 % des Français). Pour eux, même si les niveaux de remboursement sont faibles, les équipements de vue sont un sujet de santé publique majeur dont la Sécurité sociale ne peut se désengager. Le prix des lunettes en France est en moyenne 50 % plus cher qu'en Allemagne ou d'autres pays d'Europe, et pourtant la France est le pays où les magasins d'optique sont les plus nombreux. Pourquoi cette offre abondante n'a-t-elle pas favorisé la concurrence ? [Car] pour amortir le coût de l'ouverture de tous ces magasins, les enseignes augmentent leurs prix. Comment remédier à cette situation ? La solution passe aujourd'hui par le conventionnement pour permettre aux Français en difficulté de s'acheter une paire de lunettes de qualité au juste prix. Si dans le principe, les réseaux de soins sont admis par les Français porteurs de lunettes à 59 %, seuls 14 % les ont achetées chez un opticien agréé par leur mutuelle.

(2013). Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2013 : Paris : HCAAM.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2013.pdf
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2013_annexes.pdf

Ce rapport annuel de l'année 2013 du HCAAM vient de sortir. Il comporte des études inédites : deux d'entre elles portent sur l'origine des restes à charges les plus élevés des ménages ; un exercice de projection à long terme des dépenses de santé et des voies du retour à l'équilibre. Figurent également dans ce rapport l'avis et l'analyse du HCAAM sur la généralisation de la complémentaire en santé.

(2013). Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2013 : La Plaine Saint Denis : ONZUS, Paris : Comité interministériel des villes.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000865/0000.pdf>

Conformément à la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1er août 2003, l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) propose, dans son rapport 2013, un panorama de la situation des quartiers (emploi, santé, éducation, sécurité, discriminations) qui bénéficient des dispositifs de la politique de la ville. Dans la partie thématique de son rapport, l'Observatoire s'intéresse notamment à l'environnement familial des jeunes de 16 à 25 ans dans les Zus, aux difficultés face à l'écrit et à l'illettrisme en Zus ou encore le climat scolaire perçu par les collégiens des Zus. Il fait par ailleurs le point sur la mise en oeuvre de la politique de la ville : état d'avancement du programme national de rénovation urbaine (PNRU), intercommunalité et politique de la ville, dotation de solidarité urbaine et de cohésion sociale (DSU) en 2013, etc.

(2013). Rapport d'activité 2012 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU.
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2012.pdf

Comme chaque année, le fonds CMU présente son rapport d'activité. Au sommaire : L'accès aux soins des populations précaires dans un contexte de crise économique qui perdure : les dépenses restent contenues malgré un contexte économique peu favorable ; Les comptes du Fonds CMU ; Les activités du Fonds CMU ; Les missions du fonds CMU ; La présentation de la CMU et de l'ACS ; Les principaux textes 2012 relatifs au fonds CMU, à la CMU et à l'ACS ; Le Conseil d'administration ; Le Conseil de surveillance ; L'organigramme du fonds CMU. L'année 2012 a été principalement marquée par la hausse des effectifs de l'ACS (+ 30,8 % par rapport à 2011), la barre hautement symbolique du million de bénéficiaires d'attestations ayant été dépassée en fin d'année, par la production de plusieurs études, notamment celle sur la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C réalisée en collaboration avec l'EN3S, et par la refonte du site Internet du Fonds, qui a sans doute constitué l'une des tâches les plus lourdes de l'année.

Archimbaud A. (2013). L'accès aux soins des plus démunis : Paris : Premier Ministre
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000645/index.shtml>

Ce rapport rassemble 40 propositions pour améliorer l'accès des personnes les plus démunies en France. Parmi ces propositions, l'application des textes existants, en particulier sur les dépassements d'honoraires, la préconisation de sanctions pour ceux qui ne les respectent pas car le refus de soins est devenu un phénomène massif, l'autorisation du test appelle à une extension du choc de simplification aux procédures administratives qui concernent les personnes les plus en difficulté, à des changements dans les cultures et les pratiques professionnelles, à la limitation des effets de seuil par l'élargissement de certains droits. Elle propose aussi d'élargir le champ de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) aux bénéficiaires de l'allocation solidarité aux personnes âgées (Aspa) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de remanier profondément le système d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Elle demande que soient levés les obstacles financiers les plus lourds à l'accès aux soins et que soient renforcées les structures accueillant des précaires comme les centres de santé, maisons de santé, permanences d'accès aux soins (PASS). Pour faire des économies, elle suggère de mettre en place des dispositifs de prévention, facilement accessibles, d'aider à l'essaimage des innovations, et enfin d'améliorer la gouvernance du secteur. Les propositions ne sont malheureusement pas chiffrées, en particulier les nouveaux droits.

Blanchet N. (2013). Etude auprès d'assurés de la CPAM du Gard sollicitant une aide financière pour des soins dentaires : Grenoble : Odenore
http://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_definitif_aides_soins_dentaires_cpam_gard.pdf

En 2012, 576 assurés ont sollicité la CPAM pour obtenir une aide financière individuelle, devant leur permettre de faire face à des frais dentaires importants. Cette même année, 333 aides ont été accordées et versées à des assurés ; 62 autres ont été annulées en 2012 faute d'utilisation dans les six mois de délai imparti (il peut donc s'agir de demandes déposées et traitées en 2011). Au total, environ 395 demandeurs étaient éligibles parmi les 576, soit une estimation de 68%. Cette aide financière peut intervenir pour des frais liés à la réalisation de prothèses dentaires, de traitements orthodontiques pour des enfants ou des adultes, d'actes hors nomenclature après avis d'un dentiste

conseil. Cette aide est attribuée en fonction des ressources de l'assuré et est calculée sur la base des tarifs plafond mutualistes pratiqués. Elle est limitée à 1000 euros par an et par bénéficiaire. Cette étude vise à analyser les motifs qui conduisent certains assurés à ne pas utiliser l'aide qui leur est attribuée par la CPAM. Il s'agit de comprendre aussi ce qui peut les conduire à reporter ou annuler leurs soins dentaires et, plus globalement, à renoncer à des soins, au-delà de leur seul problème dentaire. C'est également l'occasion de mieux connaître « l'histoire » des personnes sollicitant un secours dentaire (leur trajectoire sociale, leur parcours de soins, leur relation avec la CPAM...). Enfin, ce travail doit aussi permettre d'évaluer l'efficacité de l'action de la CPAM en matière d'attribution de prestations de secours dentaires et sa capacité à accompagner les publics qui en ont le plus besoin.

(2012). Evaluation de la loi CMU - Rapport n° V novembre 2011 réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 : Paris : Fonds CMU.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//124000124/0000.pdf>

En application de l'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, le Fonds CMU a été missionné par le directeur de la sécurité sociale pour élaborer le Vème rapport d'évaluation de l'application de la loi. Le rapport présente les dernières évolutions des dispositifs de la CMU de base, de la CMU complémentaire et de l'ACS. Bien que la loi CMU demeure un facteur déterminant dans la réduction des inégalités d'accès aux soins, les populations les plus fragiles rencontrent encore des difficultés d'accès aux soins : méconnaissance des dispositifs, refus de soins, dépassements d'honoraires, restes à charge. Le rapport présente l'ensemble des éléments disponibles permettant d'analyser ces phénomènes. Par ailleurs, le rapport consacre une partie du rapport à l'analyse du coût des dispositifs et présente les évolutions relatives à la lutte contre la fraude. Partant de l'ensemble de ces constats, un certain nombre de préconisations et de pistes de travail sont présentées dont l'objectif est l'amélioration des dispositifs. Parmi elles, le rapport propose de réfléchir à une révision globale du panier de soins CMU-C, tant sur l'optique, afin de l'actualiser et de tenir compte de besoins non pris en charge au moment de la création du dispositif, que sur l'audioprothèse.

Despres C., Renaud T., Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., Dely R., Wiechert M. (2012). Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre : Paris : Fonds CMU

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf

Plusieurs tests de discrimination (testing) ont été réalisés par le fonds CMU depuis une dizaine d'années. Ils ont permis de confirmer l'existence de refus de soins de professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de le mesurer sur des territoires géographiques donnés. Cependant, les professionnels testés étaient tous installés en milieu urbain. L'objectif de cette recherche est d'analyser les obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de manière plus large les personnes dans des situations de précarité en milieu rural. Ce nouveau test de discrimination a été réalisé dans deux départements ruraux, la Nièvre et l'Orne. Il permet d'enrichir l'analyse des attitudes des praticiens à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans un environnement marqué par une faible démographie médicale. Une vingtaine d'entretiens auprès de personnes vivant en milieu rural, dans des situations de vie précaires (dont des bénéficiaires de la CMU-C) ont également été réalisés pour compléter l'analyse quantitative.

Dourgnon P., Lafortune G., Chauvin P., Despres C., Warin P., Ricci P., Gilles L., Chadelat J.F., Reynaud M., Lignot-Leloup M., Bocognano A., Deschamps C., Corty J.F., L'Herron R., Libault D. (2012). Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011. Collection Etudes et Statistiques. Paris : Drees

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/renoncement-aux-soins>

La DSS et la 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 en novembre dernier. La présentation de ces travaux a été suivie par une table ronde donnant la parole aux différents acteurs du système de soins autour d'un débat sur la question suivante : « Comment mieux garantir l'accessibilité financière aux soins ? ». Ce recueil retranscrit les différents exposés de ce

colloque ainsi que les débats qui les ont suivis.

Legros M., Bauer D., Goyaux N. (2012). Groupe de travail Santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins : Paris : Ministère chargé de la santé et des affaires sociales.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000650/0000.pdf>

Destinés à préparer la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012, les sept groupes de travail ont remis aux ministres concernés leurs préconisations pour l'élaboration du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Le groupe de travail "Santé et accès aux soins" propose de renforcer les différentes composantes du service public local afin de favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. De plus il préconise une plus grande accessibilité financière au système de soins et de santé grâce à une diminution des "restes à charge" et une extension de la couverture maladie universelle et de la CMU complémentaire.

(2012). L'accès aux droits à une couverture maladie. Mémo récapitulatif à l'usage des professionnels de santé. Paris : Odenore

http://odenore.msh-alpes.fr/documents/livret_prof_sante.pdf

Devant le phénomène préoccupant du nombre croissant de personnes n'ayant plus recours aux soins par manque de moyens ou d'informations, les associations de lutte contre la pauvreté regroupées à l'Uniopss qui travaillent sur l'accès aux soins des populations précaires ont élaboré un guide pratique à destination des professionnels qui les accompagnent. Le phénomène de non recours aux soins est très élevé en France (il touche plus de 15 % de la population). Il est dû à un reste à charge trop élevé. Mais, trop souvent, les patients ignorent leurs droits et les professionnels de santé et d'action sociale eux-mêmes ont du mal à se repérer dans la technicité de l'accès aux droits. Ce livret est destiné aux professionnels. Il a vocation à être un aide-mémoire technique afin de leur permettre de faciliter l'accès aux droits de leurs patients. Les associations et les professionnels ont un rôle important à jouer pour améliorer l'ouverture des droits. Ainsi, un plus grand nombre de personnes accéderont aux soins. Telle est l'ambition de ce guide.(tiré de l'introduction).

(2012). Rapport du Gouvernement sur la pauvreté en France : Paris : La documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000654/0000.pdf>

Ce rapport décrit l'évolution de la pauvreté en France. En 2010, le nombre des situations de pauvreté a augmenté et s'est diversifié : 14,1 % de la population vivait sous le seuil de pauvreté, contre 13,5 % en 2009. Ce sont 400 000 personnes qui sont tombées dans la pauvreté. Par ailleurs, les Français les plus modestes ne recourent pas suffisamment aux dispositifs auxquels ils ont droit. Ce phénomène de non-recours aux prestations sociales, dont l'importance a été soulignée lors de l'évaluation du RSA (le taux de non-recours au RSA activité est estimé à 68 %), se traduit par la réduction de l'efficacité des dispositifs censés aider les personnes.

(2012). L'envers de la fraude sociale : le scandale du non-recours aux droits sociaux : Paris : Editions de la Découverte

Le discours sur la « fraude sociale » a marqué le quinquennat de Nicolas Sarkozy. Prétendant sauver la protection sociale des assistés et des tricheurs, ce discours a répandu l'idée que les droits économiques et sociaux se méritent et a inoculé une suspicion à l'encontre de leurs bénéficiaires légitimes. En martelant l'idée que le système est « fraudogène », il a prétendu que les droits ne sont pas une obligation et que les prélèvements les finançant ne sont pas un devoir, à l'inverse des principes qui fondent le modèle social français. Or, pour être juste et acceptable, la lutte contre la fraude doit éviter l'amalgame et la division, et participer à une politique générale d'accès aux droits sociaux. Car si la fraude à l'ensemble des prestations sociales est estimée à 4 milliards d'euros par an, son envers, à savoir le « non-recours » à ces aides de la part des très nombreuses personnes qui y ont droit, est bien supérieur. Ainsi, chaque année, 5,7 milliards d'euros de revenu de solidarité active, 700 millions d'euros de couverture maladie universelle complémentaire, 378 millions d'euros d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, etc., ne sont pas versés à leurs destinataires. C'est ce que démontre et interroge cet ouvrage, exemples, faits et chiffres à l'appui. Pour le collectif d'auteurs réuni ici, le nouveau gouvernement doit s'occuper prioritairement du phénomène du non-

recours, car ce qui n'est pas dépensé n'est en rien une économie. Cela signifie au contraire l'appauvrissement de bon nombre de ménages et la destruction de recettes pour la collectivité (4e de couverture).

Pinte E. (2012). Pour une mise en oeuvre des droits à des moyens convenables d'existence. Analyse établie autour du concept de "reste à vivre" : Paris : CNLE.
http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_CNLE_sur_acces_aux_soins_version_finale_050711_2_3_.pdf

Ce rapport porte sur les conséquences de la pauvreté pour les ménages qui la vivent au quotidien. A partir de l'analyse de leurs ressources, de leurs dépenses contraintes et de leur "reste à vivre", le Conseil pointe l'urgence de mettre en oeuvre de manière effective le droit pour les personnes en situation de pauvreté d'accéder à des moyens convenables d'existence. Ainsi, le CNLE estime essentiel de mieux mesurer l'impact de l'évolution du coût de la vie sur les petits budgets des ménages précaires pour estimer ce que devrait être leur "revenu minimal décent". Dans ses préconisations, le groupe de travail estime nécessaire une réévaluation des minima sociaux, notamment du RSA (Revenu de solidarité active), et leur indexation sur le taux de croissance, ainsi que l'impératif d'une coordination territoriale efficiente des acteurs. Prenant en compte le contexte économique actuel difficile, il prévient par avance qu'il serait inconcevable de faire porter sur les plus faibles le poids d'un environnement contraint et de faire payer relativement plus cher à ces ménages l'accès aux services essentiels et les biens de première nécessité. Plusieurs autres axes d'amélioration majeurs sont identifiés comme devant être prioritairement et conjointement mis en oeuvre dans le secteur du logement (renforcer la régulation des loyers par l'Etat et mener une politique de prévention des expulsions), dans le domaine de la prévention (création de dispositifs d'alerte et d'intervention sociale précoce, réduction des facteurs de non-recours aux dispositifs d'action sociale en simplifiant et en clarifiant leurs modalités d'accès, ...), dans le secteur de l'énergie, de la téléphonie et des nouvelles technologies (incitation des entreprises à faire évoluer et à diversifier leur offre de produits et de services à destination des clients économiquement fragiles ou modestes).

Poncet R. (2012). Les effets de l'acquisition d'une complémentaire maladie sur la consommation médicale. Etude comparée de l'efficacité des dispositifs existants dans le département des Alpes de Haute-Provence. Etude ; 17. Grenoble : Odenore

Ce projet d'étude fait suite à un travail précédent réalisé par l'ODENORE sur les effets de l'action d'information développée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des Alpes de Haute-Provence en direction d'assurés sociaux identifiés sans complémentaire santé¹. Cette étude avait démontré l'efficacité de cette action en termes d'accès de ces assurés à des complémentaires maladie gratuites ou aidées. Au vu de ce résultat encourageant, la Caisse a souhaité prolonger la réflexion et évaluer cette fois l'efficacité de cet accès à une complémentaire santé sur la consommation de soins, c'est-à-dire le rapport coût-utilité en termes d'accroissement de consommations de soins dû une meilleure prise en charge. En effet, une chose est d'accéder à des droits, une autre est de recourir à des soins, des médicaments, des appareillages. Des variables autres que financières peuvent entrer en ligne de compte. Dans cette perspective, la présente étude a pour but d'évaluer, dans ce même département, les effets sur la consommation de soins de l'accès à une complémentaire gratuite ou aidée, d'assurés sociaux qui étaient auparavant sans complémentaire ou même sans assurance de base. Elle vise en particulier à examiner les effets de l'accès à l'un de ces dispositifs sur la consommation de soins des assurés sociaux (les « ouvrants droit ») et de leurs « ayants droit » (personnes bénéficiaires de la complémentaire attribuée à l'ouvrant droit). Elle cherche en même temps à caractériser la nature et les montants de cette consommation, partant des informations accessibles dans la base de données de l'Assurance maladie.

Revil H. (2012). Parcours d'un outil informatique de quantification et d'identification du non recours à la Couverture maladie universelle : de la mesure de l'effectivité des droits sociaux à la maîtrise du risque maladie. Etude ; 4. Paris : AFS
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/69/96/70/PDF/WP-HR-RT6-1.pdf>

Ce document revient sur le processus du non recours à la CMU en France et plus particulièrement sur le rôle joué par un outil informatique de connaissance du non recours. L'analyse porte sur la construction de cet outil par des acteurs à la fois scientifiques et administratifs, à sa diffusion vers l'ensemble du réseau de l'Assurance maladie pour intervenir sur le problème du non recours à la

CMU. Reposant sur un partage d'informations dématérialisées concernant les publics des différentes branches de Sécurité sociale, cet outil informatique a permis de " rendre visible " le non recours primaire aux dispositifs de la CMU et a amené un premier niveau de reconnaissance de la part d'acteurs qui ont longtemps nié l'existence du phénomène. En rendant possible l'identification des non recourants, l'outil a entraîné la mise en place d'actions pour augmenter les taux de couverture et a induit des transformations dans le suivi et la gestion des droits en matière de complémentaire santé.

(2012). La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. Avis et Rapports. Paris : HCSP.

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120301_santeFranceEurope.pdf

Réalisé pour la première fois par le Haut Conseil de la santé publique, ce rapport prend appui sur l'ensemble des indicateurs de santé ECHI (European Community Health Indicators), défini par la Commission européenne en vue d'établir une cohérence dans les données statistiques à l'échelle communautaire. La France affiche l'un des meilleurs taux d'espérance de vie dans l'Union européenne, mais, la mortalité par suicide est très élevée. On observa aussi que le poids de dépenses de santé dans le PIB est le plus élevé de l'Union européenne, mais le niveau de dépenses par habitant n'arrive qu'en sixième position. Voici quelques-uns des enseignements de ce rapport comparatif France-Union européenne sur l'état de santé. Le rapport met ainsi en exergue les atouts et les handicaps de la situation française en indiquant des pistes possibles d'amélioration.

(2012). Rapport d'activité 2011 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000266/index.shtml>

Ce rapport d'activité reprend les données qualitatives et quantitatives au 31 décembre 2011 relatives notamment aux effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de la CMU de base. Fin 2011, les bénéficiaires de la CMU-C (CNAMTS, RSI et MSA) représentent 5,9 % de la population de métropole et 30 % de la population des DOM. La proportion de bénéficiaires gérés par un organisme complémentaire progresse : elle est de 15,7 % en 2011, contre 15,1 % en 2010. Le rapport signale la baisse sensible du non recours à la CMU-C pour les allocataires du RSA socle qui se situe à 21,5 % à fin juin 2011, soit une baisse de 7 points en 1 an. A l'issue de l'année 2011, il est observé une hausse sensible du nombre de bénéficiaires de l'ACS (+ 20,8 %), évolution correspondant exactement à la mesure de l'impact du relèvement du plafond faite par le Fonds.

Despres C. (2011). Le renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation ? In B.Boisguerin (Ed.), *Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011* (pp. 67-79). Paris : Drees

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/renoncement-aux-soins>

Ce chapitre présente les résultats d'une étude anthropologique permettant de comprendre les différentes significations de l'expression « renoncement aux soins » telles qu'elles sont perçues par les personnes interrogées dans les enquêtes. Après une brève présentation des objectifs du volet anthropologique de la recherche et des méthodes mises en œuvre, les résultats sont présentés selon deux catégories de sens du renoncement. Cette étude montre que le renoncement- nt aux soins, qui peut survenir à tout moment d'un itinéraire thérapeutique, prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement refus.

Dourgnon P. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique. In B.Boisguerin (Ed.), *Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011* (pp. 9-19). Paris : Drees

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/renoncement-aux-soins>

Ce chapitre s'inscrit dans une approche économique du renoncement aux soins pour raison financière en France et de ses déterminants, à partir des données de l'enquête santé protection sociale (SPS). Après une description des différents types de renoncement pour raisons financières, son évolution de

2000 à 2008 et comment il est distribué selon les différents groupes sociaux, sont étudiés les déterminants du renoncement, en insistant sur les rôles de la situation sociale, de la couverture complémentaire et du prix des soins.

Dourgnon P., Despres C., Fantin R., Jusot F. (2011). Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins. In : Comptes nationaux de la santé 2010. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (161) : 85-96.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/>

En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne, en 2008, 15,4 % de la population adulte en ménage ordinaire. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires, et dans une moindre mesure l'optique et les consultations de médecin. À partir de l'enquête Santé et protection sociale de l'Irdes, qui mesure les déclarations de renoncement aux soins pour raisons financières, et recueille aussi des informations socioéconomiques, sur l'état de santé et la consommation de soins, cette étude analyse les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières.

Brajon E., Cambona C., Charron L. (2011). La rotation des bénéficiaires dans le dispositif de la CMU-C : Paris : Fonds Cmu.
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Le%20turn%20over%20au%20sein%20de%20la%20CMU-C_2012.pdf

À la demande du Fonds CMU, un groupe d'étudiants de l'EN3S a mené une étude sur le turn-over des bénéficiaires de la CMU-C auprès de la CPAM de Valence (Drôme). En effet, depuis 2006, plusieurs études (CPAM de l'Allier et de l'Eure-2008) ont été diligentées dans le double objectif de mieux appréhender la population CMU-C, en particulier sous les angles sociologique et de comportement de soins et de mieux cerner le phénomène d'entrée et de sortie de la CMU-C des bénéficiaires. La finalité était d'identifier les éventuels cas de renoncements aux soins et ainsi de réfléchir aux conditions d'une meilleure couverture sociale des populations les plus précaires.

Conseil National de Lutte contre les Exclusions. (2011). Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis. Paris : CNLE

http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_CNLE_sur_acces_aux_soins_version_finale_050711_2_3_pdf

Dans cet avis sur l'accès aux soins des plus démunis, le Conseil national de lutte contre les exclusions plaide pour une levée immédiate des restrictions de l'aide médicale d'État introduites par la loi de finances pour 2011, compte tenu des éléments du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances (Igas-Igf 2010) venant étayer les constats et observations des acteurs de terrain, professionnels de santé, travailleurs sociaux - éléments qui n'ont pas été mis à la disposition des parlementaires. Afin de simplifier l'accès aux droits pour favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire, le CNLE se prononce également pour la création d'un seul dispositif spécifique destiné aux plus démunis englobant la couverture maladie universelle (CMU) et l'AME. Un dispositif unique permet des économies de gestion, une simplification pour les personnes concernées et les professionnels de santé et une sécurisation du parcours de soins coordonné sans risque de rupture. Ce dispositif doit être ouvert à toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif. Enfin, l'avis propose une revalorisation immédiate du seuil de la CMU-C, à hauteur du seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, et des mesures pour améliorer le recours aux dispositifs (information plus large, ciblée et adaptée, reconnaissance du rôle des PASS (Permanences d'accès aux soins) dans l'établissement des droits et dans l'accompagnement vers l'accès aux soins, permanences assurées par les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie) dans les lieux qui reçoivent les personnes en situation de grande précarité).

Fonds CMU. (2011). Rapport d'activité 2010 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU ; Paris : La documentation française.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000350/0000.pdf>

Etablissement public national à caractère administratif créé par l'article 27 de la loi du 27 juillet 1999, le Fonds de financement de la CMU complémentaire a pour mission première de financer le volet complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et d'assurer la gestion de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dans son rapport d'activité présenté au titre de l'année 2010, l'établissement revient sur les effets de la crise économique sur le nombre de bénéficiaires, analyse la progression des dépenses de CMU-C et de l'ACS, et fait le point sur les comptes du fonds CMU. La dernière partie du rapport est consacrée aux activités du Fonds, liées à l'analyse de l'application des dispositifs CMU et ACS dans leurs aspects économiques, sanitaires et sociaux (participation à des recherches ou la conduite d'études, etc.).

Union Nationale des Mutuelles Etudiantes Régionales (2011). La santé des étudiants en 2011 : 7ème enquête nationale. Dossier de presse et résultats : Paris : USEM
<http://www.csa.eu/multimedia/data/etudes/etudes/etu20110314-la-sante-des-etudiants-en-2011.pdf>

L'Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (USEM) publie aujourd'hui, en partenariat avec l'institut CSA, son enquête de référence sur la santé des étudiants en France. Cette 7e édition met en évidence les impacts directs du lieu d'habitation sur les comportements de santé des 18-25 ans. Le foyer familial permettrait une plus grande proximité avec le système de soins. Les étudiants vivant en colocation sont ceux éprouvant le moins de signes de dépressivité mais sont également ceux dont la consommation de substances psychoactives est la plus préoccupante. Les étudiants vivant en résidence universitaire de leur côté souffrent d'isolement, de difficultés à gérer leur stress voire de violences.

Vigneron E. (2011). Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès : Issy les Moulineaux : Elsevier Masson

Les inégalités territoriales de santé (ITS) sont profondes dans la France d'aujourd'hui. Bien sûr, elles existaient déjà, mais elles s'aggravent notamment sous l'effet de la crise économique, qui frappe inégalement les territoires, et sous l'effet de la concentration de l'offre de soins dans certaines zones. Les ITS constituent une forme insidieuse et silencieuse des inégalités de santé. De nombreux habitants vivent en marge des centres et, donc, du dynamisme socio-économique et des revenus qu'il génère : zones rurales reculées, centres et banlieues déshérités...Au problème de l'accessibilité économique, se mêlent ceux de l'accessibilité géographique. Sur la base d'un constat très documenté, cet ouvrage, réalisé en partenariat avec Sanofi Aventis, offre de vraies révélations (comme ces coupes sur le taux de mortalité à Paris et en banlieue), de nombreuses études inédites mais aussi une trentaine de propositions d'actions concrètes.

Beauchemin C. / coord., Hamel C. / coord., Simon P / coord. (2010). Trajectoires et Origines, enquête sur la diversité des populations en France. Premiers Résultats : Paris : Ined

<http://www.ined.fr/fr/publications/grandes-enquetes/trajec-toires-et-origines/>

L'enquête TeO (Trajectoires et Origines) vise à identifier l'impact des origines sur les conditions de vie et les trajectoires sociales, tout en prenant en considération les autres caractéristiques sociodémographiques que sont le milieu social, le quartier, l'âge, la génération, le sexe, le niveau d'études. Les questions d'intégration et de discrimination occupent une place importante dans les débats publics. Mais aujourd'hui la France manque encore de statistiques nationales permettant d'étudier ces phénomènes. L'enquête TeO est conçue pour combler ces lacunes. TeO s'intéresse à toutes les populations vivant en France métropolitaine, à leurs conditions de vie actuelles et à leurs parcours. L'enquête porte cependant un intérêt particulier aux populations qui peuvent rencontrer des obstacles dans leurs trajectoires du fait de leur origine ou de leur apparence physique (immigrés, descendants d'immigrés, personnes originaires des DOM et leurs descendants).

Bur Y. (2010). Rapport sur l'avenir du régime de sécurité sociale dans les mines : Paris : Ministère chargé de la Santé.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000686.pdf>

Commandité par le ministère de la Santé et des Sports, ce rapport examine certaines spécificités du régime de sécurité sociale dans les mines. Il fait des propositions concernant la suppression de

l'article dit "2.2.b."1, la mise à disposition du personnel sous statut minier auprès d'autres structures ainsi que l'évolution de l'offre de soins dans le cadre de la prise en charge globale assurée par le régime minier à ses assurés. La mission concerne donc deux spécificités qui caractérisent le régime de sécurité sociale minier : - le principe d'une prise en charge globale à 100 % des ressortissants du régime minier au-delà du panier de soins pris en charge par le régime général, - les avantages sociaux individuels et collectifs des personnels du régime minier, liés au statut minier. L'analyse de ces spécificités ne peut être déconnectée de l'organisation même du régime minier qui intègre à la fois la fonction assurantielle et celle d'offreur de soins. En effet, une prise en charge globale de qualité ne peut se résumer à la garantie de la gratuité des soins. Elle est largement tributaire de la qualité et de la répartition territoriale de l'offre de soins. De même, l'évolution du statut des personnels du régime minier, en particulier ceux exerçant au sein des structures de santé et de soins, est liée à l'adaptation de l'offre de soins aux réalités sanitaires, démographiques et économiques. Aussi, le rapport abordera les évolutions qui paraissent s'imposer à l'offre de soins du régime minier. Celle-ci est le résultat d'une longue histoire, celle des mineurs qui, en contrepartie d'un travail pénible, dangereux et préjudiciable à leur santé, ont pu bénéficier d'une prise en charge globale de leurs besoins de santé tout au long de leur vie au sein de structures de soins et de santé qui leur étaient réservées. La mission a considéré qu'elle devait élargir ses investigations au devenir global de l'offre de soins (i.e. en prenant en compte non seulement les structures relevant des CARMI mais aussi celles relevant des associations partenaires, AHNAC et Hospitalor). Par ailleurs, la mission a intégré un développement spécifique sur la question des pharmacies (extrait du texte)

Cercle Santé. (2010). Baromètre sur les principaux débats de santé. Résultats 2010 et évolutions observées depuis 2006 : Paris : Cercle Santé.

<http://docplayer.fr/13306452-Barometre-europeen-sur-les-principaux-debats-de-sante-resultats-2010-et-evolutions-observees-depuis-2006-note-de-synthese.html>

Lancé en octobre 2006 ce baromètre annuel paneuropéen a pour objectif de mesurer et de suivre l'état de l'opinion publique sur les grands débats de santé. Cinq axes prioritaires sont développés à partir des résultats de cette cinquième vague : La qualité des systèmes de santé et leur financement : comment les citoyens évaluent-ils leurs systèmes de santé, quels types de financement privilégient-ils ?; La crise et son impact sur la santé : comment les citoyens réagissent-ils, quelles sont leurs exigences, comment évoluent leurs comportements, notamment en termes de mobilité, comment envisagent-ils l'avenir et quelle est leur appréciation de la prévention ?; Focus sur la formation et l'information- on en matière médicale : quel regard les citoyens portent-ils sur le niveau de formation initiale et continue de leurs médecins, tant au plan technique que relationnel et de la communication des informations les concernant entre les différents professionnels ?; La dépendance et son financement : comment est perçu le « cinquième risque », la prise en charge du vieillissement et des personnes dépendantes ?; Les nouvelles technologies : quel rôle peuvent-elles jouer par rapport aux pratiques de soins et de suivi traditionnelles ?

Chauveaud C., Mazet P., Warin P. (2010). Des fabriques d'accès au(x) droit(s) : Marseille : ORS PACA.

http://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_nov2010.pdf

Le rapport entre droit et pauvreté peut être interrogé au niveau des processus qui (re)mettent les personnes en situation de précarité ou d'exclusion dans l'idée qu'elles sont justiciables et sujets de droits. Les inégalités dans l'accès au(x) droit(s) relèvent en effet d'une difficulté sociale et psychologique à se projeter dans cette idée. Aussi, cette recherche examine-t-elle comment des changements apportés à ce niveau personnel peuvent modifier le rapport au(x) droit(s) des individus en situation de précarité ou d'exclusion. Des acteurs sociaux (trois associations, un collectif) ont été choisis comme terrains d'étude parce qu'ils sont amenés à fabriquer des accès au(x) droit(s) sans être des « acteurs du droit ». Le travail d'enquête a consisté à rendre compte de ce qui se joue dans les relations d'échanges entre les acteurs professionnels ou bénévoles et les personnes précaires ou exclues qui se dirigent ou sont dirigées (cas de prescriptions sociales) vers ces structures.

Collectif Interassociatif Sur la Santé. (2010). Rapport d'activité 2009 du CISS : Paris : CISS.

Ce document présente les actions de mobilisation réalisées en 2009, notamment : la lutte contre les dépassements d'honoraires et les refus de soins ; l'analyse très critique de la proposition de création d'un « secteur optionnel » s'il ne s'accompagne pas de la suppression du « secteur 2 » et de fermes

garanties de subsistance d'un « secteur 1 » conséquent ; la revendication d'un accès généralisé à des couvertures complémentaires de qualité, en particulier pour celles et ceux ne percevant que des revenus modestes mais dépassant malgré tout les seuils pour bénéficier de la CMU-C ; la campagne de sensibilisation « Santé solidaire, en danger ? » sur les choix à opérer pour assurer un financement solidaire pérenne de notre système de santé, et appuyer notre appel répété à l'organisation d'un vaste débat public sur la « couverture maladie / dépendance ».

Fonds CMU (2010). Rapport d'activité 2009 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU.

http://www.cmu.fr/rapports_activite.php

Ce rapport annuel dresse le profil des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2009. 4 173 817 personnes bénéficiaient de la CMU-C, un chiffre en légère baisse sur un an, mais qui risque de progresser en 2010 ; En effet, la crise économique amorcée fin 2008 ne produit pas encore ses effets, mais les amortisseurs sociaux liés au risque de perte d'emploi devraient arriver à leur terme courant 2010 pour bon nombre de personnes. Les dépenses de la CMU-C connaissent une évolution modérée. La dépense moyenne par bénéficiaire est ainsi évaluée en 2009 à environ 418 euros par la CNAMTS, soit une augmentation de 2,6 %. Un montant toutefois supérieur au forfait par bénéficiaire attribué aux gestionnaires des contrats (370 euros) qui supportent la différence. Le montant restant à la charge de la CNAMTS, qui gère environ 3 millions de bénéficiaires de CMU-C, s'élève ainsi à 144 millions d'euros. Le nombre de bénéficiaires de la CMU de base a dépassé fin 2009 la barre des 2 millions de personnes, en hausse de 40 % sur un an. Un tiers des bénéficiaires du revenu de solidarité active socle ne ferait pas valoir ses droits à la CMU-C alors qu'ils peuvent y prétendre. Le rapport d'activité souligne par ailleurs la "lente montée en charge" de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), avec un nombre de bénéficiaires qui apparaît stable en 2009 par rapport à 2008 (600 336 personnes fin 2009). Le taux d'utilisation des attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie pour l'obtention de l'ACS est très élevé et se situe autour de 80 %. Parmi ses bénéficiaires, 71 % ont fait valoir leurs droits auprès d'une mutuelle, 26 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans un Institut de prévoyance. Les contrats de complémentaire santé que souscrivent les bénéficiaires de l'ACS s'avèrent une nouvelle fois être de qualité limitée, de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels. La charge des ménages pour financer annuellement la complémentaire santé reste conséquente et représente la moitié d'un mois de revenus. Les comptes du fonds CMU pour l'année 2009 présentent un résultat positif de 19 millions d'euros.

Julien E., Loury I., Tessier E. et Al. (2010). Une action d'information pour l'accès à la CMU-C ou à l'ACS. Premiers résultats d'une étude menée dans les Alpes de Haute-Provence. Rapport intermédiaire : Grenoble : ODENORE.

Ce Rapport intermédiaire présente les premiers résultats de l'étude menée conjointement par la CPAM des Alpes de Haute-Provence et l'ODENORE dans le but d'examiner et de tester les possibilités de réduire, à l'échelle du département, les phénomènes de non-recours à une complémentaire santé gratuite (Couverture maladie universelle Complémentaire – CMU-C) ou à une complémentaire santé aidée (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé – ACS – Légale ou locale). Deux objectifs ont été mis en œuvre depuis la signature de la convention de collaboration scientifique, à laquelle le Fonds CMU s'est joint. Le premier objectif consiste à identifier la situation des 3915 assurés sociaux allocataires à la CAF de l'AAH, de l'API ou de l'ALS en 2009, après examen de leur éligibilité à la CMU-C ou à l'ACS. Il cherche à répartir la population initiale en 5 sous-populations : les allocataires qui ont répondu au courrier et obtenu un accord pour la CMU-C, ceux qui ont répondu et obtenu un accord pour l'ACS Légale, ceux qui ont répondu et obtenu un accord pour l'ACS locale, ceux qui ont répondu mais qui n'ont pu avoir ni la CMU-C ni l'ACS, leurs ressources étant trop élevées, ceux qui n'ont pas répondu au courrier. Il s'agit de mesurer les effets d'une action d'information en termes d'accès à une complémentaire santé gratuite ou aidée. Il permet ainsi de percevoir l'efficacité de l'action de repérage et de traitement (par information des groupes ciblés et examen des situations individuelles) initiée par la CPAM. Le second objectif vise à caractériser les répondants et les non répondants, à analyser leurs perceptions quant à la campagne d'information par courriers de la CPAM, et à comprendre leurs situations actuelles en matière de complémentaire santé. Le premier objectif donne lieu à une étude statistique et cartographique de données produites par la CPAM ; le second demande la réalisation d'enquêtes par questionnaires postaux

Hamel C., Moisy M. (2010). L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins, *Trajectoires et Origines, enquête sur la diversité des populations en France. Premiers Résultats* (pp. 77-84). Paris : Ined

http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/documents_travail/

Si les dimensions du genre et des inégalités de revenu sont de plus en plus systématiquement prises en compte dans les études récentes sur la santé des immigrés, les critères de nationalité, pays de naissance et origine apparaissent souvent manquants, qu'ils soient indisponibles ou non présentés. L'enquête Trajectoires et Origines, de par son objectif premier d'étudier la diversité des populations en France, de par les données qu'elle renseigne sur le parcours migratoire et les conditions de vie actuelles dans différentes sphères du quotidien et de par la taille de son échantillon, permet d'apporter un éclairage sur la santé des immigrés et natifs d'un DOM. Ce chapitre présente les premiers résultats sur la santé perçue des immigrés et natifs d'un DOM, âgés de 18 à 60 ans, en France. Les natifs d'un DOM sont intégrés aux analyses multivariées au titre de leur expérience d'une grande mobilité géographique et de ses effets possibles sur la santé perçue. à âge identique, les hommes immigrés ont une probabilité supérieure de 30 % de déclarer un état de santé altéré comparés aux hommes de la population majoritaire. Pour les femmes immigrées, cette probabilité s'accroît de 80 %. Être chômeur ou inactif, disposer de faibles revenus et d'un niveau d'études inférieur au baccalauréat apparaissent parmi les facteurs explicatifs les plus significatifs pour expliquer les différences de perception de santé entre immigrés et population majoritaire. Si l'on prend en compte le pays d'origine, ce sont les immigrés de Turquie, du Maghreb et du Portugal qui se déclarent le plus souvent en mauvaise santé. À âge et caractéristiques socio-économiques identiques, les hommes et les femmes immigrés présents sur le territoire métropolitain depuis plus de trente ans se déclarent également en plus mauvaise santé ce qui est compatible avec l'hypothèse souvent émise de l'effet d'une dégradation de l'état de santé sur la terre d'accueil due à une situation sociale plus défavorable.

Observatoire de l'Accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. (2010). Rapport 2010 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde : Paris : MDM.

http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/SyntheseRapportObservatoire_MdM_2011.pdf

Les centres de Médecins du Monde ne désemplissent pas. En 2009, l'ONG a reçu en consultations plus de 25 800 patients dans ses centres de soins, soit 17 % de plus qu'en 2007. Selon Médecins du Monde, l'augmentation du nombre de patients s'explique par la complexification des démarches administratives (demandes de pièces abusives, durcissement des pratiques, renforcement des contrôles...) qui restreignent l'accès aux soins et découragent les personnes qui y ont droit. Dans son rapport annuel publié à l'occasion de la journée mondiale du refus de la misère, l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France constate un doublement des retards aux soins entre 2007 et 2009 de 11 à 22 %, qui entraîne dans de nombreux cas une aggravation de l'état de santé. Autre donnée observée par l'ONG: l'augmentation de 30 % du nombre d'enfants et d'adolescents, qui sont de plus en plus nombreux à être issus des familles de demandeurs d'asiles. Alors que 84 % des personnes reçues n'ont aucune couverture maladie, Médecins du Monde plaide pour l'inclusion de l'Aide médicale d'Etat (AME) dans la CMU, afin de créer un seul système de couverture maladie pour toutes les personnes résidant en France et vivant sous le seuil de pauvreté. En effet, divers projets portés par le gouvernement : « Le projet de loi sur l'immigration actuellement en cours de discussion à l'Assemblée nationale et le projet de loi de finances viendront aggraver cette situation s'ils sont votés en l'état (limitations de droits au séjour pour des raisons médicales, restrictions de l'AME). Sans AME, les patients ne pourront faire soigner des pathologies simples qui peuvent dégénérer en complications graves et coûteuses.

Revil H. (2010). Le non recours à la protection complémentaire santé gratuite ou aidée. Grenoble : Odenore

Ce document de travail revient sur l'ensemble des résultats issus des quatre années de recherche menée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) sur le phénomène de non-recours à la CMU C et à l'ACS. L'objectif est ici de faire le point sur les informations quantitatives et qualitatives produites depuis 2006 par l'Observatoire avec ses partenaires institutionnels et associatifs. (D'après l'introduction).

http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP5_1.pdf

Rode A. (2010). Le non recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Thèse pour le doctorat de science politique. Grenoble : Institut d'Etudes Politiques.
http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/48/84/03/PDF/These_A_RODE.pdf

Les populations précaires sont celles pour qui persistent les difficultés dans l'accès et l'utilisation des soins, alors que leur état de santé est plus dégradé que pour le reste de la population. Ces constats communs à plusieurs études viennent pleinement réinterroger l'effectivité des dispositifs – protection et services de soins – mis en place en France depuis les années 1990 pour favoriser l'accès aux soins de tous. Dans ce contexte, la question du non-recours dans le domaine des soins, que nous pouvons approcher par une série d'indicateurs (renoncement aux soins, retard aux soins...), se pose avec acuité. Cette thèse tente précisément de proposer une analyse qualitative des déterminants du non-recours aux soins, attentive aux positionnements des individus et aux conflits de normes. L'enquête de terrain, menée dans plusieurs institutions sanitaires et sociales, emprunte aux méthodes et outils de la sociologie compréhensive. Cette approche, en donnant à voir le sens que prennent ces situations de non-recours pour les personnes concernées, permet d'interroger la signification des normes médicales pour les individus et, in fine, de revenir sur la construction actuelle du non-recours comme problème ou risque. Celui-ci, dans bien des cas, n'est pas vécu comme tel mais apparaît au contraire comme le reflet de préférences ou de formes d'action inscrites dans un contexte social donné. Cette thèse renvoie alors à l'action publique la possibilité de définir les besoins sociaux également à partir de la prise en compte de telles situations. Ce rapport est accompagné d'une bibliographie très documentée sur les inégalités sociales de santé dans le recours aux soins (Résumé d'auteur).

Viez M.C. (2010). Les complémentaires santé : Paris : FHP
http://www.fhp.fr/fichiers/20111216155645_16476S.pdf

Après une définition de la protection sociale complémentaire et de son champ d'intervention, cette synthèse documentaire présente la marché des complémentaires santé en France : financement, variabilité de la couverture sociale et des cotisations selon les types d'organismes, niveau de remboursement des prestations... La synthèse termine sur les enjeux actuels de la protection sociale : renoncement aux soins, excès de soins, tarifications.

Warin P. (2010). Le non recours : définition et typologie. Grenoble : Odenore
http://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf

À l'origine, l'étude du non-recours porte expressément sur les prestations sociales financières. C'est pourquoi la définition initiale renvoie le non-recours à toute personne éligible à une prestation sociale [financière], qui – en tout état de cause – ne la perçoit pas. Au Royaume-Uni où l'on parle de non take-up of social benefits, la question est apparue dans les années 1930. Son émergence a clairement correspondu au besoin politique d'évaluer la bonne affectation de ces prestations, en particulier celles ciblées sur des populations particulières (means-testing benefits). Même si l'introduction du thème du non-recours a des origines différentes dans d'autres pays, partout la question du non-recours a servi à rendre plus explicite et davantage opérationnelle la préoccupation gestionnaire de l'effectivité de l'offre de prestations financières (impacts prévus/impacts réels). D'une façon générale, la prise en compte de cette question est liée au besoin récurrent de savoir si l'offre atteint bien les populations à qui elle est destinée. Cette histoire délimite fortement l'objet du non-recours. Pourtant, il est possible et nécessaire de procéder à son élargissement. Après avoir justifié cette extension, ce document de travail de présente plusieurs typologies du non-recours dans le but de faciliter son étude. Il apporte également de premières indications sur les enjeux du phénomène, en signalant quelques questions posées par l'une de ses formes : la non demande (d'après l'introduction).

Chaupain-Guillot S., Guillot O., Jankeliowitch-Laval E. (2009). Le renoncement aux soins de santé : une analyse à partir de l'enquête SRCV, *Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection* (pp. 85-96). Paris : L'Harmattan

A partir des données de la deuxième vague (2005) de l'enquête Statistiques sur ressources et les conditions de vie (SRSV), volet français de l'EU-SILC-, on s'intéresse aux déterminants individuels du renoncement aux soins de santé. L'analyse est menée en opérant une distinction entre les soins médicaux et les soins dentaires.

Softic S., Fontaine A. (2009). Constat : les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France. Rapport d'enquête : Paris : Médecins du monde.

Cette enquête, effectuée dans le cadre d'un stage au sein de la Coordination Mission France de Médecins du Monde, témoigne dans un premier temps du refus à l'accès aux soins dentaires opposé aux bénéficiaires des CMU et AME, puis recense dans un second temps les avis des praticiens sur les causes de ce refus et sur les éventuelles solutions à apporter

Chauvin P., Parizot P. (2009). Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte Sirs (2005), *Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles* (pp. 4-105). Paris : Editions de la DIV
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/doc_1_annexes_A1_cle19c6ce.pdf

Cette étude porte un soin particulier à l'analyse des disparités de santé – état de santé, capital psychologique, utilisation du système de soins – entre les quartiers Zus et les autres quartiers de l'espace francilien, classés en quartiers de type « ouvrier » et « moyen et supérieur ». Mais elle explore également d'autres thématiques (logement et quartier, familles monoparentales, degré d'intégration sociale, etc.).

Chadelat J.F. / dir., Tabuteau D. / dir. (2009). Les dix ans de la CMU (1999-2009). Verbatim Santé. Paris : Editions santé ; Paris : Les Presses SciencesPo

La loi du 27 juillet 1999 a créé la couverture maladie universelle (CMU), réalisant l'objectif d'universalité de l'assurance maladie poursuivi lors de la création de la sécurité sociale. Mais la réforme avait une autre ambition : permettre l'accès gratuit des populations les plus défavorisées au système de santé. À l'occasion du dixième anniversaire de la loi, le Fonds CMU et la chaire Santé de Sciences Po ont co-organisé un colloque afin de dresser un bilan de cette réforme majeure. La matinée d'études était de plus organisée en partenariat avec Médecins du Monde. Cette journée a permis de retracer la genèse de la CMU, de revenir sur les transformations qu'elle a induites et de s'interroger sur la place de la protection complémentaire dans la mise en œuvre du texte. Elle a également permis d'analyser les limites et insuffisances de ce mécanisme de protection sociale, notamment pour les étrangers, ainsi que le phénomène des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Enfin, elle a contribué à éclairer les perspectives d'évolution d'une composante désormais essentielle du pacte social.

Fonds CMU. (2009). Rapport d'activité 2008 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU.
http://www.cmu.fr/rapports_activite.php

Le rapport d'activité 2008 du Fonds CMU vise à fournir, au-delà des informations sur son fonctionnement, des données et des analyses relatives à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé. La première partie du rapport permet de présenter le suivi de la CMU dans les lois de finances (budget de l'Etat). Dans la deuxième partie, tous les chiffres relatifs aux recettes et aux dépenses de CMU-C sont fournis, ainsi que des données sur les complémentaires santé : leur chiffre d'affaires, l'aide complémentaire santé et l'actualité. Une dernière partie propose des perspectives 2009 du Fonds Cmu.

Gayral-Tamin M., Duchier J., Mallet J.O. (2008). La redécouverte des inégalités sociales de santé, *L'état des inégalités en France. Données et analyses 2009* (pp. 245-251). Paris : Belin

Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. (2006). Comprendre les causes du non-recours à la CMUC : rapport final : Paris : Fonds Cmu.
http://doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=2831

Le LEGOS (Université Paris - Dauphine) analyse les origines du non-recours à la CMU complémentaire, à partir des données de l'IRDES et avec la collaboration du bureau du RMI du Département de Paris (espace insertion du XI^e arrondissement). Le non-recours concerne environ le

quart des bénéficiaires potentiels.

Fonds CMU. (2006). Le non recours à la couverture maladie universelle complémentaire des allocataires du RMI : mesure et analyse : Paris : Fonds Cmu, Saint-Martin d'Hères : ODENORE.
<https://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-couverture-maladie-universelle-complementaire-allocataires-rmi-mesure-analyse-etude-cais>

A partir d'informations issues de Cnam et de Caf, ainsi que d'entretiens téléphoniques avec des bénéficiaires du RMI, l'ODENORE (MSH-Alpes, CNRS, IEP Grenoble) ce rapport analyse les raisons pour lesquelles ces derniers n'ont pas eu recours au bénéfice de la CMU complémentaire, alors qu'ils y avaient accès de plein droit.

Mutuelle des Etudiants. (2006). La santé des étudiants 2005-2006 : enquête nationale et synthèses régionales : Paris : Editions de la vie universitaire.

Ce rapport de la Mutuelle des Etudiants (LMDE) publie les résultats d'une vaste enquête nationale qu'elle a menée avec l'appui de l'Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants et de l'Ifop. Intitulé "La santé des étudiants 2005-2006, enquête nationale et études régionales", l'ouvrage se veut un outil d'analyse de l'état de santé général des étudiants. Les questions portaient à la fois sur leurs habitudes de vie, leur rapport aux services de santé, au tabac, aux drogues et à la sexualité. On y apprend que 23 % des étudiants ont renoncé en 2005 à des soins, notamment dentaires et ophtalmologiques, pour des raisons financières. Dans la population générale, ce taux n'est que de 13 %. Le nombre d'étudiants ne disposant pas de complémentaire santé est en hausse à 13 %, contre 7 % en 2002. Ces étudiants qui renoncent à acquérir une complémentaires principalement en raison de son coût (39 % des sondés la jugeant trop chère). Les étudiants, qui ne sont pas couverts consultent moins que les autres, indique LMDE. Les étudiants font surtout appel à la médecine de ville puisque 95 % d'entre eux ont consulté un médecin libéral au cours des douze derniers mois. En revanche, seulement un étudiant sur dix fréquente les centres de santé mutualistes. Les étudiants fument moins en 2005 (22 % de fumeurs réguliers contre 32 % en 2002), mais consomment plus d'alcool. Au chapitre mal-être, cette étude démontre que 15 % des étudiants déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois.

Wauquiez L. (2006). La santé des étudiants français : Paris : Assemblée Nationale.

Ce rapport réalisé par la mission parlementaire portant sur la santé des étudiants, créée par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale le 5 juillet 2006, dresse un constat alarmant : alimentation peu équilibrée, soins dentaires et optiques négligés, dépression. La santé des étudiants montre des signes de dégradations inquiétantes. Ainsi, "près de 15 % des étudiants ont été amenés à renoncer, faute de moyens, à un soin d'optique ou dentaire". Près de 20 % ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire, les primes d'adhésion étant jugées trop onéreuses. Les situations de mal-être se multiplient. Un étudiant sur dix traverse des phases de déprime, près d'un étudiant sur quatre prend des antidépresseurs et le suicide reste la principale cause de mortalité chez les 15-25 ans, avec 11 000 suicides par an. De plus, les services de santé de nos universités sont "indigents" et leurs moyens "dramatiquement faibles" (un médecin pour 10 000 étudiants, pour un budget de 3,4 millions d'euros). Pour faire face à cette dégradation, M. Wauquiez demande "dix mesures prioritaires pour un plan de santé étudiant". Il souhaite notamment le fractionnement du paiement de la cotisation de Sécurité sociale, et la création d'un chèque santé pour améliorer la couverture complémentaire des étudiants en commençant par la mise en place immédiate d'une expérimentation dans 12 départements pilotes. Le rapport réaffirme le rôle des mutuelles étudiantes dans la prise en charge de la santé et recommande l'affiliation de l'ensemble des étudiants au régime étudiant de Sécurité sociale. Il appelle également à créer des maisons de la santé étudiante sur les pôles universitaires. Pour les étudiants inscrits dans les deux premières années d'université, le rapporteur recommande d'instituer le droit à un "paquet santé" (visite médicale "systématique et obligatoire", vaccinations, bilan buccodentaire et d'optique et consultation d'addictologie).

Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (2005). Les couvertures complémentaires maladie : Paris : HCAAM
<http://www.securite-sociale.fr/-Rapports-et-avis->

Comme la Sécurité sociale ne prend pas en charge totalement les dépenses de soins et d'arrêt de travail, les entreprises et les institutions de protection complémentaire viennent en relais des régimes de base. Les pouvoirs publics ont constamment soutenu l'aspiration des ménages à un haut degré de protection en assortissant les contrats de couverture complémentaire d'aides diverses et en soulageant le taux d'effort des ménages les plus pauvres. Ils ont par ailleurs mis en place des règles de gestion, de prudence et de tutelle évitant les pratiques de sélection abusives ou les modifications unilatérales des contrats. Ils ont encouragé les systèmes mettant en œuvre la mutualisation des risques et le caractère viager des contrats. Mais malgré cela et à la différence de la couverture de base, la couverture complémentaire n'est pas uniforme (couverture, garanties, coût...). Cette étude tente de répondre à cinq problématiques : celui des lacunes dans la connaissance et l'évaluation de la protection sociale complémentaire, celui du renoncement aux soins, celui de l'excès de dépenses, celui du taux d'effort des ménages et celui de la gestion du risque.

Cambois E. (2004). Les personnes en situation sociale difficile et leur santé, *Les travaux 2003-2004* (pp. 101-126). Paris : Onpes
https://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Travaux2003-2004-1-2-1-personnesensituationdifficile_sante-Cambois1.pdf

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 (introduction de l'auteur).

Mizrahi A., Mizrahi A. (2003). Comment se soigne-t-on en France ? Territoires et économie de la santé : médecine et société. Paris : Presses Universitaires de France
http://argses.free.fr/textes/29_Comment_se_soigne-t-on_en_France.pdf

L'objet de cet ouvrage est de décrire les différentes manières dont la population française utilise le dispositif de soins, qu'il s'agisse de services et biens médicaux pour la détection et le traitement des maladies ou de prévention médicale. Les bases de données utilisées sont les suivantes : enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS), enquêtes décennales santé et soins médicaux...

Perronnin M., Szwarcensztein K., coor M. (2001). Généralistes versus spécialistes : une étude de l'influence des couvertures complémentaires santé sur les comportements de consommation à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale 1998. Mémoire Ensaë : 2000-2001. Paris : Ensaë.

Les analyses du risque moral en France ont porté essentiellement sur l'impact de la détention d'une couverture complémentaire sur le volume de soins. Cette étude avait pour objectif d'affiner cette problématique en répondant à la question suivante : les gens mieux assurés dépensent-ils plus ? Et si oui, comment ? Plus précisément, il s'agissait d'identifier et de mesurer un effet quantité, un effet substitution, un effet prix. Dans sa première et seconde partie, ce document présente l'agencement de la couverture obligatoire d'assurance maladie et de la complémentaire santé en France, puis l'enquête Santé et Protection Sociale 1998 qui a été utilisée pour cette étude. La troisième partie présente une estimation d'une demande de soins de spécialiste qui permet d'expliquer de manière pertinente l'effet de la couverture complémentaire. L'analyse porte ensuite sur l'arbitrage entre renoncement à des soins / consommation de soins chez un généralistes / consommation de soins chez un spécialiste qui est issu directement de la structure du système de santé en France où, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, l'accès au spécialistes est très aisé. En France, le choix se fait directement par les individus. Les médecins généralistes et spécialistes sont donc mis en concurrence. Dans ce cadre, deux modèles de choix ont été mis en place pour comprendre la façon dont les individus prennent leurs décisions de consommation : un modèle à choix séquentiel et un modèle à choix

simultanés. C'est le modèle à choix simultanés qui semble plus pertinent pour expliquer cet arbitrage ainsi que le rôle de la couverture complémentaire.

Etudes françaises : articles

Barnay, T., et al. (2015). "La santé et les soins : prise en charge, déterminants sociaux, conséquences professionnelles : Introduction générale." *Economie et Statistique*(475-476): 17-29.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475B.pdf

Peu de temps après un numéro spécial déjà consacré à ce thème en 2012, la présente édition d'Économie et Statistique revient sur la question de la santé. Elle rassemble une sélection d'articles issus des 35es Journées des économistes de la santé français (JESF) qui se sont tenues à l'université Paris-Est Créteil en décembre 2013. Ré-aborder ce sujet, à des dates aussi rapprochées, s'explique évidemment par son importance, à la fois sociale et budgétaire, et nous allons y revenir dans un premier temps. Mais le précédent pour la revue ne se limite pas à ce numéro spécial de 2012 : la thématique « santé » y a toujours eu une présence régulière et importante. Après un état des lieux des données disponibles pour éclairer ce thème, on détaillera de quelle façon chacun des articles de ce numéro est allé puiser dans cette masse de données, qu'elles relèvent ou non du strict domaine de la statistique publique, et quels messages ont pu en être tirés (résumé d'auteur).

Bras, P. L. (2015). "La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes." *Sève : Les Tribunes De La Santé*(48): 73-92.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3.htm>

Depuis plus d'un siècle, la liberté tarifaire est l'enjeu d'un conflit entre les médecins et les représentants des assurés. Cet article est consacré au dernier épisode de ce conflit, la négociation engagée sur cette question en 2012 suite à l'engagement pris par le président de la République d'encadrer les dépassements d'honoraires. Il montre que, malgré cet engagement, la négociation s'est conclue par un accord globalement favorable aux médecins spécialistes qui devrait aboutir à un développement des dépassements. Malgré une publicisation de cette question des dépassements, les soutiens limités et diffus dont auraient pu bénéficier les pouvoirs publics ont conduit à privilégier une stratégie visant à éviter un affrontement ouvert avec une fraction du corps médical fortement mobilisée autour de la défense de la liberté tarifaire.

Legal, R. and A. Vicard (2015). "Renoncement aux soins pour raisons financières." *Dossiers Solidarité et Santé (Drees)*(66): 26.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/>

Le renoncement aux soins pour raisons financières est de plus en plus mobilisé pour apprécier l'accessibilité financière aux soins des systèmes de santé. Il est mesuré à l'aide de questions du type : "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à un soin, pour des raisons financières ?". Cette étude s'appuie sur la vague 2013 du Baromètre d'opinion de la Drees, au sein de laquelle quatre jeux de formulation différents ont été soumis à quatre sous-échantillons de répondants. La valeur du taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation de la question : les écarts atteignent 15 points selon la formulation utilisée.

Allermoz, E. and C. Drault (2014). "Accès aux soins et précarité : la situation se dégrade." *Médecins : Bulletin d'information de L'ordre National des Médecins*(35): 17-22.
<http://www.cdom95.org/wp-content/uploads/2014/06/MAGAZINE-DU-CNOM-MAI-JUIN-2014.pdf>

Alors que les inégalités sociales et économiques progressent, les plus démunis accèdent de plus en plus difficilement aux soins. Une situation complexe où s'entrecroisent non-recours aux dispositifs d'aide existants, renoncement aux soins et refus de soins de la part des professionnels de santé. Cet article tente un décryptage de la situation actuelle.

Chaupain-Guillot, S., et al. (2014). "Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV." *Economie Et Statistique*_(469-470): 169-197.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES469H.pdf

D'après les chiffres de la quatrième vague de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), réalisée par l'Insee en 2007, environ 4 % des personnes de 16 ans et plus ont renoncé au moins une fois, au cours des douze derniers mois, à se rendre chez un médecin alors qu'elles en ressentaient le besoin et près de 7 % se sont abstenues de consulter un dentiste. L'obstacle financier est le motif de renoncement le plus fréquemment cité par les répondants. Cependant, nombreux sont ceux qui mettent en avant des raisons autres que financières. Dans le cas des soins médicaux, le manque de temps et l'attente d'une amélioration sont, en effet, souvent invoqués. Pour le dentaire, c'est la peur des soins qui constitue le second motif de renoncement. L'argument financier est plus souvent mentionné pour ce second type de soins que pour les soins médicaux (dans un cas sur deux, contre un cas sur trois). Sur la courte période 2004-2007, les taux de renoncement aux soins médicaux et dentaires ont peu varié. De même, la part du renoncement pour raisons financières est demeurée assez stable. L'exploitation de la dimension longitudinale de l'enquête SRCV révèle que parmi les personnes ayant renoncé à des soins une année donnée, un assez grand nombre (de l'ordre de 40 % dans le cas des soins dentaires) ont de nouveau été amenées à prendre une telle décision l'année suivante. Ce caractère récurrent est encore plus marqué lorsque le renoncement est motivé par des raisons financières. Les résultats de régressions sur données de panel (2004-2007) montrent, comme on pouvait s'y attendre, que la situation financière du ménage est l'un des principaux facteurs qui interviennent dans la décision de ne pas consulter, aussi bien pour les soins médicaux que pour les soins dentaires. L'âge, l'état de santé, la situation familiale (surtout chez les femmes) et le fait de disposer ou non d'une voiture ont également un impact significatif sur la probabilité de renoncement.

Marmot, M., et al. (2014). "Les inégalités de santé." *Sève : Les Tribunes De La Santé*(43): 23-88.
<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-2.htm>

Les inégalités de santé sont protéiformes. Inégalités sociales mais aussi inégalités géographiques, même si bien souvent disparités territoriales et fractures sociales se superposent. Inégalités socio-culturelles également qui, par leurs conséquences sur l'éducation à la santé et à l'accès à l'information, influent directement sur les comportements à risque, les conduites addictives, l'orientation dans le système de santé et l'efficacité de la prise en charge médicale. Enfin inégalités au regard de la protection sociale, notamment complémentaire, qui se traduisent par des renoncements aux soins ou des retards de prise en charge. Ce numéro invite à s'interroger sur différentes facettes de ces inégalités de santé, réalités douloureuses et cruciales pour l'élaboration et la conduite de la politique de santé mais aussi des autres politiques publiques. Avec le souci de mobiliser les différentes disciplines et d'examiner au prisme de leurs méthodologies les ressorts et les effets des inégalités de santé (tiré du 4ème de couv.).

Moisy, M. (2014). "État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA." *Etudes et Resultats (Drees)*(882)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

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

Stambach, F. (2014). "Anthropobiologie de la santé : les déterminants de la santé." *Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques* 10(8): 366-371.

L'amélioration des conditions socio-économiques globales est considérée comme la source principale de l'amélioration de l'état de santé des populations des pays riches. En moyenne, la santé s'est

bonifiée pour toutes les catégories sociales, mais elle suit une progression continue le long de la hiérarchie sociale, quel que soit l'indicateur retenu. Ces inégalités sont particulièrement prononcées en France et s'aggravent. La recherche scientifique sur leurs causes a permis de mettre en lumière le rôle de certains déterminants, qui font l'objet d'un vaste consensus dont cet article propose une synthèse.

Warin, P., et al. (2014). L'absence de complémentaire santé chez les étudiants. Paris Fonds Cmu <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Absence%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20chez%20les%20%C3%A9tudiants%20-%20ODENORE%20-%20Ao%C3%BBt%202014.pdf>

Réalisée à la demande du Fonds CMU, cette étude d'ODENORE vise à mieux connaître le nombre, la situation et le parcours des étudiants sans complémentaire santé qui pourraient remplir, à titre individuel, les conditions cumulatives d'autonomie financière, géographique et fiscale ouvrant droit à la CMU-C ou à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (A.C.S.).

Warin, P. (2014). "L'action sur le non-recours devant des résistances du travail social." *Revue Française des Affaires Sociales* (1-2): 64-77.

L'action sur le non-recours est en train de s'organiser sous l'impulsion du Plan pluri-annuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Cet article vise à alerter sur les résistances que cette action peut rencontrer du côté des travailleurs sociaux. En étudiant l'exemple d'un dispositif d'action expérimenté localement à l'initiative de centres communaux d'action sociale, on s'aperçoit que ces résistances peuvent porter sur les conditions mais aussi, comme ici, plus souvent sur le sens de l'action proposée. Deux questions se trouvent posées : celle de l'épuisement du modèle de l'action sociale, et celle de l'individualisation des politiques. L'action sur le non-recours se confronte aux représentations des travailleurs sociaux sur l'assistance et sur les publics, quand elle se fixe pour enjeu politique de transformer les rapports aux usagers.

Domingo P. (2014). Impact du non-recours sur l'efficacité du RSA « activité » seul. *Economie et Statistique*, (467-468) http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES467E.pdf

La composante RSA « activité » seul du revenu de solidarité active, en soutenant financièrement de manière pérenne les foyers ayant des revenus d'activité faibles, est un instrument de lutte contre la pauvreté laborieuse. Mais cette composante, qui constitue la principale innovation du RSA, n'a pas rencontré son public : près de sept foyers sur dix éligibles au RSA « activité » seul en décembre 2010 n'y ont pas eu recours. Alors que les principaux travaux sur le non-recours au RSA ont porté sur ses causes, cet article s'intéresse à l'impact du non-recours sur les inégalités et la pauvreté. À partir de l'Enquête quantitative sur le RSA 2010-2011 de la DARES, la première partie de l'article vise à décrire les foyers non recourants au RSA « activité » seul et à estimer des probabilités de non-recours associées aux caractéristiques sociodémographiques des foyers éligibles. Le risque d'être non recourants s'avère plus important pour les foyers sans enfant, ceux éligibles à des faibles montants de RSA et dont les membres occupent un emploi stable. Mobilisant ces probabilités de non-recours dans un modèle de microsimulation des transferts sociaux et fiscaux (Myriade), la seconde partie de l'article met en évidence l'impact financier du non-recours au RSA « activité » seul. Au niveau macroéconomique, l'inefficacité qu'il génère en matière de lutte contre la pauvreté est de faible ampleur. Pour autant, au niveau individuel, les pertes financières pour les ménages non recourants ne sont pas négligeables, de l'ordre de 100 euros par mois pour les ménages du premier décile des niveaux de vie (Résumé d'auteur).

Thibault F. (2014). Ambitions et évaluation du Revenu de solidarité active. *Economie et Statistique*, (467-468) http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES467B.pdf

Cet article est une introduction au dossier sur le Revenu de solidarité active (RSA). En décembre 2013, le Revenu de solidarité active (RSA) concerne près de 2,3 millions de foyers (Cazain, 2014) et couvre – une fois pris en compte les conjoints, les enfants et les autres personnes à charge – 4,9 millions de personnes soit 7,3 % de la population française pour le seul régime général. Entré en vigueur en juin 2009, ce dispositif a remplacé deux minima sociaux, d'abord en métropole puis dans

les départements d'Outre-Mer. : le Revenu minimum d'insertion (RMI) et l'Allocation de parent isolé (API), cette dernière étant réservée aux familles monoparentales ayant à leur charge un enfant de moins de trois ans ou faisant face à une récente séparation. Il a également remplacé les mécanismes d'intéressement temporaire à la reprise d'emploi associés à ces deux minima sociaux (cumul intégral, prime forfaitaire et intéressement proportionnel) (Résumé d'auteur).

Berchet C. (2013). Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61S (3)

À partir des données de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) réalisée en 2006 et 2008, cette étude s'intéresse aux disparités de recours aux soins entre la population immigrée et la population française. Nous cherchons à mettre en évidence les mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration en utilisant des techniques de décomposition non linéaire. Les résultats des estimations montrent que les immigrés présentent, à besoins de santé équivalents, un plus faible recours aux médecins généralistes et spécialistes que la population française. L'application des techniques de décomposition non linéaire révèle que la majeure partie du différentiel de recours aux soins entre les immigrés et les Français est liée à une différence de distribution des caractéristiques observables entre les deux populations. En particulier, les inégalités de recours aux généralistes semblent être en premier lieu expliquées par la plus faible couverture santé des immigrés, tandis que leur niveau d'études et de revenu sont les principaux facteurs générant les inégalités de recours aux spécialistes.

Cohen F. (2013). A quand une santé bucco-dentaire du XXI^e siècle : des propositions et un projet progressiste. *Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)*, (11)

La publication de l'enquête CIIS/Santé Clair/60 millions de consommateurs couplée à la promulgation de l'avenant n° 3 de la convention nationale dentaire, a donné l'occasion aux médias de relancer le débat public sur la protection sociale dentaire. Ce domaine cumule les indicateurs d'inégalités sociales tant en matière sanitaire que d'accès aux soins. Le renoncement aux soins y est le plus élevé, de même que le taux de prise en charge est le plus faible de tous les actes médicaux, et l'indice carieux est un indicateur social qui a fait ses preuves. Cet article tente de développer des propositions capables de remédier à cette situation inégalitaire.

Despres C. (2013). Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences Sociales et Santé*, 31 (2)

Le renoncement aux soins, concept récemment introduit dans les enquêtes de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), constitue aujourd'hui un indicateur d'évaluation des politiques publiques, notamment en termes d'équité d'accès aux soins. Non définie par les décideurs et les enquêteurs, cette notion fait l'objet de diverses définitions de la part des experts. Cet article vise à les clarifier, puis à analyser les significations attribuées par les non-experts, sujets potentiels des enquêtes, et désignées comme significations profanes. Nous nous sommes appuyés sur des entretiens approfondis en mobilisant les concepts et les méthodes anthropologiques. Les résultats montrent d'abord l'absence du "renoncement aux soins" dans le langage ordinaire. Une fois introduit, il fait l'objet de représentations variées. Nous distinguons deux catégories, le renoncement-refus et le renoncement-barrière, renvoyant à des significations différentes mais articulées entre elles. Ces différentes significations sont mobilisées de manière variable en fonction, notamment, des expériences vécues dans les parcours de soins, des modalités de questionnement, du contexte d'énonciation (Résumé d'auteur).

Pierre A. (2013). Restes à charge en ambulatoire et accès aux soins. *Lettre du Collège (La)*, 23 (1) : L'accès aux soins est un objectif fondamental de notre système de santé. Cet accès recouvre plusieurs dimensions.
<http://www.ces-asso.org/sites/default/files/45900%20Lettre%20du%20CES%20MARS%202013%20version%20WEB.pdf>

Dauphin (S.), Borgetto (M.), Vulbeau (A.) (2013). Gérer les droits sociaux. *Informations Sociales*, (178)

Ce numéro d'Informations sociales s'attache à décrire les profondes mutations qui caractérisent les droits sociaux dans leur complexité et leurs contradictions depuis trois décennies. Longtemps, les droits sociaux ont constitué le prolongement naturel des droits politiques en concrétisant l'idée des droits créances, c'est-à-dire du principe d'une dette de la nation à l'égard de nos concitoyens les plus fragiles. Mais cette idée est désormais battue en brèche par différents biais, notamment à travers les contreparties croissantes demandées aux bénéficiaires d'allocations et la pression financière imposée par les conditions économiques difficiles imposée que connaît la France ces dernières années. Cependant, de nombreuses initiatives sont lancées par les professionnels de la protection sociale pour tenter de préserver l'accès aux droits sociaux pour le plus grand nombre. (4e de couverture).

Muniglia Virginie R.C. (2013). Parcours de marginalisation de jeunes en rupture chronique : l'importance des autres significatifs dans le recours à l'aide sociale. In : Difficultés vécues dans l'enfance, conséquences à l'âge adulte. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1-2) : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2013-1.htm>

Les expériences de l'enfance, et particulièrement les difficultés rencontrées dans les relations familiales, concourent fortement aux situations de vulnérabilité au moment des transitions à l'âge adulte. Elles affectent la socialisation primaire des jeunes qui l'expérimentent et pèsent sur leur capacité à être aidés. À partir de nombreux entretiens avec des jeunes, des professionnels du social et du médico-social, l'article analyse le parcours de jeunes en situation de précarité économique et sociale ayant connu des ruptures sociales et affectives durant l'enfance. Il montre qu'au-delà de ces expériences traumatiques, les systèmes de relations, et notamment la présence ou non de systèmes relationnels protecteurs au moment du passage à l'âge adulte, influent sur leurs modalités de recours à l'aide sociale, leurs relations avec les professionnels et la construction de leurs parcours.

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. In : Politiques de santé. Accès aux soins et performance économique. *Economie Publique*, (28-29) <http://economiepublique.revues.org/8851?file=1>

Cette étude propose d'analyser des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières, puis d'étudier 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 (Résumé d'auteur).

Lesne N., Querouil O., Lalande M. et al. (2012). Non au sabotage ! L'accès aux soins en danger. *Pratiques : les Cahiers de la Médecine Utopique*, (57) : -93p.

Les inégalités progressent partout et dans tous les domaines. En matière de santé, les mesures prises restreignent les possibilités d'accès aux soins. Ce numéro montre, au travers des observations et des pratiques des auteurs, l'état des lieux des institutions soignantes en France. Les conséquences sont dévastatrices pour la santé des personnes qui n'ont plus les moyens de payer leurs soins. Comment et pourquoi le système solidaire, qui protégeait les plus fragiles, a-t-il été saboté ? A la faveur de ces analyses et de « la dignité de penser » dont Roland Gori parle dans la rubrique Idées, ce document tente de comprendre les mécanismes qui ont amené à ce recul flagrant. Malgré les difficultés qui entravent leur pratique, les soignants continuent d'accueillir et de soigner au mieux les patients. Afin de contourner les difficultés, des expériences nouvelles fleurissent dans la jungle de la « crise ».

Azogui-Levy S., Rochereau T. (2012). Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques. *Santé de l'Homme (La)*, (417) : 5-6. <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf>

Les données épidémiologiques montrent une amélioration significative de la santé buccodentaire des enfants. Ainsi, en vingt-cinq ans, la proportion d'enfants de 12 ans indemnes de carie est passée de 12 % à 56 %. Mais ces progrès considérables ne doivent pas masquer les difficultés d'accès aux soins qui continuent de pénaliser les populations les plus fragilisées. Les inégalités observées en

santé bucco-dentaire sont fortes et corrélées avec les inégalités sociales.

Bourgueil Y., Elbaum M., Grignon M., Le Pen.C., Saout C. (2012). Quand les patients renoncent aux soins : un diagnostic sur notre état de santé ? (Table ronde). *Esprit*, 90-101

La notion de renoncement aux soins, de plus en plus présente dans le débat public, mérite d'être discutée. Elle focalise l'attention sur la dimension financière, au détriment d'autres questions comme l'organisation- on des soins et la distribution des dépenses de santé, questions qui devraient guider toute réflexion sur l'avenir de la protection sociale à la française.

Dormont B., Jusot F. (2012). L'avenir de la protection sociale. *Esprit*, 86-89.

Cet article résume les acquis d'une journée d'étude organisée en 2011 à l'université Paris Dauphine par la chaire Santé de Dauphine et le Laboratoire d'économie de Dauphine – Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (Leda-Legos-). Depuis plusieurs années, des enquêtes enregistrent une augmentation des chiffres de renoncement aux soins dans l'ensemble de la société française, ce qui traduit un échec des stratégies actuelles de réduction des dépenses de santé. Mais quelles sont les pistes alternatives ?

Del Sol.M. (2012). De quelques faces cachées de l'accès à une assurance-complémentaire individuelle. *Droit Social*, (7/8)

La dépense courante de soins et biens médicaux est assurée à plus de 75 % par la Sécurité sociale et, pour faire face aux restes à charge, 94 % des personnes peuvent mobiliser leur assurance-maladie complémentaire. Ces données globales permettent aux pouvoirs publics de fermer assez facilement les yeux sur le phénomène de renoncement aux soins mais également sur les différences fondamentales entre assurances sociales et assurances privées. Les rapports assurance obligatoire et assurance-maladie complémentaire se sont donc métamorphosés silencieusement. Cet article s'interroge sur les conditions d'accès à une couverture maladie complémentaire dès lors que les pouvoirs publics font du bénéfice d'une telle couverture un élément déterminant de l'accès aux soins.

Domingo P. (2012). Les non-recourants au RSA. *E-ssentiel (L) - Cnaf*, (124) : http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/124_essentiel_-_non-recours_rsa.pdf

Fin 2010, plus d'un tiers des éligibles au revenu de solidarité active (Rsa) socle seul et au RSA socle et activité ne recouraient pas à la prestation. De même, plus des deux tiers des éligibles au RSA activité seul étaient en situation de non-recours. Parmi les foyers éligibles, le non-recours concerne davantage les couples, les hommes seuls et les foyers sans enfant. Il est aussi le fait des moins pauvres d'entre eux, plus proches du marché du travail et aux conditions de vie les moins dégradées. La méconnaissance du RSA, ou sa mauvaise connaissance, explique pour l'essentiel le non-recours à la prestation. En revanche, les non-recourants n'évoquent que marginalement un faible intérêt financier de la prestation ou la peur de perdre des droits connexes comme motifs de non-recours.

Hamel M.P. (2012). Fraude, indus, non-recours : comment faciliter le juste paiement des prestations sociales ? Note D'Analyse (La), (306) <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/fraude-indus-non-recours-juste-paiement-na-306.html>

Depuis quelques années, avec la création d'une Délégation nationale à la lutte contre la fraude, de Comités départementaux anti-fraude, ou la remise d'importants rapports publics sur la question, la lutte contre la fraude a pris un nouvel essor. Selon les dernières estimations, les fraudes aux prestations sociales représentent environ 1 % de leur montant, soit 4 milliards d'euros. Les erreurs, sources d'indus, représentent par ailleurs des sommes encore plus élevées. Parallèlement, la question de l'accès effectif aux prestations sociales se pose avec insistance, surtout depuis la création du Revenu de solidarité active (RSA). Le taux de non-recours de 68 % au RSA activité (fin 2010) a notamment donné de l'importance à cette dernière thématique. Alors que ces différentes problématiques sont la plupart du temps considérées indépendamment les unes des autres, cette note insiste sur la nécessité de les inscrire dans une politique globale de paiement à bon droit. Avec les technologies de l'information et de la communication (TIC), de nouveaux instruments permettent à la fois de lutter contre les fraudes, d'éviter les indus non intentionnels et d'assurer une détection des

droits sociaux. l'enjeu est de faire en sorte que chaque usager puisse avoir accès, de façon simple et efficiente, à ce à quoi il a droit exactement, ni plus ni moins.]

Romain D., Warin P., Manuel E. et al. (2012). Le non-recours aux droits : dossier. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, (4)

Apparue dans le débat public dans les années 1990, la question du non-recours aux droits ne cesse d'interroger, depuis lors, tous ceux - acteurs politiques, fonctionnaires de l'Etat et les collectivités locales, agents de la Sécurité sociale, professionnels de l'action sociale - qui ont la charge d'organiser et de mettre en oeuvre les politiques publiques en matière sociale. Cet article rappelle les causes de ce phénomène, mais surtout tente de fournir une interprétation qui lui donne un sens du côté des usagers comme du côté des décideurs et des acteurs.

Bremaud A. (2011). Inégalité sociale de santé et recul de l'accès aux soins. *Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)*, 56-59.

Malgré la performance du système de santé français, les inégalités sociales de santé ont considérablement progressé en France depuis les années 1970, en raison de la crise économique. Cet article étudie les différents facteurs (socio-économiques, socio-culturels...) de la dégradation de l'état de santé. Les sources statistiques utilisées sont multiples : données de l'Insee (Institut national des statistiques économiques et sociales), enquête santé et protection sociale de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)...

Despres C., Couralet P.E. (2011). Situation testing : the case of health care refusal. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2) : 77-89.

Ce document vise à expliquer la pertinence et les limites de la méthode de testing qui évalue le refus des médecins à fournir des soins de santé. Réalisée en 2008-2009, cette étude visait à évaluer le taux de refus de soins de santé parmi plusieurs catégories de praticiens du secteur privé envers les patients couverts par les français de l'assurance santé publique sous condition de ressources complémentaires (CMUC) quand ils ont demandé un rendez-vous d'abord par téléphone. Les autres objectifs étaient d'étudier les déterminants de refus de soins de santé et d'évaluer la méthode. L'étude a été menée sur un échantillon représentatif de dentistes, basée à Paris et les médecins en cinq catégories : les médecins généralistes, gynécologues médicaux, ophtalmologistes, les radiologues, et les dentistes.

Berardier M., Debout C. (2011). Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables. *Etudes et Résultats (Drees)*, (748)

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Les montants des plans d'aide notifiés aux bénéficiaires de l'APA à domicile sont déterminés après évaluation des besoins par les équipes médico-sociales des conseils généraux. Ces montants sont modulés dans la limite des plafonds nationaux selon le niveau de dépendance (GIR) des bénéficiaires. D'après les données individuelles anonymisées collectées par la DREES auprès des conseils généraux, 26% des bénéficiaires de l'APA à domicile en France métropolitaine auraient un plan d'aide "saturé", c'est-à-dire égal au plafond : leur besoin d'aide évalué par le conseil général pourrait excéder le montant maximal de prise en charge. La proportion de plans d'aide saturés serait par ailleurs plus élevée pour les cas de dépendance les plus lourds (44% en GIR 1), pour les femmes, les personnes non mariées (en général sans conjoint pour les aider, et donc susceptibles d'avoir plus fortement recours à l'aide de professionnels) et les personnes ayant une ancienneté importante dans le dispositif. Le lien entre niveau de revenus et fréquence des cas de saturation est complexe, reflétant des inégalités sociales face à la perte d'autonomie et des comportements (non-recours, intensité du recours ou passage en établissement) différents selon les revenus.

Danet S., Trugeon A., Chauvin P., Cases C. et al. (2010). Les inégalités sociales de santé : dossier. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (73) : 7-57.

Domingo P. (2010). Les dispositifs d'action sociale des Caf : une enquête auprès des bénéficiaires. *E-Ssentiel (L) - Cnaf*, (103)

Accueillir les enfants dans des crèches, des centres de loisirs, accompagner les familles, animer la vie sociale... sont autant de domaines pour lesquels les Caisses d'allocations familiales (Caf) interviennent et apportent des financements, en complément des prestations sociales versées à leurs allocataires. En 2009, une enquête auprès des familles allocataires a été menée afin de mieux connaître les bénéficiaires des dispositifs d'action sociale, de mesurer les effets ressentis de ces aides, d'expliquer le non-recours et de repérer les domaines jugés prioritaires ainsi que les modes d'intervention adaptés aux besoins exprimés. Globalement, le ciblage des différents types de soutien est adapté en fonction des besoins couverts. L'enquête montre que les aides sont utiles pour les familles mais leurs effets apparaissent limités dans le temps, notamment dans le domaine de l'accompagnement social. Par ailleurs, l'enquête révèle qu'un manque d'informations demeure auprès des familles concernant les dispositifs d'action sociale pouvant répondre à des besoins précis. Enfin, s'agissant des attentes, les bénéficiaires citent en premier lieu les besoins en matière de logement. Le temps libre est le deuxième domaine dans lequel ils souhaitent être aidés en priorité.

Boisguerin B. (2009). Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ? *Etudes et Résultats (Drees)*, (675) : -6p.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Depuis 2000, date de sa création, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) conservent les mêmes grandes caractéristiques. Il s'agit d'une population jeune, féminine, au sein de laquelle les ouvriers et les employés, particulièrement ceux exposés au chômage, sont surreprésentés. En 2006, la part relative des familles monoparentales a progressé parmi les bénéficiaires. Ils déclarent un moins bon état de santé que le reste de la population du même âge.

Jusot F., Wittwer J. (2009). L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective. In : Au chevet de la santé : quels diagnostics ? Quelles réformes ? *Regards Croisés Sur l'Economie*, (5) : 102-109.

<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-p-102.htm>

Cet article propose de faire le point sur les barrières financières à l'accès aux soins en France. Après avoir rappelé les déterminants économiques du recours aux soins, la question de l'accessibilité à une complémentaire santé sera discutée. Dans une dernière partie, les réformes récentes visant à améliorer l'accès aux soins seront mises en perspective et un prolongement naturel de ces réformes sera proposé.

Degorre A., Guyon V., Moisy M. (2009). Sur dix jeunes entrés en 6e en 1995, neuf se déclarent en bonne ou très bonne santé en 2007. *Insee Première*, (1261) : -4p.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1261/ip1261.pdf>

À 23 ans en moyenne en 2007, neuf jeunes sur dix ont une perception positive de leur état de santé. Les garçons se déclarent en meilleure santé que les filles et semblent peu préoccupés de l'impact des conduites à risque sur leur santé. Près d'un jeune sur deux fume, filles et garçons dans les mêmes proportions. Les filles adoptent moins de comportements à risque en matière d'alcool et sont davantage attentives à leur santé.

Cadot E., Guegen J., Spira A. (2008). Le renoncement aux soins parmi la population parisienne, le poids des déterminants sociaux et économiques. *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*. (56), 5S : 262.

(2008). Discours croisés sur les inégalités sociales de santé. *Revue Sociologie Santé*, (28) : -376p.

Sans être exhaustif, les regards croisés qui composent ce dossier consacré aux inégalités sociales de santé font suite à la tenue d'un colloque international qui s'est déroulé à Lille en janvier 2007. Trois parties composent ce dossier. La première se centre sur la question des rapports entre inégalités sociales de santé et territoires. La seconde partie se préoccupe de prévention et d'actions en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. La troisième interroge la place particulière du cancer face aux inégalités sociales de santé.

Boisguerin B. (2007). Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins. *Etudes et Résultats (Drees)*, (603)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

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

Raynaud D. (2006). La consommation de soins des personnes âgées. In : Les personnes âgées en situation de dépendance. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (56) : 34-38.
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/56/ad563437.pdf?18MK3-KX16Q-Q44K3-G-6JQ0-3K418>

A partir des données 2004 de l'échantillon permanent d'assurés sociaux de la Cnamts (EPAS) et de l'enquête santé soins protection sociale de l'Irdes, cet article analyse la consommation médicale des personnes âgées selon les variables suivantes : types de soins, âge, couverture complémentaire, renoncement aux soins.

Despres C. (2005). La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences Sociales et Santé*, 23 (4) : 79-110.

Cet article présente le résultat d'un travail réalisé suite à une demande de la CPAM du Val de Marne. Ainsi, celui-ci met en perspective la loi sur la couverture médicale universelle (CMU) dans la structure de la protection sociale et dans ses évolutions récentes. Il montre que le choix d'un principe de discrimination positive, mesure spécifique et ciblée, produit des effets sociaux de désignation, voire de stigmatisation des personnes visées. Il examine les usages que les bénéficiaires de la CMU font de ce dispositif. Si de nombreux bénéficiaires en tirent des avantages et une amélioration de l'accès aux soins, d'autres n'utilisent pas le dispositif (non-recours) ou ne l'utilisent que de manière restreinte (du fait des refus de soins de certains professionnels). L'article discute les effets de cette loi, visant à apporter plus d'équité, sur les inégalités sociales de santé (d'après le résumé d'auteur). Michel Grignon, économiste de la santé au Département d'Economie et Programme de Gérontologie de l'Université Mac Master au Canada, apporte un commentaire à cet article, intitulé " L'expérience de la couverture médicale universelle : que peut-on apprendre sur la segmentation dans les politiques sociales ? " (pp. 111-120).

Boisguerin B. (2004). Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : un impact qui se consolide entre 2000 et 2003. *Etudes et Résultats*, (294)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Trois ans après la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU), une nouvelle enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 3 000 ménages bénéficiaires. Elle permet de faire le point sur les caractéristiques socioéconomiques des ménages et des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire, de leur état de santé, de leurs comportements de recours aux soins. Elle permet également de recueillir leurs opinions sur le dispositif et d'appréhender les évolutions depuis la situation constatée à l'automne 2000, lors d'une première enquête du même type.

Bazin F., Parizot I., Chauvin P. (2004). Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne, 2001, 27èmes journées des Economistes Français de la Santé. Approches économiques des inégalités de santé. Paris, 17-6-2004. Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/Divers/ColloquesJES/9BazinPsychosociaux.pdf>

Cette communication a été présentée à l'occasion des 27èmes Journées des Economistes Français de la Santé qui se sont déroulées à Paris en juin 2004 sur le thème des inégalités de santé : approches économiques. L'objectif de cette contribution est de montrer qu'au-delà des facteurs socio-économiques classiques, le renoncement aux soins est associé à d'autres facteurs, de l'ordre des conditions de vie, des ruptures et intégrations sociales, des représentations de santé et des

caractéristiques psychologiques.

Raynaud D. (2003). L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. *Etudes et Résultats*, (229)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats.678.html>.

La présente étude a pour objet d'estimer l'influence de la Couverture Maladie Universelle (CMU) sur les dépenses de santé des personnes vivant en ménages ordinaires à partir des données de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) et de l'enquête Santé et protection sociale (SPS) du Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (Credes), qui ont ici été appariées.

Aligon A., Grignon M. (1998). Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis. In : Santé et économie. *Cahiers du Gratice (Les)*, (15) : 213-241.

Qui supporte des charges importantes pour se soigner par rapport à son niveau de revenu ? Dans quelle mesure ces charges limitent-elles le recours aux soins ? Cet article s'intéresse au montant restant à la charge des assurés ou de leur couverture complémentaire après remboursement de l'Assurance maladie ; ce montant se décompose entre le ticket modérateur (partie non remboursée de la dépense) et l'éventuel dépassement (partie non reconnue de la dépense). Les montants restant à charge des personnes sont présentés selon le type de soins et la position de l'individu par rapport au seuil de pauvreté, et sont mis en relation avec le renoncement aux soins. Les « reste à charge » des plus pauvres sont très inférieurs à la moyenne. Pour autant, cette charge peut être élevée pour des bas revenus (moins de 3 000 francs par mois selon la définition retenue dans le cadre de ce travail) : 12 % des individus situés sous ce seuil ont plus de 200 Frs par mois à payer pour leurs soins. Les principaux facteurs explicatifs de ce reste à charge moindre sont : une moindre dépense totale d'une part et moins orientée vers les postes à dépassements d'autre part (secteur 2, soins dentaires). A dépense donnée, le bénéfice d'une couverture complémentaire augmente le reste à charge après remboursement par le régime obligatoire : il y a là sans doute un effet prix (monétaire), les non couverts par une complémentaire faisant face à des prix résultants plus élevés et orientant leurs consommations vers des soins à moindre dépassement et moindre ticket modérateur. Lorsque l'on croise ce « reste à charge » avec les déclarations de renoncement aux soins, la liaison est inverse pour les bas revenus et pour les hauts revenus. Derrière ce résultat en apparence paradoxal, on montre bien que la notion de « renoncement aux soins » recouvre des situations contrastées : pour les pauvres, renoncer aux soins signifie bien que l'on dépense moins ; à l'inverse, les riches qui déclarent renoncer aux soins ont des dépenses plus élevées, ce qui signifie qu'ils renoncent à des soins supplémentaires après avoir saturé une contrainte budgétaire déjà élevée. Offrir une couverture complémentaire aux non couverts augmentera leur reste à charge, assez peu par l'augmentation de leur dépense totale de soins, bien plus par sa réorientation vers des soins à dépassement ou ticket modérateur élevés.

(1996). Accès aux droits, non recours aux prestations, complexité. *Recherches et Prévisions*, (43) : - 90p.

Ce fascicule consacré au non-recours aux prestations sociales s'ouvre sur une définition du non-recours : "lorsqu'une personne ne perçoit pas tout ou partie d'une prestation à laquelle elle a droit". Il présente les différents aspects du non-recours (primaire/secondaire, complet/partiel, permanent/temporaire etc.) Il démontre, "chiffres à l'appui", qu'il ne s'agit pas là d'une question anodine, que le non-recours a un lien très direct avec, entre autres, la lutte contre la pauvreté. Il regrette que les données et les analyses sur ce phénomène soient encore si rares en Europe, à l'exception notable du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de l'Allemagne.

Gilles-Simon M.O., Legros M. (1996). Le non-recours chez les plus pauvres: une approche empirique. *Recherches et Prévisions*, (43) : 51-58.

Publications étrangères

Stein, J., et al. (2016). "The assessment of met and unmet care needs in the oldest old with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study." *J Affect Disord* **193**: 309-317.

BACKGROUND: Depression belongs to the most common mental disorders in late life and will lead to a significant increase of treatment and health care needs in the future. The Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) evaluates met and unmet care needs in older individuals. Reports on needs of the elderly with depression are currently lacking. The aim of the present study was to identify met and unmet needs in older primary care patients with and without depression using the German-language version of the CANE. Furthermore, the association between unmet needs and depression ought to be explored. **METHODS:** As part of the study "Late-life depression in primary care: needs, health care utilization and costs (AgeMooDe)", a sample of 1179 primary care patients aged 75 years and older was assessed. Descriptive and inferential statistics as well as logistic regression analyses were conducted. **RESULTS:** This study, for the first time in Germany, provides data on the distribution of met and unmet needs in depressive and non-depressive older primary care patients. As a main result, unmet needs were significantly associated with depression; other risk factors identified were gender, institutionalization, care by relatives and impaired functional status. **LIMITATIONS:** The conclusions about directions and causality of associations between the variables are limited due to the cross-sectional design. **CONCLUSIONS:** The study results provide an important contribution to generate a solid base for an effective and good-quality health and social care as well as to an appropriate allocation of health care resources in the elderly population.

Chaupain-Guillot, S. and O. Guillot (2015). "Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data." *Eur J Health Econ* **16**(7): 781-796.

Using survey data from the 2009 wave of the European Union Statistics on Income and Living Conditions, this study examines the determinants of unmet needs for medical and dental care in European countries. Special emphasis is put on the impact of health system characteristics. Four factors are taken into account: the density of doctors or dentists, the rules governing access to practitioners, the method of paying primary care physicians, and the amount of out-of-pocket payments. The analysis is carried out using multilevel logistic regression models. Separate regressions are estimated for medical and dental services. The dependent variable is whether respondents reported that, at least once in the last 12 months, they needed care but did not receive it. The estimation results show that the probability of experiencing unmet medical or dental needs varies noticeably across countries. This inter-country variability seems to be partly explained by the differences in the financing of health care. Indeed, a positive link is found between the share of households' out-of-pocket payments in total health expenditure and the probability of unmet needs. The other contextual factors do not seem to play a significant role.

Litt, J. S. and M. C. McCormick (2015). "Care coordination, the family-centered medical home, and functional disability among children with special health care needs." *Acad Pediatr* **15**(2): 185-190.

BACKGROUND: Children with special health care needs (CSHCN) are at increased risk for functional disabilities. Care coordination has been shown to decrease unmet health service use but has yet been shown to improve functional status. We hypothesize that care coordination services lower the odds of functional disability for CSHCN and that this effect is greater within the context of a family-centered medical home. A secondary objective was to test the mediating effect of unmet care needs on functional disability. **METHODS:** Our sample included children ages 0 to 17 years participating the 2009-2010 National Survey of Children with Special Health Care Needs. Care coordination, unmet needs, and disability were measured by parent report. We used logistic regression models with covariate adjustment for confounding and a mediation analysis approach for binary outcomes to assess the effect of unmet needs. **RESULTS:** There were 34,459 children in our sample. Care coordination was associated with lower odds of having a functional disability (adjusted odds ratio 0.82, 95% confidence interval 0.77, 0.88). This effect was greater for care coordination in the context of a medical home (adjusted odds ratio 0.71, 95% confidence interval 0.66, 0.76). The relationship between care coordination and functional disability was mediated by reducing unmet services. **CONCLUSIONS:** Care coordination is associated with lower odds of functional disability among CSHCN, especially when delivered in the setting of a family-centered medical home. Reducing unmet service needs mediates this effect. Our findings support a central role for coordination services in

improving outcomes for vulnerable children.

Ponzo, M., et al. (2015). "Unmet care needs of people with a neurological chronic disease: a cross-sectional study in Italy on Multiple Sclerosis." *Eur J Public Health* **25**(5): 775-780.

BACKGROUND: Community-based studies are required to accurately describe the supportive services needed by people with multiple sclerosis (MS). **METHODS:** A total of 1205 people with MS participated in a cross-sectional study evaluating their unmet health and social care needs through a questionnaire collecting information used in the study. It was specifically developed by a multi-disciplinary team. **RESULTS:** Overall, 79% of the responders declared at least one health or social care needs. The most prevalent health care need was the psychological support (27.5%), whereas the transport was the social care need more frequent (over 41%) in our sample. The multivariate analysis highlighted that unmet health care needs depended mainly on clinical factors such as disease stage, influenced by disease duration, and disability degree, whereas the social care needs were related to both clinical and socio-demographic factors. **CONCLUSION:** These findings suggest that MS needs significantly change over time during the disease development and to find the best way to personalize PwMS management is crucial. Moreover, more public funding directed at improving the health-related quality of life of people with MS is needed. For this reason, we think that these results will provide important information and baseline data on how to build the national service strategies thereby making healthcare planning more efficient.

Stankuniene, A., et al. (2015). "The prevalence of self-reported underuse of medications due to cost for the elderly: results from seven European urban communities." *Bmc Health Services Research* **15**(419): 11, tabl.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/419>

Les auteurs de cette étude européenne ont interviewé 4 467 personnes âgées de 64 à 84 ans en Allemagne, en Grèce, en Italie, en Lituanie, au Portugal, en Espagne et en Suède pour savoir si elles s'abstenaient de prendre des médicaments en raison de leurs coûts. Leurs résultats indiquent que 3,6 % des répondants se sont abstenus d'acheter des médicaments sur ordonnance en raison de leur coût. Le problème était plus répandu en Lituanie (15,7 %).

Tur-Sinai, A., et al. (2015). Forgone visits to the doctor due to cost or lengthy waiting time among older adults in Europe. In : *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society.*, Berlin : Degruyter: 291-300.

<http://www.degruyter.com/view/product/462442>

Close to five per cent of older Europeans forwent a visit to the doctor in the previous year due to its cost. More than six per cent did without such visits because of lengthy waiting time. Forgone healthcare is related to one's sociodemographic background, social networks, health and financial situation. Forgone healthcare is related, first and foremost, to having limited financial means.

Hoogendijk, E. O., et al. (2014). "Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care." *Arch Gerontol Geriatr* **58**(1): 37-42.

In order to provide adequate care for frail older adults in primary care it is essential to have insight into their care needs. Our aim was to describe the met and unmet care needs as perceived by frail older adults using a multi-dimensional needs assessment, and to explore their associations with socio-demographic and health-related characteristics. Cross-sectional baseline data were used from the Frail older Adults: Care in Transition (ACT) study in the Netherlands, consisting of 1137 community dwelling frail older adults aged 65 and above. Patients were recruited through 35 primary care practices. Self-perceived care needs were assessed using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Socio-demographic characteristics included age, sex, partner status and educational level. Health-related characteristics included functional capacity, hospital admissions, chronic diseases and the degree of frailty. Frail older adults reported on average 4.2 care needs out of 13 CANE topics, of which 0.5 were unmet. The physical and environmental domain constituted the highest number of needs, but these were mostly met. Unmet needs were mainly found in the psychosocial domain. Regression analyses revealed that Activities of Daily Living (ADL) limitations and a higher frailty score were the most important determinants of both met and unmet care needs. A younger age and a higher educational level were associated with the presence of unmet care needs. In conclusion, most frail older adults in primary care report to receive sufficient help for their physical

needs. More attention should be paid to their psychosocial needs.

Coe, N. B. and A. Y. Wu (2014). What Impact Does Social Security Have on the Use of Public Assistance Programs Among the Elderly. Crr Wp 2014-5. Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College

http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2014/05/wp_2014-5.pdf

Low take-up by elderly Americans in most means-tested federal programs is a persistent and puzzling phenomenon. This paper seeks to measure the causal effect of the benefit levels on elderly enrollment in two public assistance programs – the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) and the Supplemental Security Income (SSI) program – by using the variation in SNAP and SSI eligibility and benefit levels introduced by Social Security retirement benefits. Our findings are three-fold. First, the low take-up among the elderly is not driven by changes in the composition of the eligible pool: individuals who become eligible as they age exhibit average take-up patterns that are similar to those who were eligible before reaching Social Security benefit claiming ages. Second, Social Security has a significant impact on the use of public assistance programs among the elderly, because the increase in income decreases the potential benefits available from public programs. Third, we estimate different behavioral responses to SNAP and SSI programs: a \$100 increase in SSI benefits leads to a 4-6-percentage-point increase in the probability of taking up SSI, but we are unable to estimate consistent results on how benefits impact the take up for SNAP. Together with the fact that eligible individuals who begin receiving Social Security benefits continue to participate in SSI more often than they maintain SNAP enrollment, we posit that the different estimated behavioral responses could be due to individual preferences for cash over in-kind transfers.

Horner-Johnson, W., et al. (2014). "Disparities in Health Care Access and Receipt of Preventive Services by Disability Type: Analysis of the Medical Expenditure Panel Survey." *Health Services Research*: 1-20.

To examine differences in access to health care and receipt of clinical preventive services by type of disability among working-age adults with disabilities. Secondary analysis of Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) data from 2002 to 2008. We conducted cross-sectional logistic regression analyses comparing people with different types of disabilities on health insurance status and type; presence of a usual source of health care; delayed or forgone care; and receipt of dental checkups and cancer screening. We pooled annualized MEPS data files across years. Our analytic sample consisted of adults (18-64 years) with physical, sensory, or cognitive disabilities and nonmissing data for all variables of interest. Individuals with hearing impairment had better health care access and receipt than people with other disability types. People with multiple types of limitations were especially likely to have health care access problems and unmet health care needs. There are differences in health care access and receipt of preventive care depending on what type of disability people have. More in-depth research is needed to identify specific causes of these disparities and assess interventions to address health care barriers for particular disability groups.

Karaca-Mandic, P., et al. (2014). "Family out-of-pocket health care burden and children's unmet needs or delayed health care." *Academic Pediatrics* **14**(1): 101-108.

OBJECTIVE : To assess the relationship between family members' out-of-pocket (OOP) health care spending and unmet needs or delayed health care due to cost for children with and without special health care needs (SHCN). **METHODS :** Data come from the Medical Expenditure Panel Survey, 2002-2009, and include 63,462 observations representing 41,748 unique children. The primary outcome was having any unmet needs/delayed care as a result of the cost of medical care, dental care, or prescription drugs. We also examined having unmet needs/delayed care due to cost for each service separately. Key explanatory variables were OOP spending on the index child and OOP spending on other family members. We estimated multivariate instrumental variable models to adjust the results for potential bias from any unobserved factors that might influence both other family OOP costs and the outcome variable.

Fronstin P. (2013). Use of Health Care Services and Access Issues by Type of Health Plan: Findings from the EBRI/MGA Consumer Engagement in Health Care Survey. *Ebri Notes*, 34 (6)

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2286764

This paper examines the impact of plan type, medical homes, and income on use of health care services. It also examines differences in the use of health services within the CDHP population. Data from the 2005-2007 EBRI/Commonwealth Fund Consumerism in Health Care Survey and the 2008-2012 EBRI/MGA Consumer Engagement in Health Care Survey are used for the analysis. In 2012, 26-40 percent of respondents reported some type of access-to-health-care issue for either themselves or family members. Individuals in consumer-driven health plans (CDHPs) and high-deductible health plans (HDHPs) were more likely than individuals with traditional coverage to report access issues. Findings from the survey indicate that individuals in HDHPs were more likely than individuals with traditional coverage to report that they or family members did not fill prescriptions or skipped doses to make the medication last longer or that they delayed or avoided getting health care due to cost. Overall, 40 percent of those in an HDHP reported some type of access issue, compared with 26 percent among those with traditional coverage. Nearly 4 in 10 (38 percent) of those with a CDHP reported some type of access issue, statistically higher than those with traditional coverage. Individuals in households with less than \$50,000 in annual income were more likely than those in households with \$50,000 or more in annual income to report access issues. Very few differences in access issues were found by whether employers contributed to the account, but access issues were found by the level of contribution. Length of time with the account had an impact on access issues, with 2012 being the first year where it was found that more years with the account were more likely to be associated with access issues. Overall, individuals in HDHPs and CDHPs were more likely than those with traditional coverage to report access issues, both for those with and without medical homes.

Bouckaert N., Schokkaert E. (2011). Une première évaluation du non-recours au revenu d'intégration sociale. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 53 (4)

L'objectif principal de cet article est de fournir une estimation des taux de non recours au revenu d'intégration, en Belgique, sur la base des enquêtes d'ensemble disponibles pour l'année 2005. Cette analyse couvre tout le territoire belge et non uniquement la Région flamande, ceci pour quatre raisons : le soutien au niveau des revenus est une compétence fédérale, car seul un petit échantillon de données est disponible, ce qui complique toute sous-division régionale. Il est impossible d'opérer une distinction entre Flamands et Wallons à Bruxelles et, plus important encore, les résultats pour l'ensemble de la Belgique sont intéressants en soi. Le chapitre 2 résume certaines des preuves et montre que le non-recours est un phénomène social pertinent sur le plan empirique dans un grand nombre de pays. La section 3 explique les principales caractéristiques du revenu d'intégration et donne une idée de la méthode d'évaluation. Les données et résultats sont commentés dans les sections 4 et 5. Le chapitre 6 analyse brièvement les principaux déterminants du non-recours, qui seront utilisés lors de futures recherches en vue de développer un modèle de comportement poussant à cette non-participation.

(2013). Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté : Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011. *Actualités OFS Santé*, (14) : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.170477.pdf>

Les personnes en situation de risque de pauvreté ou de privation matérielle déclarent plus souvent que les autres un état de santé qui n'est pas bon et elles sont plus nombreuses à renoncer à des soins pour des raisons financières. Celles qui renoncent à des soins pour raison financière sont aussi en moins bonne santé. Ces résultats ressortent des données 2011 de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) des ménages en Suisse [OFS].

Deloitte (2012). 2011 Survey of Health Care Consumers Global Report : Key Findings, Strategic Implications : Paris : Deloitte.

Cette étude menée par le cabinet d'audit Deloitte examine le comportement de soins des patients et leurs opinions sur le système de santé dans douze pays dont les Etats-Unis. Elle analyse notamment l'aspect renoncement aux soins pour des raisons financières.

Allin S., Grignon M. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada : what are the equity implications ? *Social Science & Medicine*, 70 (3): 465-472.

This study aimed to evaluate whether subjective assessments of unmet need may complement

conventional methods of measuring socioeconomic inequity in health care utilization. This study draws on the 2003 Canadian Community Health Survey to develop a conceptual framework for understanding how unmet need arises, to empirically assess the association between utilization and the different types of unmet need (due to waiting times, barriers and personal reasons), and to investigate the effect of adjusting for unmet need on estimates of income-related inequity. The study's findings suggest that a disaggregated approach to analyzing unmet need is required, since the three different subgroups of unmet need that we identify in Canada have different associations with utilization, along with different equity implications. People who report unmet need due to waiting times use more health services than would be expected based on their observable characteristics. However, there is no consistent pattern of utilization among people who report unmet need due to access barriers, or for reasons related to personal choice. Estimates of inequity remain unchanged when we incorporate information on unmet need in the analysis. Subjective assessments of unmet need, namely those that relate to barriers to access, provide additional policy-relevant information that can be used to complement conventional methods of measuring inequity, to better understand inequity, and to guide policy action.

Baggett T.P., O'Connell J.J., Singer D.E., Rigotti N.A. (2010). The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *Am.J Public Health*, 100 (7): 1326-1333.

OBJECTIVES: We assessed the prevalence and predictors of past-year unmet needs for 5 types of health care services in a national sample of homeless adults. **METHODS:** We analyzed data from 966 adult respondents to the 2003 Health Care for the Homeless User Survey, a sample representing more than 436,000 individuals nationally. Using multivariable logistic regression, we determined the independent predictors of each type of unmet need. **RESULTS:** Seventy-three percent of the respondents reported at least one unmet health need, including an inability to obtain needed medical or surgical care (32%), prescription medications (36%), mental health care (21%), eyeglasses (41%), and dental care (41%). In multivariable analyses, significant predictors of unmet needs included food insufficiency, out-of-home placement as a minor, vision impairment, and lack of health insurance. Individuals who had been employed in the past year were more likely than those who had not to be uninsured and to have unmet needs for medical care and prescription medications. **CONCLUSIONS:** This national sample of homeless adults reported substantial unmet needs for multiple types of health care. Expansion of health insurance may improve health care access for homeless adults, but addressing the unique challenges inherent to homelessness will also be required.

Davis M.M., Hilton T.J., Benson S., Schott J., Howard A., McGinnis P., Fagnan L. (2010). Unmet dental needs in rural primary care: a clinic-, community-, and practice-based research network collaborative. *J Am.Board.Fam.Med*, 23 (4) : 514-522.

BACKGROUND: Oral health is an essential component of general health and well-being, yet barriers to the access of dental care and unmet needs are pronounced, particularly in rural areas. Despite associations with systemic health, few studies have assessed unmet dental needs across the lifespan as they present in primary care. This study describes the prevalence of oral health conditions and unmet dental needs among patients presenting for routine care in a rural Oregon family medicine practice. **METHODS:** Eight primary care clinicians were trained to conduct basic oral health screenings for 7 dental conditions associated with International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 9-Clinical Modification codes. During the 6-week study period, patients older than 12 months of age who presented to the practice for a regularly scheduled appointment received the screening and completed a brief dental access survey. **RESULTS:** Of 1655 eligible patients, 40.7% (n = 674) received the screening and 66.9% (n = 1108) completed the survey. Half of the patients who were screened (46.0%, n = 310) had oral health conditions detected, including partial edentulism (24.5%), dental caries (12.9%), complete edentulism (9.9%), and cracked teeth (8.9%). Twenty-eight percent of the patients reported experiencing unmet dental needs. Patients with dental insurance were significantly more likely to report better oral and general health outcomes as compared with those who had no insurance or health insurance only. **CONCLUSIONS:** Oral health diseases and unmet dental needs presented substantially in patients with ages ranging across the lifespan from one rural primary care practice. Primary care settings may present opportune environments for reaching patients who are unable to obtain regular dental care.

Humphries R., Forder J., Fernandez J.L. (2010). *Securing Good Care for More People - Options for Reform* : Londres : King's Fund institute.

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/securing-good-care-more-people>

Social care has never been higher on the political and policy agenda, and the need for fundamental reform has been universally recognised. In 2006, The King's Fund commissioned Sir Derek Wanless to review the funding of social care for older people. That review proposed a 'partnership model' in which costs were shared between the state and the individual. Since then, the momentum for change has gathered pace. *Securing Good Care for More People* updates the original review and concludes that a revised version of the 'partnership model' is the fairest way of funding social care in the future. This would see the state guaranteeing to pay 50 per cent of everyone's care costs and matching every £2 contributed by individuals with a further £1. The report not only presents the financial implications of key funding models but also assesses their outcomes, including unmet need. Options for reforming Attendance Allowance are discussed. New research carried out for the report shows that if the current system was left as it is, the cost would double over the next 15 years, with no improvement in outcomes. In contrast, the reforms proposed by the Fund would halve unmet need by significantly increasing the amount of care people receive and would see around 50 per cent more people helped than under the current system. If a long-term approach is taken, these proposals are affordable and achievable. The report recommends a staged approach to funding reform: a fundamental review of spending to produce a new settlement for older people; delivering more personalised care and support; and political consensus through an all-party road map for reform.

Hwang S.W., Ueng J.J., Chiu S., Kiss A., Tolomiczenko G., Cowan L., Levinson W., Redelmeier D.A. (2010). Universal health insurance and health care access for homeless persons. *Am.J Public Health*, 100 (8) : 1454-1461

OBJECTIVES: We examined the extent of unmet needs and barriers to accessing health care among homeless people within a universal health insurance system. **METHODS:** We randomly selected a representative sample of 1169 homeless individuals at shelters and meal programs in Toronto, Ontario. We determined the prevalence of self-reported unmet needs for health care in the past 12 months and used regression analyses to identify factors associated with unmet needs. **RESULTS:** Unmet health care needs were reported by 17% of participants. Compared with Toronto's general population, unmet needs were significantly more common among homeless individuals, particularly among homeless women with dependent children. Factors independently associated with a greater likelihood of unmet needs were younger age, having been a victim of physical assault in the past 12 months, and lower mental and physical health scores on the 12-Item Short Form Health Survey. **CONCLUSIONS:** Within a system of universal health insurance, homeless people still encounter barriers to obtaining health care. Strategies to reduce nonfinancial barriers faced by homeless women with children, younger adults, and recent victims of physical assault should be explored.

McCusker J., Roberge D., Levesque J.F., Ciampi A., Vadeboncoeur A., Larouche D., Sanche S. (2010). Emergency department visits and primary care among adults with chronic conditions. *Med Care*, 48 (11) : 972-980.

BACKGROUND: An emergency department (ED) visit may be a marker for limited access to primary medical care, particularly among those with ambulatory care sensitive chronic conditions (ACSCC). **OBJECTIVES:** In a population with universal health insurance, to examine the relationships between primary care characteristics and location of last general physician (GP) contact (in an ED vs. elsewhere) among those with and without an ACSCC. **RESEARCH DESIGN:** A cross-sectional survey using data from 2 cycles of the Canadian Community Health Survey carried out in 2003 and 2005. **SUBJECTS:** The study sample comprised Quebec residents aged ≥ 18 who reported at least one GP contact during the previous 12 months, and were not hospitalized ($n = 33,491$). **MEASURES:** The primary outcome was place of last GP contact: in an ED versus elsewhere. Independent variables included the following: lack of a regular physician, perceived unmet healthcare needs, perceived availability of health care, number of contacts with doctors and nurses, and diagnosis of an ACSCC (hypertension, heart disease, chronic respiratory disease, diabetes). **RESULTS:** Using multiple logistic regression, with adjustment for sociodemographic, health status, and health services variables, lack of a regular GP and perceptions of unmet needs were associated with last GP contact in an ED; there was no interaction with ACSCC or other chronic conditions. **CONCLUSIONS:** Primary care characteristics associated with GP contact in an ED rather than another site reflect individual characteristics (affiliation with a primary GP and perceived needs) rather than the geographic availability of healthcare, both among those with and without chronic conditions.

Rosenbach M., O'Neil S., Cook B., and al. (2010). Characteristics, access, utilization, satisfaction, and outcomes of healthy start participants in eight sites. *Matern.Child.Health J*, 14 (5) : 666-679.

To describe the characteristics, access, utilization, satisfaction, and outcomes of Healthy Start participants in eight selected sites, a survey of Healthy Start participants with infants ages 6-12-months-old at time of interview was conducted between October 2006 and January 2007. The response rate was 66% (n = 646), ranging from 37% in one site to >70% in seven sites. Healthy Start participants' outcomes were compared to two national benchmarks. Healthy Start participants reported that they were satisfied with the program (>90% on five measures). Level of unmet need was 6% or less for most services, except for dental appointments (11%), housing (13%), and child care (11%). Infants had significantly better access to medical care than did their mothers, with higher rates of insurance coverage, medical homes, and checkups, and fewer unmet needs for health care. Healthy Start participants' rates of ever breastfeeding (72%) and putting infants to sleep on their backs (70%) were at or near the Healthy People 2010 objectives, and considerably higher than rates among low-income mothers in the ECLS. The high rate of health education (>90%) may have contributed to these outcomes. Elimination of smoking among Healthy Start participants (46%) fell short of the Healthy People 2010 objective (99%). The low-birth weight (LBW) rate among Black Healthy Start participants (14%) was three times higher than the rate for Whites and Hispanics (5% each). Overall, the LBW rate in the eight sites (7.5%) was similar to the rate for low-income mothers in the ECLS, but both rates were above the Healthy People 2010 objective (5%). Challenges remain in reducing disparities in maternal and child health outcomes. Further attention to risk factors associated with LBW (especially smoking) may help close the gaps. The life course theory suggests that improved outcomes may require longer-term investments. Healthy Start's emerging focus on interconception care has the potential to address longer-term needs of participants.

Arvidsson H., Hultsjo S. (2009). Needs and care of migrants considered as severely mentally ill--cross-sectional and longitudinal studies of a Swedish sample. *Eur.Psychiatry.*, 24 (8) : 533-539.

PURPOSE: Higher incidence of mental illnesses and less access to care is previously reported concerning migrants but few studies focus on the needs and care of migrant groups in psychiatry. The aim of this study was to compare differences in needs and care between migrant and nonmigrant groups of severely and persistently mentally ill (SMI) after the 1995 Swedish mental health care reform. **METHODS:** In a Swedish area, inventories were made in 2001 and 2006 of persons considered as SMI. These persons were interviewed and their needs were assessed. In a cross-sectional study in 2006, needs and care were compared between migrants and nonmigrants. In a longitudinal study, migrants and nonmigrants interviewed in both 2001 and 2006 were compared concerning the development of needs and care. **RESULTS:** The needs of the migrant group were less taken care of. In 2006, there were more unmet needs in this group concerning accommodation, physical health, psychological distress, basic education and economy. **CONCLUSION:** The improvement of groups considered as SMI concerning functional disability and efforts of care found in the actual area did not seem to include the migrant group, at least not to the same degree.

Cavalieri M. (2009). Geographical patterns of unmet health care needs in Italy. MPRA Paper; 16097. Munich : Munich Personal RepEc Archive

In recent years, health care reforms and restrained budgets have risen concerns about accessibility to health services, even in countries with universal coverage health systems. Previous studies have explored the issue by using objective event-oriented measures such as those related to utilization of health care. Analyzing access through subjective process-oriented indicators allows to better disentangle the process of seeking care, to investigate self-perceived barriers to health services and to account for differences in individual health care preferences. In this paper, data from the 2006 Italian component of the European Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC) are used to explore reasons and predictors of self-reported unmet needs for specialist and/or dental care among adult Italians aged 18 and over. Results reveal different patterns across socio-economic groups and geographical macro-areas. Evidence of income-related inequalities and violations of the horizontal equity principle are also found both at a national and regional level. Policies to address unmet health care needs should adopt a multidimensional approach and be tailored so as to consider such heterogeneities.

Derigne L., Porterfield S., Metz S. (2009). The influence of health insurance on parent's reports of children's unmet mental health needs. *Matern.Child.Health J*, 13 (2) : 176-186.

OBJECTIVE: The purpose of this study was to examine the prevalence of unmet mental health needs in children identified by parents as having long-term emotional and behavioral problems, to identify the characteristics of these children, and to evaluate the influence of health insurance status and type on the odds of reporting unmet mental health needs. **METHODS:** We used the National Survey of Children with Special Health Care Needs (NSCSHCN) to estimate the prevalence of unmet mental health needs among children with long-term emotional/behavioral conditions. Using logistic regression models, we also assessed the independent impact of insurance status and type on unmet needs. **RESULTS:** Analyses indicated that of the nearly 67% of children who needed mental health care or counseling in the previous 12 months, 20% did not receive it. Moreover, parents of uninsured children were more likely to report unmet mental health needs than insured children. Parents of children covered by public health insurance programs (Medicaid, Children Health Insurance Program-CHIP, Title V, Military, Native American) were less likely to report unmet mental health needs than those with children covered by private health insurance plans. **CONCLUSION:** Results from this study suggest a need for expansion of health insurance coverage to children especially those with long-term mental health conditions. It also suggests a need for parity between mental and physical health benefits in private health insurance.

DeVoe J.E., Tillotson C.J., Wallace L.S. (2009). Children's receipt of health care services and family health insurance patterns. *Ann.Fam.Med*, 7 (5) : 406-413.

PURPOSE: Insured children in the United States have better access to health care services; less is known about how parental coverage affects children's access to care. We examined the association between parent-child health insurance coverage patterns and children's access to health care and preventive counseling services. **METHODS:** We conducted secondary analyses of nationally representative, cross-sectional, pooled 2002-2006 data from children (n = 43,509), aged 2 to 17 years, in households responding to the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). We assessed 9 outcome measures pertaining to children's unmet health care and preventive counseling needs. **RESULTS:** Cross-sectionally, among US children (aged 2 to 17 years) living with at least 1 parent, 73.6% were insured with insured parents, 8.0% were uninsured with uninsured parents, and the remaining 18.4% had discordant family insurance coverage patterns. In multivariable analyses, insured children with uninsured parents had higher odds of an insurance coverage gap (odds ratio [OR] = 2.45; 95% confidence interval [CI], 2.02-2.97), no usual source of care (OR = 1.31; 95% CI, 1.10-1.56), unmet health care needs (OR = 1.11; 95% CI, 1.01-1.22), and having never received at least 1 preventive counseling service (OR = 1.20; 95% CI, 1.04-1.39) when compared with insured children with insured parents. Insured children with mixed parental insurance coverage had similar vulnerabilities. **CONCLUSIONS:** Uninsured children had the highest rates of unmet needs overall, with fewer differences based on parental insurance status. For insured children, having uninsured parents was associated with higher odds of going without necessary services when compared with having insured parents.

Glazier R.H., Sibley L.M. (2009). Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison. *Healthcare Policy*, 5 (1) : 87-101.
<http://www.longwoods.com/product.php?productid=20934&cat=597&page=1>

Cette étude compare la perception de la population face aux besoins non comblés et évalue la variation des raisons qui mènent à cette perception- n (raisons liées à des problèmes de disponibilité, d'accessibilité et d'acceptabilité), entre les provinces canadiennes. Cette étude transversale s'appuie sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2.1) effectuée en 2003. En général, 11,7 pour cent des répondants perçoivent avoir eu des besoins non comblés au cours des 12 mois précédents l'enquête. Les taux provinciaux ajustés varient entre 13,3 pour cent au Manitoba et 7,8 pour cent à l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les besoins non comblés déclarés, les raisons principalement invoquées sont liées aux problèmes de disponibilité des services (54,9 pour cent), suivi de l'acceptabilité (42,8 pour cent) et de l'accessibilité en raison des coûts de transport (12,7 pour cent). Les besoins non comblés attribués à la disponibilité sont plus susceptibles d'avoir lieu au Québec, à Terre-Neuve et au Manitoba tandis que pour l'Alberta et la Colombie-Britannique, ce sont les besoins non comblés attribués à l'accessibilité qui sont le plus invoqués. Les résidents de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba sont plus susceptibles d'invoquer des

problèmes liés à l'acceptabilité. Les raisons invoquées pour signaler des besoins non comblés varient entre les provinces, et chacune d'entre elles a ses propres répercussions sur les politiques.

Guend H., Tesson A.L. (2009). Unmet needs for primary care in the context of a universal healthcare system. The case of Quebec : Montréal : INRS

Même sous un régime d'assurance universelle, certaines personnes éprouvent des difficultés à accéder aux soins de santé primaires. Cette recherche identifie les facteurs individuels et sociaux qui contribuent à ces difficultés au Québec. Nous développons trois modèles de régressions logistiques pour tester la signifiante des associations des variables explicatives à la variable expliquée, par référence au modèle comportemental de l'accès aux soins de santé. La variable dépendante est dichotomique et rend compte de l'auto-déclaration concernant les besoins non comblés. Les résultats suggèrent que l'insatisfaction des besoins en soins de santé est associée aux variables relatives au besoin plutôt qu'aux variables relatives aux caractéristiques pré-disposantes ou à celles liées aux ressources. Le facteur géographique est aussi insignifiant sauf pour la région socio-sanitaire de Québec.

Jenkins J.L., Hsu E.B., Sauer L.M., and al (2009). Prevalence of Unmet Health Care needs and description of health care-seeking behavior among displaced people after the 2007 California wildfires. *Disaster.Med Public Health Prep.*, 3 (2 Suppl) : S24-S28.

OBJECTIVES: The southern California wildfires in autumn 2007 resulted in widespread disruption and one of the largest evacuations in the state's history. This study aims to identify unmet medical needs and health care-seeking patterns as well as prevalence of acute and chronic disease among displaced people following the southern California wildfires. These data can be used to increase the accuracy, and therefore capacity, of the medical response. **METHODS:** A team of emergency physicians, nurses, and epidemiologists conducted surveys of heads of households at shelters and local assistance centers in San Diego and Riverside counties for 3 days beginning 10 days postdisaster. All households present in shelters on the day of the survey were interviewed, and at the local assistance centers, a 2-stage sampling method was used that included selecting a sample size proportionate to the number of registered visits to that site compared with all sites followed by a convenience sampling of people who were not actively being aided by local assistance center personnel. The survey covered demographics; needs following the wildfires (shelter, food, water, and health care); acute health symptoms; chronic health conditions; access to health care; and access to prescription medications. **RESULTS:** Among the 175 households eligible, 161 (92.0%) households participated. Within the 47 households that reported a health care need since evacuation, 13 (27.7%) did not receive care that met their perceived need. Need for prescription medication was reported by 47 (29.2%) households, and 20 (42.6%) of those households did not feel that their need for prescription medication had been met. Mental health needs were reported by 14 (8.7%) households with 7 of these (50.0%) reporting unmet needs. At least 1 family member per household left prescription medication behind during evacuation in 46 households (28.6%), and 1 family member in 48 households (29.8%) saw a health care provider since their evacuation. Most people sought care at a clinic (24, 50.0%) or private doctor (11, 22.9%) as opposed to an emergency department (6, 12.5%). **CONCLUSIONS:** A significant portion of the households reported unmet health care needs during the evacuations of the southern California wildfires. The provision of prescription medication and mental health services were the most common unmet need. In addition, postdisaster disease surveillance should include outpatient and community clinics, given that these were the most common treatment centers for the displaced population.

McGrail K.M., Ross N.A., Sanmartin C. (2009). Income-related health inequalities in Canada and the United States: a decomposition analysis. *Am.J Public Health*, 99 (10) : 1856-1863.

OBJECTIVES: We examined income-related inequalities in self-reported health in the United States and Canada and the extent to which they are associated with individual-level risk factors and health care system characteristics. **METHODS:** We estimated income inequalities with concentration indexes and curves derived from comparable survey data from the 2002 to 2003 Joint Canada-US Survey of Health. Inequalities were then decomposed by regression and decomposition analysis to distinguish the contributions of various factors. **RESULTS:** The distribution of income accounted for close to half of income-related health inequalities in both the United States and Canada. Health care system factors (e.g., unmet needs and health insurance status) and risk factors (e.g., physical inactivity and

obesity) contributed more to income-related health inequalities in the United States than to those in Canada. **CONCLUSIONS:** Individual-level health risk factors and health care system characteristics have similar associations with health status in both countries, but they both are far more prevalent and much more concentrated among lower-income groups in the United States than in Canada.

Rice J.B., Kasper J.D., Pezzin L.E. (2009). A comparative analysis of Medicaid long-term care policies and their effects on elderly dual enrollees. *Health Econ.*, 18 (3) : 275-290.

Individuals with dual enrollment in Medicare and Medicaid have become the focus of heightened US federal and state policy interest in recent years. These beneficiaries are among the most vulnerable and costly persons served by either program. This analysis uses a reduced-form econometric model and a unique survey of community-resident dual enrollees to take a critical step toward understanding the relationships and combinations of state long-term care (LTC) policies and their relative effectiveness in achieving their intended effects: increasing access to care, improving activities of daily living/instrumental activities of daily living (ADL/IADL) assistance, and reducing unmet needs. We then simulate the effects of alternative policies to determine the most effective combination. The combination of policies that was most effective in reducing the percentage of individuals receiving low levels of assistance was high spending in the community relative to nursing home and low community LTC spending per recipient; that is, spending more on community care and spreading it across more people. Overall, this analysis confirms that Medicaid LTC policy decisions by states, and the combinations of policies that are implemented, result in important variations in levels of assistance to elderly persons with disabilities.

DeVoe J.E., Graham A., Krois L., et al (2008). "Mind the Gap" in children's health insurance coverage: does the length of a child's coverage gap matter? *Ambul.Pediatr.*, 8 (2) : 129-134.

OBJECTIVE: Gaps in health insurance coverage compromise access to health care services, but it is unclear whether the length of time without coverage is an important factor. This article examines how coverage gaps of different lengths affect access to health care among low-income children.

METHODS: We conducted a multivariable, cross-sectional analysis of statewide primary data from families in Oregon's food stamp population with children presumed eligible for publicly funded health insurance. The key independent variable was length of a child's insurance coverage gap; outcome variables were 6 measures of health care access. **RESULTS:** More than 25% of children reported a coverage gap during the 12-month study period. Children most likely to have a gap were older, Hispanic, lived in households earning between 133% and 185% of the federal poverty level, and/or had an employed parent. After adjusting for these characteristics, in comparison with continuously insured children, a child with a gap of any length had a higher likelihood of unmet medical, prescription, and dental needs; no usual source of care; no doctor visits in the past year; and delayed urgent care. When comparing coverage gaps, children without coverage for longer than 6 months had a higher likelihood of unmet needs compared with children with a gap shorter than 6 months. In some cases, children with gaps longer than 6 months were similar to, or worse off than, children who had never been insured. **CONCLUSIONS:** State policies should be designed to minimize gaps in public health insurance coverage in order to ensure children's continuous access to necessary services.

Halterman J.S., Montes G., Shone L.P., Szilagyi P.G. (2008). The impact of health insurance gaps on access to care among children with asthma in the United States. *Ambul.Pediatr.*, 8 (1) : 43-49.

BACKGROUND: Health insurance coverage is important to help assure children appropriate access to medical care and preventive services. Insurance gaps could be particularly problematic for children with asthma, since appropriate preventive care for these children depends on frequent, consistent contacts with health care providers. **OBJECTIVE:** The aim of this study was to determine the association between insurance gaps and access to care among a nationally representative sample of children with asthma. **METHODS:** The National Survey of Children's Health provided parent-report data for 8097 children with asthma. We identified children with continuous public or continuous private insurance and defined 3 groups with gaps in insurance coverage: those currently insured who had a lapse in coverage during the prior 12 months (gained insurance), those currently uninsured who had been insured at some time during the prior 12 months (lost insurance), and those with no health insurance at all during the prior 12 months (full-year uninsured). **RESULTS:** Thirteen percent of children had coverage gaps (7% gained insurance, 4% lost insurance, and 2% were full-year uninsured). Many children with gaps in coverage had unmet needs for care (7.4%, 12.8%, and 15.1% among the gained insurance, lost insurance, and full-year uninsured groups, respectively). In multivariate models, we found significant associations between insurance gaps and every indicator of

poor access to care among this population. CONCLUSIONS: Many children with asthma have unmet health care needs and poor access to consistent primary care, and lack of continuous health insurance coverage may play an important role. Efforts are needed to ensure uninterrupted coverage for these children.

Scal P., Davern M., Ireland M., Park K. (2008). Transition to adulthood: delays and unmet needs among adolescents and young adults with asthma. *J Pediatr.*, 152 (4) : 471-5, 475.

OBJECTIVE: To examine the effect of the transition to adulthood on financial and non-financial barriers to care in youth with asthma. STUDY DESIGN: With National Health Interview Survey data from 2000 to 2005, we examined delays and unmet needs because of financial and non-financial barriers, evaluating the effect of adolescent (age, 12-17 years; n = 1539) versus young adult age (age, 18-24 years; N = 833), controlling for insurance, usual source of care, and sociodemographic characteristics. We also simulated the effects of providing public insurance to uninsured patients and a usual source of care to patients without one. RESULTS: More young adults than adolescents encountered financial barriers resulting in delays (18.6% versus 8%, $P < .05$) and unmet needs (26.6% versus 11.4%, $P < .05$), although delays caused by non-financial barriers were similar (17.3% versus 14.9%, $P =$ not significant). In logistic models young adults were more likely than adolescents to report delays (odds ratio [OR], 1.45; 95% CI, 1.02-2.08) and unmet needs (OR, 1.8; 95% CI, 1.29-2.52) caused by financial barriers. CONCLUSIONS: Delays and unmet needs for care caused by financial reasons are significantly higher for young adults than they are for adolescents with asthma.

Van C.J., Davis M.M. (2008). Preventive care utilization among children with and without special health care needs: associations with unmet need. *Ambul.Pediatr.*, 8 (5) : 305-311.

OBJECTIVE: To compare attendance at preventive medical and dental visits for children with special health care needs (CSHCN) and children without special health care needs, and associations between attending visits and unmet need. METHODS: We analyzed data on 102 353 children aged 0 to 17 years from the National Survey of Children's Health. We examined associations between attending preventive medical or dental visits and CSHCN status, and unmet need for medical or preventive dental care and attending preventive medical or dental visits. RESULTS: Medical care-CSHCN were more likely than other children to attend a well-child visit (odds ratio [95% confidence interval], 1.45 [1.12-1.93] for 0 to 5 years, 1.99 [1.74-2.28] for 6 to 11 years, 1.84 [1.64-2.06] for 12 to 17 years). CSHCN aged 12 to 17 years attending a well-child visit had lower odds of unmet medical need (0.48 [0.27-0.85]) than CSHCN not attending visits; well-child visits and unmet need were not associated for younger age groups. Dental care-CSHCN aged 3 to 5 years were more likely than other children of similar ages to attend a preventive dental visit (1.26 [1.04-1.52]). CSHCN attending a preventive dental visit had lower odds of unmet preventive dental needs than CSHCN not attending visits (0.52 [0.28-0.93] for 3 to 5 years, 0.18 [0.12-0.28] for 6 to 11 years, 0.12 [0.08-0.17] for 12 to 17 years). CONCLUSIONS: CSHCN attend preventive medical and dental visits at similar or higher rates than other children. CSHCN who attend visits are less likely to have unmet needs. Further research should examine differences in visit content for CSHCN and mechanisms whereby preventive care may reduce unmet need.

Drennan V., Walters K., Lenihan P., Cohen S., Myerson S., Iliffe S. (2007). Priorities in identifying unmet need in older people attending general practice: a nominal group technique study. *Fam.Pract.*, 24 (5) : 454-460.

BACKGROUND: Primary care practitioners are encouraged to identify unmet need in older people, but the best mechanisms for doing this are not known. OBJECTIVE: To identify common unmet needs, as perceived by older people and professionals that could be enquired about during routine encounters in primary care. METHODS: This was a nominal group technique qualitative study conducted with older people in London and primary care professionals working in the same localities. Subjects were seven nominal groups of 5-12 participants each, four with culturally diverse user groups recruited through local community and voluntary sector resources and three with primary care professionals (GPs and nurses). Group interviews were conducted with two facilitators and one observer recording field notes and were tape-recorded and transcribed for data collection. RESULTS: Older people and professionals share some ideas about unmet need, but there are important differences. Older people may emphasize their autonomy and right to make choices, while professionals may use epidemiological knowledge to justify their own agendas, which may be considered intrusive. Nominal

groups can be useful tools for capturing perspectives of different groups, but prioritization of themes identified by nominal groups may not always be feasible. CONCLUSIONS: Unmet need is a complex concept, with different interpretations according to the perspective taken. Professionals relying on epidemiological knowledge to guide their enquiries about unmet needs in older patients may find that the needs that they identify are not perceived as unmet, or even meetable, by their patients.

Hopson D.P., Morgan D.H., Gray S.H., Conviser R. (2007). CARE Act planning for unmet need. *J Health Care Poor Underserved*, 18 (3 Suppl) : 1-7.

The Ryan White CARE Act, a safety net program first enacted in 1990, provides health and support services to people living with HIV (PLWH) in the U.S. through several Titles. Recipients of CARE Act funds--particularly metropolitan areas and States under Titles I and II, respectively--prioritize and allocate funds to cover unmet service needs. In the 2000 reauthorization of the CARE Act, Title I and II grantees were directed to determine unmet needs for services. This paper describes a process by which the HIV/AIDS Bureau of the Health Resources and Services Administration of the U.S. Department of Health and Human Services has assisted grantees in developing tools to make quantitative estimates of the unmet need for HIV primary care services. The process enables grantees to identify underserved populations and implement strategies to bring them into regular primary care. The Care System Assessment Demonstration Project supplements these tools.

Koolman X. (2007). Unmet need for health care in Europe, Comparative EU statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges : Proceedings of the EU-SILC conference. Helsinki, 6-11-2006. Luxembourg : Office des Publications officielles des Communautés européennes

New data (EU-SILC : community statistics on income and living conditions) allows the study of subjective unmet need for examination or treatment. This paper presents new estimates of horizontal inequity in access to medical examination or treatment in fourteen European countries. This concept is closer to access than utilisation. We use a multiple regression approach to study systematic variations in unmet need. The results demonstrate great variation in unmet need during the last 12 months ranging from 1.3% for Denmark up to 13.1% in Sweden. The main reasons for unmet need are costs, waiting lists, watchful waiting and lack of time. Unmet need appeared to be systematically related to non-need characteristics. Income appeared to be most influential, followed by degree of urbanisation, education and being foreign to the country.

Ngui E.M., Flores G. (2007). Unmet needs for specialty, dental, mental, and allied health care among children with special health care needs: are there racial/ethnic disparities? *J Health Care Poor Underserved*, 18 (4) : 931-949.

We examined racial/ethnic disparities in unmet specialty, dental, mental, and allied health care needs among children with special health care needs (CSHCN) using data on 38,866 children in the National Survey of CSHCN. Compared with White CSHCN, Black CSHCN had significantly greater unmet specialty (9.6% vs. 6.7%), dental (16% vs. 8.7%), and mental (27% vs. 17%) health care needs. Hispanic CSHCN had greater unmet dental care needs (15.8% vs. 8.7%). Black females had greater unmet mental health care needs than other groups (41% vs. 13-20%). Most disparities disappeared after multivariate adjustment. Significant risk factors for unmet health care needs included uninsurance, having no personal doctor/nurse, poverty, and condition stability and severity. Eliminating unmet specialty, dental, and mental health care needs for all CSHCN, and especially minority CSHCN, may require greater efforts to reduce poverty and increase insurance coverage among CSHCN, better mental health care assessment of Black female CSHCN, and ensuring all CSHCN have a medical home.

Nelson C.H., Park J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Soc Sci.Med*, 62 (9) : 2291-2300.

Using data from the Canadian Community Health Survey (CCHS) Cycle 1.2, we examine the nature of unmet mental health care needs in Ontario, Canada and how this is associated with socio-demographic, social support, health status and mental health service use factors. Unmet mental health care needs result from experiencing barriers to three issues: acceptability, accessibility and availability. Unmet needs due to acceptability issues are the most frequent type; the largest proportion of people within this category report experiencing unmet needs because they "preferred to manage

the problem themselves". Unmet needs are greater among the young and among females. Surprisingly, service users report higher rates of unmet needs than non-users. Some social support variables have associations with unmet needs. Based upon these results, unmet needs pose a major challenge to the health care system since they cannot be resolved solely by enhancing access to and availability of mental health services. Thus, to address unmet mental health care needs, efforts should be focused on the acceptability barriers that women and young people in particular face. Enhancing education and certain social support mechanisms are potential strategies.

Sanmartin C., Berthelot J.M., Ng E., et al. (2006). Comparing health and health care use in Canada and the United States. *Health Aff. (Millwood.)*, 25 (4) : 1133-1142.

Results from the Joint Canada/United States Survey of Health (2002-2003) reveal that health status is relatively similar in the two countries, but income-related health disparities exist. Americans in the poorest income quintile are more likely to have poor health than their Canadian counterparts; there were no differences between the rich. In general, Canadians were more like insured Americans regarding access to services, and Canadians experienced fewer unmet needs overall. Despite higher U.S. levels of spending on health care, residents in the two countries have similar.

Honberg L., McPherson M., Strickland B., Gage J.C., Newacheck P.W. (2005). Assuring adequate health insurance: results of the National Survey of Children with Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 115 (5) : 1233-1239.

OBJECTIVE: The purpose of this article is to report the findings of the 2001 National Survey of Children With Special Health Care Needs regarding the extent to which children with special health care needs (CSHCN) have access to public or private health insurance that meets their needs. **METHODOLOGY:** As part of its effort to develop systems of care for CSHCN, the US Maternal and Child Health Bureau established a health insurance core outcome. Successful attainment was measured on the basis of whether the child met 3 distinct components at the time of the interview: presence of public or private coverage; continuity of coverage over the previous 12 months; and adequacy of coverage. Adequacy of coverage was measured from the family's perspective of whether their insurance covered needed services, covered a reasonable share of costs, and allowed families to see the providers they felt were best for their child. Bivariate and multivariate statistical methods were used to assess independent predictors of respondents meeting the health insurance core outcome. **RESULTS:** Results of the survey indicated that 59.6% of CSHCN nationally met the health insurance core outcome using the 3 components of presence of insurance coverage, continuity of coverage, and adequacy of coverage. Poverty status, race/ethnicity, and functional ability were significant factors in whether a child met the health insurance core outcome as well as each of the 3 components. Of Hispanic and non-Hispanic black CSHCN, 45.2% and 57.6%, respectively, met the health insurance core outcome, compared with 62.5% of their white counterparts. Children with the most limited functional ability were 50% less likely to meet the health insurance core outcome than CSHCN without limitations. More than 10% of Hispanic CSHCN was uninsured at the time of the interview, and 20% of Hispanic CSHCN experienced gaps in coverage. Although insurance met the needs of most families, more than one fourth of families reported that uncovered costs were not reasonable. Children who did not meet the health insurance core outcome were also more likely to have unmet needs. **CONCLUSIONS:** Results of the survey demonstrated that although the majority of CSHCN have adequate health insurance, additional work is needed to improve the adequacy of insurance, particularly for children below the poverty line, Hispanic children, and children with the most limited functional ability. The survey results also demonstrated the importance of continuous and adequate health insurance, because children who met the health insurance core outcome had fewer unmet needs.

Komisar H.L., Feder J., Kasper J.D. (2005). Unmet long-term care needs: an analysis of Medicare-Medicaid dual eligibles. *Inquiry*, 42 (2) : 171-182.

People who are dually eligible for Medicare and Medicaid are the focus of fiscal struggles between federal and state governments. Drawing on a survey of community-based elderly "dual eligibles," this paper examines how well their medical and long-term care needs are being met under the current combination of Medicare and Medicaid policies. While few people report difficulty getting medical care, 58% of people needing long-term care (help with activities of daily living) report unmet needs. As a result, many experience serious consequences, such as falls. Although unmet needs are substantial in all six states surveyed, we find the greater the use of paid home care in a state, the lower the

likelihood of unmet needs, suggesting states' policies can make a difference.

Mollborn S., Stepanikova I., Cook K.S. (2005). Delayed care and unmet needs among health care system users: when does fiduciary trust in a physician matter? *Health Serv.Res.*, 40 (6 Pt 1) : 1898-1917.

OBJECTIVES: To examine whether fiduciary trust in a physician is related to unmet health care needs and delayed care among patients who have a regular physician, and to investigate whether the relationships between trust and unmet health care needs and delays in care are attenuated for disadvantaged patients who face structural obstacles to obtaining health care. **DATA SOURCES/STUDY SETTING:** The 1998-1999 Community Tracking Study (CTS) Household Survey, a cross-sectional sample representative of the U.S. noninstitutionalized population. This study analyzes adults who usually see the same physician for their health care (n = 29,994). **STUDY DESIGN:** We estimated logistic regression models of the association of trust with unmet health care needs and delayed care. We tested interactions between trust and barriers to obtaining care, including minority race/ethnicity, poverty, and the absence of health insurance. Control variables included patients' sociodemographic characteristics, health status, satisfaction with the available choice of primary physicians, and the number of physician visits during the last year. **PRINCIPAL FINDINGS:** Patients' fiduciary trust in a physician is negatively associated with the likelihood of reporting delayed care and unmet health care needs among most patients. Among African Americans, Hispanics, the poor, and the uninsured, however, fiduciary trust is not significantly associated with the likelihood of delayed care. For unmet needs, only the uninsured have no significant association with trust. **CONCLUSIONS:** Results show that trust is associated with improved chances of getting needed care across most subgroups of the population, although this relationship varies by subpopulation.

Shi L., Stevens G.D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. *J Gen.Intern.Med.*, 20 (2) : 148-154.

CONTEXT: Previous studies have demonstrated a strong association between minority race, low socioeconomic status (SES), and lack of potential access to care (e.g., no insurance coverage and no regular source of care) and poor receipt of health care services. Most studies have examined the independent effects of these risk factors for poor access, but more practical models are needed to account for the clustering of multiple risks. **OBJECTIVE:** To present a profile of risk factors for poor access based on income, insurance coverage, and having a regular source of care, and examine the association of the profiles with unmet health care needs due to cost. Relationships are examined by race/ethnicity. **DESIGN:** Analysis of 32,374 adults from the 2000 National Health Interview Survey. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Reported unmet needs due to cost: missing/delaying needed medical care, and delaying obtaining prescriptions, mental health care, or dental care. **RESULTS:** Controlling for personal demographic and community factors, individuals who were low income, uninsured, and had no regular source of care were more likely to miss or delay needed health care services due to cost. After controlling for these risk factors, whites were more likely than other racial/ethnic groups to report unmet needs. When presented as a risk profile, a clear gradient existed in the likelihood of having an unmet need according to the number of risk factors, regardless of racial/ethnic group. **CONCLUSION:** Unmet health care needs due to cost increased with higher risk profiles for each racial and ethnic group. Without attention to these co-occurring risk factors for poor access, it is unlikely that substantial reductions in disparities will be made in assuring access to needed health care services among vulnerable populations.

Wu Z., Penning M.J., Schimmele C.M. (2005). Immigrant status and unmet health care needs. *Can.J Public Health*, 96 (5) : 369-373.

OBJECTIVES: To compare whether unmet health needs differ between immigrants and non-immigrants, and examine whether help-seeking characteristics account for any unmet needs disparities. **METHODS:** The data are from the Canadian Community Health Survey Cycle 1.1, conducted by Statistics Canada in 2000-2001. The study sample includes 16,046 immigrants and 102,173 non-immigrants aged 18 and older from across Canada. The study employs logistic regression models to examine whether help-seeking behaviours explain unmet needs differences. **RESULTS:** Logistic regression analysis indicates that immigrants have a 12% (95% CI: 6-18) lower all-cause unmet needs risk (odds ratio) than non-immigrants after controlling for differences in help-seeking characteristics. The unmet needs risk among long-term immigrants (15 years of residence

and more), however, is similar to non-immigrants after considering these characteristics. We found differences between immigrants and non-immigrants in reasons for unmet needs, with more immigrants believing that the care would be inadequate, not knowing where to access health care, and having foreign language problems. **CONCLUSIONS:** The Canadian health care system delivers sufficient health care to immigrants, even though the poverty rate and proportion of visible minorities are comparatively higher within this subpopulation. Nonetheless, these results indicate that some immigrant-specific health care access barriers may exist.

Diamant A.L., Hays R.D., Morales L.S., et al. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *Am.J Public Health*, 94 (5) : 783-789.

OBJECTIVES: We estimated the prevalence and determinants of delayed and unmet needs for medical care among patients in a restructured public health system. **METHODS:** We conducted a stratified cross-sectional probability sample of primary care patients in the Los Angeles County Department of Health Services. Face-to-face interviews were conducted with 1819 adult patients in 6 languages. The response rate was 80%. The study sample was racially/ethnically diverse. **RESULTS:** Thirty-three percent reported delaying needed medical care during the preceding 12 months; 25% reported an unmet need for care because of competing priorities; and 46% had either delayed or gone without care. **CONCLUSIONS:** Barriers to needed health care continue to exist among patients receiving care through a large safety net system. Competing priorities for basic necessities and lack of insurance contribute importantly to unmet health care needs.

Gannotti M.E., Kaplan L.C., Handwerker W.P., Groce N.E. (2004). Cultural influences on health care use: differences in perceived unmet needs and expectations of providers by Latino and Euro-American parents of children with special health care needs. *J Dev.Behav.Pediatr.*, 25 (3) : 156-165.

This study compares service use, perceived unmet needs, and expectations of providers of Latino and Euro-American families of children with disabilities enrolled in a Title V Program. Eighty-four families and 20 providers participated in open-ended, semistructured, and structured interviews. Latino families underused Title V services ($p < .001$). The Latino families were more likely to cite unmet needs in the following areas: an unresolved health problem ($p < .05$), rehabilitation therapy programs ($p < .001$), or need for more information or a support group ($p < .001$). The Euro-American families cited unmet needs in the following areas: lack of day care ($p < .001$), respite services ($p < .001$), recreational programs ($p < .001$), and home health aides ($p < .007$). Textual analysis of open interviews revealed that the two groups of families had different expectations of providers. Latino cultural values play a role in these differences, creating barriers for effectively communicating with providers and for meeting children's needs.

Smith M.A., Bartell J.M. (2004). Changes in usual source of care and perceptions of health care access, quality, and use. *Med Care*, 42 (10) : 975-984.

OBJECTIVE: We sought to evaluate the extent of changes in usual source of care and associations with perceived health care access, quality, and use. **RESEARCH DESIGN:** We collected cross-sectional data on adults from the 1998 to 1999 Community Tracking Household Survey ($n = 48,720$). Linear and logistic regressions accounted for survey design and possible confounders. **RESULTS:** Eleven percent of respondents reported a change in usual source of care in the last 12 months; 14% reported no usual source. After adjustment, respondents with a change in usual source reported more unmet needs than those with no usual source or a continuous usual source (13%, 10%, and 7%, respectively), whereas respondents with a change in usual source or no usual source reported lower satisfaction with health care than respondents with a continuous usual source (52%, 51%, and 68%, respectively). However, respondents with a change in usual source were more likely to see a physician in the last 12 months than those with no usual source or a continuous usual source (91%, 46%, and 83%, respectively). **CONCLUSIONS:** Persons who experience a change in usual source of care more closely resemble persons who have no usual source in perceptions of access and quality but resemble persons who have a continuous usual source in use. Although we cannot determine whether the change in usual source caused these variations in perceived access, quality, and use, these data suggest that there are important and unrecognized differences in interactions with the health system among individuals who report a usual source of care at a single point in time.

Heslin K.C., Andersen R.M., Gelberg L. (2003). Case management and access to services for homeless women. *J Health Care Poor Underserved*, 14 (1) : 34-51.

Previous research on case management for homeless persons has not sufficiently addressed access to services for women of reproductive age. This cross-sectional study estimates the proportion of homeless women with case managers and the associations of case management with access to shelter; food stamps; Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC); and general medical care. Nine hundred seventy-four homeless women were sampled in Los Angeles County in 1997 and asked about their use of services and whether they had case managers. Approximately 56 percent of respondents had case managers. Having a case manager was associated with greater odds of using food stamps and of finding shelter without difficulty in the previous 30 days, but not with use of WIC or with unmet needs for medical care. More assertive forms of outreach may be necessary to link this population to case managers and a broader range of services.

Chen J., Hou F. (2002). Unmet needs for health care. *Health Rep.*, 13 (2) : 23-34.

OBJECTIVES: This analysis examines the prevalence of self-reported unmet needs for health care and the extent to which they were attributable to perceived problems with service availability or accessibility or acceptability. DATA SOURCE: Most data are from the 1998/99 cross-sectional household component of Statistics Canada's National Population Health Survey; 1994/95 and 1996/97 cross-sectional data are used to present trends from 1994/95 to 1998/99. The primary analysis is based on 14, 143 respondents aged 18 or older. ANALYTICAL TECHNIQUES: Multivariate logistic regression was used to estimate the association of risk factors with the three types of unmet health care need. MAIN RESULTS: In 1998/99, about 7% of Canadian adults, an estimated 1.5 million, reported having had unmet health care needs in the previous year. Around half of these episodes were attributable to acceptability problems such as being too busy. In 39% of cases, service availability problems, such as long waiting times, were mentioned. Just under 13% of episodes were related to accessibility problems (cost or transportation). Unmet needs attributable to service availability problems were not significantly associated with socio-economic status. By contrast, unmet needs due to accessibility problems were inversely associated with household income.

Sanmartin C., Houle C., Tremblay S., Berthelot J.M. (2002). Changes in unmet health care needs. *Health Rep.*, 13 (3) : 15-21.

OBJECTIVES: This article examines recent trends in self-reported unmet health care needs among the household population aged 12 or older, and explores various explanations for the increase observed. DATA SOURCES: The data are from the first half (September 2000 through February 2001) of data collection for cycle 1.1 of the Canadian Community Health Survey and from cross-sectional (1994/95 through 1998/99) household components of the National Population Health Survey. ANALYTICAL TECHNIQUES: Weighted frequencies and cross-tabulations were used to estimate the proportion of people aged 12 or older who reported that they did not receive health care when they thought they needed it. Estimates were also produced for the type of care sought, and specific reasons for unmet health care needs. MAIN RESULTS: The percentage of people reporting unmet health care needs rose gradually between 1994/95 and 1998/99, then doubled (from 6% to over 12%) between 1998/99 and 2000/01. Long waiting time was the reason most frequently reported for unmet needs.

Murray L.A., Poisal J.A. (1998). Barriers to physician care for Medicare beneficiaries. In : Changing environments of AIDS/HIV service delivery and financing. *Health Care Financing Review*, 19 (3) : 101-104.

A partir des enquêtes américaines « Medicare Current Beneficiary Survey » (MCBS) de 1991 à 1996, les auteurs ont analysé l'évolution des attitudes de renoncement aux soins (non recours aux soins ou soins différés) et les motifs invoqués par les bénéficiaires de Medicare (régime américain d'assurance maladie des personnes de plus de 65 ans).

Alonso J., Orfila F., Ruigomez A., Ferrer M., Anto J.M. (1997). Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *American Journal of Public Health*, 87 (3) : 365-370.

Objectives. This study estimates the prevalence of unmet health care needs among the elderly of Barcelona, Spain, and analyzes the association between unmet needs and mortality. **Methods.** Home interviews were conducted with 1315 elderly in Barcelona. Individuals were classified as having a "health services need" if they reported being in fair, poor, or very poor health ; suffering from two or more chronic conditions ; or being dependent in at least one basic activity of daily living. Need was considered unmet if no visits to or from a physician in the previous 12 months were reported. Mortality was assessed from census data in August 1991. **Results.** Between 10% and 25% of the elderly in need reported no use of health services. After a median of 60.3 months, those with unmet health care needs presented a higher risk of mortality, adjusted for several confounding factors : relative risk [RR]=2.55 (95% confidence interval [CI]=1.22,5.32) for unmet activity of daily living dependency ; RR=1.80 (95% CI - 1.20,2.70) for unmet comorbidity ; and odds ratio=1.10 (95% CI=0.59,2.05) for unmet poor self-rated health. **Conclusion.** Noninstitutionalized elderly individuals with unmet health care needs are at increased risk of dying.

Le refus de soins

Focus

Le refus de soins

On appelle « refus de soins » le phénomène qui consiste à refuser de soigner un patient. Néanmoins, les testings portent seulement sur les praticiens qui refusent de recevoir un patient quand il demande un rendez-vous.

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (Cmu) vise à élargir l'accès à une protection sociale contre la maladie à ceux qui en étaient exclus jusqu'alors (CMU de base). Au travers de la CMU complémentaire (CMU-C), elle se propose d'améliorer l'accès aux soins en levant les obstacles économiques.

La loi a eu pour effet tangible de permettre à cette population l'accès à la médecine libérale sur laquelle est fondé l'accès aux soins de santé primaire en France. Cependant, cet accès est mis à mal par le refus de soins dans certains secteurs (les soins dentaires, notamment) et l'accès à certains spécialistes reste problématique (*Desprès C., Les usages sociaux de la CMU. Sciences sociales et santé, vol. 23, n° 4*).

De nombreuses études parues depuis 2005 soulignent la montée croissante du refus de soins, que rencontrent les bénéficiaires de la cmu auprès d'un certain nombre de médecins, généralistes et spécialistes.

Le Fonds CMU, notamment, a commandité deux études, parues respectivement en 2006 et 2009, pour évaluer le pourcentage et les raisons du refus de soins.

[L'étude parue en 2006](#) s'appuie sur un testing téléphonique et des entretiens avec 215 médecins et dentistes de six villes du Val-de-Marne. Les résultats démontrent que les spécialistes opposent un taux de refus élevé (41,0 %) comme celui des dentistes (39,1 %). Le taux de refus n'est que de 1,6% pour les médecins généralistes de secteur 1 et de 16,7% pour ceux de secteur 2, soit un taux moyen de 4,8%.

[L'étude publiée en 2009](#) rend compte des résultats d'une opération de testing menée entre décembre 2008 et janvier 2009 à Paris. Elle permet de mesurer le taux de refus sur un territoire plus important que la précédente étude. Les refus liés uniquement à la CMU, donc relevant d'une discrimination, s'élèvent globalement à 25,5 % et se répartissent de la façon suivante : 19,4 % chez les omnipraticiens, 28,1 % chez les ophtalmologues, 38,1 % chez les gynécologues, 5,2 % chez les radiologues et 31,6 % chez les dentistes.

Ces résultats vont dans le même sens que les résultats d'études sur le pourcentage de bénéficiaires de la CMU dans la clientèle de ces mêmes spécialistes ([Boisguerin et Pichetti, 2008](#)- [Cases, Lucas, Perronnin, 2008](#)). Par contre, le résultat obtenu en termes de refus (5,2 %) pour les radiologues est intéressant puisque jusque-là aucune étude n'avait produit de connaissances sur ces praticiens. Enfin, les refus parmi les dentistes, soit 36,1 % sont importants, concernant donc plus du tiers des dentistes de la capitale.

Éléments de bibliographie

Publications Irdes

Despres C., Renaud T., Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., Dely R., Wiechert M. (2012). Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre : Paris : Fonds CMU ; Paris : Irdes.
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf

Plusieurs tests de discrimination (testing) ont été réalisés par le fonds CMU depuis une dizaine d'années. Ils ont permis de confirmer l'existence de refus de soins de professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de le mesurer sur des territoires géographiques donnés. Cependant, les professionnels testés étaient tous installés en milieu urbain. L'objectif de cette recherche est d'analyser les obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de manière plus large les personnes dans des situations de précarité en milieu rural. Ce nouveau test de discrimination a été réalisé dans deux départements ruraux, la Nièvre et l'Orne. Il permet d'enrichir l'analyse des attitudes des praticiens à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans un environnement marqué par une faible démographie médicale. Une vingtaine d'entretiens auprès de personnes vivant en milieu rural, dans des situations de vie précaires (dont des bénéficiaires de la CMU-C) ont également été réalisés pour compléter l'analyse quantitative.

Cases C., Lucas G., V, Perronnin M., To M. (2008). Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (130) : 1-6.
<http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes130.pdf>

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. Elle est en effet jeune, plutôt féminine et caractérisée par des problèmes de santé spécifiques (troubles mentaux et du sommeil, maladies du système nerveux et de l'oreille...). L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins joue également, notamment le niveau de revenu moyen des communes. On constate une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches. L'existence d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUC de la part de certains professionnels n'est pas à exclure : les patients CMUC sont en effet moins présents chez les médecins du secteur à honoraires libres et les dentistes. Il est toutefois difficile de faire la part des choses entre un choix délibéré du patient CMUC (lié à ses caractéristiques et à ses préférences) et un choix contraint suite à un refus de soins de la part du praticien.

Ouvrages, rapports, working papers

(2015). Droit au séjour pour soins. Rapport de l'Observatoire malades étrangers 2015. Pantin Association Aides
<http://www.aides.org/actu/le-3eme-rapport-de-l-observatoire-malades-etrangers-de-aides-sur-le-droit-au-sejour-pour-soins->

Ce troisième rapport de l'Observatoire malades étrangers dresse un panorama complet et sévère du droit au séjour pour soins en France. Ce document donne des repères juridiques sur le droit au séjour pour soins, fait le point complet sur la méthodologie utilisée par l'Observatoire, détaille et illustre, témoignages à l'appui, des dysfonctionnements et illégalités constatés dans la phase administrative, analyse les conséquences d'une déontologie médicale aujourd'hui dans la tourmente, etc. Il traite également de sujets peu pris en compte ailleurs : le cas particulier des personnes trans en matière de droit au séjour pour soins, l'accès discriminatoire à la carte de résident, etc. Sévère, parce que ce rapport montre bien la dérive en cours et ses effets : l'enfermement et l'expulsion des étrangers malades, des traitements discriminants... (d'après résumé de l'éditeur).

(2015). L'accès aux soins des étudiants en 2013. 8ème Enquête Nationale, Paris : EmeVia

http://www.emevia.com/sites/default/files/files/DP%20Enquete%20sant%C3%A9%202013_Acc%C3%A8s%20aux%20soins.pdf

Ce dossier de presse rassemble les résultats de la huitième enquête d'EmeVia réalisée en partenariat avec l'Institut CSA, sur la santé des étudiants en France. Cette 8e édition révèle une augmentation importante du renoncement aux soins des étudiants, et plus particulièrement une baisse du recours au médecin traitant, de la consultation gynécologique. L'enquête révèle également une augmentation importante du nombre d'étudiants victimes de rejets.

(2015). Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris : Cour des Comptes

www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Le-fonds-de-financement-de-la-protection-complementaire-de-la-couverture-universelle-du-risque-maladie

La Cour des comptes rend public, le 3 juin 2015, un rapport sur le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, demandé par la commission des finances du Sénat en application de l'article 58-2° de la loi organique relatives aux lois de finances. L'enquête porte sur la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), créée en 1999, et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), instituée en 2004. La Cour examine l'évolution des règles d'éligibilité et du recours effectif à ces dispositifs qui visent à assurer l'accès aux soins des ménages défavorisés, le niveau de la protection qu'ils procurent, ainsi que les risques qui affectent leur gestion et leur soutenabilité financière. Elle formule douze recommandations.

(2015). Rapport d'activité 2014 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/rapports_activite.php

Ce rapport présente l'évolution contrastée des bénéficiaires selon les dispositifs. 2014 a été une année de hausse importante du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et, dans une moindre mesure, de l'ACS, malgré la persistance d'un niveau de non-recours significatif. Il constate également la croissance modérée des dépenses.

(2015). VIH/Hépatites, la face cachée des discriminations. Paris Aides: 35.

www.aides.org/download.php?filepath=/sites/default/files/doc/Rapport%20Discriminations%20complet.pdf

Ce rapport réalisé par l'association Aides, répertorie une longue liste de traitements discriminatoires à l'encontre des personnes atteintes par le VIH ou les hépatites. Alors que les traitements permettent aujourd'hui de vivre avec le VIH et de réduire de façon drastique les risques de transmission, ces discriminations reposent sur des peurs irrationnelles qui maintiennent des formes de marginalisation sociale. Une première partie du rapport décrit les discriminations s'agissant de la formation et de l'emploi, énumérant les écoles interdites aux personnes vivant avec le VIH (École nationale de la magistrature, Polytechnique, Saint-Cyr) ainsi que les professions inaccessibles, notamment au niveau de l'armée, de la gendarmerie, de la police et des sapeurs-pompiers. Une seconde partie traite de l'égalité d'accès aux traitements, présentant notamment les résultats d'un testing de grande ampleur auprès de cabinets dentaires et de gynécologie : un cabinet sur trois avait des pratiques discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. Une troisième partie analyse les difficultés d'accès à des soins spécialisés dispensés à Cayenne en Guyane, en raison d'un barrage routier entravant la libre circulation des populations. Enfin une quatrième et dernière partie aborde le droit à la propriété, évoquant les difficultés d'accès à l'emprunt des personnes vivant avec le VIH.

(2014). Sixième rapport d'évaluation de la Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une création d'une couverture maladie universelle. Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Evaluation_VI.pdf

Ce rapport, rédigé par le Fonds CMU à la fin de l'année dernière, vient d'être transmis au Parlement. Il dresse un bilan des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, et plus globalement de l'accès à la complémentaire santé qui reste plus que jamais indispensable à l'égard des personnes en situation de pauvreté dans un contexte de crise économique qui perdure. Un des principaux problèmes qui demeure est celui du non recours aux dispositifs. Alors qu'une grande majorité des éligibles à la CMU-

C exerce son droit à ce dispositif, le nombre de personnes qui se voient délivrer une attestation de droits à l'ACS reste largement inférieur au nombre d'éligibles. Les causes du non recours sont multiples. La méconnaissance des dispositifs reste l'une des principales raisons avancées. Les efforts accomplis par tous les partenaires en termes de communication doivent se poursuivre. Par ailleurs, les réflexions en cours sur la complexité des démarches doivent conduire à des propositions concrètes afin de simplifier pour l'utilisateur l'accès aux dispositifs (simplification du dossier de demande, attributions automatiques, développement des échanges dématérialisés ...). Enfin, le rapport d'évaluation aborde longuement la procédure en cours de mise en concurrence des contrats ACS et reprend les principales questions qui se posent, notamment à l'égard des personnes déjà présentes dans le dispositif.

Allermoz, E. and C. Drault (2014). "Accès aux soins et précarité : la situation se dégrade." *Médecins : Bulletin d'information de l'ordre National Des Médecins*(35): 17-22.
<http://www.cdom95.org/wp-content/uploads/2014/06/MAGAZINE-DU-CNOM-MAI-JUIN-2014.pdf>

Alors que les inégalités sociales et économiques progressent, les plus démunis accèdent de plus en plus difficilement aux soins. Une situation complexe où s'entrecroisent non-recours aux dispositifs d'aide existants, renoncement aux soins et refus de soins de la part des professionnels de santé. Cet article tente un décryptage de la situation actuelle.

(2014). Le baromètre des droits des malades 2014 : Paris : LH2 Opinion, Paris : CISS.
http://www.leciss.org/sites/default/files/140319_Barometre-Droits-Malades-2014-CISS-Lh2_Rapport.pdf

Le Collectif Interassociatif sur la santé (Ciss) publie son baromètre LH2-CISS 2014 des droits des malades. Il comporte cinq axes d'enquête : l'information en matière de santé en général; zoom sur Internet en matière de santé; les droits des malades et la représentation de leurs intérêts; les difficultés d'accès au crédit et enfin les questions d'actualité concernant le refus de soins et les dessous de table demandés par un professionnel de santé.

Baudis D. (2014). Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS et de l'AME : Paris : Le Défenseur des Droits
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000204/>

Ce rapport du Défenseur des droits déplore que le droit à la santé n'est pas encore acquis pour les personnes en situation de précarité. Il pointe les refus de soins opposés par certains médecins aux bénéficiaires de la CMU, la CMU-C ou l'aide médicale d'Etat (AME), la complexité des démarches pour prétendre à ces dispositifs et la mobilisation insuffisante de certaines CPAM (caisses primaires d'assurance-maladie) en la matière. Le Défenseur émet 12 recommandations dans le sens d'une simplification du droit, d'une amélioration de l'information des usagers et d'une sensibilisation des professionnels. Elle suggère entre autres de faire des agences régionales de santé des guichets uniques pour le recueil des plaintes et d'autoriser les associations à représenter les victimes de refus de soins. L'instance a mis en ligne sur son site un guide pratique sur les droits des usagers et propose un numéro, le 0810.455.455.

(2013). Rapport annuel 2012 de Santé Info Droits. Observatoire du CISS sur les droits des malades : Paris : CISS.
<http://www.leciss.org/sites/default/files/RAOBS-CISS-2012-136p.pdf>

Avec plus de 7 500 sollicitations traitées par nos écoutants juristes en 2012, le rapport de notre ligne Santé Info Droits apporte une photographie fine et concrète des difficultés rencontrées par les personnes confrontées à des problèmes de santé dans toute leur diversité, mais aussi par rapport à leurs conséquences sur la vie sociale, professionnelle et personnelle...Mêlant analyses chiffrées et verbatim issus des sollicitations traitées, cet Observatoire détaille les situations concrètes qui font que, souvent encore, il peut être difficile de voir ses droits en tant que personne malade reconnus et mis en œuvre. Les 5 principales thématiques, réunissant plus de 85% des sollicitations, restent inchangées : Droits des usagers du système de santé (démographie médicale, secret professionnel, accès aux informations médicales, discrimination et refus de soins, fin de vie, accidents médicaux...); Accès et prise en charge des soins (carte vitale, frais de transports médicaux, CMU, forfait hospitalier, ALD...); Revenus de remplacement (arrêt de travail et invalidité); Accès à l'emprunt et à l'assurance; Travail

(résumé d'auteur).

(2013). La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2012 : Le Kremlin Bicêtre : Comité médical pour les exilés.

<http://infomie.net/spip.php?article1070>

Comme chaque année depuis plus de 30 ans, le Comité médical pour les exilés (Comede) analyse les statistiques d'accueil des patients accueillis dans ces centres de santé : description des populations, état de santé, accès aux soins et accès aux droits.

(2013). Rapport d'activité 2012 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU.

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2012.pdf

Comme chaque année, le fonds CMU présente son rapport d'activité. Au sommaire : L'accès aux soins des populations précaires dans un contexte de crise économique qui perdure : les dépenses restent contenues malgré un contexte économique peu favorable ; Les comptes du Fonds CMU ; Les activités du Fonds CMU ; Les missions du fonds CMU ; La présentation de la CMU et de l'ACS ; Les principaux textes 2012 relatifs au fonds CMU, à la CMU et à l'ACS ; Le Conseil d'administration ; Le Conseil de surveillance ; L'organigramme du fonds CMU. L'année 2012 a été principalement marquée par la hausse des effectifs de l'ACS (+ 30,8 % par rapport à 2011), la barre hautement symbolique du million de bénéficiaires d'attestations ayant été dépassée en fin d'année, par la production de plusieurs études, notamment celle sur la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C réalisée en collaboration avec l'EN3S, et par la refonte du site Internet du Fonds, qui a sans doute constitué l'une des tâches les plus lourdes de l'année.

(2013). Droit au séjour pour soins. Rapport de l'Observatoire étrangers malade : Pantin : Association Aides.

<http://www.aides.org/actu/sejour-pour-soins-points-noirs-et-solutions-2269>

Dans le cadre du droit au séjour pour raison médicale (DASEM)(resident permit for health reasons), les étrangers gravement malades vivant en France peuvent prétendre à un titre de séjour pour raison médicale: soit une carte de séjour temporaire d'un an, soit une autorisation provisoire de séjour, soit sous certaines conditions une carte de résident (carte de 10 ans). Pour obtenir ces titres et donc leur régularisation pour raison de santé, les personnes doivent payer des taxes de séjour en timbres fiscaux. Les étrangers séjournant régulièrement sur le territoire français peuvent également faire une demande de regroupement familial. S'ils font l'objet d'un refus de séjour, les étrangers malades peuvent se voir remettre une OQTF (obligation de quitter le territoire français) et faire l'objet d'un placement en centre de rétention. On assiste également à des expulsions d'étrangers gravement malades. Certains départements de France, comme la Guyane, sont particulièrement défavorables en matière d'application du droit au séjour pour soins. Tous ces éléments sont décryptés dans le deuxième rapport de l'observatoire de AIDES sur les étrangers malades (Résumé de l'éditeur).

Archimbaud A. (2013). L'accès aux soins des plus démunis : Paris : Premier Ministre.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000645/index.shtml>

Ce rapport rassemble 40 propositions pour améliorer l'accès des personnes les plus démunies en France. Parmi ces propositions, l'application des textes existants, en particulier sur les dépassements d'honoraires, la préconisation de sanctions pour ceux qui ne les respectent pas car le refus de soins est devenu un phénomène massif, l'autorisation du test appelle à une extension du choc de simplification aux procédures administratives qui concernent les personnes les plus en difficulté, à des changements dans les cultures et les pratiques professionnelles, à la limitation des effets de seuil par l'élargissement de certains droits. Elle propose aussi d'élargir le champ de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) aux bénéficiaires de l'allocation solidarité aux personnes âgées (Aspa) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de remanier profondément le système d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Elle demande que soient levés les obstacles financiers les plus lourds à l'accès aux soins et que soient renforcées les structures accueillant des précaires comme les centres de santé, maisons de santé, permanences d'accès aux soins (PASS). Pour faire des économies, elle suggère de mettre en place des dispositifs de prévention, facilement

accessibles, d'aider à l'essaimage des innovations, et enfin d'améliorer la gouvernance du secteur. Les propositions ne sont malheureusement pas chiffrées, en particulier les nouveaux droits.

Ernst S. M. (2013). Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Etude quantitative et qualitative. Thèse de médecine ; Médecine générale. Marseille un Université d'Aix-Marseille.

<http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20MERIAUX%20ERNST.pdf>

En tant que jeunes professionnels nous avons été marqués par notre incompetence à prendre en charge de patients socialement vulnérables, et par les préjugés partagés par certains professionnels de santé sur les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC). Ces difficultés rencontrées dans la pratique et ces représentations sont ils la conséquence d'une méconnaissance des inégalités sociales de santé ? Pour répondre à cette question nous avons conduit en binôme une enquête, comportant deux volets. Le premier est une étude quantitative par questionnaire réalisée en mars 2012 auprès de 250 internes en médecine générale de Marseille, et le second est une enquête qualitative par entretiens semi-directif individuels réalisée auprès de dix internes. Ce travail nous a permis de faire un état des lieux approfondi des connaissances et représentations des futurs médecins généralistes vis-à-vis des patients en situation de précarité, des dispositifs d'accès aux soins et, plus globalement, des inégalités sociales de santé. L'objectif final de cette étude était d'identifier les besoins concrets de formation des internes sur ces problématiques (résumé des auteurs).

Buchmueller T.C., Orzol S., Shore-Sheppard L.D. (2013). The Effect of Medicaid Payment Rates on Access to Dental Care Among Children. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w19218>

Historically, low Medicaid reimbursement rates have limited the willingness of health care providers to accept Medicaid patients, leading to access problems in many communities. This problem has been especially acute in the case of dental care. We combine data from several sources to examine the effect of payment rates on access to dental care among children on Medicaid and on dentists' participation in the program. The main utilization analysis is based on data from the Survey of Income and Program Participation combined with data on Medicaid payment rates and private market dental fees for the years 2001 to 2010. Conditioning on state fixed effects, we find a modest, but statistically significant, positive relationship between Medicaid payment rates and several measures of dental care utilization. We find a comparable effect in aggregate data reported by state Medicaid programs. The most likely explanation for this result is that higher fees increase the number of dentists that accept Medicaid patients. We test this hypothesis directly using data from annual surveys of dentists conducted by the American Dental Association between 1999 and 2009. The results indicate a positive and statistically significant effect of Medicaid payment rates on whether a dentist treats any publicly insured patients and the percent of the practice's patients who have public insurance. Similar to the utilization results, the magnitude of the effect is relatively small. As a result, the estimates imply that increasing Medicaid payments to the level of private market fees would increase access to care, but the incremental cost of the additional visits induced would be very high.

(2012). Le baromètre des droits des malades 2012 : Paris : LH2 Opinion, Paris : CISS.

http://www.leciss.org/sites/default/files/120302_Barometre-Droits-des-Malades_Rapport2012-LH2-pour-CISS.pdf

Le Collectif Interassociatif sur la santé (Ciss) publie son baromètre LH2-CISS 2012 des droits des malades. Il comporte six axes d'enquête : l'informatisation des données de santé, la relation patient/médecin, l'information sur les soins reçus, le refus de l'accès au crédit et les refus de soins, la représentation des intérêts des malades, et enfin les affaires sanitaires

(2012). La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2011 : Le Kremlin Bicêtre : Comité médical pour les exilés.

<http://infomie.net/spip.php?article1070>

En 30 ans d'existence, l'accueil de 95 000 patients de 140 nationalités a fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés, réfugiés et étrangers en situation précaire. L'année 2011 aura été marquée par de nouvelles restrictions à l'encontre des étrangers, tout particulièrement les personnes exilées en situation de grande vulnérabilité. La loi sur l'immigration du 16 juin 2011 contient de nombreuses atteintes aux droits humains fondamentaux, notamment à l'encontre des étrangers malades

(2012). Evaluation de la loi CMU - Rapport n° V novembre 2011 réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 : Paris : Fonds CMU

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//124000124/0000.pdf>

En application de l'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, le Fonds CMU a été missionné par le directeur de la sécurité sociale pour élaborer le Vème rapport d'évaluation de l'application de la loi. Le rapport présente les dernières évolutions des dispositifs de la CMU de base, de la CMU complémentaire et de l'ACS. Bien que la loi CMU demeure un facteur déterminant dans la réduction des inégalités d'accès aux soins, les populations les plus fragiles rencontrent encore des difficultés d'accès aux soins : méconnaissance des dispositifs, refus de soins, dépassements d'honoraires, restes à charge. Le rapport présente l'ensemble des éléments disponibles permettant d'analyser ces phénomènes. Par ailleurs, le rapport consacre une partie du rapport à l'analyse du coût des dispositifs et présente les évolutions relatives à la lutte contre la fraude. Partant de l'ensemble de ces constats, un certain nombre de préconisations et de pistes de travail sont présentées dont l'objectif est l'amélioration des dispositifs. Parmi elles, le rapport propose de réfléchir à une révision globale du panier de soins CMU-C, tant sur l'optique, afin de l'actualiser et de tenir compte de besoins non pris en charge au moment de la création du dispositif, que sur l'audioprothèses.

(2012). Rapport d'activité 2011 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000266/index.shtml>

Ce rapport d'activité reprend les données qualitatives et quantitatives au 31 décembre 2011 relatives notamment aux effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de la CMU de base. Fin 2011, les bénéficiaires de la CMU-C (CNAMTS, RSI et MSA) représentent 5,9 % de la population de métropole et 30 % de la population des DOM. La proportion de bénéficiaires gérés par un organisme complémentaire progresse : elle est de 15,7 % en 2011, contre 15,1 % en 2010. Le rapport signale la baisse sensible du non recours à la CMU-C pour les allocataires du RSA socle qui se situe à 21,5 % à fin juin 2011, soit une baisse de 7 points en 1 an. A l'issue de l'année 2011, il est observé une hausse sensible du nombre de bénéficiaires de l'ACS (+ 20,8 %), évolution correspondant exactement à la mesure de l'impact du relèvement du plafond faite par le Fonds.

(2012). Refus de soins et actualités sur les droits des malades. Collection Observatoire des Droits et Responsabilités des Personnes en Santé. Rennes : Presses de l'EHESP

L'Institut Droit et Santé de l'université Paris-Descartes, en tant que partenaire de la Conférence nationale de santé, contribue au travail sur l'état des droits des malades commencé en 2008. En 2010, s'appuyant sur les axes directeurs révélés par l'analyse des rapports des conférences régionales, l'Institut Droit et Santé a organisé sa contribution autour du thème du refus de soins des professionnels de santé. Les auteurs présentent d'abord une typologie destinée à déterminer l'ampleur des pratiques de refus, leurs formes et leurs motifs. Ils se livrent ensuite à une étude des différentes règles de droit dans lesquelles s'insèrent ces situations. La seconde partie de l'ouvrage rassemble les recommandations formulées par l'Institut pour assurer la promotion et la défense des droits des usagers, autour de quatre thèmes : le droit à l'information, l'accès aux soins, l'élargissement du droit des malades au secteur médico-social et l'accroissement du rôle des conférences régionales de santé dans l'amélioration du droit des usagers.

Rode A. (2011). Non-recours aux soins et autonomie assumée : Récit d'enquête : Paris : Odenore

Ce document de travail restitue les principaux résultats d'une recherche doctorale menée sur le sujet du « non-recours » aux soins des populations précaires (Rode, 2010). En laissant une large place au récit d'enquête et aux données recueillies lors d'entretiens qualitatifs, il rend compte d'un décalage entre, d'un côté, la façon dont le « problème » du non-recours aux soins est construit actuellement par

différents acteurs et, de l'autre, le vécu de ces situations par les personnes concernées. L'autonomie, à laquelle celles-ci aspirent en matière de santé et de soins, en est une clé d'interprétation.

Comité Médicale pour les Exilés. (2011). La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2010 : Le Kremlin Bicêtre : Comité médical pour les exilés.
<http://infomie.net/spip.php?article1070>

En 30 ans d'existence, l'accueil de 95 000 patients de 140 nationalités a fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés, réfugiés et étrangers en situation précaire. Les rapports annuels d'activité et d'observation du Comede sont destinés aux partenaires financiers et opérationnels du Comede, ainsi qu'aux acteurs de la santé publique et de la santé des migrants en France.

Fonds CMU. (2011). Rapport d'activité 2010 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU ; Paris : La documentation française.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000350/0000.pdf>

Etablissement public national à caractère administratif créé par l'article 27 de la loi du 27 juillet 1999, le Fonds de financement de la CMU complémentaire a pour mission première de financer le volet complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et d'assurer la gestion de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dans son rapport d'activité présenté au titre de l'année 2010, l'établissement revient sur les effets de la crise économique sur le nombre de bénéficiaires, analyse la progression des dépenses de CMU-C et de l'ACS, et fait le point sur les comptes du fonds CMU. La dernière partie du rapport est consacrée aux activités du Fonds, liées à l'analyse de l'application des dispositifs CMU et ACS dans leurs aspects économiques, sanitaires et sociaux (participation à des recherches ou la conduite d'études, etc.).

(2011). Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis.
<http://www.cnle.gouv.fr/Avis-du-CNLE-du-5-juillet-2011.html>

Dans cet avis sur l'accès aux soins des plus démunis, le Conseil national de lutte contre les exclusions plaide pour une levée immédiate des restrictions de l'aide médicale d'État introduites par la loi de finances pour 2011, compte tenu des éléments du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances (Igas-Igf 2010) venant étayer les constats et observations des acteurs de terrain, professionnels de santé, travailleurs sociaux - éléments qui n'ont pas été mis à la disposition des parlementaires. Afin de simplifier l'accès aux droits pour favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire, le CNLE se prononce également pour la création d'un seul dispositif spécifique destiné aux plus démunis englobant la couverture maladie universelle (CMU) et l'AME. Un dispositif unique permet des économies de gestion, une simplification pour les personnes concernées et les professionnels de santé et une sécurisation du parcours de soins coordonné sans risque de rupture. Ce dispositif doit être ouvert à toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif. Enfin, l'avis propose une revalorisation immédiate du seuil de la CMU-C, à hauteur du seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, et des mesures pour améliorer le recours aux dispositifs (information plus large, ciblée et adaptée, reconnaissance du rôle des PASS (Permanences d'accès aux soins) dans l'établissement des droits et dans l'accompagnement vers l'accès aux soins, permanences assurées par les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie) dans les lieux qui reçoivent les personnes en situation de grande précarité).

Rode A. (2010). Le non recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Thèse pour le doctorat de science politique. Grenoble : Institut d'Etudes Politiques.
http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/48/84/03/PDF/These_A_RODE.pdf

Les populations précaires sont celles pour qui persistent les difficultés dans l'accès et l'utilisation des soins, alors que leur état de santé est plus dégradé que pour le reste de la population. Ces constats communs à plusieurs études viennent pleinement réinterroger l'effectivité des dispositifs – protection et services de soins – mis en place en France depuis les années 1990 pour favoriser l'accès aux

soins de tous. Dans ce contexte, la question du non-recours dans le domaine des soins, que nous pouvons approcher par une série d'indicateurs (renoncement aux soins, retard aux soins...), se pose avec acuité. Cette thèse tente précisément de proposer une analyse qualitative des déterminants du non-recours aux soins, attentive aux positionnements des individus et aux conflits de normes. L'enquête de terrain, menée dans plusieurs institutions sanitaires et sociales, emprunte aux méthodes et outils de la sociologie compréhensive. Cette approche, en donnant à voir le sens que prennent ces situations de non-recours pour les personnes concernées, permet d'interroger la signification des normes médicales pour les individus et, in fine, de revenir sur la construction actuelle du non-recours comme problème ou risque. Celui-ci, dans bien des cas, n'est pas vécu comme tel mais apparaît au contraire comme le reflet de préférences ou de formes d'action inscrites dans un contexte social donné. Cette thèse renvoie alors à l'action publique la possibilité de définir les besoins sociaux également à partir de la prise en compte de telles situations (Résumé d'auteur).

Comité Médical pour les exilés (2010). La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2009 : Le Kremlin Bicêtre : Comité médical pour les exilés.

<http://infomie.net/spip.php?article1070>

En 30 ans d'existence, l'accueil de 95 000 patients de 140 nationalités a fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés, réfugiés et étrangers en situation précaire. Les rapports annuels d'activité et d'observation du Comede sont destinés aux partenaires financiers et opérationnels du Comede, ainsi qu'aux acteurs de la santé publique et de la santé des migrants en France.

(2010). Rapport d'activité 2009 du CISS : Paris : CISS.

<http://www.leciss.org/qui-sommes-nous/rapports-annuels>

Ce document présente les actions de mobilisation réalisées en 2009, notamment : la lutte contre les dépassements d'honoraires et les refus de soins ; l'analyse très critique de la proposition de création d'un « secteur optionnel » s'il ne s'accompagne pas de la suppression du « secteur 2 » et de fermes garanties de subsistance d'un « secteur 1 » conséquent ; la revendication d'un accès généralisé à des couvertures complémentaires de qualité, en particulier pour celles et ceux ne percevant que des revenus modestes mais dépassant malgré tout les seuils pour bénéficier de la CMU-C ; la campagne de sensibilisation « Santé solidaire, en danger ? » sur les choix à opérer pour assurer un financement solidaire pérenne de notre système de santé, et appuyer notre appel répété à l'organisation d'un vaste débat public sur la « couverture maladie / dépendance ».

Fonds CMU. (2010). Rapport d'activité 2009 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU.

http://www.cmu.fr/rapports_activite.php

Ce rapport annuel dresse le profil des bénéficiaires de la CMUC-C au 31 décembre 2009. 4 173 817 personnes bénéficiaient de la CMU-C, un chiffre en légère baisse sur un an, mais qui risque de progresser en 2010 ; En effet, la crise économique amorcée fin 2008 ne produit pas encore ses effets, mais les amortisseurs sociaux liés au risque de perte d'emploi devraient arriver à leur terme courant 2010 pour bon nombre de personnes. Les dépenses de la CMU-C connaissent une évolution modérée. La dépense moyenne par bénéficiaire est ainsi évaluée en 2009 à environ 418 euros par la CNAMTS, soit une augmentation de 2,6 %. Un montant toutefois supérieur au forfait par bénéficiaire attribué aux gestionnaires des contrats (370 euros) qui supportent la différence. Le montant restant à la charge de la CNAMTS, qui gère environ 3 millions de bénéficiaires de CMU-C, s'élève ainsi à 144 millions d'euros. Le nombre de bénéficiaires de la CMU de base a dépassé fin 2009 la barre des 2 millions de personnes, en hausse de 40 % sur un an. Un tiers des bénéficiaires du revenu de solidarité active socle ne ferait pas valoir ses droits à la CMU-C alors qu'ils peuvent y prétendre. Le rapport d'activité souligne par ailleurs la "lente montée en charge" de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), avec un nombre de bénéficiaires qui apparaît stable en 2009 par rapport à 2008 (600 336 personnes fin 2009). Le taux d'utilisation des attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie pour l'obtention de l'ACS est très élevé et se situe autour de 80 %. Parmi ses bénéficiaires, 71 % ont fait valoir leurs droits auprès d'une mutuelle, 26 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans un Institut de prévoyance. Les contrats de complémentaire santé que souscrivent les bénéficiaires de l'ACS s'avèrent une nouvelle fois être de qualité limitée, de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels. La charge des ménages pour financer annuellement la complémentaire santé reste conséquente et représente la moitié d'un mois de revenus. Les comptes

du fonds CMU pour l'année 2009 présentent un résultat positif de 19 millions d'euros.

Institut Droit et Santé (2010). Le refus de soins opposé au malade - Résoudre le refus de soins. Paris : Institut Droit et Santé.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_soins_ann_ids_env_sb_1106_av_140610.pdf

A l'initiative de sa formation spécialisée sur le respect des droits des usagers du système de santé, la Conférence nationale de santé a approuvé le 10 juin, à l'unanimité de ces membres, un rapport sur les refus de soins. Ce document repose sur une approche juridique de ces refus. Faisant la part entre ceux qui sont licites et ceux qui sont illicites, il fait ressortir une typologie des refus de soins en fonction des catégories d'auteurs et des motifs. Il comporte également un long développement sur le phénomène des refus de soins : nature, portée, publics concernés. Enfin, non sans avoir fait le point sur les recommandations réitérées par un certain nombre d'organismes publics ou d'organisations privées ces dernières années, le rapport recommande : - d'entreprendre un effort de pédagogie et d'information pour renforcer la confiance entre les acteurs avec des chartes partagées entre professionnels de santé et associations de défense des droits des usagers du système de santé qui pourraient être initiées en région ; - d'insérer la politique de lutte contre les refus de soins dans la politique régionale de santé : les conférences régionales de la santé et de l'autonomie qui se mettent en place pourraient organiser le débat public, comme elles en ont maintenant compétence, sur ce sujet ; les ARS pourraient faire figurer la lutte contre les refus de soins dans leur projet régional de santé ; - et enfin de développer des outils juridiques de la protection des droits des usagers. La Conférence nationale de santé propose de donner une valeur probante au testing, d'aménager la charge de la preuve ou d'autoriser de plaider pour autrui.

Desprès C. (2009). Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens : Paris : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000303/index.shtml>

Cette étude répond à une demande du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU). Il s'agit de produire de nouvelles connaissances concernant le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C) dans le cadre du 4ème rapport d'évaluation de la loi créant la CMU. Le rapport rend compte des résultats d'une opération de testing menée entre décembre 2008 et janvier 2009 à Paris. Les données produites s'appuyant sur un testing permettront également d'affiner cette méthode et de mesurer le taux de refus sur un territoire plus important que lors de la dernière étude commandée par le fonds CMU en 2005.

Chadelat J.F. / dir., Tabuteau D. / dir. (2009). Les dix ans de la CMU (1999-2009). Verbatim Santé. Paris : Editions santé ; Paris : Les Presses SciencesPo

La loi du 27 juillet 1999 a créé la couverture maladie universelle (CMU), réalisant l'objectif d'universalité de l'assurance maladie poursuivi lors de la création de la sécurité sociale. Mais la réforme avait une autre ambition : permettre l'accès gratuit des populations les plus défavorisées au système de santé. À l'occasion du dixième anniversaire de la loi, le Fonds CMU et la chaire Santé de Sciences Po ont co-organisé un colloque afin de dresser un bilan de cette réforme majeure. La matinée d'études était de plus organisée en partenariat avec Médecins du Monde. Cette journée a permis de retracer la genèse de la CMU, de revenir sur les transformations qu'elle a induites et de s'interroger sur la place de la protection complémentaire dans la mise en œuvre du texte. Elle a également permis d'analyser les limites et insuffisances de ce mécanisme de protection sociale, notamment pour les étrangers, ainsi que le phénomène des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Enfin, elle a contribué à éclairer les perspectives d'évolution d'une composante désormais essentielle du pacte social.

Softic S., Fontaine A. (2009). Constat : les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France. Rapport d'enquête : Paris : Médecins du monde.

Cette enquête, effectuée dans le cadre d'un stage au sein de la Coordination Mission France de Médecins du Monde, témoigne dans un premier temps du refus à l'accès aux soins dentaires opposé aux bénéficiaires des CMU et AME, puis recense dans un second temps les avis des praticiens sur les causes de ce refus et sur les éventuelles solutions à apporter.

Chauvin P., Parizot I. (2007). Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens : Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville. Etudes et recherches. St Denis la Plaine : DIV.

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/vulnerabilites-sociales-sante-soins_cle2bf861.pdf

Cet ouvrage présente les principaux résultats d'enquêtes conduites auprès des habitants de sept zones urbaines sensibles (ZUS) franciliennes en 2001 et 2003, sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot, tous deux membres de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins de l'Inserm. Ces travaux ont été soutenus par la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et leurs résultats ont fait l'objet d'une diffusion sur le site Internet de la DIV fin 2005. Ils confirment des hypothèses qui constituent les bases de travail pour les acteurs de première ligne : professionnels de la santé et de l'action sociale, mais aussi urbanistes et élus locaux et, au-delà, l'ensemble des compétences humaines impliquées dans les trajectoires de vie des habitants, de la prime enfance à l'âge adulte. La DIV a donc décidé de les publier (Résumé d'auteur).

(2006). Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire : Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne : Paris : Fonds CMU

Réalisée par le DIES (organisme d'études, filiale de la Fondation de l'Avenir) pour le compte du Fonds Cmu auprès de 215 médecins et dentistes dans le département du Val-de-Marne, cette étude analyse la pratique médicale des médecins et des dentistes à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Les résultats démontrent que les spécialistes opposent un taux de refus élevé (41,0 %) comme celui des dentistes (39,1 %). Le taux de refus n'est que de 1,6% pour les médecins généralistes de secteur 1 et de 16,7% pour ceux de secteur 2, soit un taux moyen de 4,8%.

Chadelat J.F. (2006). Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU : rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et de la solidarité : Paris : La documentation française.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000895/index.shtml>

La loi du 27 juillet 1999 a créé le dispositif de la CMU (couverture maladie universelle) permettant aux personnes à faibles revenus d'avoir accès à toutes les formes de soins. La mission confiée à Jean-François Chadelat trouve notamment son origine dans la publication, en juin dernier, d'une étude intitulée « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne ». Il apparaît dans cette étude que certains professionnels de santé ne respectent pas le principe d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMU. Le rapport présente plusieurs propositions, dont la première est d'introduire, par un article de loi, une faculté de sanctions des professionnels de santé pratiquant le refus de soins.

Velissaropoulos A., Drouot N., Simonnot N. (2006). "Je ne m'occupe pas de ces patients" : testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France : Paris : Médecins du Monde.

<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Je-ne-m-occupe-pas-de-ces-patients>

Cette étude publiée par Médecins du monde a montré que 40% des médecins généralistes consultés refusent de soigner des malades bénéficiaires de l'aide médicale d'état. Les codes de déontologie et de santé publique sont sans ambiguïté : rien ne peut justifier de telles discriminations. Cette analyse se base sur les résultats d'une enquête menée dans dix villes de France

Articles

Despres C.F., Couralet P.E. (2011). Situation testing : The case of health care refusal. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2) : 77-89.

Dans un contexte de multiplication des tests de discrimination (testing) dans le cadre du refus de soins, cet article a pour objet d'expliquer cette méthode et de discuter son intérêt et ses limites. L'étude a été réalisée en 2008-2009 et avait pour objectif de mesurer le refus de soins de plusieurs catégories de praticiens libéraux à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) lors d'une prise de rendez-vous par téléphone et d'un premier rendez-vous. Elle devait permettre aussi d'étudier les déterminants du refus de soins et d'évaluer la méthode. Elle s'est appuyée sur un échantillon représentatif de professionnels parisiens dans les cinq catégories testées, soit omnipraticiens, gynécologues médicaux, ophtalmologues, radiologues et chirurgiens-dentistes. La méthode s'appuyait sur deux protocoles l'un où un acteur appelait en se faisant passer pour un bénéficiaire de la CMU et l'autre où il ne précisait pas sa protection sociale mais laissait entendre une situation sociale défavorisée. Les deux protocoles ont été comparés. Dans chacun d'entre eux, ont été mises en œuvre des procédures de vérification du caractère imputable à la CMU du refus. Dans le protocole avec annonce, les résultats montrent des taux de refus variables en fonction du type de praticiens, médecins ou dentistes, leur spécialité et leur secteur d'activité. Dans le protocole sans annonce, les taux de refus obtenus sont bien moindres. La comparaison entre les deux protocoles va dans le sens d'une discrimination vis-à-vis de la protection sociale, la CMU, plus qu'une discrimination liée à la situation sociale du patient. La discussion précise les limites d'un testing qui reste un dispositif d'expérimentation. Il ne permet pas d'observer la réalité mais révèle des attitudes en situation. Les résultats ne peuvent pas être extrapolés à un autre territoire et restent limités dans le temps. L'analyse statistique n'est valide que si la procédure suivie est rigoureuse, appliquée de manière homogène après construction d'un scénario préétabli. De plus, le caractère discriminatoire du refus doit être confirmé par une procédure de validation du caractère imputable à la CMU du refus (à moins qu'il ne soit énoncé clairement par l'interlocuteur) (Résumé d'auteur).

Despres C., Couralet P.E. (2011). Situation testing : the case of health care refusal. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2) : 77-89.

Ce document vise à expliquer la pertinence et les limites de la méthode de testing qui évalue le refus des médecins à fournir des soins de santé. Réalisée en 2008-2009, cette étude visait à évaluer le taux de refus de soins de santé parmi plusieurs catégories de praticiens du secteur privé envers les patients couverts par les français de l'assurance santé publique sous condition de ressources complémentaires (CMUC) quand ils ont demandé un rendez-vous d'abord par téléphone. Les autres objectifs étaient d'étudier les déterminants de refus de soins de santé et d'évaluer la méthode. L'étude a été menée sur un échantillon représentatif de dentistes, basée à Paris et les médecins en cinq catégories : les médecins généralistes, gynécologues médicaux, ophtalmologistes, les radiologues, et les dentistes.

Desprès C. (2010). La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et Organisation des Soins*, (1) : 33-44.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS101 Attitude des professionnels a l'egard de la CMU.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS101_Atitude_des_professionnels_a_l_egar_d_de_la_CMU.pdf)

L'article a pour objectif d'analyser les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. Nous montrons que les manières de concevoir et de mettre en œuvre la réforme participent à la production des refus des praticiens de ville. Il s'appuie sur les résultats d'un testing réalisé en 2005, ayant fait l'objet d'une analyse mixte, quantitative et qualitative ainsi qu'une vingtaine d'entretiens auprès des praticiens.

Despres C. (2010). La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et Organisation des Soins*, (1) : 33-44

L'article a pour objectif d'analyser les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. Nous montrons que les manières de concevoir et de mettre en œuvre la réforme participent à la production des refus des praticiens de ville. Il s'appuie sur les résultats d'un testing réalisé en 2005, ayant fait l'objet d'une analyse mixte, quantitative et qualitative ainsi qu'une vingtaine d'entretiens auprès des praticiens.

Saout C. (2010). Savoir, devoir, pouvoir. In : Les inégalités sociales de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (73) : 47-48.

L'auteur, porte-parole des usagers énonce trois facteurs essentiels à prendre en compte afin de réduire les inégalités de santé en France. Le rôle du cumul des facteurs défavorables dans une vie donnée comme cause principale des inégalités sociales de santé, la responsabilité collective présentée comme une "dette d'égalité" et enfin, les choix opérés en matière de politique économique, notamment en privant les agences régionales de santé des marges de manœuvre financières dont elles ont besoin.

(2009). Accès aux soins : difficultés des exilés en France. *Revue Prescrire*, (306) : 296.

Cet article rend compte des difficultés que rencontrent certains exilés à se soigner en France, à partir des données d'un centre de soins gratuit ; le Comede : refus de prise en charge, droit au séjour pour raison médicale mal appliqué, disparités de traitement, etc.

(2009). Inégalités et santé. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (960) : -135p.

Aujourd'hui, en France, un ouvrier non qualifié a deux fois et demi plus de risque qu'un cadre supérieur de mourir entre trente-cinq et soixante ans. Les disparités dans la protection sociale ou les soins médicaux sont-elles en cause ? En partie, sans doute, mais le rôle du système de santé est relativement modeste. Mais toutes les études convergent vers un même constat, aussi évident qu'alarmant : les inégalités de santé coïncident le plus souvent avec des inégalités sociales. Les pays où l'on observe les écarts de revenus les plus importants sont aussi ceux où l'on observe les plus grandes disparités devant la mort. Un domaine d'étude qu'explore pour vous ce dossier avec aussi de nouveaux éclairages.

Cambois E., Mesle F., Paris V., Bourgueil Y (2009). Au chevet de la santé : quels diagnostics ? Quelles réformes ? *Regards Croisés Sur L'Economie*, (5) : -240p.
<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1.htm>

Le système de soins français fait figure de modèle, mais sa pérennité est menacée. Pourquoi ? Et comment changer de direction ? Si l'on vit en moyenne plus longtemps en France que presque partout ailleurs, les inégalités ne cessent de se creuser. Déserts médicaux et dépassements d'honoraires compromettent l'égal accès de tous aux soins. On ne pourra pas briser cette spirale sans une remise à plat des principes de la médecine libérale ! Les Français ont la chance de bénéficier d'une couverture maladie de base universelle et généreuse. Mais sa cohésion s'effrite silencieusement sous l'effet de l'augmentation des dépenses de santé. Faut-il accepter une assurance à deux vitesses ? Combien sommes-nous prêts à payer pour la Sécurité sociale de demain ? Afin d'équilibrer les comptes, les pouvoirs publics ont multiplié les mesures de "responsabilisation financière des patients", dont l'efficacité est douteuse et l'iniquité avérée. Ce discours comptable a occulté la nécessité d'agir pour accroître l'efficacité de l'offre de soins. Comment réformer l'hôpital et mieux piloter les différents acteurs de la santé ? C'est à une révolution de la régulation de la santé qu'appelle ce numéro de *Regards croisés sur l'économie*, pour préserver un système de soins unique au monde.

Fahet G., Cayla F., Drouot N.A. (2009). Défaut de soins, refus de soins : l'expérience d'une association. In : *Inégalités et santé. Problèmes Politiques et Sociaux*, (960) : 68-70.

Chadelat J.F. (2008). Solidarités, praticiens et CMU : les refus de soins. *Regards*, (34) : 179-188.

Cet article examine la genèse et les fondements de la loi CMU, la genèse du refus de soins de la clientèle CMUiste par le médecin. Il présente ensuite l'enquête "refus de soins" menée par le Fonds CMU et les conséquences de sa publication.

Evaluation des politiques publiques

Focus

Pendant longtemps, les dimensions sociales et politiques furent occultées dans les politiques de santé publique. En effet, les rôles des déterminants sociaux et politiques dans l'explication de l'état de santé et des inégalités de santé des populations n'étaient pas pris en compte - y compris au Canada et au Québec, qui sont pourtant les précurseurs d'une approche globale de la santé.

Pourtant, la lutte contre les inégalités de santé est devenue un véritable problème à l'aube du XXIe.

L'OMS, dans un [rapport récent \(2008\)](#) de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, rappelle que les « inégalités sociales de santé sont le fruit de *l'injustice sociale qui tue à grande échelle. Les réduire est un impératif éthique* ». La réduction des inégalités sociales de santé devient d'ailleurs progressivement une question « politique » pour de nombreux pays. Alors que certains pays européens entament une réflexion concernant la lutte contre les inégalités, d'autres plus avancés ont déjà mis en place des plans stratégiques et des plans d'actions afin de réduire ces « écarts de santé ».

Certains pays ont mis très tôt en place des programmes de lutte contre ces inégalités de santé : les Pays-Bas (1989, 1995, 2001), l'Angleterre (1980, 1995, 2000, 2007).

Une étude comparée sur différents pays européens - [Couffinhal A. et al. \(2005\)](#) - relève plusieurs étapes dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques et interventions de lutte contre les inégalités de santé :

- La mesure et la prise de conscience des inégalités sociales de santé ;
- La perception des inégalités de santé en tant que véritable enjeu d'une politique publique ;
- La volonté d'agir et d'élaborer de manière progressive une politique globale et coordonnée.

La construction d'une politique de lutte contre les inégalités de santé passe par l'élaboration de différents objectifs qui exige, selon Mackenbach JP (2002), plusieurs étapes :

- L'évaluation de l'importance des inégalités de santé mais également de l'évolution de celles-ci et de la compréhension de leurs facteurs explicatifs ;
- L'inventaire des politiques et activités permettant de réduire ces inégalités ;
- L'évaluation de l'impact des mesures à mettre en place ;
- La formulation d'objectifs réalistes.

En France, la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique a instauré une démarche structurée pour la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé en France. Elle a défini cent objectifs de santé quantifiés, susceptibles d'être atteints dans la population ou dans des groupes de population au terme d'une échéance pluriannuelle de cinq ans. Elle les a assortis de plans d'action propres à contribuer à leur réalisation. Le Haut Conseil de la santé publique, créé par la même loi du 9 août 2004 et mis en place en mars 2007, a pour mission d'évaluer la réalisation de ces objectifs, de contribuer à leur

(re)définition, à un suivi annuel de la mise en œuvre de la loi, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention (Rapports HCSP, 2009 et 2010).

Dans la perspective de la nouvelle loi de santé publique, [le rapport du Haut Conseil de la santé publique 2011](#) ainsi que [le rapport Igas \(Moleux et al., 2011\)](#) démontrent que l'état de santé de la France est marqué par un paradoxe : un bon état de santé moyen, mais des inégalités qui se creusent dès le plus jeune âge et se maintiennent tout au long de la vie. Ce rapport a pour objet l'analyse des déterminants de santé et la proposition de pistes pour réduire les inégalités sociales de santé. Il s'inscrit dans le cadre de la préparation de la prochaine loi de santé publique, dont la réduction des inégalités sociales de santé devrait constituer un axe structurant.

La réduction des inégalités figure aussi dans le projet de la Stratégie nationale de santé ([Recommandations des sages, juin 2013](#)) et dans les éléments de réflexion sur l'élaboration d'une politique nationale de santé 2011-2025 ([Ministère chargé de la santé, 2011](#)).

Éléments de bibliographie

En France

Publications de l'Irdes

Dourgnon P. (2013). Évaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé. Thèse de doctorat de sciences économiques. Paris : Université Paris Dauphine.
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/ThesePaulDourgnonPolitiquesPubliques.pdf>

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

Dourgnon P., Or Z., Sorasith C. (2013). L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes183.pdf>

L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (183)
Le dispositif des affections de longue durée (ALD) vise à réduire la charge financière des assurés souffrant d'une maladie longue et coûteuse. Introduit dès 1945 au titre de quatre maladies (cancer, tuberculose, poliomyélite, maladie mentale), il concerne aujourd'hui 32 groupes de pathologies. En 2009, les personnes en ALD représentent 15 % des assurés du régime général, soit 8,6 millions de personnes. Leurs dépenses s'élèvent à 60 % du total des dépenses remboursées et croissent à un rythme annuel de 4,9 % de 2005 à 2010. Un dispositif de ce type peut-il prendre en charge de façon satisfaisante l'ensemble des problèmes d'accès financier aux services de santé ? Comment l'effet de l'ALD s'articule-t-il avec les autres dispositifs jouant sur les restes à charge (Complémentaire privée, Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)) ? A partir des données appariées de l'Enquête santé et protection sociale de l'Irdes et de l'échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) des régimes d'assurance maladie, l'impact des ALD sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires est étudié sur la période 1998-2008. Plus âgées que le reste de la population, les personnes en ALD sont aussi plus défavorisées et leurs restes à charge plus élevés. Le niveau d'inégalité de consommation de soins ambulatoires au sein de la population en ALD, en faveur des plus riches de 1998 à 2000, devient non significatif à partir de 2002 alors qu'il demeure significatif dans le reste de la population. Au total, le dispositif des ALD améliore l'accès aux soins ambulatoires des personnes qui en bénéficient et ainsi contribue à réduire le niveau d'inégalités constaté dans l'ensemble de la population. Il existe également une forme de complémentarité entre CMU-C et ALD. Néanmoins, les inégalités de recours aux spécialistes, en faveur des plus riches, perdurent tant pour les personnes en ALD que les autres.

Sirven N. (2013). Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE : Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT52bisDeterminantsFragilite.pdf>

Les études récentes sur la demande de soins de long terme ont mis en évidence le rôle de la fragilité en tant que précurseur de la perte d'autonomie, indépendamment des maladies chroniques. La fragilité est définie comme un état de santé vulnérable résultant de la diminution de la réserve physiologique de la personne âgée. Ce concept médical est introduit ici dans un cadre d'analyse économique afin d'étudier le rôle des politiques sociales dans la prévention de la perte d'autonomie et le maintien de la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie. En utilisant quatre vagues de données de panel de l'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe), un indice de fragilité est créé comme métrique de cinq critères physiologiques (modèle de Fried) pour des répondants âgés de 50 ans et plus dans dix pays européens, entre 2004 et 2011 (Résumé d'auteur).

Sirven N. (2012). On the socio-economic determinants of frailty : findings from panel and retrospective data from SHARE : Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT52SocioEconomicDeterminantsFrailty.pdf>

Les études récentes sur la demande de soins de long-terme ont mis en évidence le rôle de la fragilité en tant que précurseur de la perte d'autonomie, indépendamment des maladies chroniques. La fragilité est définie comme un état de santé vulnérable résultant de la diminution de la réserve physiologique de la personne âgée. Ce concept gériatrique est ici mobilisé en population générale et dans un cadre économique afin d'analyser le rôle des politiques publiques dans la prévention et l'accompagnement des personnes âgées dans un processus de perte d'autonomie. A partir des données de panel et rétrospectives de l'enquête SHARE entre 2004 et 2011, nous étudions les déterminants socio-économiques de la fragilité en Europe. Dans un modèle à effets fixes, les différences individuelles dans la dynamique de la fragilité sont analysées au regard de trois piliers de l'action sociale : politique de soutien au revenu, lutte contre l'isolement social, promotion de l'aménagement du logement. Les différences persistantes dans les niveaux de fragilité sont explorées en utilisant les données rétrospectives sur histoire de vie (SHARELIFE) dans un modèle à effets aléatoires avec une spécification à la Mundlak. Les résultats principaux indiquent la présence d'inégalités sociales de santé sous différentes formes et à différentes époques de la vie. L'importance des systèmes de protection sociale en Europe est reconnue comme un moyen d'accompagner, voire de retarder l'évolution du processus de perte d'autonomie. Plusieurs considérations de politique publique sont discutées (résumé d'auteur).

Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. (2012). Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (179) :

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>

Après avoir rappelé la définition des soins primaires et expliqué leur rôle en tant que principes organisateurs des systèmes de soins pour réduire les inégalités sociales de santé, nous présentons une revue de littérature ciblée sur les interventions efficaces dans ce domaine. Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions). Trois champs d'intervention en soins primaires ont été distingués : le premier concerne le développement de la prévention de la santé ; le second, l'amélioration de l'accès financier aux soins en direction de populations spécifiques ; et le troisième, les pratiques qui visent à améliorer la qualité des soins, pour l'ensemble de la population, dans le cadre d'un réaménagement de l'organisation du système de soins.

Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. (2012). Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Rapport Irdes ; 1886. Paris : IRDES.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé protection sociale (ESPS) est un outil pluridisciplinaire qui explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2010, l'enquête ESPS prenant en compte l'évolution des

systèmes d'information de l'Assurance maladie a été réalisée sur un échantillon intégralement renouvelé. Plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus ont été interrogés. Après avoir décrit les objectifs et la méthodologie de l'enquête, un article s'appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS, concernant la problématique santé-travail, présente des résultats sur l'état de santé des salariés en emplois précaires en 2010.

Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousques J. (2011). Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (165)

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>

Le projet exploratoire Epidaure-CDS vise à analyser la spécificité de 21 centres de santé (CDS) polyvalents, principalement municipaux, dans l'offre de soins et à évaluer leur rôle dans la réduction des inégalités de santé, notamment dans l'accès aux soins primaires. Les premiers résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans ces CDS sont socio-économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale. Le niveau de précarité est évalué à l'aide du score Epices, une mesure multidimensionnelle qui va au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés. Ce score montre que plus de 60 % des patients en CDS sont précaires contre moins de 40 % en population générale. Cette précarité est associée à une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé ainsi qu'à un recours à la médecine générale plus fréquent. De plus, cette précarité se concentre sur les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C. Si ces résultats montrent que ces CDS prennent en charge une population plus vulnérable et contribuent ainsi à faciliter son accès aux soins, il reste à évaluer la qualité des services fournis dans ces structures, et plus généralement leur adéquation aux besoins spécifiques des populations précaires.

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2010). Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Rapport Irdes ; 1800. Paris : Irdes.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 explore les relations entre l'état de santé, les accès aux services de santé, à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter des questions d'équité du système ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2008, plus de 8 000 ménages et 22 000 individus ont été interrogés. Après une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'enquête, deux nouvelles problématiques sont proposées : l'une sur le renoncement avec un focus sur les CMU-Cistes, l'autre sur une comparaison inédite des données de l'ESPS et du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) relatives au score Epices qui mesure la précarité et les inégalités de santé. Enfin, des premiers résultats sont fournis sous la forme de tableaux.

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008). L'Enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (131) : 4p.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes131.pdf>

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un sur-échantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie, d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur les conditions de vie dans

l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'œuvre dans la construction des inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé.

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., et al. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (93) : 8p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes93.pdf>

Ce document présente la seconde partie d'une recherche qui examine les politiques de réduction des inégalités sociales de santé et le rôle que peut y jouer le système de santé. Dans une précédente partie, les modèles explicatifs des inégalités sociales de santé et le rôle possible de l'accès aux soins ont été analysés. Cette seconde partie présente quelques politiques mises en œuvre en Europe pour réduire les inégalités sociales de santé.

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., et al. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (92) : -6p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes92.pdf>

Ce document présente la première partie d'une recherche qui examine les politiques de réduction des inégalités sociales de santé et le rôle que peut y jouer le système de santé. Ce fascicule passe en revue les modèles explicatifs des inégalités sociales de santé et le rôle possible de l'accès aux soins. Une prochaine publication présentera quelques politiques mises en œuvre en Europe pour réduire les inégalités sociales de santé.

Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001). L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (43) : -8p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes43.pdf>

Les inégalités sociales de santé sont partout largement observées, notamment aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en France. L'assurance maladie publique est traditionnellement considérée comme un instrument de lutte contre ces inégalités. En France, les pouvoirs publics ont constitué, au 1er janvier 2000, une assurance complémentaire attribuée gratuitement aux plus démunis, la Couverture Maladie Universelle. L'impact positif de l'assurance maladie sur l'état de santé des plus pauvres et donc sur la réduction des inégalités sociales de santé, implicitement supposé, mérite pourtant d'être étudié. Les auteurs présentent une revue de ces études qui, dans la littérature internationale, ont tenté d'analyser cet impact.

Rapports, ouvrages, working papers

(2015). Enquête de la Cour des Comptes sur les minima sociaux : référé et réponse du Gouvernement. Paris La Documentation française: 2 vol.

<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/Les-minima-sociaux>

La Cour des comptes rend public, le 26 novembre 2015, un référé consacré aux minima sociaux (revenu de solidarité active, revenu de solidarité outre-mer, allocation de solidarité spécifique, allocation transitoire de solidarité, allocation temporaire d'attente, allocation veuvage, allocation supplémentaire invalidité, allocation adulte handicapé et allocation de solidarité pour les personnes âgées). La Cour constate des résultats insatisfaisants en matière de lutte contre la pauvreté et de retour à l'emploi, en dépit d'une dépense pourtant très dynamique. Elle note par ailleurs des incohérences entre les dispositifs, ce qui pose un problème d'équité et d'efficacité, et une gestion complexe. La Cour recommande de regrouper les minima sociaux autour de trois grandes allocations, afin de simplifier le système et de le rendre plus efficace et plus efficient.

Chereque, F., et al. (2015). Évaluation de la 2ème année de mise en oeuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Paris : IGAS

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000065/>

Adopté le 21 janvier 2013 en Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE), le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été adapté dans une nouvelle "feuille de route 2014", en janvier 2014, à la suite d'un premier rapport d'évaluation réalisé par l'IGAS. Ce deuxième rapport d'évaluation conserve la même trame que le premier. La première partie concerne l'évolution du taux de pauvreté en France avec des comparaisons avec plusieurs pays européens. Exploitant les indicateurs mis en place la première année avec l'aide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les données permettent de dégager des grandes tendances qui éclairent sur la situation française en 2012. La deuxième partie porte sur l'évaluation de la montée en charge des différentes mesures du plan au travers des sept thématiques de celui-ci : l'accès aux droits, l'accès à l'emploi, l'hébergement et le logement, la santé, l'enfance et famille, l'inclusion bancaire, la gouvernance des politiques de solidarité. La troisième partie s'intéresse à la mise en oeuvre territoriale du plan à partir des schémas régionaux réalisés par les préfetures de région comme recommandé par le premier rapport.

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2014/04/16/eurpub.cku044.abstract>

Mansouri-Guilani, N. (2015). Promouvoir une culture de l'évaluation des politiques publiques. Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris : CESE

<http://www.lecese.fr/travaux-publies/promouvoir-une-culture-de-l-valuation-des-politiques-publiques>

L'évaluation des politiques publiques vise à fournir une appréciation sur les effets directs et indirects de l'action publique et à en rendre compte aux citoyens. Contrairement à une idée répandue, les pratiques évaluatives sont assez fréquentes dans notre pays et de nombreux organismes y participent. Pourtant l'évaluation reste méconnue et sans doute sous-utilisée en tant qu'outil d'amélioration de la décision et de l'intervention publiques. Pour y remédier, il convient de promouvoir une culture de l'évaluation des politiques publiques. La spécificité du CESE en tant que lieu de rassemblement de la « société civile organisée » lui permet d'y contribuer pleinement. C'est dans cette perspective notamment que le Conseil s'est emparé du sujet pour en analyser les enjeux, passer en revue les pratiques évaluatives et formuler des propositions.

(2014). L'évaluation des politiques publiques. Bibliographie, Paris : ENA

http://www.ena.fr/index.php?fr/content/download/2529/16807/file/bib_evaluation_politiques_publiques_sf.pdf

Cette bibliographie propose une sélection de documents sur la gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH) dans la fonction publique, la valorisation des connaissances et des compétences, la prise en compte du mérite et de la performance, la gestion des ressources humaines dans des administrations étrangères, ainsi que les textes législatifs et réglementaires, sites internet et revues de

référence.

Cherel, D. c. (2014). Premier rapport de l'ONPE (Observatoire National de la Précarité Energétique). Définitions, indicateurs, premiers résultats et recommandations. Paris ONPE
http://onpe.org/sites/default/files/pdf/documents/rapports_onpe/rapport_detaille_onpe.pdf

Ce premier rapport de l'Observatoire national de la précarité énergétique fait état de ses travaux depuis le démarrage opérationnel de son activité en mai 2012.

(2014). Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé : Regards croisés en régions : de l'observation à l'action : Paris : Ministère chargé de l'Ecologie.
http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/140221_Inegalites_territoriales_environnementales_sociales_de_sante.pdf

En 2012, le Secrétariat général en charge des ministères sociaux (SGMAS) et le Commissariat général au développement durable (CGDD) ont partagé le constat d'un besoin de coordination et d'échange d'outils et de pratiques entre les services qui, dans les territoires, travaillent à la réduction des inégalités de santé, en agissant sur leurs déterminants sociaux et environnementaux. Pour répondre à ce besoin, le SGMAS et le CGDD ont constitué un comité de pilotage interministériel associant les représentants des principales administrations concernées : Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de la prévention des risques (DGPR), Direction générale de la cohésion sociale, (DGCS), Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar), Agences régionales de santé (ARS), Directions régionales de l'environnement, l'aménagement, du logement (Dreal), ainsi que divers experts. Début 2013, ce comité a lancé une enquête, pilotée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), auprès des ARS, des Dreal et des directions régionales de la jeunesse, de la santé et de la cohésion sociale (DRJSCS). Ce travail a permis de repérer les démarches les plus probantes, en termes de méthodes et outils de diagnostic et d'élaboration de politiques conjointes par les services et opérateurs de l'État en région. Cette démarche permet aujourd'hui de mieux connaître et faire connaître les initiatives régionales ou locales, encore peu nombreuses, qui s'attachent à croiser les dimensions sociales, environnementales et territoriales de la santé. À travers une série d'exemples dans des territoires divers, cette publication révèle les facteurs de succès et les limites rencontrées pour élaborer des diagnostics multidimensionnels complexes, et des coopérations exemplaires entre institutions. Elle ouvre la voie d'une meilleure gouvernance au niveau des régions, et entre les régions au plan national.

(2014). Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Expertise collective. Expertise collective. Paris : INSERM.
<http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/rapport-complet-ec-inegalites-sociales-de-sante-en-lien-avec-l-alimentation-et-l-activite-physique-avril-2014>

Ce rapport présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande de la Direction générale de la santé concernant les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Ce groupe a construit sa réflexion autour des questions suivantes : Quels sont les concepts et indicateurs des inégalités sociales de santé ? Quel rôle jouent les comportements de santé dans les inégalités sociales de santé ? Quelle est la situation nutritionnelle (alimentation et activité physique) de la population générale en France ? Quelles sont les disparités nutritionnelles selon la position socioéconomique ? Quels sont les facteurs sociaux, culturels, économiques qui participent à la construction des inégalités sociales de nutrition ? Quelles sont les interactions entre les facteurs environnementaux (offre alimentaire, publicité, équipement, urbanisme...), les comportements alimentaires et la pratique d'activité physique ? Quelles sont les répercussions sur les inégalités sociales de nutrition ? Quelles sont les différentes stratégies d'intervention en prévention universelle, ciblée ? Que sait-on de l'efficacité de ces interventions ? Quelles sont les données sur l'évaluation économique des programmes de prévention ?

Chereque F. (2014). Évaluation de la 1ère année de mise en oeuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : Rapport : Pièces jointes au rapport. Paris : Igas

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000056-evaluation-de-la-1ere-annee-de-mise-en-oeuvre-du-plan-pluriannuel-contre-la-pauvrete>

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été adopté en Comité interministériel de lutte contre les exclusions (Cile) le 21 janvier 2013, à la suite de la tenue d'une conférence nationale les 10 et 11 décembre 2012. Ce plan se structure en 3 axes complémentaires : le premier met l'accent sur la prévention, le deuxième sur les actions d'accompagnement et d'insertion, et le troisième est consacré aux questions de gouvernance des politiques de solidarité. Le plan regroupe 61 mesures, qui empruntent à 7 "paquets thématiques" différents (accès aux droits, emploi, hébergement-logement, santé, enfance et famille, inclusion bancaire et surendettement, gouvernance des politiques de solidarité). L'évaluation du suivi de la mise en oeuvre de ce plan a été confiée à l'IGAS : le présent rapport dresse un premier bilan d'étape après une année de mise en oeuvre.

Cordier A. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations du comité des « sages » : Paris : Ministère chargé de la santé.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000632/index.shtml>

Ce rapport rassemble les propositions du comité des sages mis en place en mars dernier pour préciser le contenu d'une stratégie nationale de santé. D'autres démarches et réflexions importantes ont eu lieu, telles que le Pacte de confiance pour l'hôpital, ou sont en cours, notamment sur la généralisation de la couverture de la complémentaire santé, qui doit faire l'objet d'un très prochain avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Le gouvernement travaille, sur la base des différentes analyses qu'il a sollicitées, à l'élaboration d'une feuille de route déclinant les principales orientations qu'il retient et les chantiers à lancer au plan opérationnel. Des débats et consultations s'ensuivront tant au niveau national qu'en région sur ces axes, certaines mesures pouvant être prises en compte dès le PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale) déposé au Parlement en octobre.

(2013). La généralisation de la couverture complémentaire en santé : rapport : Paris : HCAAM.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/generalisation_couverture_complementaire_sante_rapport_hcaam2013.pdf

Saisi en mars 2013 par le gouvernement dans le cadre de l'objectif présidentiel de généralisation de la couverture complémentaire en santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a adopté le 18 juillet un avis accompagné d'un rapport, à l'unanimité à l'exception de la CGT-FO. Ces documents portent un diagnostic sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire, les inégalités de garanties et d'aide publique selon les contrats. Ils analysent également les conditions et les enjeux d'une extension de l'assurance complémentaire en santé à l'ensemble de la population. Le HCAAM a examiné les conditions de la généralisation d'une couverture de qualité, incluant les personnes les plus éloignées de l'emploi et les plus modestes. Cette généralisation implique une évolution du dispositif de l'ACS (Acquisition d'une complémentaire santé) pour en améliorer le taux de recours, un renforcement des critères de solidarité et de responsabilité des contrats d'assurance complémentaire et une amélioration du ciblage des aides publiques bénéficiant au secteur. Le Haut Conseil s'est également penché sur la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) en matière de gestion du risque et souligne l'intérêt des réseaux de professionnels de santé pour réduire les restes à charge et améliorer l'accès aux soins.

(2013). Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville : Paris : HCSP.

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20130320_ateliersvillesante.pdf

Dans le cadre de sa contribution à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a souhaité faire le point sur une démarche récente, les Ateliers santé ville, mis en place il y a une dizaine d'années au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Dans cet avis, il analyse la démarche de ces ateliers et en dégage les points forts et les points à améliorer.

(2013). Les politiques de cohésion sociale. Acteurs et instruments. Rapports & documents ; 55. Paris : CAS.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000119/index.shtml>

Le Centre d'analyse stratégique (CAS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ont organisé, entre septembre 2010 et avril 2012, une série de 14 séminaires publics sur les instruments et les acteurs des politiques de cohésion sociale. Ce rapport livre le fruit des réflexions produites à cette occasion à partir d'une triple ambition, celle d'éclairer la décision publique par les apports de la recherche la plus récente, de mettre en lumière des exemples de bonnes pratiques locales et de porter sur la dimension internationale de ces travaux. Le diagnostic en demi-teinte établi sur l'état de la cohésion sociale ne concerne pas que la France.

Lopez A. (2013). Réguler la santé : Rennes : Presses de l'Ehesp

Les dépenses de santé en France ne cessent de progresser. Pourtant, les inégalités de santé s'accroissent et la mortalité prématurée demeure élevée. Pour améliorer la santé de la population, il faudrait encore poursuivre l'effort. Mais dans quelles limites ? Et comment ? Fin connaisseur du système de santé, Alain Lopez examine les différents moyens de régulation mis en œuvre pour en améliorer l'efficacité, tout en maîtrisant les dépenses. Il explicite les soubassements idéologiques auxquels ceux-ci obéissent, les choix qu'ils supposent, leurs limites. Pour faire face aux défis auxquels notre système de santé est confronté, seule une stratégie globale portant à la fois sur les domaines d'intervention et sur les moyens de régulation peut être efficace. Les principes, les conditions et les outils d'élaboration de cette stratégie globale sont ici détaillés. Alain Lopez offre ainsi aux étudiants et professionnels une synthèse clairvoyante de notre système de santé, des solutions pratiques, utiles à l'action collective de tous les acteurs impliqués dans la définition et la conduite d'une politique globale de santé (4e de couverture).

Tabuteau D. (2013). Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé : Paris : Editions Odile Jacob

Progrès médicaux, crises sanitaires, déserts médicaux, inégalités de santé, réglementations de santé publique, financement de l'assurance maladie, défis de la bioéthique : les questions de santé constituent des enjeux politiques majeurs. À partir d'une analyse de l'histoire du système et de la politique de santé, Didier Tabuteau examine ces grandes questions. Comment concilier sécurité, liberté et égalité ? Quelles sont les limites de l'ambition d'universalité proclamée pour l'assurance-maladie ? Comment l'exigence de décentralisation peut-elle affecter les politiques de santé ? Quels sont les effets de la concurrence ? Comment s'articule le débat sur les prélèvements obligatoires ? Autant d'interrogations cruciales à un moment où l'État providence est malmené par une crise économique d'une ampleur exceptionnelle. Avec en filigrane la question de l'indispensable réforme du système de santé et d'assurance-maladie. Et pour ambition l'édification d'une véritable démocratie sanitaire (4e de couverture).

Vernant J.P. (2013). Recommandations pour le troisième Plan Cancer : Paris : Ministère chargé de la santé.

<http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/710-recommandations-pour-le-troisieme-plan-cancer>

Ce rapport comprend trois parties : la formulation d'objectifs stratégiques pour le troisième Plan cancer : réduire effectivement les inégalités liées au cancer ; adapter le système de santé aux évolutions de la prise en charge ; simplifier l'organisation pour une meilleure efficacité. Il offre des propositions d'objectifs et de recommandations organisées par axe thématique, à savoir le développement de la prévention et du dépistage ; la recherche ; les métiers, les formations et les pratiques de la cancérologie ; le parcours de soins ; la vie pendant et après le cancer. Enfin, il suggère des recommandations sur cinq axes transversaux : la place des médecins généralistes ; l'évolution des modalités d'implication des patients ; l'évolution des organisations ; les systèmes d'information ; les problèmes économiques que pose le cancer.

Preel J.L. (2012). Rapport d'information sur la prévention sanitaire : Paris Assemblée nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4334.pdf>

Malgré les objectifs ambitieux fixés dans la loi de santé publique d'août 2004 et l'intervention de très nombreux acteurs, au premier rang desquels l'assurance maladie, les résultats de la politique de prévention sont décevants. Le système de santé orienté essentiellement vers le curatif aurait négligé le préventif. Après trois mois d'audition et avec l'assistance de la Cour des comptes, la MECSS a pu identifier plusieurs difficultés : des priorités trop nombreuses et mal identifiées, une absence de pilotage tant national que local, une coordination insuffisante entre les acteurs qui concourent à la prévention, une diffusion parcellaire des données de santé. Pour pallier ces difficultés, la MECSS fait trente-six recommandations. Elle préconise de redéfinir un véritable pilotage politique sur le fondement d'une nouvelle loi quinquennale de santé publique qui fixera quatre priorités : la lutte contre le tabac, l'alcool, la sédentarité et la surcharge pondérale. Chargé de mettre en oeuvre ces priorités, la mission recommande d'instituer un délégué interministériel à la prévention sanitaire rattaché au Premier ministre qui coordonnera l'ensemble des acteurs. La MECSS recommande également de favoriser l'échelon local, le plus à même d'agir au plus près des besoins de la population. Pour ce faire, la mission d'évaluation des expériences locales et de coordination confiée aux agences régionales de santé doit être renforcée et le rôle des conférences régionales de la santé et de l'autonomie doit être conforté. La complémentarité entre les différents acteurs doit aussi être renforcée dans les domaines de la santé au travail et de la santé scolaire. L'ensemble ne pourra fonctionner que si les échanges des données de santé sont facilités. Par ailleurs, au quotidien, la prévention doit privilégier des approches innovantes en matière d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique, tout en améliorant les actions traditionnelles. Comme le prévoit l'article L.O. 111-9-3 du code de la sécurité sociale, les préconisations de la MECSS sont notifiées au Gouvernement et aux organismes de sécurité sociale concernés, lesquels sont tenus d'y répondre dans un délai de deux mois.

Benamouzig D. (2012). Réinventons notre système de santé, au-delà de l'individualisme et des corporatismes : Paris : Terra Nova.

<http://tnova.fr/rapports/reinventons-notre-systeme-de-sante-au-dela-de-l-individualisme-et-des-corporatismes>

Ce rapport de Terra Nova, fruit des réflexions d'un groupe de travail présidé par Daniel Benamouzig, tente de réinventer le système de santé français en prenant en compte la vigueur de l'individualisme et l'affaiblissement des appartenances professionnelles, en intégrant ces principes sans renoncer à la solidarité, en envisageant de nouveaux équilibres. Ce rapport est composé de cinq parties, consacrées à la lutte contre les inégalités sociales de santé, à la définition d'une politique de prévention, à la régulation de l'assurance maladie, à l'élaboration d'une stratégie explicite d'organisation des soins et à la réforme des structures de gouvernance. Ces thématiques permettent d'embrasser une grande part des dynamiques et des transformations du système de santé, afin de dessiner ses évolutions progressistes. Pour chaque thématique, les chapitres apportent des éléments de diagnostic et de bilan des politiques mises en oeuvre ces dernières années, tout en proposant des orientations assorties de propositions. Certains aspects importants des politiques de santé ne sont cependant pas abordés dans le rapport car elles n'ont pas véritablement fait l'objet de débats au sein du groupe de travail, faute de temps, de moyens ou de compétences. C'est en particulier le cas des politiques de recherche médicale, des études médicales, des politiques de prise en charge psychiatrique et des politiques d'innovation dans le secteur du médicament. La conclusion reprend sous forme de synopsis l'ensemble des propositions formulées dans le rapport (résumé d'auteur).

(2011). Eléments de réflexion sur l'élaboration d'une politique nationale de santé 2011-2025 : Paris : Ministère chargé de la santé

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elements_de_reflexion_pour_une_politique_nationale_de_sante_2011-2025.pdf

La question posée aujourd'hui est celle de la définition de la politique nationale de santé pour les prochaines années. Le présent document constitue une proposition d'orientations 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 des quinze prochaines années. Puis, elle développe 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 oeuvre opérationnelle de la politique nationale

de santé.

Moleux M., Schaezel F., Scotton C. (2011). Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Paris : Igas.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000580/index.shtml>

En France, l'état de santé de la population est marqué par un paradoxe : un bon état de santé moyen, mais des inégalités qui se creusent dès le plus jeune âge et se maintiennent tout au long de la vie. Ce rapport a pour objet l'analyse des déterminants de santé et la proposition de pistes pour réduire les inégalités sociales de santé et s'inscrit dans le cadre de la préparation de la prochaine loi de santé publique, dont la réduction des inégalités sociales de santé devrait constituer un axe structurant.

(2011). Avis du CNLE sur le 3e rapport du gouvernement relatif à l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en cinq ans : Paris : CNLE.

<http://www.cnle.gouv.fr/bleu-marine-Dans-une-conference-de>

Réagissant au troisième rapport gouvernemental sur le suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en cinq ans, transmis au Parlement en octobre dernier, le Conseil national de lutte contre l'exclusion et l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale expriment en commun leur inquiétude sur l'efficacité des mesures mises en place et appellent à une réévaluation de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Cet avis présente les recommandations du CNLE.

(2011). Les Français face aux inégalités et à la justice sociale. Sociétales. Paris : Armand Colin

Il ne manque pas de Cassandres pour l'annoncer, le « vivre ensemble » ne saurait plus résister bien longtemps à la rancœur provoquée par la croissance des privilèges d'un tout petit nombre, le déclassement des couches moyennes, la montée de la grande pauvreté. Il ne manque pas non plus de moralistes pour déplorer l'égoïsme généralisé, l'individualisme roi, les corporatismes, les logiques de castes, l'oubli des idéaux républicains ou la perte de civisme. Il peut y avoir du vrai dans tout cela, mais la vérité de notre société n'est pas là et les Français n'ont pas basculé d'un bloc dans le désespoir social ou le cynisme désabusé. Leurs appréciations restent étonnamment fines et équilibrées, ouvertes à des solutions raisonnables plutôt que démagogiques. C'est ce qui ressort manifestement de cette grande enquête, récemment réalisée, sur la perception qu'ont les Français des différents types d'inégalités et sur leurs sentiments à l'égard de la justice sociale. Que rejettent-ils absolument, que tolèrent-ils, vers quels aménagements ou compromis tendent-ils ? Ce livre dresse le portrait moral d'un peuple pour lequel la triade républicaine ? liberté, égalité, fraternité ? garde toute sa valeur, pourvu qu'on sache la décliner avec les nuances et la sagesse qui conviennent (4e de couverture).

Hoibian S. (2011). Baromètre de la cohésion sociale : Pour l'opinion, la cohésion sociale repose sur les efforts de chacun et l'action des pouvoirs publics. Collection des rapports ; 275. Paris : Credoc.

<http://www.credoc.fr/pdf/Rapp/R275.pdf>

Cette étude commandée par La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) au Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc) présente les résultats d'une enquête réalisée sur la perception que les Français ont du concept de cohésion sociale. L'image d'une société individualiste et inégalitaire domine encore nettement les représentations des Français. 87 % de nos concitoyens la jugent comme de plus en plus inégalitaire. Le respect mutuel (41 %) et la solidarité (19 %) entre les citoyens sont trop peu présents puisque 60 % des sondés appellent de leurs souhaits ces valeurs considérées par le Credoc comme "clef de voûte de la cohésion sociale". Ce ne sont ni les discriminations, ni le chômage, ni la pauvreté qui, aux yeux de l'opinion, fragilisent la cohésion sociale mais l'individualisme. 31 % des Français interrogés voient dans le "chacun pour soi" une réelle menace ! Le rôle des pouvoirs publics reste prépondérant aux yeux de nos concitoyens (65 %) pour renforcer la cohésion sociale par l'emploi pour tous, le logement et l'éducation de qualité, par ordre de priorité les trois principales préoccupations des Français. L'Etat recueille 35 % des réponses, les communes 12 %, et, départements et régions réunis, 9 %. Soit un total de 65 % pour les pouvoirs publics. Le Credoc montre du doigt la complexité des dispositifs sociaux qui rend illisible, pour le citoyen, le rôle des différents niveaux de collectivité. Les citoyens arrivent loin derrière, 19 % estimant que les habitants eux-mêmes ont leur rôle à jouer pour améliorer la cohésion sociale dans l'Hexagone. Quant aux entreprises, elles ne sont pas "au coeur de la solidarité", constate le Credoc,

avec seulement 1 % des sondés qui considèrent que l'entreprise peut jouer un rôle dans l'action sociale. La crise financière a ruiné ces dernières années le crédit accordé au monde économique. Forte de cette première photographie, la DGCS compte renouveler le baromètre chaque année, car l'État veut en suivre l'évolution pour articuler les politiques publiques avec l'entraide existant entre les personnes elles-mêmes.

Gaudron G., Pinville M. (2011). Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire. Documents d'information de l'Assemblée nationale ; 3968. Paris : Assemblée Nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3968.pdf>

Face au constat que la situation dégradée dans laquelle la médecine scolaire est aujourd'hui trouve sa cause profonde dans les carences de la prévention sanitaire autour de l'enfant – insuffisance des moyens mis en œuvre et coordination des acteurs sanitaires globalement médiocre –, les rapporteurs considèrent que les solutions à la crise actuelle sont à replacer dans le cadre d'une politique globale de renforcement de la prévention autour de l'enfant, qui se développerait selon les axes suivants : l'amélioration du pilotage de la politique de santé et de prévention en faveur des enfants et des adolescents ; l'inscription de la promotion de la santé dans le code de l'éducation comme une mission à part entière de l'école ; le renforcement de la lutte contre les inégalités de santé ; une réforme du pilotage ministériel de la médecine scolaire ; le renforcement de la coordination entre les médecins de prévention par le développement de leurs liens professionnels au travers d'un cadre statutaire commun.

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2011). Actes du séminaire, Méthodes d'évaluation des politiques publiques. Paris, 2009. Paris : Dress

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000533/index.shtml>

L'évaluation s'est imposée comme un domaine à part entière des sciences sociales, recouvrant notamment la recherche évaluative, qui vise à identifier les effets propres d'une politique, en les distinguant des effets de contexte ou produits par d'autres politiques menées concomitamment. Au cours de l'année 2009-2010, un séminaire sur les méthodes de l'évaluation a été organisé par la DREES, chaque séance présentant des outils de l'économie et de la sociologie pouvant contribuer à l'évaluation. La première séance s'est attachée à définir précisément l'évaluation. Les trois séances suivantes ont abordé successivement : les méthodes économétriques visant à identifier les effets propres d'une politique ; les changements organisationnels, tels qu'ils sont perçus à travers les études de terrain ; les méthodes qui permettent d'impliquer les usagers, par l'intermédiaire de focus groups et d'enquêtes de satisfaction. La dernière séance s'est intéressée aux approches consistant à associer objectifs, indicateurs et benchmarking. L'objet de ce recueil est de retranscrire le plus fidèlement possible les différents exposés de ce séminaire ainsi que les débats qui les ont suivis.

Goasguen C., Sirugue C. (2011). L'évaluation de l'aide médicale d'Etat : rapport d'information : Paris : Assemblée nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4363.asp>

Ce rapport confirme l'intérêt de l'Aide médicale d'Etat (AME), qui a fait l'objet de nombreuses polémiques et de récentes réformes législative- s très controversées. Cette prise de position en faveur de l'AME rejoint en beaucoup de points celle de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) dans leur rapport de mission rendu public en décembre dernier. Le sujet est en effet polémique. Pendant un an, ils ont procédé à une dizaine d'auditions, à des déplacements (deux hôpitaux d'Île-de-France et deux caisses d'assurance- maladie) et ont interrogé au moyen de questionnaires toutes les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Le rapport constate qu'il n'y a pas d'"explosion" de la consommation de soins par les bénéficiaires de cette prestation. Comme les enquêtes précédentes, les rapporteurs confirment également que les fraudes supposées n'ont rien à voir avec l'envolée des dépenses d'AME. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) les évalue en effet à moins de 0,3 % du montant des prestations. Le fantasme des innombrables ayants droit d'un même bénéficiaire est également mis à mal par les deux rapporteurs, qui rappellent que 81 % des bénéficiaires de l'AME sont des personnes isolées et que seuls 5 % ont deux ayants droit ou davantage. La forte croissance est liée à l'envolée du nombre d'étrangers concernés et à la forte hausse des coûts des séjours hospitaliers (même constat que l'IGAS). On assiste également à une sous-estimation chronique des crédits à allouer. Mais si les

députés estiment que le dispositif doit être maintenu, car il répond, selon eux, aux impératifs humanitaires et de santé publique, ils préconisent néanmoins de réformer sa gestion. Les deux députés, bien que divisés sur l'efficacité de l'introduction d'un ticket d'entrée de 30 euros, sont en revanche convaincus que ce timbre coûtera plus cher qu'il ne rapportera. Ils font un certain nombre de recommandations, pas toujours partagées, pour améliorer les modalités de gestion de l'AME. Ils suggèrent ainsi d'appliquer pour les séjours hospitaliers une tarification de droit commun par groupe homogène de séjour (GHS) et de mettre en place un suivi médical en aval efficace et une première visite de prévention lors de la première année. Côté divergences, le député UMP se dit favorable à un transfert de la gestion de l'AME à un organisme d'assurance privé, préconise une enveloppe limitative annuelle et se montre ouvert à l'idée de niveaux de protection gradués. Son collègue socialiste plaide en revanche pour un assouplissement de la procédure de domiciliation des demandeurs - avec l'introduction d'une domiciliation par des tiers - et préconise l'amélioration de la couverture territoriale des lieux d'instruction des dossiers.

Penaud P., Amghar Y.G., Bourdais J.F., Dupays S., Laloue F., Leost H., Moleux M. (2011). Politiques sociales. Amphi. Paris : Presses de Sciences Po ; Paris : Dalloz

Couvrant un champ très large qui touche à la fois la santé, la protection sociale, le travail, l'emploi et la formation professionnelle, les politiques sociales répondent à des enjeux majeurs. Elles influent sur les conditions de vie des Français, mais elles ont aussi un impact politique, économique et financier puisque ce secteur pèse près de 600 milliards d'euros. Ce manuel présente un panorama complet de ces politiques ainsi que des institutions qui les mettent en oeuvre. Il comporte à la fois des chapitres transversaux (financement, Europe sociale, etc.) et des chapitres thématiques, qui abordent l'ensemble des politiques publiques et les problématiques qui les concernent. Issu d'enseignements délivrés dans les principales préparations à l'Ecole nationale d'administration (ENA), à l'Ecole nationale de sécurité sociale (EeN3S) et à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), nourri des expériences d'auteurs ayant tous une pratique de terrain (4e de couverture).

Haut Conseil de la santé publique (2010). Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. Avis et rapports. Paris : HCSP.

<http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100317ObjectifsSP.pdf>

<http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100317ObjectifsSPAnn.pdf>

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique a instauré une démarche structurée pour la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé en France. Elle a défini cent objectifs de santé quantifiés, susceptibles d'être atteints dans la population ou dans des groupes de population au terme d'une échéance pluriannuelle de cinq ans. Elle les a assortis de plans d'action propres à contribuer à leur réalisation. Le Haut Conseil de la santé publique, créé par la même loi du 9 août 2004 et mis en place en mars 2007, a pour mission d'évaluer la réalisation de ces objectifs, de contribuer à leur (re)définition, de contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention. Ce rapport présente le résultat des travaux réalisés, dans le cadre de ces missions, en vue de faire des propositions et des recommandations pour une prochaine loi de santé publique. Il se décompose en deux parties : l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 et les propositions d'objectifs pour une prochaine loi. Cette partie porte sur des propositions d'objectifs spécifiques répartis de manière thématique et sur des recommandations d'ordre plus général en matière d'inégalités sociales de santé et de systèmes d'information nécessaires au suivi des objectifs.

(2010). Réduire les inégalités sociales en santé. La santé en action. Saint Denis : Inpes

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître, y compris dans les pays d'Europe occidentale dont la France. Cet ouvrage est prioritairement destiné aux professionnels confrontés à ces inégalités, qu'ils travaillent dans la santé, l'éducation, le social ou dans tout autre domaine. Rédigé par une cinquantaine d'experts reconnus, il a été élaboré par un comité éditorial associant très largement le Québec, qui dispose d'une expertise incontestée en la matière, ainsi que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). Guide d'aide à l'action rassemblant des expériences nationales et internationales qui tentent de réduire les inégalités, son objectif est de mettre à disposition des lecteurs les connaissances scientifiquement validées et les

pratiques évaluées dont pourront s'inspirer les porteurs de projets.

Givord P. (2010). Méthodes économétriques pour l'évaluation de politiques publiques : Paris : Insee
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2010-08.pdf

Ce document présente les principales méthodes économétriques qui peuvent être utilisées pour l'évaluation ex post de l'impact d'une politique publique. Il met l'accent sur les problèmes de sélection qui se posent pour une évaluation (en particulier distinguer ce qui relève de l'effet de la politique des spécificités éventuelles de ces bénéficiaires). Il trace les différentes étapes d'une feuille de route d'un tel exercice (données nécessaires, hypothèse d'identification, interprétation des résultats), illustrées par les exemples issus d'articles récents de la littérature économique. Il commence par rappeler le cadre classique dit « de Rubin » pour définir une inférence causale, puis décrit en détail les quatre principales méthodes empiriques : différences de différences, variables instrumentales, régression sur discontinuités et sélection sur observables (résumé d'auteur).

Goulard F., Pupponi F. (2010). Rapport d'information sur l'évaluation des aides aux quartiers défavorisés : Paris : Assemblée Nationale.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2853.asp>

La première partie du présent rapport établit un état des lieux des aides en faveur des quartiers défavorisés, créées depuis la loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine (dispositifs de la politique de la ville tels que le programme de réussite éducative, le contrat adultes-relais ; Programme national de rénovation urbaine - PNRU ; dépenses fiscales et sociales liées à la politique de la ville ; etc.). Ce panorama des aides nationales dédiées en faveur des quartiers défavorisés est suivi d'une analyse des actions et moyens de droit commun des ministères qui ont vocation à contribuer à la politique de la ville, ainsi que d'une mise en perspective de la question du concours que les acteurs locaux, notamment les collectivités territoriales, apportent à ces aides nationales. La deuxième partie fait le point sur les géographies prioritaires de la politique de la ville, correspondant à l'ensemble des zonages dans lesquels s'inscrivent les actions en faveur des quartiers défavorisés, et propose un bilan de la gouvernance nationale et locale de la politique de la ville. La troisième partie, suite à la description des difficultés et des réserves méthodologiques inhérentes à l'exercice d'évaluation en matière de politique de la ville, aborde la question de la situation des quartiers en difficulté, ainsi que des résultats et impacts des actions qui y sont menées. Le Tome II propose des études complémentaires au présent rapport.

Jusot F. (2010). Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe. In Potvin L. (Ed.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 73-88). Saint Denis : Inpes

Les recherches les plus pointues sont formelles : les inégalités sociales de santé ont plutôt tendance à s'aggraver en Europe. Ces études pointent la grande diversité des situations d'un pays à l'autre. Trois pays, Royaume-Uni, Pays-Bas et Suède, ont véritablement mis en œuvre depuis moins de vingt ans une politique structurée de lutte contre les inégalités sociales de santé avec un plan d'action global et des évaluations poussées

L'Horty Y., Petit P. (2010). Evaluation aléatoire et expérimentations sociales : Noisy le Grand : CEE
<http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/evaluation-aleatoire-et-experimentations-sociales>

Les méthodes d'évaluation aléatoire ont commencé à être appliquées à de grands programmes sociaux en France depuis 2007, soit plus de quarante ans après les premiers travaux analogues menés aux Etats-Unis. Elles connaissent depuis un développement rapide. Ces méthodes expérimentales consistent à évaluer les effets d'une politique en comparant un groupe test à un groupe témoin, constitués par tirage au sort. Cet article, dont l'objet est de proposer une introduction à l'application de ces méthodes aux expérimentations sociales, souligne que leurs spécificités ne se réduisent pas au principe de l'assignation aléatoire. Elles ont aussi pour autres singularités qui les distinguent des autres méthodes d'évaluation : la dimension expérimentale du programme évalué, le partenariat particulier qui est organisé entre le chercheur et l'institution expérimentatrice, la conception a priori d'un protocole d'évaluation et d'un système d'observation et de traitement de l'information. L'article montre que chacune de ces quatre singularités est la source d'un apport particulier de ces

méthodes mais a aussi pour contrepartie une limite spécifique qui mérite d'être soulignée (Résumé d'auteur).

Morestin F. (2010). Méthodes de synthèse de connaissances sur les politiques publiques : version préliminaire : Québec : C.C.N.P.P.S.
http://www.ccnpps.ca/docs/MéthoPP_FR.pdf

Ce document s'adresse aux acteurs de santé publique qui, dans leur rôle de promotion de la santé, s'intéressent aux politiques publiques comme levier d'action sur la santé des populations et ses déterminants. Plus précisément, ce document cherche à répondre aux besoins des acteurs de santé publique dans leur fonction d'experts éclairant les décideurs lors de la promotion, l'adoption et l'application de politiques publiques. Cette fonction exige qu'ils synthétisent les connaissances sur l'efficacité des politiques publiques à promouvoir la santé (y compris leur efficacité dans un contexte donné), et sur les enjeux d'application de ces politiques. - L'objectif de ce document est de proposer une méthode de synthèse de connaissances appropriée pour les politiques publiques, s'intéressant aux données d'efficacité, mais aussi aux données sur les enjeux d'application- on, dans le but de déterminer quelles sont les politiques ayant les meilleures chances de succès dans un certain contexte où on envisage leur application.

(2009). Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. Varia. Saint-Denis : Inpes
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf>

Le présent volume propose des modalités d'organisation des ARS pour mieux prendre en compte la promotion de la santé en France. L'approche proposée s'inscrit résolument dans le champ de la santé publique. 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 (4ème de couverture.)

(2009). Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention. Varia. Saint-Denis : INPES
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1253.pdf>

Le présent volume, conçu à destination des directeurs généraux des agences régionales de santé et de leurs équipes (collaborateurs), a pour objectif de produire des recommandations et de proposer des outils permettant de déployer les politiques de prévention, en alliant qualité et professionnalisation des acteurs de prévention. (4ème de couverture.)

(2009). Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité : Paris : HCSP.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

Les inégalités sociales de santé (ISS) existent à un niveau élevé dans notre pays et ont tendance à s'accroître. Elles traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu, dans lequel la situation des populations en situation de précarité représente l'extrême. Elles témoignent du fait que si les politiques publiques de santé se sont traduites par une amélioration de l'état de santé moyen, parallèlement les écarts sociaux se sont creusés. Certains pays européens ont déjà mis en œuvre des politiques explicites pour réduire les ISS. L'enjeu actuel est la mise en œuvre en France d'un plan de réduction de ces inégalités. Dans ce rapport Le Haut Conseil de la santé publique souligne le rôle majeur des déterminants socio-économiques, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé et formule une série de propositions en termes d'objectifs, de conditions à remplir pour suivre les évolutions et de mise en place d'interventions et de politiques publiques

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

Trop souvent méconnue, tant par la classe politique que par le corps soignant, la problématique des inégalités sociales de santé demeure particulièrement vive. Les progrès de la médecine contemporaine pourraient laisser espérer une réduction sensible de ces inégalités. Pourtant, les personnes les plus vulnérables socialement restent, encore et toujours, celles qui sont les plus touchées sur le plan sanitaire. Alors que l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter dans les pays industrialisés au cours de la seconde moitié du XXe siècle, on continue d'observer, liées à l'origine sociale, de très fortes inégalités face à la mort, à la maladie, au handicap et à l'accès aux soins. Comment comprendre la complexité des facteurs qui déterminent cet état de fait ? Si les inégalités sociales de santé peuvent être envisagées comme le produit ultime de l'incorporation des inégalités sociales, qu'elles soient matérielles ou culturelles, mieux les comprendre peut-il contribuer à les réduire ? Seize chercheurs français et européens proposent ici un panorama des principaux problèmes politiques, théoriques et pratiques posés par la notion d'inégalités sociales de santé ;

(2008). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Varia. Saint-Denis : INPES
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

Ce volume est conçu comme un vade-mecum à l'usage des directeurs généraux des agences régionales de santé, de leurs collaborateurs et de tous les acteurs de terrain qui s'investissent pour réduire les inégalités sociales de santé. C'est assurément l'une des missions les plus difficiles, mais aussi les plus importantes pour la santé et la cohésion sociale à laquelle les auteurs apportent leur contribution (4ème de couverture.)

Flajolet A. (2008). Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire : Paris : La documentation française.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000257/index.shtml>

Réalisé par la mission relative "aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire", l'une des quatre missions qui doivent permettre de présenter un projet de loi de modernisation du système de santé cet automne (missions Ritter, Larcher, Berland et Podeur), ce rapport d'évaluation porte un diagnostic précis sur les différences d'état de santé et d'offre de soins sur le territoire, dresse un état des lieux des actions entreprises par les différents acteurs pour améliorer l'accès aux soins à partir notamment d'une série d'auditions conduites depuis l'automne, et formule des recommandations de nature à réduire les disparités observées. La mission constate la juxtaposition non ordonnée de structures traitant de prévention sanitaire, l'insatisfaction des professionnels de santé de ne pouvoir se consacrer davantage à la prévention, la perte de chance qui en résulte spécialement pour ceux qui sont éloignés du soin. Elle recommande de tisser du lien social en plaçant la santé au centre des préoccupations locales, de donner un rôle clairement identifié à chacun et de passer d'une logique de réparation à celle de gestion du patrimoine santé, de saupoudrage des moyens à leur concentration. L'idée phare du rapport est d'instituer des "communautés de santé" permettant de "recréer l'accès aux soins dans les zones déficitaires autour d'un projet de santé commun aux élus et aux acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux". A cet égard, la mission propose la conduite d'une expérimentation en vraie grandeur en région Nord-Pas-de-Calais, où les indicateurs des études les plus récentes font état de disparités parmi les plus importantes. Une ébauche de contrat d'objectifs et de moyens prépare la concertation en vue de cette expérimentation. Des préconisations du rapport, Roselyne Bachelot en énumère plusieurs, qu'elle pourrait intégrer à sa prochaine loi Santé, patients et territoires : l'introduction d'une culture de la santé aux âges clés de la vie, ou encore l'idée de faire de l'ARS le guichet unique pour les politiques de prévention de l'Etat (santé en milieu scolaire, santé au travail, santé environnementale, social, médico-social) et de sanctuariser dans les ARS les budgets consacrés à la prévention et la mise en place d'un nouveau mode de rémunération des médecins.

Salines E., Danet S. (2008). L'état de santé de la population en France rapport 2007 - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Etudes et Statistiques. Paris : La documentation française.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/>

Cet ouvrage fournit en 2007 une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Il constitue le second rapport de suivi des objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, après une première édition en 2006. Ce rapport a été préparé, sous la

coordination de la DREES, par un ensemble de partenaires, producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, AFSSAPS, Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-EA, DREES, InCa, INPES, INRETS, INSEE, INSERM, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, UFSBD, USEN/CNAM). Outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, à partir des données disponibles les plus récentes dans les champs couverts, le rapport comprend l'évaluation des indicateurs associés à 64 objectifs spécifiques. Les indicateurs produits au niveau national (France entière ou France métropolitaine) ont le plus souvent été déclinés selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le niveau d'études. Ils ont, dans la mesure du possible, été comparés aux indicateurs équivalents mesurés dans les autres pays européens. De même, les disparités territoriales (régionales pour la plupart) ont été examinées lorsque les données le permettaient.

(2008). Les politiques régionales de santé publique. Éléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi HPST : Paris : HCSP.

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/Rapport-HCSP-ARS-1008.pdf>

Les politiques régionales de santé publique ont été profondément modifiées depuis 2004 par la loi relative à la politique de santé publique, l'adoption en parallèle d'une loi sur l'assurance maladie signant toutefois le cloisonnement persistant entre soins curatifs et prévention. Dans le contexte de la préparation de la loi hôpital – patients – santé - territoires, et dans la perspective de la prochaine loi de santé publique, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a souhaité contribuer à la réflexion concernant l'évolution de ces politiques. Un groupe de travail a été mis en place pour faire, à partir d'un constat de la situation actuelle dans ce domaine, des préconisations pour l'avenir. Toutefois les délais contraints et les ressources disponibles n'ont pas permis d'effectuer un état des lieux systématique et approfondi au sein des 26 régions, compte tenu de l'ampleur du champ concerné et de la diversité des démarches entreprises. Sont donc mis en exergue dans ce texte quelques faits marquants, partagés par un grand nombre d'acteurs tant régionaux que nationaux. Les évaluations des plans régionaux de santé publique (PRSP), actuellement en cours dans de nombreuses régions, viendront enrichir et éventuellement nuancer ce constat. L'analyse proposée est structurée selon la démarche de santé publique, et s'organise donc autour des 4 étapes suivantes : observation et diagnostic de l'état de santé, choix des problèmes de santé jugés prioritaires, élaboration et mise en œuvre des plans ou programmes, évaluation des plans ou programmes.

Cavallier G., Cadalbert R., Antonini J.C. (2007). Villes, santé et développement durable. Collection villes et société. Paris : La Documentation française

L'histoire du développement urbain en Europe, depuis la révolution industrielle, montre que la santé est devenue une composante essentielle du travail des urbanistes. La référence à un territoire, et non plus à une population ou à un groupe bien identifié, induit la prise en compte d'analyses plus globales et coordonnées dans les différents champs d'intervention de la collectivité : environnement, social, culture, économie. Car les facteurs influant sur la santé sont tout à la fois des déterminants socio-économiques (habitat, urbanisation, modes de vie, emploi...), psychoculturels (scolarisation, coutumes), géographiques (climat...), démographiques (pyramide des âges), politiques (accès aux soins, protection sociale) que sanitaires. De fortes disparités tant sociales que géographiques demeurent à travers le territoire. Cette étude très fouillée, réalisée à l'instigation de l'Institut des villes et réunissant des élus locaux, des professionnels de la santé, de l'urbanisme et des chercheurs a permis de recueillir les retours d'expériences des politiques urbaines et de santé déjà engagées afin de développer ces initiatives en y associant tous les acteurs du développement local.

(2006). L'état de santé de la population en France en 2006 : indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique : Paris : La documentation française.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/>

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini 100 objectifs de santé publique pour 2008. Cet ouvrage est le premier rapport annuel sur l'état de santé de la population en France réalisé à partir des indicateurs de suivi de ces objectifs. Ce travail, coordonné par la DREES, a bénéficié de l'expertise des principaux producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, Agence de la Biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-SD7, INPES, INRETS, INSERM, InVS, IRDES, INPES, OFDT, ONISR, USEN/CNAM). Il permet ainsi de disposer d'un

panorama chiffré et commenté des principaux problèmes de santé publique et de leur évolution. Il offre une source de réflexion d'une grande richesse en matière de politique de prévention. Dans un premier temps, une synthèse dresse une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France en 2006. Des informations de cadrage sont ensuite fournies sur les grandes caractéristiques de la mortalité et de la morbidité de la population française. Sous forme de fiches synthétiques, 57 des objectifs associés à la loi ont par ailleurs été évalués, parmi lesquels la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant, la prévalence du tabagisme quotidien, le surpoids et l'obésité, l'exposition des enfants au plomb, les complications du diabète, etc. Chaque fois que les données le permettaient, les indicateurs ont été comparés à ceux des autres États de l'Union européenne. Enfin, en annexe, est présentée une déclinaison régionale de ces indicateurs. Pour chaque thème, une fiche de synthèse propose une analyse descriptive des disparités régionales observées pour les indicateurs disponibles. Ces synthèses sont accompagnées de 73 cartes. Ce document constitue aussi l'annexe de la loi de financement de Sécurité sociale 2007.

(2006). Disparités régionales de santé : à partir des indicateurs associés à la loi relative à la santé publique : Paris : La documentation française.

http://doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=2619

De nombreux problèmes de santé présentent des enjeux importants en matière de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. La persistance d'inégalités face à la maladie, sociales mais aussi territoriales, invite à cet égard à décliner au niveau régional les indicateurs de l'état de santé des populations pour dresser un tableau plus détaillé des problèmes de santé, et éclairer ainsi la priorisation des objectifs régionaux et la définition des politiques locales dans le champ de la prévention. Cette annexe au document : l'état de santé de la population en France en 2006 - propose une cartographie commentée des données régionales pertinentes et disponibles recueillies dans le cadre du suivi des 100 objectifs de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Réalisé pour les assises nationales de la prévention qui se sont tenues à Paris les 16 et 17 octobre 2006, cette annexe a été constituée afin de contribuer à la réflexion et au dialogue des acteurs nationaux et régionaux, notamment à l'occasion des forums régionaux de la prévention.

Clappier P., Leray E., Piquet O., Trehony A. (2006). Propositions pour un corpus d'indicateurs caractérisant la réduction des inégalités de santé en Bretagne : Rennes : ORS.

<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/345313/>

A la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne, l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, le Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Rennes ainsi que la société ICONES ont donc associé leurs compétences pour travailler à une proposition d'un corpus d'indicateurs susceptibles de caractériser en Bretagne l'objectif du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) : "Réduire les inégalités de santé". Les résultats de cette réflexion font l'objet du présent rapport. Après un rappel de la méthode mise en œuvre pour aboutir à cette proposition, les indicateurs susceptibles de constituer le corpus sont ensuite exposés et ordonnés selon trois grands axes qui structurent généralement toutes les études portant sur les inégalités de santé : les inégalités de mortalité ; les inégalités de morbidité ; les inégalités portant sur les déterminants de la santé. Pour chacun de ces grands chapitres, l'intérêt et les possibilités comparatives ont été pris en compte, tant au niveau géographique, démographique que social. C'est en effet dans le choix des différents groupes à comparer vis-à-vis d'indicateurs susceptibles de caractériser la santé que l'objectif de réduction des inégalités de santé pourra être documenté (Résumé d'auteur).

Toussaint J.F. (2006). Stratégies nouvelles de prévention. Rapport de la Commission d'Orientation Prévention : Paris : Ministère chargé de la santé

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000706/>

Ce rapport présente l'état des lieux au décours des assises nationales, des éléments de réflexion sur les démarches de prévention dans le système de soins français et des perspectives concernant les évolutions à terme. Il se développe en neuf thèmes et autant de chapitres dont chacun débute par une synthèse, suivie de l'exposé détaillé. Ses conclusions sont les suivantes. La prévention et l'éducation pour la santé, incluant l'éducation du patient, doivent être mieux prises en compte par le système de protection sociale. Les démarches de prévention et d'éducation pour la santé doivent tenir compte des motivations comportementales individuelles et des déterminants environnementaux. La

territorialisation individuelle ainsi que des déterminants des politiques de prévention et d'éducation pour la santé doivent être développés. La recherche, la formation et l'évaluation dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé doivent être significativement renforcées. Enfin, la réduction des inégalités de santé qui inspire les quatre axes précédents doit faire l'objet d'une approche spécifique.

(2005). Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : Paris : La documentation française.

Ce rapport rassemble les résultats d'un travail mené durant l'année 2004 sous l'égide de la DREES et de la Direction générale de la santé pour sélectionner et définir de façon opérationnelle les indicateurs prévus par le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique qui sont nécessaires au suivi des 100 objectifs de santé spécifiques inscrits dans ce texte. Il présente les indicateurs issus de ce travail qui s'est appuyé sur la réunion d'un groupe composé des principaux producteurs de données sanitaires nationales (Haut comité de la santé publique, DHOS, CCMSA, CNAMTS, DRASS, InVS, URCAM, ...) et des principaux utilisateurs potentiels de ces indicateurs, auxquels ont été systématiquement associés des experts de chacun des thèmes considérés. Ces indicateurs doivent contribuer à l'évaluation quinquennale de la politique de santé publique prévue par la loi. Dès 2006, des rapports annuels sur l'état de santé des Français seront produits à partir des indicateurs dont le suivi annuel est pertinent et possible.

Dubernard J.M. (2005). Rapport sur la mise en application de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : Paris : Assemblée Nationale.
www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2207.asp

Le rapport sur la mise en œuvre de la loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004, signé par le Pr. Jean-Michel Dubernard, fait ressortir "un taux d'exécution particulièrement faible" résultant du nombre important d'articles de la loi (158) portant sur des sujets très divers. Une "situation regrettable" au regard des "avancées majeures" apportées par ce texte. Plus de 80 articles sont encore inapplicables faute de parution des textes réglementaires indispensables. Les causes de ce "retard très inquiétant" : le nombre de consultations et concertations préalables et "un engorgement du ministère lié à la mise en œuvre simultanée de plusieurs réformes". Les principaux textes réglementaires en préparation portent sur les instances nationales de gouvernance de la santé publique (conférence nationale de santé, Haut conseil de santé, Comité national de santé publique), sur l'organisation et les missions de l'Inpes, sur les groupements régionaux de santé publique, sur l'Ecole des hautes études en santé publique.

Bellanger M., Jourdain A. (2004). Comparaison des politiques de réduction des inégalités régionales de santé en France : la gestion centralisée des enveloppes hospitalières versus les priorités régionales de santé publique, 27èmes journées des Economistes Français de la Santé. Approches économiques des inégalités de santé. Paris, 17-6-2004. Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/recherche/colloques-et-workshops/jefs-approches-economiques-des-inegalites-de-sante-17-18-juin-2004/actualites.html>

Cette communication a été présentée à l'occasion des 27èmes Journées des Economistes Français de la Santé qui se sont déroulées à Paris en juin 2004 sur le thème des inégalités de santé : approches économiques. La question posée dans cette contribution est de savoir si l'une des deux approches concernant les politiques de réduction des inégalités régionales de santé, a un impact plus important que l'autre en termes de meilleure allocation des ressources et de réduction des inégalités d'état de santé. Pour répondre à cette question, l'analyse est conduite en trois temps. Dans le premier temps, les auteurs tentent de situer les deux types de politiques de réduction des inégalités régionales de santé en France au regard des logiques économiques d'intervention qui les sous-tendent. Ensuite, les méthodes retenues pour l'analyse statistique et les résultats sont présentées. Enfin, dans le dernier temps, les résultats sont analysés en portant une attention particulière sur les difficultés inhérentes à certaines approches économiques dans le cas de la définition des priorités de santé et des ressources à allouer.

Garros B. (2003). Information du consommateur et réduction des inégalités de santé : quel rôle pour l'Assurance maladie ? 6ème journée d'Assurance Maladie de la CANAM. Paris, 24-3-2003. Saint Denis : CANAM

Ce document présente les actes de la 6^{ème} journée d'assurance maladie organisée par la Caisse Maladie des Professions Indépendantes (CANAM) et l'Institut des Sciences de la Santé (ISS) portant sur le rôle de l'Assurance maladie sur l'information du consommateur et la réduction des inégalités de santé. Les communications étaient centrées sur l'information dans le domaine de la santé ; l'évolution de la place de la santé dans les media ; les attentes des différents acteurs en matière d'information (les usagers, les prestataires de soins...) ; les moyens disponibles pour répondre à ces attentes ; des exemples d'information du consommateur ; le rôle de l'assurance maladie dans le domaine de l'information en santé.

(2003). Rapport du GTNDO : analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnées, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : définition d'objectifs : Paris : La documentation française.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000115/index.shtml>

Ce rapport analyse les connaissances disponibles sur plus de 70 problèmes de santé, leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Il propose, dans chacun des cas, des objectifs quantifiables susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années. Chaque problème de santé sélectionné fait l'objet d'un chapitre particulier. Celui-ci précise les objectifs quantifiés proposés, les éléments clés de sa gravité, les orientations générales de ce que pourrait être une stratégie d'action, les indicateurs souhaités et les besoins d'information ou de surveillance non couverts, ainsi que les connaissances scientifiques à développer dans une perspective de santé publique. Ce document est proposé pour consultation dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique qui devrait être présentée au Parlement au cours de l'année 2003. Ce rapport analyse les connaissances disponibles sur plus de 70 problèmes de santé, leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Il propose, dans chacun des cas, des objectifs quantifiables susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années. Chaque problème de santé sélectionné fait l'objet d'un chapitre particulier. Celui-ci précise les objectifs quantifiés proposés, les éléments clés de sa gravité, les orientations générales de ce que pourrait être une stratégie d'action, les indicateurs souhaités et les besoins d'information ou de surveillance non couverts, ainsi que les connaissances scientifiques à développer dans une perspective de santé publique. Ce document est proposé pour consultation dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique qui devrait être présentée au Parlement au cours de l'année 2003.

Bec C., Chambaz C., Concialdi P. et al. (2000). Réduire les inégalités. Quel rôle pour la protection sociale ? Paris, 24-2-2000. Paris : Drees

Cet ouvrage, dernier tome d'une série de trois, pose la question de la contribution de la protection sociale à la réduction des inégalités. Si la réponse demeure largement incertaine d'un point de vue philosophique comme historique, le débat ouvert sur la fonction de la protection sociale est loin d'être clos dans un contexte où la construction européenne a privilégié la libre circulation des travailleurs et l'égalité des droits. La philosophie et l'histoire politique ont permis de discuter les rôles initialement dévolus à la protection sociale ; les évolutions économiques, sociologiques et politiques ont conduit à des réformes dont les effets ne sont pas toujours prévisibles. Dans chacun des domaines que sont les retraites, l'assurance chômage, les politiques familiales et la fiscalité, ces questions ont trouvé un écho particulier auprès des auteurs, politiques, sociologues et économistes.

Grignon M. (2000). Aides aux familles et lutte contre les inégalités, Réduire les inégalités. Quel rôle pour la protection sociale ? Paris, 24-2-2000. Paris : Drees

Mougeot M., Naegelen F. (1999). Régulation du système de santé. Rapport du Conseil d'Analyse Economique, (13) : -202p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/994000153/index.shtml>

Par comparaison avec les autres pays développés, le système de santé français paraît relativement coûteux pour des performances sanitaires moyennes et une priorité implicite donnée à la médecine curative sur la prévention. De plus, si les inégalités d'accès aux soins se sont réduites depuis une quinzaine d'années, certaines disparités importantes persistent au détriment des populations les plus fragiles. Le mode de régulation du système de soins mis en œuvre en France depuis une vingtaine d'années, qui repose largement sur une planification centralisée des quantités (nombre de praticiens,

équipements hospitaliers et enveloppes globales), n'a pas permis de réduire durablement le rythme des progressions des dépenses de santé, contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays européens. Michel Mougeot propose de rééquilibrer l'intervention publique en accordant plus de place à la mise en œuvre de mécanismes incitatifs décentralisés, afin de faire jouer un rôle plus important aux signaux tarifaires - comme la tarification hospitalière « à la pathologie » - ou aux procédures de concurrence par comparaison (appels d'offre). Par ailleurs, l'assurance maladie devrait jouer pleinement son rôle d'acheteur de soins.

(1998). Rapport à la Conférence nationale de la santé 1998 : Paris : HCSP.

Trois problèmes ont été abordés par le Haut Comité de la Santé publique lors de la Conférence Nationale de la Santé de 1998 : l'allocation régionale des ressources et la réduction des inégalités de santé, la lutte contre la iatrogénie, une meilleure prise en charge du diabète.

(1998). Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé. Collection Avis et rapports. Rennes : ENSP.

Il existe de grandes inégalités de santé entre les régions françaises. Ces inégalités se retrouvent dans l'offre de soins. Partant d'une réflexion sur les dispositifs actuels d'allocation régionale de ressources, le Haut Comité de la Santé Publique poursuit dans ce rapport un triple objectif : resituer les enjeux de l'allocation régionale des ressources, apporter les éclairages techniques dont on dispose actuellement dans les divers champs concernés, présenter aux décideurs plusieurs scénarios qui proposent soit d'aménager l'approche sectorielle actuellement mise en œuvre, soit de dépasser cette approche en adoptant une logique tournée davantage vers la réduction des inégalités de santé ou vers la réduction des inégalités de santé ou vers le renforcement de la responsabilité accordé aux régions.

Le Clainche C. (1996). Revenu minimum, justice sociale, niveau de vie et bien-être. Fondements théoriques et évaluation. Thèse de doctorat ès Sciences économiques. Paris : Université Paris IX Dauphine.

L'acuité nouvelle de la pauvreté et des inégalités dans les pays riches a le pouvoir d'interroger et de remettre en cause les principes de justice sociale et d'équité antérieurement acceptés. Le renouvellement des problématiques concernant ces principes, dans le cadre des développements de la philosophie analytique et de l'économie normative, fournit des voies pour mieux cerner la problématique des inégalités et les actions de politiques économiques et sociales à même de le résoudre. Dans cette thèse, les approches post-welfaristes et leur pertinence sont particulièrement étudiées. En considérant la question du revenu minimum, cette thèse se propose, une fois formulés les termes pertinents par lesquels se pose la question de la justice sociale comme impartialité, d'analyser la façon dont les dispositifs de revenu minimum garanti adoptés en Europe, en particulier en France, s'interprètent au regard des principes de justice sociale, de justice locale ou du cadre des biens publics. La manière dont ils se traduisent en termes de niveau de vie et de bien-être est également analysée.

Articles

Paugam, S., et al. (2016). "Pauvreté et vulnérabilité sociale." *Cahiers Français*(390): 1-59.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303330403907/index.shtml>

La pauvreté et la vulnérabilité sociale - qui se caractérisent souvent par le chômage et les ruptures familiales - minent profondément la cohésion de la société française. Face à ces phénomènes, les pouvoirs publics ont cherché à adapter les réponses sociales. Diversité des situations, multiplicité des acteurs, moyens budgétaires : comment rester pleinement efficace pour juguler la gravité de la situation ? Ce sont ces moyens mis en œuvre qui sont ici présentés et interrogés.

Polton, D. (2015). "Les inégalités de santé." *Cahiers Français*(386): 68-73
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303330400009/#book_last_numero

Les indicateurs d'espérance de vie montrent que la France a enregistré des progrès considérables

depuis un siècle. Néanmoins, de fortes inégalités sociales existent à cet égard et semblent même s'accroître. À trente-cinq ans, un cadre supérieur vivra en moyenne six ans de plus qu'un ouvrier. Ces inégalités résultent de multiples facteurs, conditions de vie, déterminants sociaux, accès aux soins... Dans cet article, l'auteur examine les politiques mises en oeuvre dans certains pays pour réduire ces écarts, elles comportent des actions pour améliorer l'accès aux soins et la prévention des facteurs de risque (tabac, alcool, obésité) parmi les populations les plus défavorisées, mais aussi des mesures générales visant à agir sur les inégalités de revenu, d'éducation, de conditions de vie en amont du système de soins. Le Royaume-Uni a mené une politique ambitieuse dans ce domaine dans les années 2000, avec des résultats réels mais partiels. En tout état de cause, agir sur les inégalités de santé suppose une stratégie globale et un effort inscrit dans la durée.

Givord, P., et al. (2014). Méthodes d'évaluation des politiques publiques. *Economie et Prévision*, 204-205
<http://www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2014-1.htm>

Consacré aux méthodes d'évaluation des politiques publiques, ce fascicule l'aborde sous deux angles : les méthodes microéconométriques athéoriques d'évaluation d'impact avec des expériences naturelles et contrôlées, puis des regards sur l'évaluation des politiques publiques en posant le problème de l'interdisciplinarité, de la place des acteurs et de la manière de conduire ces évaluations.

Touraine M. (2014). Health inequalities and France's national health strategy. *The Lancet*, 383 (9923)

La ministre chargée de la santé, Marisol Touraine a publié une tribune dans la revue scientifique de référence *The Lancet* pour expliquer les enjeux de la stratégie nationale de santé Française. La ministre insiste beaucoup sur la phase d'explication dans les territoires qui a nécessité plus de 150 débats et mobilisé 23 000 participants. Elle affirme par ailleurs son ambition de promouvoir un nouveau contrat social « pour favoriser le développement, la soutenabilité et l'équité du système de santé » et lutter contre les inégalités de santé. Elle confirme enfin son intention de développer les coopérations, de structurer le premier recours, de renforcer les droits des patients et d'élargir l'accès aux données de santé. Et elle souligne que cette stratégie donnera plus de marges de manœuvre aux ARS pour adapter localement les politiques nationales.

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2960423-2/abstract>

Thibault F. (2014). Ambitions et évaluation du Revenu de solidarité active. *Economie et Statistique*, (467-468)

Cet article est une introduction au dossier sur le Revenu de solidarité active (RSA). En décembre 2013, le Revenu de solidarité active (RSA) concerne près de 2,3 millions de foyers (Cazain, 2014) et couvre – une fois pris en compte les conjoints, les enfants et les autres personnes à charge – 4,9 millions de personnes soit 7,3 % de la population française pour le seul régime général. Entré en vigueur en juin 2009, ce dispositif a remplacé deux minima sociaux, d'abord en métropole puis dans les départements d'Outre-Mer. : le Revenu minimum d'insertion (RMI) et l'Allocation de parent isolé (API), cette dernière étant réservée aux familles monoparentales ayant à leur charge un enfant de moins de trois ans ou faisant face à une récente séparation. Il a également remplacé les mécanismes d'intéressement temporaire à la reprise d'emploi associés à ces deux minima sociaux (cumul intégral, prime forfaitaire et intéressement proportionnel) (Résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES467B.pdf

Hall P.A. (2013). A capabilities approach to population health and public policy-making. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

L'objectif de l'étude est de présenter une approche par les "capabilités" des déterminants sociaux de la santé des populations et de comparer sa valeur explicative et ses implications dans l'élaboration des politiques publiques avec les approches psychosociales. Méthodes : Cette étude développe un modèle qui étudie la relation entre les structures des relations économiques et sociales et l'état de santé. La validité de l'approche sur un échantillon représentatif de 16 488 citoyens issus de 19 pays occidentaux (échantillon tiré des World Values Surveys de 1990 et 2005) est étudiée par régression logistique. La variable à expliquer est l'état de santé auto-déclaré. Les variables explicatives sont : l'âge, le sexe, le niveau d'études, le statut professionnel, la maîtrise de soi, les revenus, l'autonomie au travail, les liens avec la famille et les amis, le statut social subjectif, l'appartenance à une

association, le sentiment d'appartenance à une nation. Résultats : Les risques relatifs associés à l'augmentation de revenus entre le 25e et 75e percentile réduisent la probabilité d'avoir un mauvais état de santé (0,78 ; 0,73-0,82), ce qui est également le cas d'une plus grande autonomie au travail (0,90 ; 0,85-0,94), de l'accès à des ressources sociales se traduisant par les liens à la famille et aux amis (0,89 ; 0,86-0,92), de l'appartenance à une association (0,93 ; 0,89-0,98) et du statut social subjectif (0,77 ; 0,54-0,90). En revanche, l'absence de sentiment d'appartenance à la nation augmente le risque de mauvaise santé (1,14 ; 1,06-1,23). Conclusion : Les résultats suggèrent que la santé des populations dépend de la distribution des ressources sociales et économiques selon les paramètres prédits par un modèle des "capabilités". Les pouvoirs publics devraient être attentifs à l'impact des politiques sur la distribution des ressources sociales et économiques (Résumé d'auteur).

(2013). 3ème colloque thématique "épidémiologie sociale et inégalités de santé". *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61, Suppl., 2013/06 : S35-S117

Ce numéro présente les textes et les résumés des interventions lors de ce colloque. A noter, en particulier, la conférence de Clyde Hertzman montrant comment une démarche de recherche sur les déterminants sociaux de la santé pouvait se déployer du niveau moléculaire et de l'épigénétique jusqu'aux modalités d'interventions de réduction des inégalités sociales de santé. Ce chercheur, décédé récemment, a apporté beaucoup à la réflexion et à la connaissance du lien entre la période initiale de la vie et l'état de santé à l'âge adulte. Ce numéro de la RESP lui est dédié.

Moatti J.P. (2013). 1er Colloque de l'ITMO Santé Publique (Aviesan) "Déterminants sociaux de la santé : les apports de la recherche en santé publique". *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Le premier colloque de l'ISP, dont rend compte ce numéro de la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, s'est tenu le 26 octobre 2012 sur le thème des "Déterminants sociaux de la santé : les apports de la recherche en santé publique".

Fleurbaey M., Luchini S., Schokkaert E., Von De Voorde C. (2013). Evaluation des politiques de santé : pour une prise en compte équitable des intérêts des populations. In : Systèmes de santé. *Economie et Statistique*, (455-456)

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3962

Cet article propose une amélioration de l'analyse coût-bénéfice qui permet d'éviter de donner la priorité aux préférences des plus riches. Un fondement théorique est donné à la définition de pondérations à appliquer aux consentements à payer des individus, pondérations qui reposent sur une mesure du bien-être individuel et tiennent compte de la santé des personnes et de leurs préférences sur les arbitrages santé-revenu. Estimés pour différents niveaux d'aversion aux inégalités sur un échantillon représentatif des français, les coefficients de pondérations calculés par les auteurs peuvent être utilisés dans des analyses coûts-bénéfices de futures politiques de santé (résumé d'auteur).

Peretti W.P. (2013). La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

En France, comme dans beaucoup d'autres pays, la lutte contre les inégalités sociales de santé est une priorité des politiques publiques. Pourtant, dans certains cas, la prévention primaire peut contribuer à accroître ces inégalités. C'est ce qu'illustre cet article, en s'appuyant sur les cas du tabagisme et de l'obésité, et en considérant en particulier les hypothèses implicites que fait la prévention sur ceux à qui elle s'adresse, ainsi que ses effets de stigmatisation. D'une part, la prévention peut accroître la différenciation sociale des conduites à risque, parce que son efficacité est elle-même socialement différenciée (son efficacité n'est pas la même, selon la catégorie sociale). D'autre part, la prévention augmente les coûts financiers ou symboliques d'une conduite à risque et tend de ce fait à accroître également les inégalités sociales. La prévention primaire devrait donc plus souvent s'interroger sur les effets parfois inattendus et délétères de ses actions. (résumé d'auteur)

Pomaredo R., Alter L., Buguet B. (2013). Prévention et santé publique. Dossier. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (83)

La prévention est aujourd'hui porteuse de beaucoup d'espoirs. En termes d'amélioration de la durée comme de la qualité de la vie ; mais aussi en termes de réduction des moyens alloués au soin. Pourtant, si les programmes et actions de prévention sont nombreux, on en connaît mal l'efficacité. Ce dossier présente les recommandations émises par les institutions d'évaluation et de consultation. Il aborde les principes et les moyens de politiques de prévention efficaces tout comme leurs limites.

Saint-Pierre L. (2013). Évaluation préalable des impacts des politiques sur la santé des populations : une démarche nouvelle. *Santé en Action (La)*, (424)

Tout projet d'urbanisme, industriel ou de services, peut avoir un impact délétère sur la santé des habitants alentours. L'évaluation d'impact sur la santé vise à prévenir de tels dommages.

Trannoy A. (2013). Quels enseignements tirer des théories de la justice en matière de lutte contre les inégalités de santé ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Nous récapitulons les enseignements que nous pouvons tirer des études portant sur l'inégalité des chances en santé, sur la façon de lutter contre les inégalités de santé. La thèse soutenue est que l'apport de ces études se limite pour l'instant à proposer un indicateur permettant de mesurer le succès relatif des politiques de santé visant à réduire les inégalités. Cet indicateur est la part des inégalités de santé expliquée par les comportements à risque (par rapport à la part des inégalités de santé héritées). Nous justifions le choix de cet indicateur non par un jugement de valeur qui considérerait que ces inégalités peuvent être considérées comme légitimes, mais par le fait que nous ne savons pas à l'heure actuelle quels sont les bons instruments pour les réduire : les inégalités de santé liées aux comportements à risque font figure d'inégalités plus irréductibles que les autres inégalités de santé (et en particulier que les inégalités héritées) et à ce titre-là, une part prédominante de ces inégalités indique que la politique de santé n'est pas loin d'avoir atteint ses objectifs en matière de réduction des inégalités de santé (Résumé d'auteur).

Cambon L., Alla F., Lombrail P. (2012). Pour une nouvelle loi de santé publique en France au service d'une politique nationale de santé plus égalitaire et plus efficiente. *Santé Publique*, 24 (3)

La prochaine loi de santé publique devra répondre à un certain nombre d'enjeux. Les rapports accumulés depuis quelques années soulignent à la fois un état des lieux sanitaire contrasté - marqué par une mortalité prématurée forte et l'aggravation des inégalités sociales de santé - ainsi que la nécessité d'organiser la santé publique. Selon les auteurs de l'article, la nouvelle loi de santé publique ne pourra pas faire l'économie, au-delà des thématiques nécessaires, de mesures profondément structurantes : une politique nationale unifiée, recentrée sur quelques priorités, intégrant les secteurs non sanitaires ; le développement d'une politique de prévention plus efficace car plus organisée et enfin, la prise en compte de la question des inégalités obligeant à des mesures intégrées et définies, non plus comme un principe affiché mais comme un résultat à atteindre par toute mesure sanitaire. Il convient selon eux, que la prochaine loi de santé publique devienne le vecteur d'une structuration désormais incontournable de la politique de santé publique.

Basset B., Demeulemeester R., Sermet C. (2012). 20 ans de santé publique. Dossier. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (80)

L'Adsp fête ses vingt ans et à cette occasion dresse un bilan de l'évolution de l'état de santé durant cette période et propose des réflexions prospectives sur la santé en 2030. Ce numéro revient sur les grandes réformes qui ont modifié le système de santé. Les acteurs ayant initié ou accompagné ces politiques de santé apportent leur témoignage.

Lang T., Jusot F., Visier L., Menvielle G., Lombrail P. (2012). Réduire la consommation de tabac : comment prendre en compte les inégalités sociales de santé ? *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (81)

Malgré les politiques menées, le tabagisme a augmenté dans les catégories sociales modestes. Des mesures prenant en compte les déterminants sociaux doivent être envisagées.

Lang T., Lombrail P., Kelly-Irving M. (2012). Les politiques de santé menées depuis 20 ans : des inégalités sociales de santé mieux connues mais toujours présentes. In : 20 ans de santé publique. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (80)

La question des inégalités sociales de santé est posée en France depuis longtemps. Cet article retrace le chemin parcouru en près de vingt ans, depuis le rapport Haut Comité de la santé publique publié en 1994.

Danet S., Cocagne N., Fourcade A. (2011). L'état de santé de la population en France : rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. *Etudes et Résultats (Drees)*, (747)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Au regard du niveau des indicateurs de l'état de santé recueillis en 2009-2010, la situation de la population vivant en France reste globalement favorable. Cependant, des disparités sociales importantes sont notées pour de nombreux indicateurs de santé et ce, dès le plus jeune âge. Chez les adultes, les inégalités se maintiennent au cours de leur vie, témoignant d'un effet de long terme des conditions de vie associées aux catégories professionnelles sur la santé. On peut toutefois souligner l'intérêt de certains dispositifs, incitatifs ou réglementaires, pour la réduction des inégalités de santé. La mortalité prématurée (avant 65 ans) reste élevée en France et souligne la nécessité de renforcer les politiques de santé publique axées sur la réduction des comportements à risque, en particulier la consommation de tabac et d'alcool, en tenant compte des contextes sociaux de consommation. L'obésité, qui continue de progresser chez les adultes, reste également un problème préoccupant. Chez les adolescents, la notion de santé est proche de celle de bien-être. Les questions liées à la sexualité et à la contraception demeurent prégnantes : ainsi le nombre d'IVG a continué d'augmenter chez les mineures ces dernières années, malgré le recours croissant à la contraception. Chez les enfants, on observe des évolutions favorables pour les objectifs spécifiques les concernant, malgré des disparités sociales persistantes sur lesquelles il convient de se focaliser. On note en particulier une baisse de l'obésité et une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire chez les plus jeunes.

(2011). Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. *Santé de l'Homme (La)*, (414)
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

La question des inégalités sociales de santé est un enjeu central de la santé publique. Sa prise en compte en France est inscrite dans les missions des agences régionales de santé (Ars) et est au cœur du deuxième plan cancer. Ce dossier traduit la volonté de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) 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 et dans les pratiques.

Duvoux N., Marc C., Pucci M. (2011). Les politiques de lutte contre la pauvreté. (104) : -121p.
Ce numéro de la publication de la CNAF rend compte d'un colloque scientifique « Lutte contre la pauvreté : fondements de l'intervention publique et effets des politiques », organisé le 4 octobre 2010 par la direction des Statistiques, des Études et de la Recherche de la caisse nationale. Les articles publiés dans ce numéro reprennent quelques-unes des communications.

Vogel L. (2011). Inégalités sociales de santé : l'impact du travail. *Esamag : Bulletin d'Information du Département Santé Sécurité ETUIRE, HS.*, (30-31) : 15-42.

L'état de santé d'un individu varie considérablement en fonction de la position qu'il occupe dans la hiérarchie sociale et de son sexe. Dans cet article de synthèse, l'auteur démontre l'impact des conditions de travail et de nouveaux modes d'organisation de travail sur ces inégalités de santé. Il plaide pour une véritable considération de ces facteurs par les pouvoirs publics qui généralement les négligent au profit exclusif de mesures de santé publique focalisées sur la prévention des comportements individuels (tabagisme, alcoolisme, alimentation) rendus seuls responsables des inégalités de santé.

Maria F.de., Grémy I. (2010). L'évaluation au niveau régional : les démarches d'évaluation des plans régionaux de santé publique. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (70) : 8-12.

Dauphin S. (2009). Apports et limites de l'approche intégrée de l'égalité en France. In : De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité. *Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-Québécois*, (1/2008) : 165-170.

En quoi consiste l'approche intégrée de l'égalité. En France, l'annexe de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) consacrée à l'égalité entre les hommes et les femmes la définit comme suit : il s'agit de prendre en compte les besoins respectifs des hommes et des femmes dans la conception et

la mise en œuvre des politiques publiques sectorielles (LOLF, programme 137, 2006 : 3). Huit ans après le début de sa mise en œuvre, un bilan de son application peut être tenté. Dans un premier temps, nous définirons les fondements de sa mise en œuvre. Dans un deuxième temps, nous nous attèlerons à sa traduction dans les faits en mettant en lumière les paradoxes de son application (Résumé d'auteur).

(2010). Évaluation des politiques publiques sanitaires et sociales. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1-2) : -392p.

Introduite en France dans les années 1990, l'évaluation des politiques publiques connaît aujourd'hui un foisonnement d'initiatives qui atteste incontestablement une attention renouvelée. Dans un contexte où la recherche d'efficacité se fait plus forte, la montée des préoccupations d'évaluation est particulièrement significative dans le champ sanitaire et social compte tenu de l'importance des enjeux économiques, sociaux et politiques qui sont de tout temps au cœur des politiques publiques déployées. Sans être un état des lieux, ce numéro entend rendre compte de cette nouvelle réalité par une attention rigoureuse aux perspectives de recherche, débats méthodologiques, réalisations et préoccupations institutionnelles dont elle est l'expression.

Lang T., Lombrail P., Deguen S., Zmirou D. (2010). Des déterminants multiples. In : Les inégalités sociales de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (73) : 21-37.

Les inégalités sociales de santé ont de nombreux facteurs : revenus, éducation, travail, environnement, modes de vie, accès aux soins..., qui s'accumulent tout au long de la vie. Repérer l'enchaînement de ces causes permet d'orienter les politiques publiques et de les rendre plus efficaces. Si le rôle du système de soins est secondaire dans la constitution des états de santé, il l'est moins en matière d'inégalités : difficulté de la rencontre entre l'offre et la demande, méconnaissance de l'offre de soins... La qualité des milieux de vie peut aussi concourir aux inégalités de santé : pollution atmosphérique, exposition aux nuisances sonores, les parcours de vie des personnes, les effets inégaux de la pression environnementale. De la même façon, il est important de quantifier le rôle des expositions professionnelles dans les inégalités de santé. Enfin, il nous faut appréhender l'évolution avec l'âge des inégalités de santé.

Maria F, Gremy I. (2010). L'évaluation au niveau régional : les démarches d'évaluation des plans régionaux de santé publique. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (70) : 8-12.

Aiach P., Lang T., Moatti J.P., Vogel L., Lacoste O., Peretti W.A.T. (2010). Regards aigüs sur les inégalités sociales de santé. *Contact Santé*, (231) : -54p.

Préalables indispensables : l'égalité des droits et une plus juste répartition de l'offre ont montré leurs limites. Le temps est désormais venu de l'équité, de ce traitement inégalitaire des inégaux. La tâche n'est pas aisée mais les décideurs politiques ne peuvent plus se cantonner à un traitement uniforme des problèmes de santé. Les programmes de santé doivent s'adapter à des sous-groupes de population victimes systématiquement de ces inégalités. Fruit de la collaboration de plusieurs experts, ce fascicule tente de répondre à la question suivante : où en sommes-nous des inégalités de santé en France comme en Europe ?

Elbaum M. (2009). Les indicateurs de performance en matière de politiques sociales : quel sens pour l'action publique ? *Revue de l'Ofce : Observations et Diagnostics Economiques*, (111) : 39-80.

Les indicateurs associés aux projets de loi de finances (PLF) et de financement de la sécurité sociale (PLFSS) sont emblématiques des tentatives réalisées pour apprécier les « performances » de l'action publique dans les domaines sanitaire et social. L'analyse transversale des listes d'indicateurs figurant dans les lois financières votées pour 2009 montre que les premiers suscitent des doutes importants quant à leur pertinence et leur interprétabilité pour les politiques sociales. Les indicateurs annexés au PLFSS dans le cadre des « programmes de qualité et d'efficience » (PQE) présentent nettement plus d'intérêt et de cohérence, avec des aspects discutables tenant notamment au caractère « politique » de l'exercice. Ce recours aux indicateurs pour mesurer les « performances » des politiques sociales comporte en tout état de cause des limites, qui entraînent des besoins d'évaluation « pluridimensionnelle », et la nécessité d'une autonomie accrue par rapport aux décideurs.

Polton D. (2009). What is the role of the health care system in reducing health inequalities in France? *Eurohealth*, 15 (3) : 19-21.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/80435/Eurohealth15_3.pdf

As in other countries, there is evidence of substantial and increasing health inequalities in France, but thus far there has been no comprehensive policy aimed specifically at reducing them. Nonetheless, several policy developments have substantially improved financial accessibility to health care for the poor: universal coverage, exemption from co-payments, and subsidies to buy supplementary insurance. The strengthening of primary care and the implementation of programmes to reduce specific diseases and risk factors can also be viewed as steps in the right direction, although their impact has not been assessed in this respect. Concerns about health inequalities have also been growing in recent months, with several new reports commissioned by the Ministry of Health approaching the issue from different angles, including a newly released cancer plan. Further initiatives may also be expected following the forthcoming publication of a report of the High Committee of Public Health commissioned by the Government.

Gery Y., Larcher P., Spira A., Ridde V., Blaise P., Beck F., El Ghosi L., Lebourdais P., Oustrière C., Lombrail P. (2008). Comment réduire les inégalités sociales de santé ? *Santé de l'Homme*, (397) : 16-47.

Ce dossier est une synthèse de l'état des connaissances scientifiques ainsi que la genèse des inégalités sociales, des analyses et aussi des pratiques de terrain.

Ridde V., Blaise P. (2008). Evaluation des interventions : comment mener à bien un exercice périlleux ? *La Santé de l'homme* (395)

Hebert C., De Koninck M., Valentini H. (2008). Réduction des inégalités sociales de santé et francophonie : une meilleure compréhension en faveur d'une action concrète en santé publique. *Santé Publique*, 20 (5) : 401-403.

La compréhension actuelle des mécanismes en cause dans la construction des inégalités sociales qui ont un impact sur la santé, est actuellement insuffisante pour permettre de les réduire de façon notable. Une meilleure compréhension des réalités et des concepts est certainement propice à une prise de conscience par tous les acteurs de santé publique. L'avancement des connaissances sur les inégalités sociales de santé passe par une meilleure répartition des ressources et financement suffisant pour les milieux de la recherche et de l'intervention. L'année 2007-2008 fut marquée par une série d'événements de santé publique qui témoignent de l'importance accordée à cette question, notamment ceux de Paris, Mons, Marseille, Dakar, Québec. Cet élan est l'occasion de poser les bases de collaborations, de partenariats de recherche et d'intervention entre et pour des équipes francophones, aussi bien au Nord qu'au Sud.

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F. Polton D. (2007). Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Santé conjuguee* (40)

Henrard J., Brechat P., Paicheler G. (2005). Politiques et programmes nationaux de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (50) : 17-70

Depuis les années soixante-dix, la France a entrepris la révision de ses politiques publiques dans le secteur de la santé, à l'instar des pays occidentaux industrialisés. Cette révision a mené à l'élaboration et à la mise en œuvre de nombreux programmes de santé nationaux et régionaux pour répondre à des besoins de santé scientifiquement étayés et à des crises sanitaires. Ce dossier fait le bilan de dix années de programmes nationaux de santé au moment où va se mettre en œuvre la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Garros B. (2005). Des priorités aux programmes. In : Politiques et programmes nationaux de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (50) : 29-39.

L'élaboration de politiques de santé cohérentes et pragmatiques repose sur la détermination de priorités et d'objectifs. La réduction des inégalités sociales de santé en est un élément clé.

Trainar P. (2005). Fiscalité, inégalité, pauvreté : les contradictions françaises. *Sociétal*, (47) : 35-40.
Le débat sur la justice sociale devrait commencer par poser clairement la question des objectifs : veut-on réduire les inégalités, ou bien améliorer le sort des plus pauvres ? Les chiffres montrent que la France est - après l'Allemagne et les pays nordiques - l'un des pays industrialisés les moins

inégalitaires en matière de revenus et de patrimoines. Mais, alors qu'elle affiche un des niveaux de prélèvements obligatoires les plus élevés parmi les pays développés, l'efficacité de la redistribution pour réduire la pauvreté y est relativement faible. De plus, le niveau de la fiscalité, en pénalisant l'activité, diminue les ressources de la puissance publique, donc ses marges de manœuvre en matière sociale. Les politiques évitent d'aborder de tels problèmes, qui alimentent pourtant une abondante réflexion théorique dans les pays anglo-saxons.

Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2003). L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? *Problèmes Economiques*, (2801-2802) : 29-36.

Cet article est un extrait de "L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ?" publié dans le n°43 de la revue Questions d'économie de la santé de décembre 2001. Les inégalités sociales de santé sont partout largement observées, notamment aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en France. L'assurance maladie publique est traditionnellement considérée comme un instrument de lutte contre ces inégalités. En France, les pouvoirs publics ont constitué, au 1er janvier 2000, une assurance complémentaire attribuée gratuitement aux plus démunis, la Couverture Maladie Universelle. L'impact positif de l'assurance maladie sur l'état de santé des plus pauvres et donc sur la réduction des inégalités sociales de santé, implicitement supposé, mérite pourtant d'être étudié. Les auteurs présentent une revue de ces études qui, dans la littérature internationale, ont tenté d'analyser cet impact.

Baubeau D., Corvez A., Lucas C. (2001). Evaluer l'efficacité en termes d'amélioration de la santé des individus et des populations. 2 - Evaluer la qualité du service rendu à une collectivité
Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers. *Dossiers Solidarité et Santé*, (2) : 47-53.

L'évaluation de la qualité du service rendu à une collectivité fait l'objet de ce chapitre. Les auteurs, analyse l'accessibilité. Celle-ci est physique (distance, horaires d'ouverture, permanences, délais d'attente), financière (facilités offertes aux personnes en situation de précarité) ou culturelle (difficultés de compréhension).

Perrin V., Obadia Y., Moatti J.P. (1998). Systèmes et états de santé : l'équité introuvable ? In : Economie des systèmes de santé. *Economie Publique - Etudes et Recherches*, (2) : 141-175.

La réduction des inégalités de santé semble devenir une priorité en matière de politique de santé publique. Cet article tente de mettre en avant les difficultés méthodologiques et empiriques que pose le concept sous-jacent d'équité en matière de santé, qui reste trop souvent confus lors des débats publics.

Guin E. (1997). La conférence nationale de santé 1997. Bilan et propositions. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (20) : 2-6.

Après avoir examiné l'impact de la Conférence de 1996, la CNS 1997 a pris connaissance de deux rapports du Haut Comité de la santé publique concernant la santé des enfants et la santé des jeunes pour le premier et l'allocation régionale des ressources et la réduction des inégalités en santé pour le second. A partir de ces rapports et de la synthèse des conférences régionales ayant eu lieu d'avril à juin 1997, la CNS a formulé ses recommandations autour des 4 axes suivants : 1. Renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes ; 2. Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers ; 3. Diminuer l'incidence des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ; 4. Réduire les inégalités de santé inter et intra-régionales. En clôturant les travaux de la CNS 1997, Bernard Kouchner a insisté sur la nécessaire régionalisation des structures sanitaires et sociales.

Sailly J.C. (1997). Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (19) : 33-34.

Les dispositions des ordonnances de 1996 concernant l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie et la traduction de cette évolution au niveau régional ne concernent que le système de soins. Peut-on ainsi espérer réduire les inégalités de santé ? Peut-on, tout au moins, éviter de les aggraver ? L'allocation régionale est un élément de réponse possible bien qu'elle ne tienne actuellement pas compte des indicateurs de mortalité et qu'elle soit scindée en cinq enveloppes bien distinctes :

hospitalisation publique, hospitalisation privée, médecin de ville généraliste, médecine de ville spécialisée, institutions médico-sociales.

Adair P., Lancry P.J., Darmon V. (1994). Politiques sociales & évaluations. *Cahiers du Gratice (Les)*, (7) : 218p.

A l'étranger

Ouvrages, rapports, working papers

(2014). Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé. Genève : OMS
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128047/1/9789242505535_fre.pdf

Dans le monde, la santé n'est pas toujours au-devant des priorités des politiques publiques nationales. Dans le cadre de son projet sur les aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fournit une série de justifications et d'arguments économiques en faveur des interventions sur les déterminants sociaux de la santé. L'OMS a notamment créé une ressource documentaire qui résume et met à disposition des données probantes dans les principaux domaines des politiques publiques. Cette ressource documentaire vise trois objectifs principaux : fournir une évaluation économique justifiant un investissement dans le domaine des déterminants sociaux de la santé ; illustrer comment un argument économique peut être invoqué pour investir dans les trois grands déterminants sociaux de la santé que sont l'éducation, la protection sociale et l'urbanisation ; déterminer les futurs domaines de recherche.

Whitehead, M., et al. (2014). The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health. Copenhagen : OMS
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_equityaction_en.pdf

This guidance aims to support European policy-makers to improve the design and implementation of policies to reduce inequities in health. It brings together current evidence on how to develop comprehensive policy action plans to identify and address social determinants of health inequities. While great improvements have been made in health across the WHO European Region, there are still striking contrasts in the standards of health enjoyed by different countries within the Region and by different population groups within these countries. Reducing health inequities and improving governance for health and health equity are key strategic objectives of Health 2020 – the European policy framework for health and well-being endorsed by the 53 Member States of the WHO European Region in 2012. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the WHO Regional Office for Europe's Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It also provides a framework that policy-makers at national, regional and local levels can apply to their own unique context, in order to consider the processes by which inequities might occur, and to suggest policy interventions that may be helpful in addressing these factors.

Loring B. (2014). Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen : OMS.

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_tobacco_en.pdf

This policy guidance aims to support European policy-makers to improve the design and implementation of policies to reduce inequities in tobacco-related harm. Smoking kills more Europeans than any other avoidable factor. Socioeconomic inequities in tobacco consumption in Europe are extensive, and are widening. The overall reduction in smoking in Europe has been a public health success, but the effects have mainly been seen in middle- and high-income groups, causing a substantial widening of inequities. Reducing health inequities is a key strategic objective of Health

2020 – the European policy framework for health and well-being endorsed by the 53 Member States of the WHO European Region in 2012. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the WHO Regional Office for Europe's Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It sets out options and practical methods to reduce the level and unequal distribution of tobacco use in Europe, through approaches that address the social determinants of tobacco use and the related health, social and economic consequences.

Loring B. (2014). Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen : OMS

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_alcohol_en.pdf

This policy guidance aims to support European policy-makers to improve the design and implementation of policies to reduce inequities in alcohol-related harm. The WHO European Region has the highest level of alcohol consumption and alcohol-related harm in the world. Within European countries, the burden of alcohol-related harm falls more heavily upon certain groups. Reducing health inequities is a key strategic objective of Health 2020 – the European policy framework for health and well-being endorsed by the 53 Member States of the WHO European Region in 2012. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the WHO Regional Office for Europe's Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It sets out practical options to reduce the level and unequal distribution of alcohol-related harm in Europe, through approaches that address the social determinants of alcohol misuse and the related health, social and economic consequences.

Loring B. (2014). Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity .Copenhagen : OMS.

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_obesity_en.pdf

This policy guidance aims to support European policy-makers to improve the design, implementation and evaluation of interventions and policies to reduce inequities in overweight and obesity. The prevalence of obesity in Europe is rising in many countries, and rising fastest in low socioeconomic population groups. There is a strong relationship between obesity and low socioeconomic status, especially for women. Reducing health inequities is a key strategic objective of Health 2020 – the European policy framework for health and well-being endorsed by the 53 Member States of the WHO European Region in 2012. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It sets out options to reduce the unequal distribution of obesity in Europe, through approaches which address the social determinants of obesity and the related health, social and economic consequences of the obesity inequity gradient.

Whitehead M. (2014). The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health : Copenhagen : OMS.

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_equityaction_en.pdf

This guidance aims to support European policy-makers to improve the design and implementation of policies to reduce inequities in health. It brings together current evidence on how to develop comprehensive policy action plans to identify and address social determinants of health inequities. While great improvements have been made in health across the WHO European Region, there are still striking contrasts in the standards of health enjoyed by different countries within the Region and by different population groups within these countries. Reducing health inequities and improving governance for health and health equity are key strategic objectives of Health 2020 – the European policy framework for health and well-being endorsed by the 53 Member States of the WHO European Region in 2012. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the WHO Regional Office for Europe's Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It also provides a framework that policy-makers at national, regional and local levels can apply to their own unique context, in order to consider the processes by which inequities

might occur, and to suggest policy interventions that may be helpful in addressing these factors.

Zambon F. (2014). Injuries and inequities. Guidance for addressing inequities in unintentional injuries. Copenhague : OMS.

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_injuries_en.pdf

This policy guidance aims to support national, regional and local policy-makers in Europe to prepare, implement and follow up policy actions and interventions to reduce inequities in unintentional injuries. Unintentional injuries, including road traffic injuries, falls, burns, drownings and poisonings still constitute a major public health problem, killing almost half a million people in the WHO European Region each year and causing many more cases of disability. The burden of unintentional injuries is unevenly distributed in the WHO European Region. Steep social gradients for death and morbidity exist across and within countries. Reducing health inequities is a key strategic objective of Health 2020 – the European policy framework for health and well-being endorsed by the 53 Member States of the WHO European Region in 2012. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the WHO Regional Office for Europe's Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It sets out options and practical methods to reduce the level and unequal distribution of unintentional injuries in Europe, through approaches that address the social determinants of unintended injuries and the related health, social and economic consequences.

(2014). Health in all policies (HIAP) ; framework for country action. Genève : OMS

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf

La 8e Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé s'est tenue en juin 2013, à Helsinki. Cette conférence avait pour thème : « Health in all policies ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), publie, à la suite de cette conférence, un guide rapide d'intégration des questions de santé dans toutes les décisions politiques. Le guide rappelle la constitution de l'OMS selon laquelle les Gouvernements ont la responsabilité de la santé de leur peuple, ce but ne pouvant être atteint que par l'établissement de décisions de santé et de mesures sociales adéquates. Le concept de « santé dans toutes les politiques » reflète les principes de comptabilité et de transparence des gouvernants et de leurs décisions. Pourquoi ce concept est-il important ? Selon l'OMS, la santé et l'égalité à la santé sont des droits mais aussi des pré-requis à d'autres objectifs sociétaux.

Pickett K.(2014). "If you could do one thing..." Nine local actions to reduce health inequalities.

Londres : British Academy.

http://www.britac.ac.uk/policy/Health_Inequalities.cfm

The British Academy presents a collection of opinion pieces on health inequalities from leading social scientists. Each of the authors has written an article, drawing on the evidence base for their particular area of expertise, identifying one policy intervention that they think local authorities could introduce to improve the health of the local population and reduce health inequalities. The report seeks to help local policymakers improve the health of their communities by presenting evidence from the social sciences that can help reduce inequalities in health. With a foreword from Sir Michael Marmot, the report further explores what The Marmot Review confirmed: that socio-economic inequalities affect health outcomes and that there is a social gradient in health. In some senses this is a social sciences dialogue companion to The Marmot Review.

(2013). Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action : Genève . OMS

<http://www.cdc.gov/nchstp/socialdeterminants/docs/who-closing-health-equity-gap-policy-opportunities-.pdf>

This report brings together a series of policy briefs and is aimed at policy-makers and others interested to improve health equity by acting within the health system and on broader governmental policy. The report provides an update and overview of the vast amount of evidence produced during the Commission on Social Determinants of Health and identifies policy options to implement the main recommendations of the Commission. It draws from the extensive work of the nine global knowledge networks set up by WHO to generate evidence for the Commission. It first considers the essential role of the health sector in reducing inequities in five areas (working towards universal coverage; public health programmes; measuring inequities in health; facilitating mobilization of people and groups;

intersectoral action). Second, it discusses how the health sector can work with other sectors that are also vital to this task in seven additional areas (early child development; urban settings; globalization. The report ends by outlining one way to put together a national action plan addressing these issues, in light of the different starting points and priorities found in each country (Résumé de l'éditeur).

Marmot M. (2013). Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Bruxelles : European commission .
http://www.ec_healthinequalities

Ce rapport donne une perspective plus précise des inégalités dans le secteur de la santé dans l'Union européenne et des réponses institutionnelles possibles au niveau de l'Union et des États membres depuis 2009. Il envisage successivement les inégalités entre les États membres et les régions, entre les groupes sociaux, les causes de ces inégalités et les réponses politiques. Il conclut sur les effets de la crise économique et financière en tant que menace sur le système européen de santé. Des engagements extérieurs sont essentiels. La Commission européenne est appelée à prendre des initiatives.

Marmot M. (2013). Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Bruxelles : European commission.
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf

Ce rapport donne une perspective plus précise des inégalités dans le secteur de la santé dans l'Union européenne et des réponses institutionnelles possibles au niveau de l'Union et des États membres depuis 2009. Il envisage successivement les inégalités entre les États membres et les régions, entre les groupes sociaux, les causes de ces inégalités et les réponses politiques. Il conclut sur les effets de la crise économique et financière en tant que menace sur le système européen de santé. Des engagements extérieurs sont essentiels. La Commission européenne est appelée à prendre des initiatives.

Allen M., Allen J., Hogart S., Marmot M. (2013). Working for health equity: the role of health professionals. UCL Institute of Health Equity
<http://www.instituteoftheequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals>

This report demonstrates that the healthcare system and those working within it have an important and often under-utilised role in reducing health inequalities through action on the social determinants of health. It discusses the best ways to reduce inequities through workforce education and training, practical actions to be taken during interactions with patients, ways of working in partnership, and the role of advocacy. It also includes a section on the health system, which analyses which mechanisms and structures are supportive of actions to reduce health inequality, and where further development might be needed.

(2013). Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Genève : OMS
http://www.who.int/gho/health_equity/handbook/en/

The Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries is a user-friendly resource, developed to help countries establish and strengthen health inequality monitoring practices. The handbook elaborates on the steps of health inequality monitoring, including selecting relevant health indicators and equity stratifiers, obtaining data, analysing data, reporting results and implementing changes. Throughout the handbook, examples from low- and middle-income countries are presented to illustrate how concepts are relevant and applied in real-world situations; informative text boxes provide the context to better understand the complexities of the subject. The final section of the handbook presents an expanded example of national-level health inequality monitoring of reproductive, maternal and child health.

(2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report : Copenhagen. OMS Bureau régional de l'Europe.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and->

[well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report](http://www.euro.who.int/en/health-topics/well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report)

La Région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a vu sa situation sanitaire s'améliorer considérablement, bien qu'un manque d'équité persiste tant entre les pays qu'au sein d'un même pays. Désormais, on en sait beaucoup plus sur l'ampleur et les causes sociales de ce manque d'équité, en particulier depuis le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé, en 2008. Cette analyse des iniquités sur le plan sanitaire dans les 53 États membres de la Région a été commandée afin de contribuer à l'élaboration du nouveau cadre politique européen pour la santé et le bien-être, Santé 2020. Elle s'appuie sur les bases factuelles obtenues à l'échelle mondiale et recommande des politiques visant à lutter contre le manque d'équité en santé et la fracture sanitaire dans tous les pays, y compris les pays à faible revenu. Le rapport est présenté en quatre parties. La partie I replace l'analyse dans son contexte, et énonce les principes clés qui sous-tendent les recommandations et les raisons pour lesquelles elles sont regroupées en quatre grands thèmes : les différentes étapes de la vie, la société au sens large, le contexte macro-économique, et les systèmes de gouvernance, de prestation et de suivi. La partie II résume les bases factuelles existantes sur l'ampleur de la fracture sanitaire entre pays de la Région européenne, et décrit les iniquités sur le plan sanitaire et leurs déterminants sociaux. La partie III se concentre sur les quatre thèmes, en faisant des recommandations fondées sur des bases factuelles. La partie IV décrit les obstacles à la mise en œuvre, résume le cadre de l'action, évoque les raisons des échecs, fournit des conseils sur les bonnes pratiques et résume les conclusions et recommandations de l'analyse. Cette analyse est un coup de semonce pour les dirigeants politiques comme pour les responsables professionnels. Elle est une occasion pour eux de faciliter le travail de ceux qui se consacrent à l'amélioration des bilans sanitaires et de réduire les écarts entre et dans les pays de la Région en matière de santé.

(2013). Governance for health equity in the WHO European Region. Copenhague : OMS.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf

Ce rapport analyse les modes de gouvernance produisant de l'équité en Europe. Le rapport examine les politiques menées dans la zone Europe et analyse quelles sont celles qui parviennent - ou échouent - à intervenir sur les déterminants de santé et à promouvoir l'équité en santé. Le rapport se structure en six grandes parties, qui décrivent les inégalités de santé en Europe, les tendances s'agissant de la gouvernance, les progrès réalisés et les échecs constatés. Il établit un ensemble de recommandations : promouvoir la responsabilité partagée en termes d'équité, renforcer la cohérence des instruments récompensant les actions communes à l'encontre des injustices sociales, considérer l'équité et l'équité en santé comme indicateurs d'une société juste, impliquer les populations locales dans la réduction des injustices sociales et enfin, favoriser l'échange d'information dans toute l'Europe.

(2013). Report on health inequalities in the European Union. Bruxelles : European commission
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf

The report therefore begins with an overview of the size of, and trends in, health inequalities in the EU since 2000 with a focus on recent years. It goes on to describe the main actions that the Commission has taken to implement the communication on health inequalities since 2009. Further information, including the graphs and tables referred to, are in the annex.

(2013). Santé 2020. Cadre politique et stratégie. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/215258/Health2020-Long-Fre.pdf

En septembre 2012, la session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, les 53 pays de la Région européenne ont approuvé un nouveau cadre politique pour la Région : Santé 2020. Ce document porte essentiellement sur l'amélioration de la santé pour tous et la réduction des inégalités en matière de santé, grâce à une meilleure direction des efforts et de la gouvernance pour la santé. Il porte aussi sur les grands problèmes de santé d'aujourd'hui. Il désigne à l'action politique quatre domaines prioritaires et se veut novateur du point de vue des réactions à tous les niveaux et secteurs du gouvernement et de la société, en insistant sur la constitution d'atouts et d'un esprit de résilience au sein des collectivités, sur l'autonomisation et sur la mise en place d'environnements porteurs. Il décrit de façon détaillée les rôles accrus impartis aux services de santé publique et au système de santé. Santé 2020 a été approuvé sous deux formes : Un cadre politique européen à l'appui des actions pan

gouvernementales et pan sociétales en faveur de la santé et du bien-être qui s'adresse aux dirigeants politiques et à ceux qui élaborent les politiques, et Santé 2020, cadre politique et stratégie, qui donne davantage de détails pratiques. Mettre en oeuvre Santé 2020 dans les pays est désormais le défi ultra-prioritaire de la Région.

(2012). Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems. Maidenhead : Open University Press.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf

This book looks at health systems from a new perspective. By reviewing the complex relationship between health systems, health and wealth, it argues that health systems need not be, as is often believed, simply a drag on resources but rather can be part and parcel of improving health and achieving better economic growth. Aiming to assist policy-makers as they assess the case for investing in health systems, this book reviews the evidence and analyses some of the lessons that can be drawn from that evidence.

Brown L., Thurecht L., Nepal B.(2012). The cost of inaction on the social determinants of health. Canberra : National Centre for Social and Economic Modelling.

<http://www.natsem.canberra.edu.au/publications/?publication=the-cost-of-inaction-on-the-social-determinants-of-health>

The aim of this research is to provide an indication of the extent of the cost of Government inaction in developing policies and implementing strategies that would reduce socio-economic differences within the Australian population of working age (25-64 years) that give rise to health inequities. The cost of inaction is measured in terms of the loss of potential social and economic outcomes that might otherwise have accrued to socio-economically disadvantaged individuals if they had had the same health profile of more socio-economically advantaged Australians. For the purposes of this report, the contrast is made between those who are most socio-economically disadvantaged and those who are least disadvantaged defined in terms of household income, level of education, housing tenure and degree of social connectedness. Four types of key outcomes are considered:- the number of disadvantaged Australians of working age experiencing health inequity, - satisfaction with life, - economic outcomes (including employment, income from paid work, - savings to Government expenditure on social security payments and transfers) and savings to the health system. The Report aims to address five key questions: If the most socio-economically disadvantaged Australians of working age had the same self-reported health status profile of the least disadvantaged groups; how many more individuals would be in good health rather than poor health? If the most socio-economically disadvantaged Australians of working age had the same prevalence of long-term health conditions as the least disadvantaged groups, how many more individuals would be free from chronic long-term illness? If individuals in the most socio-economically disadvantaged groups had the same health profile in terms of self-assessed health status and long-term health conditions of the least disadvantaged groups, how many more individuals would be satisfied with their life? If individuals in the most socio-economically disadvantaged groups had the same health profile of the least disadvantaged groups, what improvements in employment status, income from paid work and reductions in government pensions, allowances and other public transfers are likely to be gained? If individuals in the most socio-economically disadvantaged groups had the same health profile of the least disadvantaged groups, what savings might occur to the health system in terms of reduced number of hospital separations, number of doctor- and medical-related services and prescribed medicines and associated costs to Government?

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012). Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Copenhagen : OMS - Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/166136/UrbanDimensions.pdf

This report summarizes the evidence on the social determinants of health in the urban context, drawing on the findings of the global Commission on Social Determinants of Health and the European review of social determinants of health and the health divide. It also highlights how, through its leadership, local government can play a significant role in addressing these causes of health inequalities, by working across sectors and with civil society partners. This report provides a helpful

overview of practices from across Europe, and identifies priority action areas and key implementation issues, to support and accelerate the growing interest of local governments in being sensitive and proactive in tackling inequities.

Mendell A., Dyck L., Ndumbe-Eyoh S. (2012). Tools and Approaches for Assessing and Supporting Public Health Action on the Social Determinants of Health and Health Equity. Montréal : NCCHPP. http://www.ncchpp.ca/docs/Equity_Tools_NCCDH-NCCHPP.pdf

Divers outils d'évaluation d'impact ont été utilisés depuis de nombreuses années pour déterminer les effets des mesures prises par les secteurs public et privé en matière de santé humaine ou d'environnement. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a établi une comparaison entre quatre principaux types d'évaluation d'impact utilisés au Canada pour aider les parties prenantes en santé publique et d'autres secteurs à choisir les outils et approches les plus appropriés pour évaluer les répercussions de diverses politiques publiques. Le présent guide présente les outils et approches utilisés spécifiquement pour réduire (ou du moins, pour éviter d'exacerber) les inégalités en santé. L'élaboration de politiques publiques favorables à la santé visant la prise de mesures en lien avec les déterminants de la santé et l'atteinte de l'équité en santé a été un des objectifs de santé publique depuis les années 1980. En fait, que l'on songe à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1986) ou à la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS (CDSS) (CDSS, 2008), les acteurs de santé publique ont souvent été appelés à collaborer avec d'autres secteurs et à concentrer leurs efforts autour de l'atteinte de cet objectif. Ce document présente des exemples d'outils et d'approches qui ont été adoptés ou mis en oeuvre par le secteur de la santé publique et d'autres secteurs de la santé, en se concentrant sur les régions et les autorités canadiennes. Des exemples provenant de l'étranger ont été inclus lorsque les approches et outils ont été considérés comme primordiaux ou particulièrement pertinents en contexte canadien.

(2012). Health 2020: European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Genève : OMS.

This evidence-based and peer-reviewed policy framework aims to support action across government and society to significantly improve the health and well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems that are universal, equitable, sustainable and of high quality.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf

(2012). Health for the EU in 33 success stories - A selection of successful projects funded by the EU health programmes. Luxembourg : European commission.

http://ec.europa.eu/health/programme/docs/success_stories_full_en.pdf

Depuis 2003, les programmes de santé de l'Union européenne ont fourni un financement de 450 millions d'euros pour des projets à travers l'Europe. Ce rapport de la Commission européenne présente 33 exemples de projets qui ont connu du succès et qui couvrent un large éventail de domaines, tels que la nutrition et les modes de vie, les inégalités de santé, la santé des jeunes et les informations en santé.

(2011). How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/155062/E95912.pdf

Taking population level action on the wider social determinants of health in efforts to reduce health inequities is an international public health imperative. However, an important barrier to action is the perceived lack of evidence about what works to reduce health inequities. This is particularly evident in relation to universal welfare policies, which can have profound effects on health inequities, both positive and negative in nature. Because universal policies are usually applied to whole populations, and are often complex in nature with long causal chains, this precludes a true experimental design, and other approaches to evaluation are required. This report presents arguments and case studies from an expert group meeting convened to clarify the importance and challenges of evaluating universal policies, and to outline potential approaches to assessing the impact of universal policies on health inequities. The report also identifies key research and policy questions that need evaluating as

a matter of priority, and sets the agenda for partnership working to develop these methods further.

Journard I. (2011). Systèmes de santé: efficacité et politiques de l'OCDE : Paris : OCDE.
<http://dx.doi.org/10.1787/5kg5dlkhjq0x-en>

Il ressort des enquêtes auprès des ménages qu'être en bonne santé est un déterminant important du bien-être de la population. Généralement, les personnes en bonne santé bénéficient aussi d'un meilleur accès au système éducatif et sont plus productives durant une période plus longue de leur vie, ce qui favorise la croissance économique. Être en bonne santé dépend en partie des choix de mode de vie et de facteurs socio-économiques. Mais il est aussi très important de traiter les maladies de manière efficace et les ressources médicales sont un déterminant crucial de la longévité. Et celle-ci a augmenté rapidement – de quatre ans en moyenne dans l'OCDE – depuis 1990. Cependant, l'augmentation des dépenses de santé pèse déjà fortement sur les finances publiques et l'impact budgétaire de la récente crise économique accroît l'urgence de poursuivre les réformes. En outre, le vieillissement de la population et les progrès coûteux de la technologie médicale exerceront une poussée considérable à la hausse sur les dépenses de santé à long terme. Cet ouvrage présente une évaluation approfondie des performances en matière de dépenses de santé et de leurs liens avec les politiques appliquées dans les pays de l'OCDE. Jusqu'à présent, nous manquons de données comparables à l'échelle internationale sur les politiques de santé.

Immervoll H., Richardson L. (2011). Redistribution Policy and Inequality Reduction in OECD Countries. What Has Changed in Two Decades ? Paris : OCDE
<http://dx.doi.org/10.1787/5kg5dlkhjq0x-en>

This paper uses a range of data sources to assess if, and to what extent, government redistribution policies have slowed or accelerated the trend towards greater income disparities in the past 20-25 years. In most countries, inequality among "non-elderly" households has widened during most phases of the economic cycle and any episodes of narrowing income differentials have usually not lasted long enough to close the gap between high and low incomes that had opened up previously. With progressive redistribution systems in place, greater inequality automatically leads to more redistribution, even if no policy action is taken. We find that, in the context of rising market-income inequality, tax-benefit systems have indeed become more redistributive since the 1980s but that this did not stop income inequality from rising: market-income inequality grew by twice as much as redistribution. The redistributive strength of tax-benefit systems weakened in many countries particularly in the most recent decade. While growing market-income disparities were the main driver of inequality trends between the mid-1980s and mid-1990s, reduced redistribution was often the main driver in the ten years that followed. Benefits had a much stronger impact on inequality than social contributions or taxes, despite the much bigger aggregate size of direct taxes. As a result, redistribution policies were often less successful at counteracting growing income gaps at the bottom in the top half of the income distribution.

(2011). Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) : comment mener une EIES : Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée.
<http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf>

L'EIES (Evaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé) est un outil de prise de décision qui guide les utilisateurs, étape par étape, tout au long du processus permettant de déterminer l'impact d'un programme, d'une politique ou d'une initiative sur les groupes de population. L'EIES, outil mis au point par le MSSLD (Ministère de la santé et des soins de longue durée) de l'Ontario, a quatre objectifs principaux : - Permettre de déterminer les impacts potentiels involontaires (positifs et négatifs) de la prise de décision liée à l'équité en matière de santé sur certains groupes de la population; - Soutenir les améliorations basées sur l'équité lors de l'élaboration d'une politique, d'une planification, d'un programme ou d'un service; - Intégrer l'équité dans les modèles de prise de décision d'une organisation; - Sensibiliser davantage les personnes au sein de l'organisation à l'équité en matière de santé.

Dixon A., Khachatryan A., Wallace A.E. (2011). Impact of Quality and Outcomes Framework on health inequalities. Final report : Southampton : National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme.

<https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Impact-Quality-Outcomes-Framework-health-inequalities-April-2011-Kings-Fund.pdf>

Has the Quality and Outcomes Framework helped to address public health issues or reduce health inequalities? This paper summarizes the research findings on QOF carried out in conjunction with the London School of Hygiene & Tropical Medicine and commissioned by The National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme

Milton B. / éd., Moonan M. / éd., Taylor-Robinson D. / éd. (2011). How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps.
Copenhague : WHO Regional Office for Europe
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/155062/E95912.pdf

Taking population level action on the wider social determinants of health in efforts to reduce health inequities is an international public health imperative. However, an important barrier to action is the perceived lack of evidence about what works to reduce health inequities. This is particularly evident in relation to universal welfare policies, which can have profound effects on health inequities, both positive and negative in nature. Because universal policies are usually applied to whole populations, and are often complex in nature with long causal chains, this precludes a true experimental design, and other approaches to evaluation are required. This report presents arguments and case studies from an expert group meeting convened to clarify the importance and challenges of evaluating universal policies, and to outline potential approaches to assessing the impact of universal policies on health inequities. The report also identifies key research and policy questions that need evaluating as a matter of priority, and sets the agenda for partnership working to develop these methods further.

Morestin F., Gauvin F.P., Hogue M.C. (2011). Method for Synthesizing Knowledge About Public Policies : Montréal : NCHPP.
http://www.ncchpp.ca/docs/MethodPP_EN.pdf

Parce que l'étude des politiques publiques soulève des défis particuliers, le Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé a développé une méthode de synthèse de connaissances adaptée. Celle-ci permet de documenter les effets et l'équité des politiques étudiées ainsi que les enjeux d'application qui intéressent les décideurs (coûts, faisabilité, acceptabilité), en se basant sur la construction de modèle logique, sur les littératures scientifique et grise, et sur des processus délibératifs organisés pour recueillir de l'information contextuelle.

Marmot M. (2011). Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf

This interim second report sets out the approaches to tackling health inequities that have emerged from the work undertaken since WHO published the Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region in September 2010 as part of the review. This report further describes some of the Region's inequalities that were set out in the first report. Key developments reported are: the review's conceptual approach to the causes of health inequities and the policies and processes required to tackle these; analysis of recent time trends in the WHO European Region; identification of the key themes and issues that have emerged from the work of topic specific and cross-cutting task groups so far and that will underpin the formulation of recommendations to be made by the review; emerging thinking on the role WHO, health ministers and other important actors can play in promoting health equity for current and future generations by promoting fairer and more sustainable societies; and how the review fits into wider global action on the social determinants of health and the new European policy for health : Health 2020.

Rohregger B. (2011). Social determinants of health: The role of social protection in addressing social inequalities in health : Eschborn : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit

The social, economic and political context in which people grow, live, work and age has enormous impact on their health status. These wider structural determinants of health lie largely outside the health sector. The level and coverage of social protection systems is one key determinant. Social protection measures and mechanisms directly contribute to poverty reduction and human resource

development by providing recipients with in-kind or cash transfers. They also allow beneficiaries to gain better access to social services, including health facilities, drugs, etc...

(2010). Moving forward equity in health. Monitoring social determinants of health and reduction of health inequalities. Madrid : Ministry of Health and Social Policy of Spain.

In the European Union, despite improvements in population health during the past decades, there is evidence of persisting unfair and avoidable health inequalities, both within and between Member States. These inequalities follow a social gradient, meaning that persons at the lower end of the social ladder have worse health than those in more privileged positions. Furthermore, exacerbated social exclusion can make some groups particularly vulnerable. Social determinants of health include education, income, working conditions, housing and neighbourhood and community conditions, and social inclusion. These are distributed unequally across the population and are also largely controlled by sectors other than health. Moving towards health equity entails involving other sectors to address policies that impact health. The role of health systems is therefore often not to act directly on the social determinants of health, but rather to foster and lead intersectoral partnerships that have as an aim action on the determinants of health and the tackling of health inequalities. Monitoring systems have proven essential for improving the knowledge base on social determinants of health. They illustrate the importance of indicators that capture the health impacts of public policies, so as to better redefine and reorient policies towards equity. Aware of the relevance of tackling health inequalities, the Ministry of Health and Social Policy established equity in health as one of the priorities of the Spanish Presidency of the European Union. The Ministry's Directorate General of Public Health and Foreign Health commissioned a group of experts to produce a technical report on the monitoring of social determinants of health and the reduction of health inequalities. The ultimate aim of the report is to contribute to the knowledge-base for improving health equity through action on the social determinants of health, and in light of health equity's contribution to social development and well-being, further raise the profile of this important issue in the international arena. Below is a summary of the main issues covered in the report.

Gonzalez L., Ortun V. (2010). Putting Health in all Policies: The National Institute for Welfare Enhancement. 8.

<http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/1219.pdf>

Welfare is a rather vague term whose meaning depends on ideology, values and judgments. Material resources are just means to enhance people's well-being, but growth of the Gross Domestic Production is still the standard measure of the success of a society. Fortunately, recent advances in measuring social performance include health, education and other social outcomes. Because "what we measure affects what we do" it is hoped that social policies will change. The movement Health in all policies and its associated Health Impact Assessment methodology will contribute to it. The task consists of designing transversal policies that consider health and other welfare goals, the short term and long-term implications and intergenerational redistributions of resources. As long as marginal productivity on health outside the healthcare system is higher than inside it, efficiency needs cross-sectoral policies. And fairness needs them even more, because in order to reduce social inequalities in health, a wide social and political response is needed. Unless we reduce the well-documented inefficiencies in our current health care systems the welfare states will fail to consolidate and the overall economic wellbeing could be in serious trouble. In this article we sketched some policy solutions such as pricing according to net benefits of innovation and public encouragement of radical innovation besides the small type incremental and market-led innovation. We proposed an independent agency, the National Institute for Welfare Enhancement to guarantee long term fair and efficient social policies in which health plays a central role

(2010). The story of Determine. Mobilising action for health equity in the EU. Final report of Determine Consortium : Cologne : Federal Centre for Health Education.

<http://www.healthinequalities.org/?uid=7011d0cfc1bc1137885410346e5aa9ec&id=>

The main aims of the DETERMINE Consortium were to advance action on health equity in the European Union, to show what can be done and to contribute to global learning. The DETERMINE Consortium highlights the following key messages on what is needed to advance work on addressing the social determinants of health and reducing health inequities: Health systems in EU Member States should ensure that reducing health inequities by addressing their underlying determinants is at the

forefront of the policy agenda; Health inequities are a population-based issue. Social position is directly correlated with health, resulting in a 'health gradient' that affects all groups of society. This needs to be widely understood by policy makers and practitioners within and beyond health systems across the EU. The EU and its Member States should focus on gathering data on health inequities that is understandable, comparable and actionable; Health systems within EU Member States should give greater priority to improving engagement with other policy sectors, promoting 'health equity in all policies' approaches. This involves developing legislation, reorienting and developing the health workforce and increasing the resource base for health promotion ; the EU and its Member States should invest in and coordinate efforts to develop better regulatory practices to ensure the most efficient and effective use of public resources to improve health equity. This requires more systematic application of and involvement in impact assessments procedures and economic analysis, and investing more in policy research and evaluation- ; The EU and its Member States have a role to enhance the ability of local level actors to address health inequities by raising awareness about the health gradient and to provide them with tools and mechanisms to work with other sectors and disadvantaged populations on a regular basis ; The EU and its Member States should continue to invest in promoting- , exchanging, and building on knowledge in this field, thereby actively supporting efforts to build a stronger basis for cross-sectoral work, such as initiated by the DETERMINE partnership and others. This involves exchanging information, building capacities, and greater engagement of the media and the public.

Doumont D., Feulien C. (2010). 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. Série de dossiers techniques, UCL-RESO ; 10-61

http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier_61.pdf

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans un rapport récent (2008) de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, rappelle que les « inégalités sociales de santé sont le fruit de l'injustice sociale qui tue à grande échelle. Les réduire est un impératif éthique ». La réduction des inégalités sociales de santé devient d'ailleurs progressivement une question « politique » pour de nombreux pays. Alors que certains pays européens entament une réflexion concernant la lutte contre les inégalités, d'autres plus avancés ont déjà mis en place des plans stratégiques et des plans d'actions afin de réduire ces « écarts de santé ». En Belgique, les politiques de santé mises en place ont longtemps mis l'accent sur la disponibilité et l'accessibilité aux soins. Et force est de constater que les hommes les plus défavorisés meurent encore 5 ans plus tôt que ceux disposant d'un niveau socio-économique plus élevé. En Belgique, la réduction des inégalités devant la santé est une finalité du Plan Communautaire Opérationnel (PCO). Il y est dit qu'il convient que « les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables ». C'est pourquoi un groupe de travail au sein du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé a été constitué. Il a pour objectif de mettre en évidence les réponses que la promotion de la santé peut apporter pour réduire les inégalités et/ ou éviter de les accentuer. Ainsi, il a notamment chargé le RESO de réaliser un dossier technique sur cette thématique, afin d'identifier les divers dispositifs existants actuellement en région wallonne et à Bruxelles.

Doumont D., Feulien C. (2010). 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. UCL Louvain

http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier_61.pdf

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans un rapport récent (2008) de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, rappelle que les « inégalités sociales de santé sont le fruit de l'injustice sociale qui tue à grande échelle. Les réduire est un impératif éthique ». La réduction des inégalités sociales de santé devient d'ailleurs progressivement- nt une question « politique » pour de nombreux pays. Alors que certains pays européens entament une réflexion concernant la lutte contre les inégalités, d'autres plus avancés ont déjà mis en place des plans stratégiques et des plans d'actions afin de réduire ces « écarts de santé ». En Belgique, les politiques de santé mises en place ont longtemps mis l'accent sur la disponibilité et l'accessibilité aux soins. Et force est de constater que les hommes les plus défavorisés meurent encore 5 ans plus tôt que ceux disposant d'un niveau socio-économique plus élevé. En Belgique, la réduction des inégalités devant la santé est une finalité du Plan Communautaire Opérationnel (PCO). Il y est dit qu'il convient que « les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables ». C'est pourquoi un groupe de travail au sein du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé a été constitué. Il a pour objectif de mettre en

évidence les réponses que la promotion de la santé peut apporter pour réduire les inégalités et/ ou éviter de les accentuer. Ainsi, il a notamment chargé le RESO de réaliser un dossier technique sur cette thématique, afin d'identifier les divers dispositifs existants actuellement en région wallonne et à Bruxelles.

(2009). Economic Arguments for addressing the social determinants of health inequalities. Dublin : Institute of Public Health in Ireland
<http://www.health-inequalities.eu/?uid=0acaaaca6a2c95d4427459c601bca2d8&id=->

DETERMINE is a three year project (2007-2010) supported by the European Commission and coordinated by EuroHealthNet. A core aim of DETERMINE is to strengthen the knowledge base on policies and actions addressing social determinants of health inequalities. DETERMINE consists of seven discrete but complementary work packages. The specific contributions of work package 5 are: Year 1: Identification and exploration of member state and EU level approaches to addressing social determinants of health inequalities. Year 2: Identification and exploration of economic arguments to support this work. This working document summarises the second year activities of work package 5. Chapter one describes how the task was developed and the data collected. Chapter two provides the findings of a literature review of economic arguments for addressing social determinants of health inequalities. Reports from DETERMINE partners are presented in chapters three and four: Chapter three presents the opportunities and challenges to using economic arguments to address health inequalities while chapter four presents examples of economic evaluations conducted at member state and EU level that have considered health outcomes. Chapter five offers concluding remarks and recommendations. A glossary of frequently used terms is provided in Appendix 1 while Appendix 2 gives additional information on the task design. This publication contains summaries of what each of the 21 'Closing the Gap' partners are doing to address health inequalities in their countries, as well as the conclusions and recommendations of this 3-year initiative.

De Looper.M., Lafortune G. (2009). Measuring disparities in health status and access and use of health care in OECD countries : Paris : OCDE
[http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2009\)2&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2009)2&doclanguage=en)

Les politiques de santé dans la plupart des pays de l'OCDE ont comme objectifs majeurs la réduction des inégalités en matière de santé et le respect du principe d'un accès adéquat ou égal aux soins basé sur les besoins. Des données robustes et fiables sont nécessaires pour mesurer l'atteinte de ces objectifs politiques. Ce document de travail évalue la disponibilité et la comparabilité de certains indicateurs de l'inégalité de l'état de santé et de l'accès et de l'utilisation des soins dans les pays de l'OCDE, en se concentrant sur les disparités selon les groupes socio-économiques. Ces indicateurs sont illustrés à partir de sources de données nationales ou internationales qui permettent de distinguer les populations par niveau de revenu, d'éducation et d'emploi. Dans tous les cas, les personnes appartenant à des groupes socio-économiques désavantagés ont tendance à avoir des taux de morbidité, d'incapacité et de mortalité plus élevés, à utiliser moins de services préventifs et de soins spécialisés que ce à quoi on pourrait s'attendre sur la base de leurs besoins, et à payer une plus large part de leur revenu pour se procurer certains biens et services de santé. Parmi les options de travaux futurs de l'OCDE figure le développement d'un petit ensemble d'indicateurs clés dans le domaine des inégalités en santé qui pourraient être intégrés dans la base de données Eco-Santé OCDE. Certains indicateurs semblent plus avancés que d'autres pour une collecte de données internationales, puisque des données comparables sont déjà collectées régulièrement dans la plupart des pays de l'OCDE. Ces indicateurs comprennent les indicateurs d'inégalité dans l'état de santé général perçu, l'incapacité auto-déclarée, le degré de couverture des soins de santé publics et de l'assurance maladie privée, et les besoins de soins médicaux et dentaires non satisfaits. Accroître la disponibilité et la comparabilité des données améliorerait la validité des comparaisons internationales des inégalités socio-économiques de l'état de santé et de l'accès et de l'utilisation des soins. Pour que l'évolution de ces inégalités soit mesurée de manière régulière dans les pays de l'OCDE, il faudra harmoniser les définitions et les méthodes de collecte de données entre pays, et développer les possibilités de lier différentes sources de données au niveau national afin de permettre une désagrégation selon le statut socio-économique.

(2009). Tackling Health Inequalities: 10 Years On – A review of developments in tackling health inequalities in England over the last 10 years. Londres : Department of Health.
<http://dera.ioe.ac.uk/11036/>

This report reviews developments in health inequalities over the last 10 years across government - from the publication of the Acheson report on health inequalities in November 1998 to the announcement of the post-2010 strategic review of health inequalities in November 2008. It covers developments across government on the wider social determinants of health, and the role of the NHS. It provides an assessment of developments against the Acheson report, reviews a range of key data sets covering social, economic, health and environmental indicators, and considers lessons learned and challenges for the future.

Droomers M. (2009). Tackling health inequalities in the Netherlands. *Eurohealth*, 15 (3) : 16-18.
http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL15no3/Droomers_tackling_health.pdf

This article summarises initiatives and policies to tackle health inequalities in the Netherlands since the late 1980s. Political concerns about health inequalities have again become visible following the change of government in 2007. The new plan envisions integrated actions focusing on prevention and decentralised implementation. This however is very much a work in progress and leaves room for improvement.

(2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health : Genève : OMS
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

The Final Report of the Commission on Social Determinants of Health sets out key areas of daily living conditions and of the underlying structural drivers that influence them in which action is needed. It provides analysis of social determinants of health and concrete examples of types of action that have proven effective in improving health and health equity in countries at all levels of socioeconomic development. Part 1 sets the scene, laying out the rationale for a global movement to advance health equity through action on the social determinants of health. It illustrates the extent of the problem between and within countries, describes what the Commission believes the causes of health inequities are, and points to where solutions may lie. Part 2 outlines the approach the Commission took to evidence, and to the indispensable value of acknowledging and using the rich diversity of different types of knowledge. It describes the rationale that was applied in selecting social determinants for investigation and suggests, by means of a conceptual framework, how these may interact with one another. Parts 3, 4, and 5 set out in more detail the Commission's findings and recommendations. The chapters in Part 3 deal with the conditions of daily living the more easily visible aspects of birth, growth, and education; of living and working; and of using health care. The chapters in Part 4 look at more structural conditions social and economic policies that shape growing, living, and working; the relative roles of state and market in providing for good and equitable health; and the wide international and global conditions that can help or hinder national and local action for health equity. Part 5 focuses on the critical importance of data not simply conventional research, but living evidence of progress or deterioration in the quality of people's lives and health that can only be attained through commitment to and capacity in health equity surveillance and monitoring. Part 6, finally, reprises the global networks the regional connections to civil society worldwide, the growing caucus of country partners taking the social determinants of health agenda forward, the vital research agendas, and the opportunities for change at the level of global governance and global institutions that the Commission has built and on which the future of a global movement for health equity will depend.

(2008). Equity-Oriented Tool Kit for Health Technology Assessment: Ottawa : WHO Collaborating Centre for Health Technology Assessment
http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm

A needs-based health technology assessment model is used to provide methods to match the identified health needs of a population, to the most appropriate interventions. The existing tool kit focused on averages, but this ignored distributional issues and equity gradients. This toolkit is based on clinical and population health status and takes into account issues of gender equity, social justice

and community participation.

(2008). Health Inequalities: Progress and Next Steps. - Equality Impact Assessment. London : Department of Health.

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085307

This document outlines the Government's approach to hit the 2010 health inequalities Public Service Agreement targets, assessing what has and has not worked, and setting the direction of travel beyond 2010. The partial equality impact assessment sets out some of the current health inequalities and potential interventions to reduce and eliminate these inequalities

Braveman P., Egerter S. (2008). Overcoming Obstacles to Health. Princeton : The Robert Wood Johnson Foundation.

This report from the Robert Wood Johnson Foundation examines the roles of personal and societal responsibilities for health within the contexts in which people live, work and learn which influence both the choices people have and their ability to make healthy choices; reviews evidence of the lasting impact that physical and social environments have on a child's health and on his or her chances of becoming a healthy adult; reveals new national evidence of differences in health across income and education groups, and how they relate to differences in health by race or ethnicity; provides new evidence of the economic and human costs of social differences in health, including the life stories of three American families who are trying to make healthy choices but face major obstacles ; offers a framework for finding solutions by applying current knowledge about the underlying causes of social disparities in health.

Figueras J., Mckee M., Lessof S., Menabde N. (2008). Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems. Background document ; 3. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78918/E92150.pdf

Ces dernières années, les responsables de la santé ont subi d'énormes pressions en raison de préoccupations quant à la viabilité financière et à la compression des coûts. Les moyens à la disposition de toute société sont limités, mais selon de nouvelles bases factuelles, les systèmes de santé n'engloutiraient pas ces moyens, mais seraient plutôt une occasion d'investir dans la santé de la population et la croissance économique. Les systèmes de santé, la santé et la prospérité sont inextricablement liés dans un ensemble de relations dynamiques qui se renforcent mutuellement. Ce nouveau paradigme offre l'occasion d'une réévaluation fondamentale du rôle des systèmes de santé dans la société. Il pose trois questions essentielles. Comment pouvons-nous améliorer la santé, la prospérité et le bien-être sociétal en investissant dans les systèmes de santé ? Comment pouvons-nous veiller à garantir la pérennité des systèmes de santé ? Comment pouvons-nous suivre, gérer et améliorer la performance de sorte que les systèmes de santé soient aussi efficaces et efficients que possible ? Dans ce document de référence rédigé pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (Tallinn, Estonie, du 25 au 27 juin 2008), nous examinons ces bases factuelles. Nous nous prononçons en faveur d'investissements adéquats dans les systèmes de santé, car ceux-ci peuvent améliorer la santé et avoir une influence positive sur les économies, et parce qu'ils reflètent les valeurs fondamentales qui étayent les sociétés européennes.

Hogstedt C., Moberg H., Lundgren J.D., Backhans M. (2008). Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European Countries. Stockholm : Swedish National Institute of Public Health.

Ce document présente une analyse des politiques de santé publique mises en place dans huit pays européens en mettant l'accent sur la question de l'équité. Les pays choisis représentent différentes parties de l'Europe : du Nord (Danemark, Finlande, Norvège, Suède), en passant par l'Ouest (Angleterre et Pays-Bas) aux pays plus au Sud (Italie et Espagne).

O'Donnell O., Van Doorslaer E., Wagstaff A., Lindelow M. (2008). Analyzing health equity using household survey data : a guide to techniques and their implementation : Washington : Banque mondiale
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6896>

Health equity has become an increasingly popular research topic during the course of the past 25 years. Many factors explain this trend, including a growing demand from policymakers, better and more plentiful household data, and increased computer power. But progress in quantifying and understanding health equities would not have been possible without appropriate analytic techniques. These techniques are the subject of this book. The book includes chapters dealing with data issues and the measurement of the key variables in health equity analysis (Part i), quantitative techniques for interpreting and presenting health equity data (Part ii), and the application of these techniques in the analysis of equity in health care utilization and health care spending (Part iii). The aim of the book is to provide researchers and analysts with a step-by-step practical guide to the measurement of a variety of aspects of health equity, with worked examples and computer code, mostly for the computer program Stata. It is hoped that these step-by-step guides, and the easy-to-implement computer routines contained in them, will help stimulate yet more research in the field, especially policy-oriented health equity research that enables researchers to help policymakers develop and evaluate programs to reduce health inequities.

Gillis O. (2008). [Programmes globaux de lutte contre les inégalités de santé : analyse des cas anglais, néerlandais et suédois](#). MC-Informations (234)

Geyer S. (2008). Réduire les inégalités sociales de santé en Allemagne : les mesures et leur succès. Presses de l'EHESP.

Guichard A. (2008). Réduire les inégalités sociales de santé : un défi pour l'Europe. La Santé de l'homme (395)

Whitehead M. La lutte contre les inégalités de santé en Europe : comment les réduire. Lutter contre les inégalités de santé. In : Aiach P., Niewiadomski C. *Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Paris : Editions EHESP

Doumont D., Verstraeten K., Gossiaux Y., Libion F. (2008). Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la province du Québec (1^e partie). Série de dossiers techniques, UCL-RESO ; 07-47
<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier47.pdf>

(2007). National strategy to reduce social inequalities in health : Oslo : Norwegian ministry of health and care services.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_070507_co02_en.pdf

Cette stratégie norvégienne opère à l'intérieur des quatre priorités suivantes : 1) réduire les inégalités sociales qui contribuent aux inégalités de santé, 2) réduire les inégalités sociales liées aux comportements de santé et à l'utilisation des services de santé, 3) des initiatives ciblées visant à promouvoir l'inclusion sociale et 4) développer des connaissances et des outils multisectoriels.

(2007). Tackling health inequalities in Europe : an integrated approach. Eurothine. Final Report.
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_frep_en.pdf

The Eurothine project is a large international project aimed to improve the description of health inequalities in Europe and to enhance the evidence based for policies to reduce inequalities in health. Its two principal objectives were : to prepare international overviews that provide bench-marking data on inequalities in mortality, morbidity and health determinants to participating countries; to assess evidence of the effectiveness of policies and interventions to tackle inequalities, and to make recommendations on strategies for reducing health inequalities in participating countries.

(2007). Tackling health inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action : London : Department of Health.

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_083471

If evidence-based policy making were to be honoured in the observance rather than the breach what might it look like? A simple description might be: review the evidence and make recommendations; use these recommendations as a base to formulate policies; monitor their effects. By this description, action on inequalities in health in England conforms rather well to evidence-based policy making. The Independent Inquiry into Inequalities in Health (the Acheson Inquiry) reviewed the scientific evidence on health inequalities. It made 39 recommendations. Importantly, Acheson took a social model of health. Thirty-six of its (our) recommendations ranged across the whole spectrum of government policy that influences health inequalities. Only three were specifically aimed at the health service. It was then appropriate that a cross-cutting review on health inequalities was conducted by the Treasury with the participation of 18 government departments and agencies. The result was a national Programme for Action. Government Departments entered into 82 commitments aimed at tackling health inequalities. Targets on reduction of health inequalities, for infant mortality and life expectancy were set. A key part of the Programme for Action was to monitor health inequalities and a few key determinants and components. The overseeing of this monitoring task was assumed by the Scientific Reference Group on Health Inequalities. In our first Status Report, 2005, we suggested that time was too short to see any effect of policy changes. Now, two years later, that is still a major issue. It is simply too early to say if too little has been done or the right actions were not taken. Whatever actions were taken between 2003 and 2006 there would be little short-term impact on health inequalities. Nevertheless it is important to keep close watch on what has been happening both to important policy areas such as housing, child poverty and education, as well as to health inequalities.

(2007). *Critical perspectives in public health*. Abington : Routledge

This book explores the concept of critical public health, at a point when many of its core concerns appear to have moved to the mainstream of health policy. Issues such as addressing health inequalities and their socioeconomic determinants, and the inclusion of public voices in policy-making, are now emerging as key policy aims for health systems across Europe and North America. Combining analytical introductory chapters, edited versions of influential articles from the journal *Critical Public Health* and specially commissioned review articles, this volume examines the contemporary roles of critical voices in public health research and practice from a range of disciplines and contexts. The book covers many of the pressing concerns for public health practitioners and researchers including : the implications of new genetic technologies for public health ; the impact of globalization on local practice : the politics of citizen participation in health programmes ; the impact of car-centred transport systems on health : the ethics of evaluation methods and the persistence of health inequalities. *Critical Perspectives in Public Health* is organized into sections covering four key themes in public health: social inequalities; evidence for practice; globalization- ; technologies and the environment. With contributions from a range of countries including the United States, Canada, the UK, Australia and South Africa, it provides an accessible overview for students, practitioners and researchers in public health, health promotion, health policy and related fields.

Judge K., Platt S., Costongs C., Jurczak K. (2006). *Health inequalities: a challenge for Europe*. London : Department of Health

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf

Health inequalities are increasingly recognised as an important public-health issue throughout Europe. As a result of the growing recognition of the problem, many countries are responding by developing public policies in a wide variety of ways. The primary aim of this independent report, which was commissioned by the UK Presidency of the EU, is to review national-level policies and strategies - that either have been or are in the process of being developed to tackle health inequalities - and to reflect on the challenges that lie ahead. In doing so, it primarily focuses on socio-economic inequalities in health. No EU member state has yet made a concerted effort to implement the most radical approach to health inequalities, namely a reduction in the health gradient, whereby health is related to the position of social groups (and individuals within these groups) at every level within society. We suggest that EU member states should consider the potential advantages to society as a whole that might result from the adoption of this wider frame. One of the many issues that needs further thought

in the future relates to the value of targets in national policy-making related to health inequality.

(2006). Tackling health inequalities through public health practice: a handbook for action Washington : NACCHO.

<http://nccdh.ca/resources/entry/tackling-health-inequities>

Tackling Health Inequities raises questions and provides a starting point to assist health practitioners in considering the potential for reorienting public health practice to address the root causes of health inequities, particularly with respect to restructuring the organization, culture and daily work of public health. It is meant to inspire readers to imagine or envision public health practice and their roles in a way that challenges contemporary thinking, as emerging trends, social conditions, and policies generate increasing inequities in health. No protocols or tools can eliminate health inequity

(2005). Health Inequalities. Third Report of Session 2008-09 - Volume I: Report, Together with Formal Minutes : London : The Stationery Office (TSO).

<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/286.pdf>

Health inequalities are not only apparent between people of different socio-economic groups—they exist between different genders, different ethnic groups, and the elderly and people suffering from mental health problems or learning disabilities also have worse health than the rest of the population. The causes of health inequalities are complex, and include lifestyle factors—smoking, nutrition, exercise to name only a few—and also wider determinants such as poverty, housing and education. Access to healthcare may play a role, and there are particular concerns about ‘institutional ageism’, but this appears to be less significant than other determinants. One of the major difficulties which has beset this inquiry, and indeed is holding back all those involved in trying to tackle health inequalities, is that it is nearly impossible to know what to do given the scarcity of good evidence and good evaluation of current policy. Policy cannot be evidence-based if there is no evidence and evidence cannot be obtained without proper evaluation. The most damning criticisms of Government policies we have heard in this inquiry have not been of the policies themselves, but rather of the Government’s approach to designing and introducing new policies which make meaningful evaluation impossible. Even where evaluation is carried out, it is usually “soft”, amounting to little more than examining processes and asking those involved what they thought about them. All too often Governments rush in with insufficient thought, do not collect adequate data at the beginning about the health of the population which will be affected by the policies, do not have clear objectives, make numerous changes to the policies and its objectives and do not maintain the policy long enough to know whether it has worked. As a result, in the words of one witness, ‘we have wasted huge opportunities to learn’. Simple changes to the design of policies and how they are introduced could make all the difference, and Chapter 3 of this report sets these out. Professor Sir Michael Marmot’s forthcoming review of health inequalities offers the ideal opportunity for the Government to demonstrate its commitment to rigorous methods for introducing and evaluating new initiatives in this area which are ethically sound and safeguard public funds....”

Crombie I.K., Irvine L., Elliott L., Wallace H. (2005). Closing the health inequalities gap : an international perspective. Copenhagen : OMS Bureau Régional de l'Europe.

This report presents an analysis of official documents on government policies to tackle inequalities in health from 13 developed countries. All countries recognize that health inequalities are caused by adverse socioeconomic and environmental circumstances. However they differ in their definitions of inequalities and in their approaches to tackling the problem. Sweden and Northern Ireland have structured their overall public health policy to tackle the underlying determinants of inequalities in health. England is the only country with a separate comprehensive policy. Most countries also have policies on poverty, social inclusion, and social justice. These are motivated by a concern for human rights and dignity and deal primarily with the underlying causes of health inequalities. While broadly setting the same overarching goal, policies on health inequalities show many different features. Policymakers face two challenges: to ensure that strategies to tackle the macro-environmental factors feature in policy on inequalities in health, and to ensure that health becomes a prominent issue in social justice policy. Few countries have a coordinated approach to tackling inequalities in health.

(2005). The European health report 2005 : public health action for healthier children and populations. Copenhagen : OMS Bureau Régional de l'Europe.

Good health is a fundamental resource for social and economic development. Higher levels of human development mean that people live longer and enjoy more healthy years of life. While the health of the 879 million people in the WHO European Region has in general improved over time, inequalities between the 52 Member States in the Region and between groups within countries have widened. In addition to the east-west gap in health, differences in health between socioeconomic groups have increased in many countries. Reducing inequality is increasingly vital. As most countries have declining birth rates and growing elderly populations, it is particularly important to help children to avoid ill health and to become resilient enough to remain in good health long into old age. Special effort should therefore be made to invest in children's health as much as necessary in any given situation. Dramatic social and economic transformations are underway in countries, communities, families and individuals; these add to the complexity of this challenge. A responsible balance must be struck between current burdens on and future benefits for the whole population, but investing in children's health and development is not only a key to the future health of the population but will also reduce inequalities within it. This is the rationale that has inspired this report. The European health report 2005 contributes to this task by summarizing the major public health issues facing the Region, particularly its children, and describing effective policy responses. This helps to supply the reliable, evidence-based information needed for sound decision-making on public health.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf

(2004). Health impact assessment: concepts, theory, techniques, and applications : Oxford : Oxford University Press

This book gives a comprehensive overview of the concepts, theory, techniques and applications of Health Impact Assessment to aid all those preparing projects or carrying out assessments. It draws on examples and thinking from many different disciplines and many parts of the world. This is the first easily accessible book, which reviews the whole field. It is likely to become the standard reference for HIA and the first place that anyone seeking to learn about the subject will turn.

Bourguignon F., Pereira da Silva L.A. (2003). The impact of economic policies on poverty and income distribution : evaluation techniques and tools. Washington : The World Bank (Banque Mondiale), New York : Oxford University Press

Réalisé par des spécialistes du domaine économique (chercheurs, universitaires, politiciens...), cet ouvrage fait une analyse macro-économique de l'impact des politiques économiques sur la pauvreté dans les pays en voie de développement. Pour étudier la corrélation entre dépenses publiques et redistribution des revenus, il se base sur les données d'enquêtes réalisées auprès des ménages. Cet ouvrage ne constitue que la première étape d'une longue recherche.

Exworthy M., Stuart M., Blane D., Marmot M. (2003). Tackling health inequalities since the Acheson inquiry. Bristol : The Policy Press

Ce rapport fait une analyse des réformes et progrès survenus dans l'accès aux soins au Royaume-Uni depuis les recherches commencées par le projet d'Acheson en 1997. Il comprend trois parties. Une première partie présente le contexte et la chronologie des réformes. Une deuxième décrit trois études de cas se focalisant sur les développements politiques dans différents secteurs. La dernière partie aborde l'émergence de certains thèmes, donne une interprétation des progrès obtenus et décline des recommandations pour une future aide à la décision.

Car-Hill R., Chalmers-Dixon P. (2002). A review of methods for monitoring and measuring social inequality, deprivation and health inequality. York : Centre for Health Economics.

L'existence et la persistance d'inégalités de santé sont des sujets importants au Royaume-Uni depuis que la classification des classes sociales de l'Etat civil a été désignée, en 1911, comme outil de référence des inégalités de mortalité. Les débats ont repris en 1980 avec la suppression partielle par le gouvernement conservateur du " Black report " réalisé par le gouvernement travailliste précédent. Cette idée de réduction des inégalités a été relancée en 1987 par le Bureau régional des Communautés européennes. Cet ouvrage se veut un guide sur les méthodes et indicateurs de mesure des inégalités de santé, comme définies par Kunst et Mackenbach.

Wagstaff A. (2002). Inequalities in health in developing countries: swimming against the tide ? Inégalités de santé dans les pays en développement : nager contre le courant ? *Policy Research Working Paper*, (2795). Washington : The World Bank.

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/03/22/000094946_02031204013460/Rendered/PDF/multi0page.pdf

Les inégalités de santé dans les pays développés commencent depuis peu à attirer l'attention. Mais quelle importance ces inégalités de santé représentent-elles ? Dans quelle mesure ces différences varient-elles entre pays ? Des données récentes recueillies à partir d'études menées dans 42 pays montrent des différences d'inégalité de santé importantes entre pays mais qui varient. A. Wagstaff analyse les raisons de ces différences entre les pays et conclut que ces importantes inégalités en santé ne sont apparemment pas associés à de fortes inégalités de revenu ou même à un faible financement des soins publics, mais à des revenus par personne plus importants. Etant donné que des inégalités de santé croissantes associées à des revenus par tête en augmentation est une mauvaise chose, et que des niveaux moyens de santé en augmentation associés à des revenus croissants sont une bonne chose, ce document souligne une façon de quantifier le compromis entre inégalités de santé et niveaux de santé. Celui-ci suggère aussi que les politiques " anti-inégalités " réussies peuvent être inventées, mais que cette réussite ne peut pas simplement s'apprécier en regardant des chiffres " clés " sur les inégalités de santé, puisque ceux-ci reflètent les effets des différences et des changements sur d'autres variables, incluant le revenu par personne. Quatre approches peuvent apporter un éclairage sur les impacts de ces politiques sur les inégalités de santé : les études comparatives entre pays, les études avant et après sur un pays avec des contrôles, des analyses bénéfice-incidence, et des analyses de décomposition. Les résultats de ces quatre approches n'apportent pas de réponse nette, mais ils permettent d'enrichir de la connaissance sur ce sujet.

(2002). *Reducing inequalities in Health : a European Perspective*. Londres : Routledge

Les données statistiques disponibles suggèrent que le fossé des inégalités de santé pour raisons socio-économiques s'agrandit actuellement dans les pays de l'Union européenne. L'objectif de cet ouvrage est, tout d'abord, de mettre en lumière une collection de données contemporaines sans égal sur des politiques ou interventions réussies dans le domaine de la réduction des inégalités. Il compare ensuite les différentes approches existantes dans plusieurs pays européens. Il inclut aussi des études récentes d'évaluation, donne des exemples de bonnes ou mauvaises pratiques en Europe et dessine des politiques ou recherches en perspective.

Oliver A. (2001). *Why care about health inequality?* Londres : OHE

La politique publique britannique met de plus en plus l'accent sur les inégalités de santé. Cela a notamment donné lieu à la publication de deux rapports, le rapport Acheson de 1997 qui passait en revue les inégalités de santé dans le but d'identifier les zones prioritaires pour une politique de développement futur, et le rapport « Our Healthier Nation » de 1998 qui prévoyait l'établissement de zones d'action sanitaire pour réduire les inégalités de santé en Angleterre. C'est, dans ce contexte, que cet ouvrage considère les inégalités de santé au Royaume-Uni dans la perspective de l'économie de la santé. Ainsi, les deux premiers chapitres apportent des preuves des inégalités de santé au Royaume-Uni, et soulignent brièvement les principaux arguments qui ont été avancés pour expliquer les différences de santé entre classe sociale. La partie suivante présente divers arguments théoriques pour justifier la réduction ces inégalités. Mais toutes les inégalités de santé sont-elles inéquitables ? Que veut dire équité dans le domaine de la santé ? Après avoir débattu de ces questions, il s'en suit une analyse critique du rapport Acheson. Avant de conclure, une dernière partie tente de cerner la façon dont les économistes de la santé peuvent faire avancer le débat.

Department of Health (1999). *Saving Lives : Our Healthier Nation*. London : TSO

It sets out the Government's health strategy, which aims to improve everyone's health, and in particular that of the worst off. This priority to which the whole Government is committed, was given added impetus by the independent inquiry into health inequalities, chaired by Sir Donald Acheson, whose Report of the Independent Inquiry into Inequalities in Health was published in November 1998. The Government aims to save lives, promote healthier living, reduce inequalities in health and narrow

the health gap. This requires action across Government to deal with some of the factors which harm people's health such as air pollution, unemployment, low wages, poor housing and crime and disorder. In order to signify this commitment across Government the White Paper carried the signatures of 12 Ministers from a wide range of Government Departments. The health strategy acknowledges that individuals can help to improve their own health, for example, through physical activity, better diet and stopping smoking. In addition The Healthy Citizens Programme will provide opportunities for individuals to have the knowledge and expertise they need to deal with health problems.

Department of Health (1998). *Our Healthier Nation : a contract for Health*. London : TSO
<https://www.gov.uk/government/publications/our-healthier-nation-a-contract-for-health>

This Green Paper sets out the proposed 'Contract for health' as a partnership between the Government, local organisations and individuals. The aim is to improve people's living conditions and health. The need to reduce the widening inequalities in health is one of the priorities of this policy. Preventing avoidable illness will allow concentration of resources on other health conditions. Improvement in factors which effect health are targeted, these include individual life style, social and economic aspects, the environment and access to services. The Government aims to improve the health of the population in terms of lifespan and years free of disease, and to improve the health of the worst off in society thereby reducing the health gap. Action will take place in the settings of schools, workplaces and neighbourhoods. Four targets are set for 2010; deaths from heart disease and strokes to be reduced by a further third in people aged under 65, accidents to be reduced by a fifth, deaths from cancer in people under 65 to be reduced by a further fifth and in mental health a reduction by a further sixth of deaths from suicide and undetermined injury.

Acheson D. (1998). *The Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London : TSO
<https://www.gov.uk/government/publications/independent-inquiry-into-inequalities-in-health-report>

Like earlier reports on health disparities in the United Kingdom including the [Black Report](#) and the [Whitehall Study](#), the Acheson report demonstrates the existence of health disparities and their relationship to social class. Among the report's findings are that despite an overall downward trend in mortality from 1970-1990, the upper social classes experienced a more rapid mortality decline. The report contains 39 policy suggestions in areas ranging from taxation to agriculture, for ameliorating health disparities. It largely influenced the 1998 government green paper *Our Healthier Nation: A Contract for Health* which had a stated aim of reducing health inequalities; and the 1999 white paper *Saving Lives: Our Healthier Nation*.

Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (1995). *Tackling inequalities in Health : an agenda for action*. Londres : King's Fund

Cet ouvrage analyse tout d'abord l'extension des inégalités de santé au Royaume Uni et de ses déterminants socioéconomiques ou socioculturels. Il présente ensuite les grandes lignes d'une politique à entreprendre pour réduire ses inégalités.

Black D. (1980). *Black report 1980 : Inequalities in health : report of a research working group*. Londres : D.H.S.S.
<http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

Articles

Daponte A. (2014). Criteria for implementing interventions to reduce health inequalities in primary care settings in European regions. *European Journal of Public Health*
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2014/04/16/eurpub.cku044.abstract>

Ndumbe-Eyoh S. M. (2014). Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *Bmc Public Health*, 13 (1056)
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1056>

Background: Action on the social determinants of health is considered a necessary approach to improving health equity. Most of the social determinants of health lie outside the sphere of the health sector and thus collaboration with governmental and non-governmental sectors outside of health are required to develop policies and programs to improve health equity. Case studies of intersectoral action are available, however there is limited information about the impact of intersectoral action on the social determinants of health and health equity. Methods: Search and retrieval of literature published between 2001 and 2011 was conducted in 6 databases. A staged screening of titles and abstracts, and later full-text, was conducted by two independent reviewers. Reviewers independently assessed the quality of the articles deemed relevant for inclusion. Data were extracted and synthesized in narrative format for all included studies, conducted by one reviewer and checked by another. Results: 17 articles of varied methodological quality met the inclusion criteria. One systematic review investigating partnership interventions found mixed and limited impacts on health outcomes. Primary studies evaluating the impact of upstream and midstream interventions showed mixed effects. Downstream interventions were generally moderately effective in increasing the availability and use of services by marginalized communities. Conclusions: The literature evaluating the impact of intersectoral action on health equity is limited. The included studies identified reveal a moderate to no effect on the social determinants of health. The evidence on the impact of intersectoral action on health equity is even more limited. The lack of evidence should not be interpreted as a lack of effect. Rigorous evaluations of intersectoral action are needed to strengthen the evidence base of this public health practice.

Pons-Vigues M. (2014). Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review. *Bmc Public Health*, 14 (65)
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/198>

Background : Health inequalities can be tackled with appropriate health and social policies, involving all community groups and governments, from local to global. The objective of this study was to carry out a scoping review on social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities published in scientific journals. Methods : Scoping review. The search was done in "PubMed" and the "Sociological Abstracts" database and was limited to articles published between 1995 and 2011. The inclusion criteria were: interventions had to take place in European cities and they had to state the reduction of health inequalities among their objectives. Results : A total of 54 papers were included, of which 35.2% used an experimental design, and 74.1% were carried out in the United Kingdom. The whole city was the setting in 27.8% of them and 44.4% were based on promoting healthy behaviours. Adults and children were the most frequent target population and half of the interventions had a universal approach and the other half a selective one. Half of the interventions were evaluated and showed positive results. Conclusions :Although health behaviours are not the main determinants of health inequalities, the majority of the selected documents were based on evaluations of interventions focusing on them.

Freiler A. (2013). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67 (12)
Health in All Policies (HiAP) is becoming increasingly popular as a governmental strategy to improve population health by coordinating action across health and non-health sectors. A variety of intersectoral initiatives may be used in HiAP that frame health determinants as the bridge between policies and health outcomes. The purpose of this glossary is to present concepts and terms useful in understanding the implementation of HiAP as a cross-sectoral policy. The concepts presented here were applied and elaborated over the course of case studies of HiAP in multiple jurisdictions, which used key informant interviews and the systematic review of literature to study the implementation of specific HiAP initiatives.

Marengo A. (2013). Building resilient and innovative health systems. *Eurohealth*, 19 (3) :
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/216843/Eurohealth_v19-n3.pdf

This special issue of Eurohealth coincides with the 2013 European Health Forum Gastein (EHFG) that takes place on 2-4 October. The main theme is 'Building resilient and innovative health systems' and articles cover the various topics that will be discussed in the parallel forums at the Conference, ranging from an interview with major stakeholders on what makes health systems resilient and innovative to advancing public health, mhealth solutions, investing in health and much more.

Marmot M. (2013). Action on the social determinants of health. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Le rapport intitulé "Comblé le fossé en une génération" de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS suggère que les inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources sont responsables d'une grande partie des inégalités de santé, que ce soit au sein d'un même pays ou entre différents pays. Un ensemble de politiques et de programmes insuffisants, de dispositions économiques inéquitables et de mauvaise gouvernance a conduit à des inégalités dans les conditions de vie quotidienne, à savoir les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Le message que nous faisons passer est qu'il y a un réel besoin d'engagement intergouvernemental pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les éléments du rapport suggèrent que, par cet engagement, beaucoup de choses peuvent être mises en place de manière concrète (Résumé d'auteur).

Harris P., Kemp L.A., Sainsbury P. (2012). The essential elements of health impact assessment and healthy public policy: a qualitative study of practitioner perspectives. *Bmj Open*, 2 (e001245) : <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001245.full.pdf>

This study uses critical realist methodology to identify the essential and contingent elements of Health Impact Assessment (HIA) and Healthy Public Policy (HPP) as operationalised by practitioners.

Marmot M. (2012). Policy Making With Health Equity at Its Heart. *Jama Journal of the American Medical Association*, 307 (19)

In India, there is a cabinet minister for social justice. Would that it were catching, and spread to all government ministers. What a thought: social justice at the heart of all government policy. It would be a radical change from the current set of arrangements, in which many governments are unashamed apostles of self-interest of their countries, of their partisan supporters or, indeed, of self-interest as a political creed. Given the link between social and economic policy and the health of populations, all ministers should see themselves as ministers of health. Putting these arguments - health and social justice together implies that health equity should be at the heart of all policy making, national and global.

Marmot M., Allen J., Belle R. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380

The European region has seen remarkable health gains in those populations that have experienced progressive improvements in the conditions in which people are born, grow, live, and work. However, inequities, both between and within countries, persist. The review reported here, of inequities in health between and within countries across the 53 Member States of the WHO European region, was commissioned to support the development of the new health policy framework for Europe: Health 2020. Much more is understood now about the extent, and social causes, of these inequities, particularly since the publication in 2008 of the report of the Commission on Social Determinants of Health. The European review builds on the global evidence and recommends policies to ensure that progress can be made in reducing health inequities and the health divide across all countries, including those with low incomes. Action is needed on the social determinants of health, across the life course, and in wider social and economic spheres to achieve greater health equity and protect future generations.

Debrand T., Dourgnon P. (2010). Building bridges between health economics research and public policy evaluation. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 10 (6) : 627-640. <http://www.expert-reviews.com/doi/pdf/10.1586/erp.10.79>

Le "Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation" de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) s'est déroulé à Paris en juin 2010. Il visait à diffuser les résultats de recherche les plus récents sur l'économie de la santé et sur les évaluations des politiques de santé. Le programme 2010 se composait de 16 articles couvrant : l'assurance santé, les inégalités sociales de santé et les services de santé... L'atelier 2010 sera le premier d'une série d'ateliers annuels se déroulant à Paris et réunissant les chercheurs sur l'économie de la santé et

l'évaluation des politiques. Le prochain atelier se tiendra à l'IRDES en juin 2011

Collins P.A., Hayes M.V. (2010). The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9 (1) : 13.

The 1986 Ottawa Charter for Health Promotion coincided with a preponderance of research, worldwide, on the social determinants of health and health inequities. Despite the establishment of a 'health inequities knowledge base', the precise roles for municipal governments in reducing health inequities at the local level remain poorly defined. The objective of this study was to monitor thematic trends in this knowledge base over time, and to track scholarly prescriptions for municipal government intervention on local health inequities. Using meta-narrative mapping, four bodies of scholarly literature - 'health promotion', 'Healthy Cities', 'population health' and 'urban health' - that have made substantial contributions to the health inequities knowledge base were analysed over the 1986-2006 timeframe. Article abstracts were retrieved from the four literature bodies using three electronic databases (PubMed, Sociological Abstracts, Web of Science), and coded for bibliographic characteristics, article themes and determinants of health profiles, and prescriptions for municipal government interventions on health inequities. 1004 journal abstracts pertaining to health inequities were analysed. The overall quantity of abstracts increased considerably over the 20 year timeframe, and emerged primarily from the 'health promotion' and 'population health' literatures. 'Healthy lifestyles' and 'healthcare' were the most commonly emphasized themes in the abstracts. Only 17% of the abstracts articulated prescriptions for municipal government interventions on local health inequities. Such interventions included public health campaigns, partnering with other governments and nongovernmental organizations for health interventions, and delivering effectively on existing responsibilities to improve health outcomes and reduce inequities. Abstracts originating from Europe, and from the 'Healthy Cities' and 'urban health' literatures, were most vocal regarding potential avenues for municipal government involvement on health inequities. This study has demonstrated a pervasiveness of 'behavioural' and 'biomedical' perspectives, and a lack of consideration afforded to the roles and responsibilities of municipal governments, among the health inequities scholarly community. Thus, despite considerable research activity over the past two decades, the 'health inequities knowledge base' inadequately reflects the complex aetiology of, and solutions to, population health inequities.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Shaap M.M., Leinsalu M., Kunst A.E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European Countries. *New-England Journal of Medicine (The)*, 358 (23): 2458-2481.

Comparisons among countries can help to identify opportunities for the reduction of inequalities in health. We compared the magnitude of inequalities in mortality and self-assessed health among 22 countries in all parts of Europe. We obtained data on mortality according to education level and occupational class from census-based mortality studies. Deaths were classified according to cause, including common causes, such as cardiovascular disease and cancer; causes related to smoking; causes related to alcohol use; and causes amenable to medical intervention, such as tuberculosis and hypertension. Data on self-assessed health, smoking, and obesity according to education and income were obtained from health or multipurpose surveys. For each country, the association between socioeconomic status and health outcomes was measured with the use of regression-based inequality indexes. In almost all countries, the rates of death and poorer self-assessments of health were substantially higher in groups of lower socioeconomic status, but the magnitude of the inequalities between groups of higher and lower socioeconomic status was much larger in some countries than in others. Inequalities in mortality were small in some southern European countries and very large in most countries in the eastern and Baltic regions. These variations among countries appeared to be attributable in part to causes of death related to smoking or alcohol use or amenable to medical intervention. The magnitude of inequalities in self-assessed health also varied substantially among countries, but in a different pattern. We observed variation across Europe in the magnitude of inequalities in health associated with socioeconomic status. These inequalities might be reduced by improving educational opportunities, income distribution, health-related behaviour, or access to health care.

Hanratty B., Zhang T., Whitehead M. (2007). How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 37 (1) : 89-109

Most governments in established market economies have developed universal systems of health care, but these are being increasingly threatened by widespread health sector reforms. Hence, it is more important than ever to monitor the effects of policy changes on the ability of universal systems to achieve their equity goals. This article provides evidence for such monitoring. The authors present the results of a systematic review of equity in use of curative health services in universal systems, together with a critical appraisal of the essential components of studies to address this question. Of the 79 studies identified that addressed the review question, only 26 met the inclusion criteria and adjusted for differential health need across socioeconomic groups. The authors found a pro-rich bias in use of specialist hospital services and a reasonably equitable access to primary health care by different socioeconomic groups. There was a wide inter-study variation in the difference in utilization rates between people of high and low socioeconomic groups. Improvements are needed in the way that equity in universal systems is monitored, with particular attention to how "need" is defined and to the impact on patients of indirect costs.

Baltussen R., Niessen L. (2006). Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 14 (4) : 9.
<http://www.resource-allocation.com/content/pdf/1478-7547-4-14.pdf>

Ce document présente les grands principes de l'analyse de décision multicritères. Cette méthode de décision est peu utilisée par les décideurs dans le domaine de la santé, notamment en ce qui concerne l'élaboration des priorités en santé, la santé globale de la population et la réduction des inégalités en santé. Cet article démontre l'importance de baser les décisions en santé publique simultanément sur une série de critères, notamment dans un contexte de ressources budgétaires limitées.

Blackman T., Elliot E., Greene A., et al. (2006). Performance assessment and wicked problems : the case of health inequalities. *Public Policy and Administration*, 21 (2) : 66-80

This article considers the background to one of the projects in the UK Economic and Social Research Council's Public Services Programme: a major, three-year investigation of how health inequalities are being framed for intervention at a local level in post-devolution England, Scotland and Wales. A particular interest is in the difference that performance assessment makes as it engages to a greater or lesser extent with health inequalities.

Exworthy M., Bindman A., Davies H., Washington A.E. (2006). Evidence into policy and practice? Measuring the progress of U.S. and U.K. policies to tackle disparities and inequalities in U.S. and U.K. health and health care. *International Journal of Health Services*, 36 (1) : 75-109.

Health policy in both the United States and the United Kingdom has recently shifted toward a much greater concern with disparities and inequalities in health and health care. As evidence for these disparities and inequalities mounts, the different approaches in each country present specific challenges for policy and practice. These differences are most apparent in the mechanisms by which the progress of such policies is measured. This article compares the United States' and United Kingdom's strategies to gauge the challenges for policymakers in order to inform policy and practice. A cross-national comparison of selected measurement mechanisms identifies lessons for policy and practice in both countries (Résumé d'auteur).

Hubel M., Price C. (2005). Action by the European Union on health inequalities. *Eurohealth*, 11 (4) : 4-5.
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol11no4.pdf>

Les inégalités de santé font l'objet d'un travail important de l'Union européenne depuis que des compétences en santé publique ont été incluses dans le traité de Maastricht en 1992. L'action a été menée sur trois plans différents : au travers du programme de santé publique de l'Union européenne ; en facilitant les échanges d'information et de pratiques entre Etats membres et autres organisations ;

en développant les domaines clés de la politique européenne qui peuvent contribuer à la réduction des inégalités de santé (Extrait de l'introduction).

Mcdaid D., Hills D., Russell S. (2005). Tackling inequalities in health : what role for Healthy Living Centres in the UK ? *Eurohealth*, 11 (2) : 19-23.
<http://eprints.lse.ac.uk/15167/>

Pampalon R., Philibert M. (2004). Inégalités sociales et services de proximité au Québec : Développement d'un système d'évaluation issu d'une collaboration entre chercheurs et intervenants. In : Inégalités sociales de santé. *Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-Québécois*, (2) : 73-88.

Au-delà de la profusion de statistiques illustrant les inégalités sociales de santé, il y a la nécessité de relier celles-ci à l'intervention sanitaire et sociale et, plus particulièrement, aux services de proximité qui sont actuellement interpellés par les politiques publiques afin de contribuer à la réduction de ces inégalités. Pour y parvenir, cependant, des enjeux d'ordre méthodologique et d'ordre pratique se posent. Comment mesurer à l'échelle locale les inégalités sociales dans le recours aux services de proximité ? Et comment passer de cette mesure à une réflexion sur la pratique à l'égard des personnes défavorisées ? Le présent texte propose une réponse à ces deux questions mais plus particulièrement à la seconde, impliquant le partage de connaissances entre chercheurs et intervenants de sept centres locaux de services communautaires (CLSC) (Résumé d'auteur).

(2002). Social inequalities - health and health care delivery. *Research in the Sociology of Health Care*, 20 -234p.

Les discussions sur l'impact des inégalités sociales sur la santé et l'offre de soins sont tirées d'une longue tradition en sociologie de la santé. Ce volume, consacré aux inégalités sociales, à la santé et à l'offre de soins, inclut aussi bien des recherches théoriques que quantitatives. La première partie se concentre sur les questions macro du système. La seconde partie comprend des articles plutôt axés sur les caractéristiques des patients. Ceux-ci sont très divers dans leur couverture, certains étudiant les américains dans leur ensemble, et d'autres se focalisant sur des populations particulières telles les femmes afro-américaines, et les personnes âgées. La troisième partie s'intéresse aux producteurs de soins et aux questions d'inégalités sociales et d'offre de soins. Ces papiers analysent les facteurs de sexe, de race et de pauvreté comme exemples de sources d'inégalités dans nos sociétés modernes. Contrairement à la deuxième partie, et bien qu'une attention soit portée aux facteurs individuels, cette troisième section met l'accent sur les producteurs de soins.

Mooney G., Jan S. (1997). Vertical equity : weighting outcomes ? Or establishing procedures. *Health Policy*, 39 (1) : 79-87.

L'allocation des ressources en santé est en partie fondée sur une notion d'équité. Mais l'équité peut être horizontale (égal traitement pour tous), ou verticale (inégal mais équitable, c'est à dire traitement équitable pour des gens ayant une santé différente). Considérant que l'équité verticale est trop souvent négligée, cet article examine les possibilités d'introduire plus d'équité verticale en politique de santé pour une attribution des ressources plus juste. Dans ce cadre, utiliser, la notion de "plaintes" proposée par John Broome's dans une communauté est une suggestion qui semble intéressante.

Autres Sources

Dossiers documentaires en ligne

[CRIPS \(Centre Régional – d'Information et de Prévention du Sida\)](#)

Les inégalités sociales de santé : dossier documentaire, janvier 2014

[Ehesp – Service documentation](#)

Le service documentation a mis en ligne, en janvier 2016, un dossier documentaire sur les inégalités sociales de santé. Ce dossier comprend notamment une analyse du cadre juridique, des données statistiques ainsi que des éléments de bibliographiques sur les aspects suivants : recherche et inégalités sociales de santé, accès aux soins des populations vulnérables, politique et programmes de réduction des inégalités, inégalités sociales dans les territoires et dans le monde.

[SFSP \(Société Française de Santé Publique\)](#)

Les inégalités sociales de santé : Dossier documentaire, février 2016

Bases de données, sites internet

[Agence nouvelle des solidarités actives](#)

Site de l'association créée par Martin Hirsch pour mettre en oeuvre des actions locales, expérimentales, innovantes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion avec les pouvoirs publics, les associations et les entreprises. Elle se consacre notamment à la thématique de l'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités de santé

[Atlas interactifs de l'OMS sur l'équité en santé en Europe](#)

Le bureau OMS Europe a développé ce projet afin d'améliorer la disponibilité et l'accès aux éléments de preuve sur les différences de performance des systèmes de santé en Europe et ses régions. Pour atteindre cet objectif, des indicateurs socio-économiques et sanitaires accessibles au public des bases de données EUROSTAT ont été utilisés pour produire les Atlas. Les régions NUTS 2 (Nomenclature d'unités territoriales statistiques) sont les principales unités géographiques de l'analyse. Ces variables, affichées dans des cartes, des graphiques et des tableaux, représentent plus de 600 indicateurs individuels. 3 atlas à disposition:

1- Atlas des cartes de corrélation : il permet une visualisation rapide de deux variables dans des cartes et leur association dans un graphe, où l'analyse de corrélation peut également être effectuée. Une fonction de filtre pour ne sélectionner qu'un seul pays ou groupe de pays est disponible.

2- Atlas des cartes de Atlas des inégalités sociales : il permet la visualisation de la différence entre la valeur cible et la valeur dans une région ou un groupe de régions. La valeur cible est la moyenne pondérée de population du quintile de population la plus favorisée. Les différences entre la cible et de la région individuelle sont visualisés comme des différences absolues (différences de zones cibles) et des différences relatives (taux de zones cibles).

3- Atlas de comparaison régionale : il permet une comparaison rapide de plusieurs indicateurs clés entre un nombre limité de régions. Il faut utiliser la touche Ctrl et la souris pour sélectionner les régions d'intérêt.

Ces trois atlas sont complétés par une base de données d'exemples d'actions menées pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

[Base de connaissance sur les inégalités sociales de santé](#)

Conçue avec la collaboration de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS) et la contribution d'un ensemble d'experts de la Francophonie, elle regroupe quatre grandes thématiques qui sont chacune présentées sous forme de documents Power Point/PDF accompagnés de références. Les grands thèmes suivants sont étudiés : inégalités sociales de santé ; déterminants sociaux de la santé ; stratégies pour réduire les ISS et politiques publiques favorables à l'équité.

[BIP-40, le Baromètre des Inégalités et de la Pauvreté](#)

Site consacré au BIP-40, indicateurs sur les Inégalités et la Pauvreté créé par le Réseau d'Alerte sur les Inégalités (RAI) pour nourrir le débat social autour des inégalités et de la pauvreté, et des alternatives à leur opposer. Cet indice est construit sur la base de plus de 60 séries de données (provenant de la statistique publique) regroupées en six grands domaines : revenus, emploi, éducation, logement, santé, justice. Il veut offrir un « portrait social » en profondeur de la réalité des inégalités, de la pauvreté, des conditions d'emploi, de travail et de vie dans la France d'aujourd'hui. N'est plus mis à jour.

[Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités de santé](#)

Le Centre de recherche Léa-Roback a pour mission de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie. Le Centre assure quatre fonctions dans la communauté montréalaise : le développement de la recherche sur les inégalités sociales de santé façonnées par les conditions de vie, la création d'alliances entre chercheurs de disciplines variées, décideurs publics et intervenants des milieux institutionnels et communautaires pour réaliser ces recherches, le transfert de connaissance pour traduire les résultats de recherche en action, et la formation d'une masse critique de chercheurs œuvrant dans ce domaine.

Son site met en ligne diverses conférences et rencontres, présente ses domaines de recherche et les projets qu'il finance. Il a également développé plusieurs outils en ligne : une base de données documentaire, un catalogue de bases de données (enquêtes et métadonnées).

[CNLE \(Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale\)](#)

Le CNLE est une instance chargée de conseiller le gouvernement sur les questions relatives à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Un des dossiers sur lequel travaille le Cnle est le lien entre précarité et santé. Son site propose une présentation de ses travaux et publications, une rubrique actualité, des ressources en ligne sur ses thématiques.

[Commission des déterminants sociaux de la santé \(OMS Europe\)](#)

Créée en 2005, cette commission a pour objectif de réduire les inégalités de santé en Europe. Elle produit des rapports et recommandations disponibles sur le site.

[Department of health. Health inequalities](#)

Sur ce site sont archivés tous les rapports du NHS (Ministère de la santé anglais) sur la problématique des inégalités de santé.

[ECuity Project](#)

Site du projet ECuity (Équité) qui rassemble des équipes de recherches européennes, américaines et suisses sur le thème de l'équité avec pour objectif, la comparaison internationale de l'équité des systèmes de soins (équité du financement des soins, équité de l'offre et de la fourniture de soins, équité en santé). En introduction, le site présente un historique de ce projet, les différentes questions auxquelles ce projet souhaite répondre, les principaux résultats obtenus jusqu'à présent, et les coordonnées des équipes participantes. Des bibliographies sont présentées dans la rubrique Publications. Un espace est réservé aux équipes de recherche.

[Espace inégalités sociales de santé 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. Les données présentées sont issues de travaux utilisés par des groupes d'experts dans le cadre de rapports nationaux ou internationaux. Elles sont déclinées en cinq parties : définition et concepts, situation des inégalités sociales de santé, les déterminants de la santé, recommandations et liens avec les interventions, outils d'aide à la construction des actions, bibliographie et liens internet.

[Equipe de recherche en épidémiologie sociale \(ERES\)](#)

L'objectif général de l'Equipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES) est de mieux connaître les différents facteurs et processus qui peuvent constituer des causes ou des conséquences des inégalités sociales de santé dans une approche populationnelle et de caractériser différentes dimensions des déterminants sociaux et territoriaux de la santé et du recours aux soins au niveau microsocial et à une échelle géographique fine (présentation extraite du site).

[Equit'Area](#)

L'EHESP met en ligne le site internet Programme de recherche Equit'Area qui vise à établir les relations entre certaines nuisances et pollutions environnementales et les inégalités so-ciales de santé, en vue de mieux les prévenir. Ce site internet place à la disposition du plus grand nombre, et notamment des décideurs, des données de nature à éclairer l'action pu-blique dans la mise en oeuvre de l'objectif national de réduction des inégalités sociales de santé. Les travaux ont été conduits dans quatre grandes métropoles urbaines (Lille métro-pole, Paris et la petite couronne, le Grand Lyon et Marseille-Provence-Métropole), représen-tant une part importante de la population française. Le site propose des données cartogra-phiques sur les données exploités (caractéristiques socioéconomiques des sites étudiés, nuisances environnementales, mortalité infantiles, données combinées) ainsi que les rap-ports et articles produits.

[Eurothine](#)

Le projet « Tackling health inequalities in Europe an integrated approach » (Eurothine) (2004-2007) visait à collecter et analyser des informations sur les inégalités sociales d'état de santé, de comportements à risque et de consommation de soins en Europe, afin de mutualiser la connaissance et éclairer les politiques de réduction des inégalités sociales de santé. Ce site sert de plateforme pour faciliter les échanges d'informations entre les différents partenaires du projet. Le rapport final de ce projet est désormais en ligne.

Ce projet, désormais terminé, connaît une extension à travers le projet EURO-GBD-SE.

[EXNOTA](#) (Exit from and NO n TAKE up of public services)

Réseau thématique européen sur le non-recours aux services publics qui réunit 6 pays européens (France, Allemagne, Pays bas, Espagne, Grèce, Hongrie). Son objectif est d'accumuler les connaissances produites sur le sujet dans six pays européens, pour en faire des synthèses et produire des analyses comparées. Il s'agit aussi de présenter les outils et dispositifs de suivi et d'évaluation de ces phénomènes mis en place au niveau local ou national.

[I2SARE \(Health Inequalities Indicators in the Regions of Europe\)](#)

Le projet européen I2SARE (indicateurs les inégalités de santé dans les régions de l'Europe) a été créé pour produire un profil de santé de chaque région de l'Union européenne, d'établir une typologie de ces régions de l'Europe et une typologie de sous territoires régionaux dans une sélection de pays et régions. La base de données contient une série de 37 indicateurs pour 27 pays et 265 régions européennes. Elle est accessible sur inscription.

[Inégalités et discrimination](#)

L'ambition de ce site est de recenser les études récentes et rigoureuses sur la mesure des discriminations, sans prétendre à l'exhaustivité mais tout en ayant à l'esprit le poids des inégalités sociales dans ces mécanismes discriminants.

[Inequality watch](#)

Fruit d'un partenariat entre associations et centres de recherche européens, l'Observatoire européen de l'inégalité est le premier réseau européen indépendant d'information sur les inégalités. L'objectif est de proposer gratuitement à l'ensemble des citoyens européens (scientifiques, acteurs associatifs, acteurs économiques, pouvoirs publics, et à l'opinion publique de manière plus générale) les publications les plus pertinentes sur le thème des inégalités en Europe. Le site met à disposition les données collectées et les analyses produites sur les inégalités indépendamment par chaque membre du réseau. Le site met ainsi à disposition des informations pour appréhender l'évolution et la situation actuelle des inégalités classées par rubrique (revenu, conditions de vie, genre, santé, éducation, emploi, immigrés et étrangers, âge, Europe et monde). Outre un fil d'actualités proposant les nouvelles publications des membres du réseau, des dossiers thématiques seront publiés. Des conférences ouvertes au public, réunissant scientifiques et acteurs de terrain, seront par ailleurs organisées dans le but d'informer et de réfléchir autour du thème des inégalités.

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

Face à la spécificité des phénomènes de précarité et d'exclusion en Ile-de-France, l'État et la Région ont créé le MIPES en 2001, instance permanente pour optimiser la connaissance des besoins sociaux. Elle rassemble, coordonne, valorise et met en perspective les données statistiques, études et enquêtes menées sur la pauvreté et l'exclusion sociale ; elle organise une veille sociale pour appréhender les phénomènes émergents ou cumulatifs susceptibles de frapper certaines populations fragiles ou certains territoires franciliens ; elle soutient la réflexion de tous les acteurs impliqués, elle contribue aux activités conduites sous l'égide de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale afin, notamment, de faire écho aux spécificités franciliennes. L'espace consacré à cette instance, sur le site de la préfecture de la région d'Ile-de-France, fournit une présentation de la mission, et donne accès à diverses publications : lettres du MIPES, dossiers, études et recherches, données statistiques, rapports d'activité.

MRIE (Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion)

La Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion est une association de loi 1901 qui soutient la lutte contre la pauvreté et l'exclusion en Rhône-Alpes en assumant quatre fonctions : une fonction d'observation et de veille, de développement de la connaissance, une fonction d'étude et d'animation de la réflexion, une fonction de sensibilisation des décideurs et des acteurs aux enjeux de la lutte contre l'exclusion et à leur déclinaison opérationnelle, une fonction de communication à travers différents outils de diffusion et d'animation et des rencontres locales. Le site présente la structure, ses publications, et quelques définitions sur la pauvreté, la précarité et l'exclusion. Il permet également de s'inscrire pour recevoir une lettre électronique de la MRIE, et d'envoyer ses récits d'expériences innovantes dans des domaines liés à la pauvreté et l'exclusion.

Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde

Médecins du Monde a décidé de se donner les moyens d'observer la réalité ou non d'un meilleur accès aux soins et de témoigner sur les manques éventuels et sur les populations qui restent en difficulté d'accès aux soins dans notre pays, d'où la création de l'Observatoire de l'Accès aux Soins en 2000. Le site présente des données statistiques sur la population reçue (sexe, âge, nationalité, situations de vie), sur les aspects médicaux (retard au recours aux soins et nécessité de soins d'urgence, santé bucco-dentaire), sur les liens entre santé et logement (effets sur la santé, domiciliation), sur leur couverture sociale (couverture maladie, obstacles à l'accès aux soins). Il est également possible de télécharger les rapports annuels.

Observatoire des Inégalités

L'Observatoire des inégalités cherche à établir un état des lieux chiffré des inégalités le plus complet possible et à publier les analyses les plus pertinentes du phénomène. Il analyse les principaux indicateurs socio-économiques : revenus, hommes – femmes, catégories sociales, emploi et chômage, éducation, logement/santé/conditions de vie. Cet observatoire se décline également au niveau territorial avec un site dédié : <http://www.inegalitesterriotoriales.fr/>

ODENORE (Observatoire DEs NON REcours aux droits et aux services)

Cette équipe de recherche du CNRS présente ses travaux sur ce site. Ses axes de questionnement sont les suivants : Pourquoi des individus ou des populations ne recourent pas, volontairement ou non, à l'offre de droits économiques et sociaux ? Pourquoi et comment les institutions se saisissent des phénomènes de non recours à l'offre publique ? Son site offre une bibliographie structurée, l'accès aux publications et working-papers de l'équipe

[Portail européen des inégalités de santé](#)

Ce portail rassemble 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. Il héberge une base de données de bonnes pratiques, les profils des pays énumérant les principales politiques publiques, les acteurs et les outils développés pour traiter des inégalités de santé au niveau national, une section sur les politiques européennes avec des études de cas démontrant comment les politiques européennes peuvent avoir un impact sur les inégalités de santé au niveau national et d'autres liens relatifs au sujet des inégalités de santé.

[SIRS, Santé, Inégalités, Ruptures Sociales](#)

Site consacré au programme de recherche multidisciplinaire SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales), qui entend comparer les relations entre la santé, les inégalités et les ruptures sociales dans des grandes métropoles situées dans différentes régions du monde. Il porte à ce jour sur Abidjan, Antananarivo, New York, Paris, Sao Paulo, Varsovie. Le programme est coordonné par l'INED, en collaboration avec l'INSERM U707 et l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS). Il présente également en détail le programme de recherche régional en Ile-de-France et les publications.

[Tribune sur les inégalités sociales de santé](#)

La Tribune sur les inégalités sociales de santé est une initiative de la Section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS). Cette plateforme électronique francophone est une ressource informationnelle en matière d'inégalités sociales de santé à travers le monde. Divers événements, publications, initiatives et ressources y sont répertoriés dans le but de partager l'information existante. Elle héberge une Base de connaissances francophone sur les inégalités sociales de santé structurée en quatre thématiques : Inégalités sociales de santé; Déterminants sociaux de la santé; Stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé; politiques publiques favorables à l'équité.

[UMRS 707 Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins \(DS3\)](#)

Inserm – Université de Paris 6

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. Elle constitue l'une des 4 équipes de l'Unité mixte de recherche Inserm - Université Pierre et Marie Curie en épidémiologie, système d'information et modélisation dirigée par G. Thomas. Outre le programme de recherche de l'équipe se trouvent en ligne sur le site : une liste des publications des chercheurs de l'équipe, les rapports de recherche en texte intégral et les communications du séminaire annuel de l'Ehess et du séminaire du réseau Sirs-Ile-de-France.

[UCL Institute Of Health Equity](#)

Ce site présente les travaux de Michael Marmot et son équipe sur les déterminants des inégalités de santé. Le rapport commandité par le ministre de la santé britannique propose un état des lieux sur la situation actuelle en Angleterre et des stratégies d'actions, est disponible dans son intégralité. Ce site présente également les activités de Michael Marmot au niveau européen au sein de la Commission des Déterminants sociaux de la santé (OMS Europe).

Listes de diffusion sur les inégalités de santé

Observatoire des Inégalités

Réalisée par l'Observatoire des inégalités (cf supra).

PAHO Equidad listserver

Réalisé par la Pan American Health Organization (PAHO), ce site est une liste de diffusion de littérature grise axée sur les inégalités de santé (archives de la liste consultable depuis 2000).

The Health Equity Network (HEN)

Le Réseau de l'équité en santé a pour but d'encourager une collaboration active et fructueuse entre spécialistes de différentes disciplines intéressés par la problématique de l'équité et des inégalités en santé.

Revues spécialisées

[International Journal for Equity in Health](#) (en open access)