

## Concepts

Anne Vega<sup>1</sup>, Mariana Lecarpentier<sup>2</sup>,  
Khadija Naamouni<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sophiapol, Université Paris Nanterre, 200  
avenue de la République, 92000 Nanterre  
anne.vega@wanadoo.fr

<sup>2</sup>Psychosociologue

<sup>3</sup>Anthropologue

### Résumé

Les inégalités sociales, qui s'expriment aussi dans la sphère de la santé, restent encore méconnues parce qu'elles remettent en cause le principe d'égalité républicain français. Mais comment ces inégalités se construisent-elles, et pourquoi ont-elles même tendance à s'amplifier en France ?

#### • Mots clés

facteurs socio-économiques ;  
inégalités ; santé ; facteurs socio-  
psychologiques.

**Abstract. Obstacles to the knowledge on health inequalities: between political choices, republican ideology and social representations (Part 2: psychosocial perspective)**

Social inequalities, which are also expressed in the sphere of health, are still unknown because they call into question the principle of French republican equality. But how are these inequalities built, and why do they even tend to increase in France?

#### • Key words

factors; socioeconomic; inequalities; health; factors; psychological.

DOI: 10.1684/med.2018.304

# Des obstacles à la connaissance des inégalités de santé

## Deuxième partie : perspective psycho-sociale\*

### Entre choix politiques, idéologie républicaine et représentations sociales

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont particulièrement marquées en France en matière de mortalité aux deux extrémités de l'éventail social [1]. Il existe ainsi un écart de 7 ans entre l'espérance de vie d'un cadre et celle d'un ouvrier, lequel a un risque de souffrir d'un cancer deux à trois fois supérieur<sup>1</sup>. Le taux de mortalité évitable et prématuré dans l'Hexagone est parmi les plus élevés des pays développés. La mortalité des hommes français de 45 à 59 ans exerçant une profession manuelle dépasse de 71 % celles des non manuels, alors que cette surmortalité varie de 35 à 55 % dans d'autres pays européens [2]. Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, ces inégalités sociales de mortalité ont eu tendance à s'accroître ces dernières années [3]. D'anciennes et de nouvelles représentations de l'individu, des méconnaissances et des dénis de réalités sociales peuvent expliquer ces données statistiques inquiétantes.

### Des facteurs sociaux encore sous-estimés : le mythe de l'individu libre

Pour rappel, l'état de santé d'une population ne dépend de son système médical que pour environ 1/5<sup>e</sup>, le reste relevant de facteurs proprement sociaux. Ces derniers renvoient aux conditions d'existence, aux ressources économiques ou culturelles des personnes, qui sont alors inégalement exposées à des risques pour leur santé et cela avant même leur naissance. Par la suite, les accidents et les pathologies qui en découlent s'inscrivent dans un parcours de vie socialement déterminé [4]. Autrement dit, les ISS sont attribuables, pour l'essentiel, à des circonstances indépendantes de la responsabilité individuelle.

La tendance à responsabiliser la personne ou « le patient » par rapport à sa santé n'est donc pas fondée. Mais il subsiste dans notre société une croyance répandue selon laquelle il suffirait d'avoir dans la vie une « alimentation saine + activité physique + équilibre psychologique »<sup>2</sup> pour être et rester en bonne santé. Cette croyance est fondée sur un mythe, sur une figure idéale du sujet « libre et autonome », capable de choisir ce qui lui convient en matière de santé, comme de travail [5].

\*Première partie : Vega A. Lutter contre les inégalités sociales de santé : une mission impossible ? *Médecine* 2016 ; 12 (8) :368-71.

<sup>1</sup> Un cadre de 35 ans peut espérer vivre en moyenne 73 % de son espérance de vie totale sans incapacité, contre seulement 60 % pour un ouvrier.

<sup>2</sup> Cazin E. *Médecine intégrative : médecine du futur ?* Prévention Santé. L'émission du bien-être et de la santé. 2017. <https://www.prevention-sante.eu/actus/medecine-integrative-medecine-futur>

En revanche, les ISS se réduisent dans les pays où des politiques publiques globales et égalitaires favorisent les soins prénataux et l'accès équitable à l'instruction, à un emploi de qualité, à un logement et un revenu décent, et à une protection sociale universelle. C'est notamment le cas de la Suède, des Pays-Bas et de la Finlande, dont les gouvernements ont impulsé ou accompagné les efforts associés de l'ensemble des professionnels de santé, du secteur social et des territoires, qui travaillent dans une démarche communautaire avec les populations et les milieux associatifs.

Par contraste, la France se caractérise par une faible culture gouvernementale coordonnée et par un système de santé qui n'a pas été conçu dans une logique de coopération entre les professionnels des secteurs médico-sociaux (le premier comité interministériel sur la santé a été d'ailleurs créé récemment). De plus, ces derniers sont loin d'être systématiquement sensibilisés aux déterminations sociales de santé en formation initiale, alors que « le colloque singulier » masque les conditions sociales des protagonistes, chez des professionnels médicaux comme chez des travailleurs sociaux traditionnellement plus tournés « vers la relation individuelle que vers l'intervention collective » [6]. Enfin, non seulement le corps médical français s'est imposé comme seul compétent dans le domaine de la santé, mais les médecins restent également peu formés à travailler avec les principaux concernés : les soignés, leurs proches et/ou leurs représentants.

Cette dernière tendance dépasse de loin ces professionnels : elle renvoie à d'anciennes représentations toujours dominantes dans la société, bien représentées aux plus hauts échelons des politiques publiques. Ainsi, malgré un contexte épidémiologique sans précédent (ISS, comorbidités, pathologies chroniques), « le patient » reste pensé comme un acteur secondaire de « passage » dans les structures de soins, et la santé comme relevant de la médecine.

La représentation du rôle de la médecine reste inchangée, d'où pour finir trois barrières redondantes dans les recherches :

- Premièrement, la difficulté à envisager le rôle modeste des professionnels de la santé... pour améliorer la santé des populations, et plus encore à prendre acte que, selon l'OMS, « les soins de santé prodigués par des spécialistes et en milieu hospitalier ne satisfont pas d'importants besoins en matière de santé et de bien-être » [7]. Et comme ces derniers sont coûteux, on tente actuellement de refaire du médecin généraliste un pivot.
- Deuxièmement, la tendance à sous-estimer, voire à dénier l'existence des ISS : « c'est un effet de mode ».
- Et pour finir, la persistance à vouloir changer plutôt les modes de vie des personnes, en fait souvent celles « d'en bas », alors que les politiques de réduction des inégalités sociales devraient s'adresser à l'ensemble de la société [8].

Les orientations politiques actuelles demandent en effet à ces personnes d'adopter les comportements des groupes majoritaires afin d'atteindre l'égalité en santé. Il ne s'agit donc pas d'agir sur les déterminants des inégalités de santé, mais d'y parvenir en uniformisant les comportements des individus, en prenant pour référence

les comportements des groupes sociaux les moins défavorisés... puisque, selon les données épidémiologiques, ils sont en meilleur état de santé [9].

## Le poids de l'idéologie républicaine : des rapports de domination renforcés ?

Les inégalités face à la santé sont avant tout des inégalités sociales à l'intérieur de la société, renvoyant à la notion de gradient social (variation progressive de l'état de santé en fonction du statut socioéconomique). Mais en France, la croyance en l'égalité – présente dans le discours idéologique – est un autre obstacle à la reconnaissance des différences entre catégories sociales [10]. Entre égalité imaginaire et inégalités réelles des rapports sociaux, des attitudes inconscientes et défensives se développent : dénis, mais aussi « récits institutionnels » fondés sur des catégorisations, à commencer par des décideurs politiques [8]. La réalité est alors réduite à des catégories. Or, d'une part, penser les inégalités sociales uniquement en termes de pauvreté, d'exclusion et de « précarité » « invisibilise » les processus de (re)production des inégalités sociales, de même que l'orientation actuelle des débats et des réflexions sur la « vulnérabilité » [11]. D'autre part, la construction de catégories comme celle de « migrants » contribue sur le terrain à renforcer des inégalités sociales face à des pathologies comme le diabète [8].

Mais faute d'établir de façon rigoureuse les relations de causalité entre les rapports de domination et la dégradation de la santé, les actions de réduction des ISS continuent en France à se focaliser sur l'accès aux soins des « publics » les plus défavorisés. La loi s'adresse surtout aux catégories de pauvres, d'exclus et aux plus démunis, en l'occurrence en matière de santé, aux bénéficiaires de la couverture maladie (CMU, AME, CMUc, ACS). Or, en ne s'attaquant qu'au « petit bout de la lorgnette » des ISS, les politiques marginalisent la question structurelle des rapports de domination dans le débat public sur les inégalités sociales.

Ceci a de nombreuses conséquences négatives du côté des soignés comme de celui des soignants. Premièrement, sans compter les difficultés de personnes à accéder à leurs droits, rendre visible ces catégories expose des patients à des refus de soin. De plus, des observations du travail de professionnels de santé hospitaliers révèlent des discriminations dans l'accès aux soins et des traitements inégaux des problèmes de santé touchant certaines catégories de populations. Par exemple, sous prétexte de raisons administratives, des patients syriens, algériens ou ivoiriens se voient refuser des consultations par des assistantes sociales, des médecins et des infirmières. Ces logiques de tri en défaveur de patients « pauvres » et « étrangers » ont tendance à s'amplifier, y compris dans le secteur public, par suite de l'accroissement des contrôles budgétaires dont la responsabilité échoit à l'ensemble des

partenaires : administrations, professionnels de santé et travailleurs sociaux [12].

En outre, ces études sociologiques montrent que ces professionnels se représentent souvent ce type de patient négativement, par exemple comme des personnes « qui se croient tout permis » et « viennent consulter pour le moindre petit problème » [13]. Il s'agit d'un angle de vue partiel, voire erroné puisque, objectivement, on continue au contraire à assister depuis les années 1980 à la fois à une sous-médicalisation des franges les moins favorisées et à une surmédicalisation des catégories sociales favorisées [14].

Enfin, l'offre de soins répartie de façon inégalitaire sur l'ensemble du territoire français induit une densité différente de médecins. Globalement, le délai d'accès aux soins s'allonge à mesure que l'on s'éloigne de la préfecture du département, des grandes villes, de la capitale. Autrement dit, l'organisation et le fonctionnement du système de soins transforment, par des processus de segmentation, de sélection et de relégation, les inégalités sociales en inégalités de santé.

Mais ces réalités des traitements différenciés tendent elles aussi à être « invisibilisées », car opposées au caractère universel des droits à la santé, donc à l'idéologie de l'égalité républicaine qui participe aussi à réduire la reconnaissance de la réalité, voire à la déformer.

## Des logiques qui maintiennent des inégalités sociales de santé : illégitimité et stéréotypes

En France, le poids de l'idéologie républicaine a une dernière conséquence cachée : les personnes qui persistent à ne pas entrer dans les normes culturelles, dispositifs institutionnels et/ou outils médicaux institués pour eux, sont souvent perçues comme déviantes. Autrement dit, l'écart par rapport à cette idéologie apparaît comme non justifié, illégitime.

L'illégitimité opère le plus souvent au travers de stéréotypes (processus de catégorisation ou représentations négatives), formes de connaissances dites « de sens commun ».

Parmi les caractéristiques d'illégitimité, on trouve l'âge, le sexe, la couleur de peau (phénotype), l'irrégularité du séjour en France, mais aussi l'orientation sexuelle, l'origine sociale ou ethnique réelles et supposées. Perçues comme suspectes, non justifiées, ces caractéristiques peuvent être transformées en critères d'illégitimité.

Certaines populations considérées comme illégitimes, car perçues comme déviantes et menaçantes deviennent indésirables : pauvres, personnes sans domicile fixe, étrangers, ou immigrés des pays du tiers-monde voient leurs droits à la santé de plus en plus limités par des politiques de plus en plus restrictives et répressives qui font peser sur ces groupes la suspicion et la nécessité de prouver sans cesse leur situation.

De plus, des personnes cumulent plusieurs critères d'illégitimité : par exemple femmes noires, non diplômées souffrant à la fois de pathologies mentales et de cancer métastasé, ou ouvriers isolés socialement atteints de maladies chroniques et suspectés de toxicomanie ou d'alcoolisme. Ces personnes subissent alors des injustices sociales dans la société comme à l'hôpital et en cabinets de ville, injustices situées à l'intersection des processus de domination ethnique, de classe sociale et/ou de genre : c'est une logique dite d'intersectionnalité. Du fait de leur illégitimité, d'après les résultats de l'étude CORSAC, leur parole est jugée moins fiable, voire dénigrée, et leurs douleurs sont moins entendues [15]. Autrement dit, des formes plus ou moins larvées de racisme, xénophobie et sexisme, qui sont parmi « les plus flagrants facteurs d'inégalités, sont eux aussi associés aux injustices sanitaires, à la fois conséquences et causes des inégalités dans la société ».

Pour en rester au secteur hospitalier, c'est surtout sur ces populations que s'opèrent des répartitions inégalement (sociale et épidémiologique) selon les types d'établissements, y compris sur des critères ethniques [12], le plus souvent de façon inconsciente. Car, selon les psychosociologues, tris et sélections doivent contrecarrer et prévenir une perturbation, une crise, exclure la source d'un désordre. Aussi, dans les hôpitaux publics, certaines filières spécialisées séparent les malades étrangers des malades français. Des regroupements ethniques sont autant de lieux de relégation sociale [11] : des Permanences d'Accès aux Soins de santé (PASS) dont psychiatriques, des services d'addictologie, des services d'urgences et des CHAPSA (Centre d'hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-abris), ou des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et Centres Médico-psycho-pédagogiques (CMPP) pour le suivi de la santé mentale en dehors de l'hôpital, sans parler des réseaux et organismes caritatifs à qui on délègue de plus en plus les soins aux populations les plus démunies.

## Des professionnels face à la saturation des centres d'hébergement : un nécessaire changement de paradigme ?

Dans des espaces de soins spécialisés comme les PASS psychiatriques, on trouve des publics divers, mais souvent des migrants et des français d'origine immigrée ayant comme point commun une vulnérabilité sociale. Selon certains psychiatres, confrontés dans leur pratique quotidienne aux conditions difficiles dans lesquelles vivent ces patients, l'aide à apporter est sociale et non médicale. L'obtention d'un titre de séjour, un travail, un logement serait bien le préalable pour résoudre ou du moins amorcer une solution à ces situations, en inscrivant l'action médicale en concordance et en partenariat avec les autres acteurs du réseau socio-sanitaire [16]. Or, selon des assistantes sociales, aider les

personnes à accéder à leurs droits – comme obtenir une place en centre d'hébergement – est tout sauf une sinécure pour les personnes sans logement : « *je leur conseille de ne pas appeler le 115 ni de leur portable ni d'un téléphone fixe, mais d'une cabine téléphonique : comme ça, leur présence à la rue est bien prouvée (...). Même moi, je ne téléphone pas pour eux de mon poste car il est connu du 115, et la demande risque de ne pas être prise en considération : le 115 estime que cette personne a un appui socio-administratif. Il faut que la personne soit réellement à la rue et sans appui, comme ça avec un peu de chance elle peut avoir un hébergement pour la nuit* ». En outre, le fait que des personnes ne maîtrisant pas la langue française doivent elles-mêmes appeler constitue pour certains un obstacle. Et quand bien même, le 115 peut leur trouver un logement, mais à plusieurs dizaines de kilomètres du centre.

De même, c'est grâce à l'intervention des humanitaires que les sans-abri, ramassés dans la rue, arrivent à l'hôpital dans des conditions sanitaires alarmantes, et souvent en urgence. Or, faute de formation ou de présence de soignants issus des filières psychiatriques, leur prise en charge reste centrée sur les difficultés des professionnels à mener à bien les suivis thérapeutiques. Plus précisément, selon des observations menées au sein de CHAPSA, toute une partie du personnel médical connaît fort mal les spécificités socio-psychologiques de la population dont elle a la charge, et a donc du mal à s'adapter aux malades, majoritairement des hommes, souvent d'anciens détenus et des personnes souffrant de difficultés psychiques ou psychiatriques lourdes<sup>3</sup>.

De plus, les représentations des gens à la rue sont autant de freins aux traitements. En effet, mais comme dans d'autres structures, des professionnels manifestent aussi un certain « rejet » à l'égard de ce public errant, renvoyant à un double obstacle oscillant entre catégorisation et surestimation de la réalité. Ainsi, le sans-domicile fixe reste souvent catalogué comme ayant un comportement « antisocial » ; il suscite du dégoût (patients « sales », beaucoup « sentent mauvais », quelques-uns sont « incontinents ») [17], et les délires qui semblent toucher certains patients font peur aux soignants. À tel point que beaucoup d'entre eux refusent parfois de leur parler ou de leur serrer les mains, et cherchent même à éviter les cas « les plus agités » [18].

Enfin, comme dans de nombreuses institutions de santé, les renoncements et la non-observance du traitement médical restent souvent assimilés par les professionnels à la tendance à « nier » sa maladie ou à ne pas respecter volontairement les recommandations du médecin [8, 19]. Or, le problème est beaucoup plus complexe du point de vue des principaux intéressés.

## De l'errance des plus démunis aux troubles psychiques : penser autrement les ISS

L'insuffisance des centres d'accueil d'urgence fait l'unanimité auprès des associations d'aide aux sans-abri, qui dénoncent l'excessive augmentation de la demande et déplorent le manque de structures pérennes en France. En effet, comment supporter « *la fatigue consécutive à un traitement lourd quand on vit dans une mesure, dans un centre d'hébergement d'urgence qui nous met dehors à 8 heures du matin ou même à la rue* » ? [20]. Quant à l'errance (ou vagabondage), elle devrait être abordée sous l'aspect d'instabilité sociale, de cumul d'insécurité favorables à des pathologies du « lien social » [19] : dont l'absence de logement, mais aussi la rupture des liens familiaux et l'isolement, puisque l'errance est elle-même l'effet d'une rupture et d'une absence de relation (la personne errante étant par définition celle qui a rompu toutes ses attaches).

Plus largement, plus les personnes occupent une position socio-économique défavorable et plus elles cumulent de problèmes et de risques pour leur santé dont mentale ; le problème de renoncement aux soins s'accroît au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale [21]. Cependant, ce problème ne peut être envisagé que sous le seul angle économique.

En effet, les personnes sont alors plus démunies pour mobiliser des ressources et réseaux, moins socialisées à la médecine (plus éloignées du pouvoir), et ont d'autres priorités dont la survie. Et cela, en différents endroits d'une ville sans pouvoir bénéficier pour certains, des transports en commun. Ainsi le quotidien des sans-abri est un déplacement permanent pour trouver à manger, mendier, se laver, se procurer des vêtements et se loger la nuit... avant de penser aux soins médicaux. Lorsque l'on vit dans la rue, la satisfaction des besoins primaires ou immédiats est une préoccupation quotidienne qui occulte les soucis de santé. Il en est de même pour des personnes en recherche d'emploi, de logement, pré-occupées par les démarches administratives pour l'ouverture de droits ou encore les demandes de titres de séjour pour les migrants.

Enfin, les personnes sans-abri sont davantage confrontées à des séries de barrières, dont psychologiques et en matière de stigmatisation. De fait, elles peuvent refuser d'aller même ponctuellement en institutions, par suite de souvenirs d'accueil ou de cohabitation douloureux ou encore du fait de sentiments d'infériorité ou de dévalorisation liés à leur situation. Par exemple, comment se déplacer pour aller à une consultation médicale avec « un tas de loques » et d'affaires usées les exposant aux regards des autres ? Et des errants se retrouvent à répéter les allers et retours entre les centres de soins et les structures d'hébergement, mais avec la crainte, une fois hébergés ou après un passage en consultation médicale, de ne pas retrouver leur place dans la rue – lieu de refuge familial avec leurs affaires.

<sup>3</sup> 31% du public à la rue (sans-abris) présentent au moins un trouble psychiatrique sévère. [https://www.apur.org/sites/default/files/documents/APBROAPU514\\_0.pdf](https://www.apur.org/sites/default/files/documents/APBROAPU514_0.pdf)

Dans tous les cas, ce vagabondage incessant maintient des troubles de santé, voire les aggrave : d'une part, il entraîne la perte de la couverture sociale détruisant aussi les liens avec les services sociaux et médicaux, d'autre part il expose des personnes aux maladies. Avec à la clé des taux de mortalité précoce dont le public est informé chaque année, à l'arrivée de l'hiver par les médias [22].

Personnes indésirables ou pas, on retrouverait à l'égard des sans-abri les mêmes représentations limitées de la santé. En effet, si leurs conditions de vie restent encore souvent uniquement abordées sous l'angle de l'accès aux soins, c'est parce qu'ils sont davantage exposés aux diverses pathologies chroniques graves et lourdes et échappent aux consultations médicales. Sauf que pour des sans-abri, la consultation médicale est une solution ponctuelle et il est inutile de changer ses habitudes pour revenir dans la même situation aussitôt après.

L'hébergement et les protocoles de soins ne sont donc pas adaptés aux problèmes des plus précaires dont les difficultés d'observance sont liées à leurs conditions réelles de vie, aux addictions qui à la fois anesthésient les souffrances et transforment les perceptions, et à la perte de confiance en la société, en l'institution, en les autres et en soi-même.

De ce bref état de la littérature, il ressort aussi une insuffisance des recherches sur les origines des troubles psychiques dans les politiques de la santé mentale en France. Si de nouveaux types d'accompagnement ont émergé au sein de PASS psychiatriques et via l'intervention des humanitaires pour les soins des sans-abri, ils restent confrontés à des ruptures et à des impasses majeures, les centres d'accueils de nuit posant actuellement pour les personnes en errance plus de problèmes qu'ils n'en résolvent.

## Pour résumer

Le cadre idéologique égalitaire français contraste avec la réalité des inégalités de situation.

En effet il rend invisible, non seulement le fait que les individus ne naissent pas et ne vivent pas également



### Pour la pratique

- Si les acteurs des soins primaires se doivent de prendre en compte les limites de leurs actions – au minima recueillir des informations et ainsi connaître la situation sociale de leurs patients –, il s'agirait aussi de travailler sur leurs propres représentations sociales, le plus souvent inconscientes (stéréotypes, idéologies, croyances, mythes) au risque de contribuer à accroître les ISS.

dotés, mais des traitements différenciés qui transforment les inégalités sociales en inégalités de santé.

Le système de soins n'est pas le seul rempart aux ISS : elles sont liées à l'ensemble des conditions de vie et aux relations entre les individus, incluant les représentations et catégorisations sociales. L'idéologie républicaine tend à nous faire rejeter la réalité de situations (dénis ou dénégation de faits<sup>4</sup>, perception de la réalité surestimée ou réduite à des catégories) participant aussi à « invisibiliser » voire à conforter des rapports de domination (maintien des prérogatives et privilèges des uns et dégradation des droits à la santé pour d'autres).

Faire baisser les ISS durablement nécessiterait donc d'agir sur les causes via des politiques nationales égalitaires, globales et coordonnées, engageant l'État avec de nombreux intervenants incluant les principaux concernés pour agir aussi sur les méconnaissances, croyances et processus de domination.

Mais en France, la focalisation des politiques de santé publique sur les plus défavorisés contribue à la construction sociale des inégalités de recours aux soins et à l'aggravation des difficultés des plus démunis à se faire soigner. Des caractéristiques personnelles rendent certains patients illégitimes, indésirables mais tolérés à l'hôpital.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

## RÉFÉRENCES

1. Lang T. Inégalités sociales de santé. *Science et santé* 2013 ; 16 : 18-9.
2. Cambois E, Robine JM. Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans. *BEH* 2011 ; 8-9 : 82-6.
3. Haut Conseil pour la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : HCSP, 2009 : [http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20091112\\_inegalites.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20091112_inegalites.pdf).
4. Fassin D. Discrimination en santé : enjeux politiques et significations sociales. *Profession banlieue* 2002 ; 52 : 3-21.
5. Guchet X. Le patient "actionnable" de la médecine personnalisée. *Socio-anthropologie* 2014 ; 29 : 31-51.
6. Beaud S, Confavreux J, Linaard J. *La France des invisibles*. Paris : La Découverte/poche, 2008.(670 p).
7. Santé 2020. Cadre politique et stratégie, OMS, Bureau régional de l'Europe, 2013 : 71.

8. Braud R. Construction d'une catégorie de « migrants » dans les actions de lutte contre les inégalités face au diabète en France. [Thèse de sociologie]. Université Sorbonne. Paris Cité. 2017.

9. Pietrantonio L. Égalité et norme. Pour une analyse du majoritaire social. *Mots. Les langages du politique* [En ligne], 78 | 2005, mis en ligne le 31 janvier 2008, consulté le 03 octobre 2017. URL : <http://mots.revues.org/431>.

10. Kaes R. *L'idéologie, l'idée, l'idole*. Paris : Dunod, 2016.

11. Lecarpentier M, Lhuillier D. Précarité, santé et soins. In : PH Bréchat, J Lebas. *Innovover contre les inégalités de santé*. EHESP, 2012 : 23-38.

<sup>4</sup> Pour les psychosociologues, le déni est un processus, plutôt individuel, de négation ou non considération d'une partie de la réalité ; alors que la dénégation est un processus collectif fondé sur des alliances inconscientes entre les membres d'un groupe social.

12. Gelly M, Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone* 2016 ; 58 (1) : 7-18.

13. Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins, Didier Fassin (dir), Rapport d'étude N°5, Direction de la population et des migrations, Bobigny, CRESPI, 2002.

14. Carricaburu D, Menoret M. Sociologie de la santé. Paris : Armand Collin, 2004.

15. Carlson LE, Angen M, Cullum J, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004 ; 90 : 2297-304.

16. Chatelard S, Burnand B, Vaucher P, et al. Le médecin face aux inégalités sociales de santé : quel pouvoir d'action ? *Rev Med Suisse* 2012 ; 8 : 1061-6.

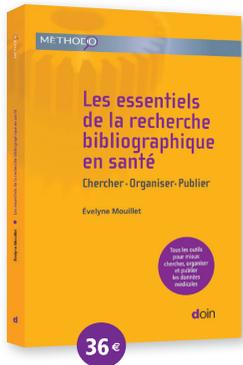
17. Memmi D, Raveneau G, Taïeb E. La puissance sociale du dégoût [Internet]. Presses universitaires de Rennes ; 2016 [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01371552>.

18. Benoist Y. Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences Sociales et Santé* 2008 ; 26 (3) : 5-34.

19. Naamouni K. L'automédication et la prise en charge du diabète au Maroc. Actes\_Colloque-AeQ2016\_Nantes, [https://www.automedication.sciences.conf.org20.Quesemand-Zucca.S.Je vous salis ma rue](https://www.automedication.sciences.conf.org20.Quesemand-Zucca.S.Je%20vous%20salis%20ma%20rue). Paris : Stock, 2007.

21. Farina C. De l'errance à l'attachement, le « sans abrisme » une pathologie du lien. Diplôme supérieur en travail social (D.S.T.S). Lyon ; 2008.

22. IPSOS. Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France. 2017.



**36 €**

## Les essentiels de la recherche bibliographique en santé

Chercher • Organiser • Publier

S'adressant à tous les acteurs de santé, cet ouvrage leur apprend à :

- **conduire une recherche documentaire pertinente,**
- **sélectionner les documents utiles,**
- **gérer une veille bibliographique,**
- **connaître les règles de la rédaction bibliographique.**

MÉTHODO

Les +

- points importants à retenir
- recommandations de lecture
- exemples illustrés
- 28 exercices avec corrigés de mise en pratique pour s'entraîner et s'auto-évaluer
- glossaire anglais/français rassemblant les termes spécifiques les plus fréquemment rencontrés

Collection *Méthodo*

- Septembre 2016
- 16 x 24 cm / 208 pages
- ISBN : 978-2-7040-1471-2

Evelynne Mouillet

Bibliothécaire, chargée d'enseignement / Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED), Université de Bordeaux

John Libbey EUROTEXT

Ouvrage disponible sur [www.jle.com](http://www.jle.com)

