

LES DETERMINANTS DE LA VULNÉRABILITÉ

La pauvreté en France reste marquée par une impressionnante inertie. Les enfants « héritent » en quelque sorte de la pauvreté de leurs parents : ils résident dans des zones défavorisées, ont davantage de difficultés scolaires et dès lors un accès plus difficile à l'emploi. Pour briser ce cercle vicieux de reproduction de la pauvreté, il est indispensable d'aller au-delà des aides monétaires octroyées aux plus modestes et de s'attaquer aux déterminants de la vulnérabilité (l'échec scolaire, les difficultés d'insertion professionnelle, la concentration de la pauvreté dans certains quartiers, le mal-logement, la santé, etc.) [46], [51].

Cette synthèse a pour objectif de dresser un portrait des enjeux et problématiques des déterminants de la vulnérabilité en France. Elle apporte un éclairage sur les différents concepts liés à la vulnérabilité, les contextes et systèmes dans lesquels elle s'inscrit et la santé des personnes vulnérables. Ce document accompagne la réflexion du groupe de travail « Vulnérabilités et santé » du Pôle ressources en promotion de la santé de Bretagne.



Sommaire

Concepts / Politiques / Démographie / Inégalités territoriales / Représentations / Education / Protection sociale / Chômage - Emploi / Santé

L'essentiel

- L'émergence des **familles monoparentales**, composées à 85% de femmes, représente près d'un quart de la population pauvre.
- Les **femmes** et **jeunes adultes** sont davantage impactés par les inégalités sociales et géographiques. Touchés par le **chômage** ou exerçant un **emploi précaire**, ils révèlent une **santé plus dégradée** que les personnes à la situation sociale plus favorable. Souvent amenés à **reporter les soins**, ils sont également nombreux à y **renoncer** et à faire preuve de **réticence face aux campagnes de prévention**.
- **L'appauvrissement progressif des seniors** est une réalité. Ils sont nombreux à cumuler emploi et retraite pour subvenir à leurs besoins, à vivre avec une pension de retraite plus faible lorsque l'un des conjoints décède, à habiter dans un logement inadapté à leur vieillissement (précarité énergétique, vétusté, équipement).
- Les **agriculteurs** ne sont pas épargnés. Les difficultés financières, de travail, personnelles rencontrées peuvent affecter leur **santé mentale** en raison du stress et de l'insécurité qu'elles provoquent. Même constat pour les **jeunes adultes en insertion** qui sont deux fois plus nombreux à témoigner d'une souffrance psychique.
- De nombreuses personnes ne trouvent pas d'**hébergements** adaptés à leurs besoins produisant des effets négatifs sur leurs **conditions de vie**, leurs **santé** et l'**éducation** de leurs enfants.
- **L'environnement familial et social** et plus particulièrement le niveau d'instruction des parents joue, également, un rôle dans la **réussite scolaire** des enfants et dans leurs **développements cognitifs et relationnels**. L'école qui souhaite relever le défi d'assurer la « réussite de tous » ne mobilise pas suffisamment les méthodes pédagogiques permettant de **renforcer l'estime de soi** des élèves les plus vulnérables.
- Les **préjugés** envers les personnes vulnérables, qu'ils soient culturels ou sociaux, sont encore présents et ont de graves conséquences sur ces publics.
- En **Bretagne**, les zones urbaines ont des inégalités plus marquées et les zones rurales un taux de pauvreté plus élevé (12 à 18%).
- Des **partenariats** entre acteurs du milieu médical et du secteur social, médico-social sont à renforcer pour faciliter l'accès aux soins de ces publics.
- Une opportunité de **rapprochement des politiques et acteurs du logement et de la santé** existe sur la question des inégalités.

Eclairage sur quelques concepts-clés

D'une manière générale, les indicateurs retenus pour caractériser le champ de la lutte contre les exclusions font référence à trois notions qu'on l'on peut définir de la manière suivante :

1/ La notion de pauvreté se réfère à la participation des individus, à l'activité économique et à la distribution des revenus.

Le concept actuel de pauvreté renvoie à un fait statistique qui définit un seuil de pauvreté dans une culture donnée. En France, selon l'Institut national de la statistique et des études économique (Insee) : « un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. » Le seuil de pauvreté est un repère chiffré de référence, qui est calculé en proportion du revenu médian. En 2015, il était inférieur à 846 euros (seuil à 50% du revenu médian) ou 1 015 euros (seuil à 60%), soit 9 millions de personnes dont 3 millions d'enfants concernés en France. En 1984, le Conseil des ministres européens ne réduisait pas la pauvreté au seul revenu monétaire mais mettait l'accent sur le caractère multi-dimensionnel de la pauvreté : « *sont considérées comme pauvres, les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent* ». [2], [8], [23], [54]. D'autres indicateurs sont, ici, pris en compte, comme les conditions de vie des ménages pauvres, l'accès aux droits, au logement ou à la culture.

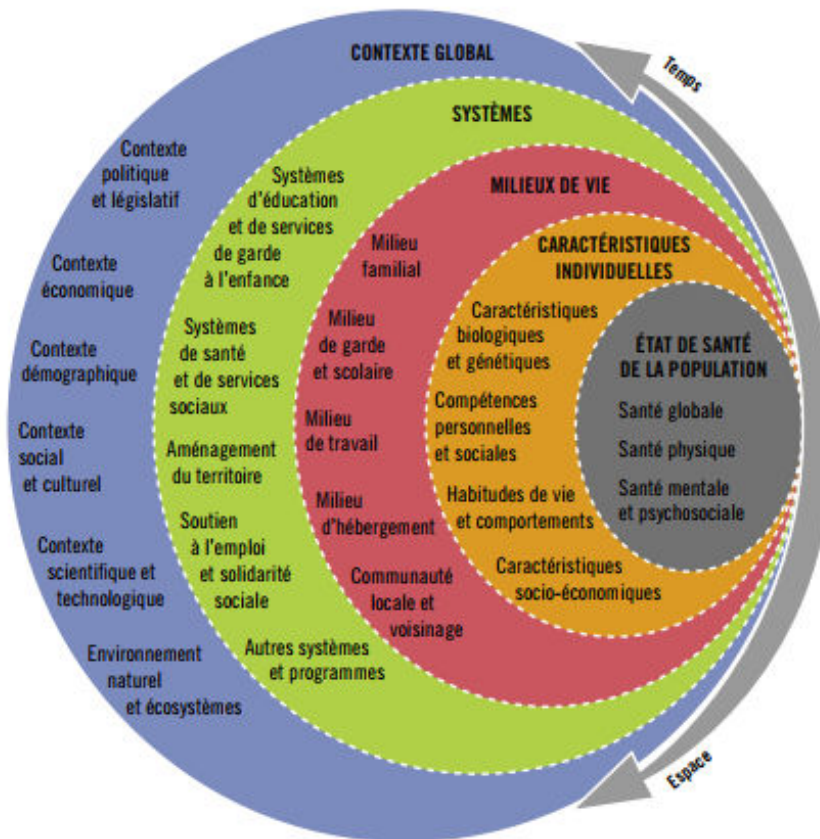
2/ La situation de précarité est caractérisée par le caractère incertain, aléatoire ou irrégulier des ressources

(CDD, intérim, chômage, maladie, etc.) et par la fragilité qui résulte de cette insécurité dans la vie quotidienne, familiale et sociale [54]. Le Conseil économique, social et environnemental, dans son Avis de 1987 sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » définit la précarité comme la condition qui résulte d' « *absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins grave et définitive* » [1], [2], [3], [9], [23].

L'état de santé des populations ayant un désavantage social est globalement plus dégradé que celui des populations plus avantagées.

L'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale est désormais bien documentée et définit les inégalités sociales de santé comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* ». Cette définition met en lumière le fait que les inégalités sociales de santé sont considérées comme évitables.

Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits. » [22], [67], [68].



Carte de la santé et de ses déterminants
Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

En fonction de son importance, l'insécurité économique accroît les risques de vulnérabilité aux événements. **Parler de vulnérabilité**, c'est parler d'exposition, de menace, de risque, de réduction de préjudice et de capacité. Etre vulnérable, c'est être exposé à des facteurs de risque (personnels, sociaux, environnementaux), qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes et des communautés sur un territoire. [8]

3/ La situation d'exclusion concentre les effets extrêmes de la précarité ou de la pauvreté [54]

quand celle-ci « affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » [1], [2], [3], [9], [23]. Elle se caractérise par la simultanéité de trois dimensions [55] :

- ⇒ Un cumul de plusieurs situations objectives de privation (emploi, revenus, droits, etc.), de relégation ou d'enfermement dans des espaces sociaux ou économiques « marqués » (logement, section d'éducation spécialisée, etc.)
- ⇒ Un rapport social symbolique « négatif », objectif (stigmatisation d'un quartier, etc.) ou subjectif (auto-exclusion)
- ⇒ Une rupture des liens sociaux traditionnels (perte du statut de salarié, rupture familiale, etc.) qui « désinsère » et opère un déclassé social.

Depuis les années 1990, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion est une priorité des politiques publiques [6]. Elle concerne tous les niveaux politiques de la commune à l'Etat [8]. On note ainsi une volonté politique forte pour réduire les inégalités sociales de santé et les disparités territoriales via la Loi de modernisation de notre système de santé, les contrats locaux de santé, les plans communaux de santé, etc. [8]. Or depuis 60 ans, le système de santé français est construit sur un système biomédical curatif et un accès aux soins inadapté aux personnes vulnérables puisqu'il suppose que chacun porte une même attention à sa santé, possède un niveau de connaissance suffisant et toute l'information nécessaire pour prendre en charge sa santé [8], [18]. La nouvelle loi de santé (Janvier 2016) mentionne les principales préoccupations à l'égard de cette population. Elle vise une amélioration du système de santé aux populations vulnérables, mais l'accès aux soins préventifs reste encore trop peu développé [8]. De plus, la France peine à sortir de la crise du logement, malgré les nombreuses réformes engagées depuis la loi Besson de 1990 qui garantit un logement stable pour tous. Une partie de la population ne trouve pas d'hébergement adapté à ses besoins produisant des effets négatifs sur ses conditions de vie, sa santé et l'éducation de ses enfants [8]. Logement et santé constituent deux mondes séparés (politiques et acteurs différents), pourtant ils sont véritablement interdépendants. Une opportunité de rapprochement existe sur la question des inégalités puisqu'elle interpelle les acteurs du champ sanitaire, ceux de la lutte contre les exclusions et ceux du logement [36].

En Bretagne, le nouveau programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) vise l'amélioration de l'accès des personnes en situation de précarité et d'exclusion au système de santé et la promotion des comportements favorables à la santé. Il propose plusieurs pistes d'actions :

- ⇒ Faire évoluer l'offre en dispositifs spécifiques pour mieux l'organiser en réponse aux besoins des personnes sur l'ensemble du territoire et pour mieux l'articuler avec le système de santé de droit commun ;
- ⇒ Adapter le système de santé de droit commun afin d'améliorer l'accès des personnes en situation de précarité ;
- ⇒ Consolider la démarche de prévention et de promotion de la santé auprès des personnes en situation de précarité afin qu'elles adoptent des comportements favorables à la santé et qu'elles deviennent acteurs de leurs démarches de santé ;
- ⇒ Améliorer les parcours de santé et de vie des personnes en situation précaire par une meilleure organisation et articulation des acteurs. [48]

Démographie de la vulnérabilité

Le tableau de bord de la pauvreté et de l'exclusion sociale de l'ONPES (Observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale), publié en 2015, présente un panorama chiffré des dimensions et évolutions récentes de la pauvreté et de la précarité en France [5], [69].

Extrait de l'évaluation de la pauvreté et de l'exclusion sociale selon les indicateurs de l'ONPES - (2003-2013)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taux de pauvreté à 60 %	13.1	13.4	13	13.5	14 (*)	14.3	13.9	14
Taux de pauvreté à 50 %	7	7.2	7.1	7.5	7.7 (*)	7.9	8.1	8
Taux de pauvreté en conditions de vie	12.7	12.5	12.9	12.6	13.3	12.5	11.9	12.5
Niveau de vie médian des 65 ans et + / aux 18-64 ans	0.94	0.92	0.93	0.94	0.93 (*)	0.95	0.97	0.99
Taux de pauvreté des familles monoparentales	30	30.2	30	30.9	32.3 (*)	32.1	33.1	32
Taux de pauvreté des enfants	17.7	17.9	17.3	17.7	19.4 (*)	19.6	19.6	19.6
Taux de pauvreté en emploi	6.4	6.6	7 ⁽¹⁾	7	7 (*)	7	7.4	6.5
Taux de demandeurs d'emploi non indemnisés				31.7	32.4	33.5	34.9	36.5
Taux de sortants du système scolaire à faible niveau d'études	12.7	12.8	11.8	12.4	12.7	12.3	11.8	9.7
Personnes en situation de pauvreté monétaire, ou e conditions de vie, ou appartenant à un ménage	18.8	19	18.5 (*)	18.5	19.2	19.3	19.1	18.1

(*) Rupture de série / ⁽¹⁾ Changement d'enquête

En 2013, la vulnérabilité en conditions de vie (consommation, insuffisance de ressources, retard de paiement, difficultés de logement) a concerné 12,8% des ménages métropolitains. Plus précisément, 14,7% des ménages ont déclaré une ou plusieurs insuffisances de ressources, 13% ont mentionné connaître des restrictions de consommation, 8,3% des retards de paiement et 6,6% ont indiqué de mauvaises conditions de logement. [5]

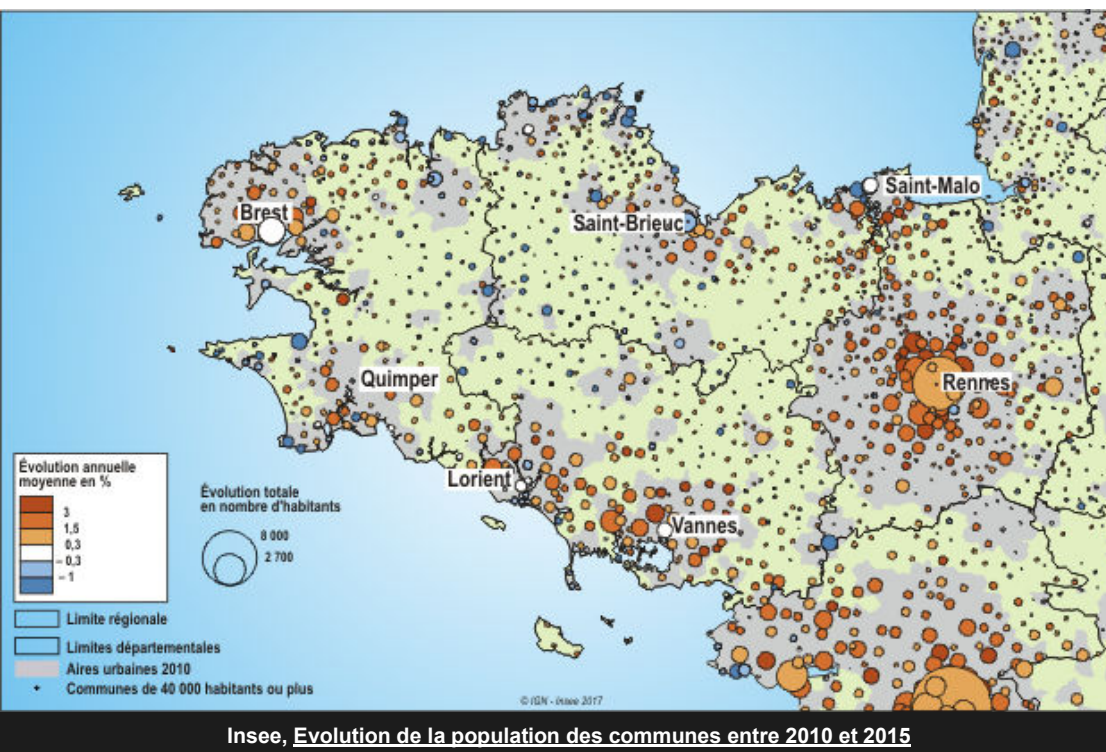


L'émergence des familles monoparentales, composées à 85% de femmes, représente l'évolution majeure des familles de ces trente dernières années [6], [8], [12], [47]. La part des familles monoparentales dans l'ensemble des familles avec des enfants de moins de 18 ans est passée de 12,4% en 1990 à 22,2% en 2013, selon l'Insee [59]. Parmi les 5,7 millions de personnes qui vivent dans une famille monoparentale, plus du tiers sont considérées comme pauvres [5], [6], [12]. Cette situation s'explique d'abord par le fait que ces familles n'ont comme ressources que les revenus d'une seule personne, le plus souvent suite à une séparation et que ce parent seul doit faire face aux charges courantes avec son seul revenu [12]. Ce n'est pas la seule raison. Dans près de 9 cas sur 10, cette personne est une femme. Et ces femmes sont en moyenne bien plus souvent inactives, et, sinon, moins bien rémunérées, et davantage en temps partiel, que les hommes. Elles peuvent être confrontées à l'épuisement, à l'absence de répit dans le quotidien, cumulant parfois plusieurs emplois pour des raisons financières, seules à gérer les tâches quotidiennes, à s'occuper de l'éducation des enfants, ajoutant la détresse à la fragilité économique [8], [12]. Aujourd'hui, une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté [8] et multiplie par plus de deux le risque de pauvreté des enfants [12].

Quant aux retraités, leur taux de pauvreté a poursuivi sa tendance à la baisse débutée en 2011, mais il diffère suivant l'âge. De 65 à 74 ans, il est de 5,6% alors que chez les plus de 75 ans, il est de 8,5%. Les femmes bénéficient en moyenne d'une retraite plus faible que les hommes et avec le décès du conjoint, une part de revenu disparaît aussi [5]. Par conséquent, de nombreux seniors, en majorité des femmes, vivent en dessous du seuil de pauvreté. Ils étaient, par exemple, un demi-million à vivre seul avec le minimum vieillesse, soit 803 € par mois en avril 2017 [26]. Ces personnes âgées ont du mal à faire face à l'augmentation des produits de première nécessité ou de l'énergie, aux charges liées au logement, aux dépenses de santé mal ou pas remboursées [27], appauvrissement progressif constaté par le Secours Catholique qui note une augmentation significative de la part des seniors du total des personnes accueillies, soit 5 points de plus entre 2010 et 2016 [3].

En Bretagne,

la population augmente de 18500 personnes (+0,6%) en moyenne chaque année, atteignant 3,3 millions d'habitants au 1er janvier 2016 [4]. Le taux de pauvreté en Bretagne est de 10,8% et représente le plus faible taux de toutes les régions de France se situant 3,9 points en dessous de la moyenne nationale. Cela résulte d'une moindre proportion



de bas revenus, liée à un faible taux de chômage et à un taux d'activité des femmes de 25 à 54 ans supérieur à la moyenne (90,1% en Bretagne contre 87,2% pour la France métropolitaine). Situé au 2ème rang après les Pays de la Loire, c'est aussi l'une des régions les moins inégalitaires (rapport des seuils haut et bas de 2,9 contre 3,5 pour la moyenne nationale) [70].

Inégalités territoriales

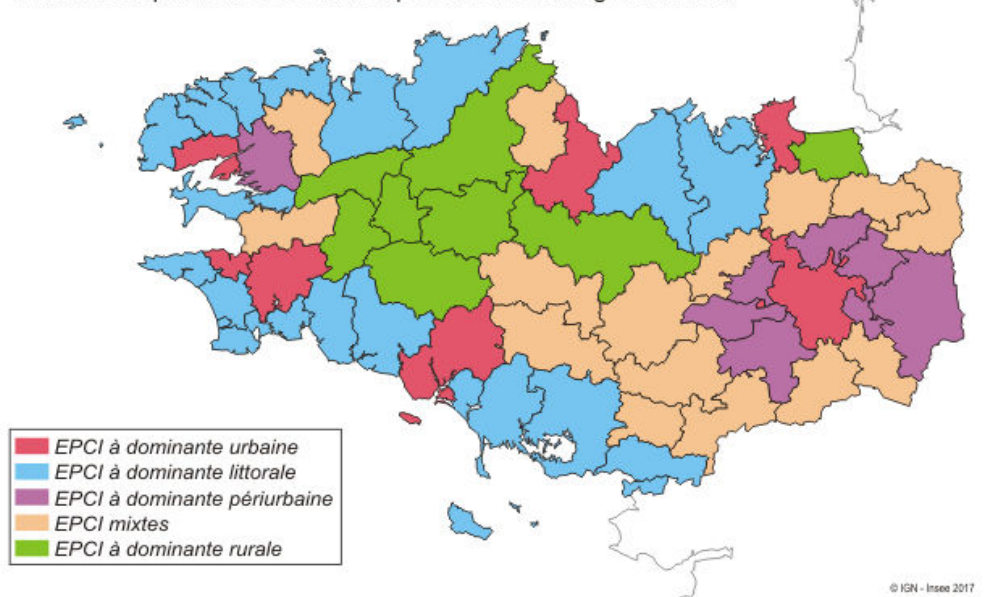
Historiquement, la pauvreté a longtemps été un problème rural, aujourd'hui ce n'est plus le cas puisqu'elle est aussi très présente dans les Zones urbaines dites sensibles [6]. L'accès aux soins y est plus difficile et conditionné à de nombreux facteurs : la mobilité qui peut constituer une entrave notamment pour les plus précaires, la désertification médicale, la situation socio-économique des habitants. Des solutions existent, comme les regroupements sous forme de maisons de santé pluridisciplinaires et le développement de la télémédecine [8].

Les femmes en situation de vulnérabilité sont les premières personnes concernées. Leur inactivité et/ou précarité sont vraisemblablement davantage banalisées, par les habitants comme par les acteurs publics, du fait d'un poids du genre et des stéréotypes de sexe plus prégnants qu'ailleurs. Ainsi, dans les quartiers en Zones urbaines sensibles (Zus), les femmes sont mères plus tôt (une femme de moins de 25 ans sur cinq est mère, soit plus du double des femmes hors Zus). En zones rurales, près de 39% des femmes sont employées à temps partiel (contre près de 29% pour les femmes au plan national) ; elles assument la prise en charge des enfants et les tâches domestiques et doivent faire face aux freins liés à la garde des enfants, à la mobilité, etc. [47].

Les jeunes en situation de vulnérabilité rencontrent, aussi, des difficultés dans ces territoires fragilisés, faisant obstacle à leur accès à l'emploi [11]. Alors que le chômage des jeunes est en hausse constante, un jeune sur trois vivant en milieu rural n'a pu se rendre à un entretien d'embauche faute de moyens de transport. 20% des jeunes en mission locale n'ont pas l'équipement en outils numériques leur permettant d'effectuer des démarches en ligne ; leur consultation quotidienne d'internet serait inférieure de 20 points à celle des jeunes du même âge. Ils accèdent, également, moins facilement aux lieux culturels, à l'information sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles (IST-VIH-VHC), à la prévention, aux soins, aux centres IVG et aux structures de réduction des risques face à la consommation de drogue [24], [25], [52].

En Bretagne, les établissements publics de coopération intercommunales (EPCI), situés en zones urbaines, hébergent une part importante de la population. Les inégalités y sont plus marquées qu'ailleurs, avec des revenus déclarés des plus riches de 4 à 5,9 fois plus élevés que ceux des plus pauvres. La mixité sociale y est importante. Ces facteurs expliquent le taux de pauvreté plus élevé sur ces territoires. Les EPCI péri-urbaine, autour des métropoles de Rennes et Brest, repose essentiellement sur l'installation de familles de couples bi-actifs. La part des traitements et salaires y dépasse de 8 à 20 points la moyenne régionale.

Répartition des EPCI bretons selon la composition du revenu disponible des ménages en 2014



Le taux de pauvreté y est très faible, de l'ordre de 6% à 8%. Un second ensemble regroupe la plupart des EPCI du littoral de la région, ayant une forte attractivité pour les retraités. Entre périurbain et rural, les EPCI en zone mixte se trouvent dans une situation intermédiaire, la population y est plutôt familiale, avec une part d'actifs en emploi supérieure à la moyenne régionale et davantage d'ouvriers. Enfin, les EPCI à dominante rurale, principalement situés dans le centre de la Bretagne, forment des territoires aux revenus plutôt modestes. Le taux de pauvreté y est plus élevé qu'ailleurs (12% à 18%). La population et les activités présentes sur ces territoires expliquent en grande partie ces résultats : l'agriculture très présente et moins rémunératrice, davantage d'ouvriers non qualifiés dont les rémunérations sont plutôt faibles et une proportion importante de retraités beaucoup moins aisés que ceux des EPCI du Littoral [4], [70].

Représentations de la vulnérabilité

Huit français sur dix estiment qu' « *il y a trop d'assistanat en France et (que) beaucoup de gens abusent des aides sociales* ». En réalité, le taux de non-recours aux dispositifs d'aide pour les personnes en situation de précarité n'a jamais été aussi élevé [45].

Selon une estimation de septembre 2016, réalisée pour le compte de l'Assemblée nationale, 36% des personnes qui ont droit au revenu de solidarité active (RSA) n'effectuent pas les démarches pour le percevoir ; même constat pour 21 à 34% des personnes éligibles à la couverture maladie universelle (CMU).

En ce qui concerne l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), à laquelle sont éligibles les personnes dont les ressources sont un peu trop importantes pour être couvertes par la couverture maladie universelle (CMU) mais qui restent en situation de fragilité économique, on estime le taux de non-recours à 70% [50].

La crainte d'être stigmatisés, disqualifiés socialement, de ne pas être des citoyens à part entière parce qu'ils sont traités différemment renforce cette logique de non-recours aux aides [45]. Sans cesse définies par les autres à travers des stigmates de leur condition, les personnes vivant dans la pauvreté finissent par les intérioriser et à s'enfermer dans une identité qui leur est assignée. Il devient difficile pour les personnes vulnérables de garder une bonne image d'elles-mêmes lorsqu'elles sont socialement définies par le manque (sans travail, sans diplôme, sans logement, sans ressource, etc.).

Enfin, la pauvreté, conséquence des inégalités sociales, est souvent renvoyée à un destin et une responsabilité personnelle dans les discours du sens commun. Dans cette vision, l'individu se sent alors responsable de sa condition accompagnée fréquemment d'un sentiment de honte [45].

S'ajoutant à leur situation de pauvreté monétaire, les personnes vulnérables sont aussi victimes de discrimination quant à leur âge, leur origine étrangère, leur composition familiale ou leur lieu de résidence. Pour les personnes qui disent en avoir été victimes lors de la recherche d'un logement par exemple, la discrimination

s'est manifestée au travers d'un refus de candidature (42%), d'une demande de garanties supplémentaires (40%) ou d'une absence de réponse au dossier (29%). Le candidat à l'accent étranger essuyant 33% de refus, la personne âgée 24% et la mère célibataire 30% [36].

Les préjugés culturels ou sociaux n'épargnent pas non plus les professions médicales. Certaines catégories de populations ne reçoivent pas le même type de soins que d'autres. En effet, les femmes en situation de précarité, par exemple, sont plus vulnérables aux maladies cardiovasculaires puisqu'elles sont prises en charge plus tardivement que les hommes (43% des accidents cardiaques sont fatals chez les hommes et 55% chez les femmes) [9].

Les inégalités de traitement prennent des formes multiples, portant à la fois sur la qualité de la relation que sur le contenu du soin (type de traitement proposé, orientation secondaire, suivi, conseils, information).

Une étude observant des consultations hospitalières montre que :

- moins d'informations sont divulguées aux patients socialement défavorisés,
- le temps de consultation est plus court (Carde, 2002)
- moins de temps est consacré à la prévention [45].





Education de l'enfant

La massification de l'enseignement par la prolongation de la scolarité obligatoire à 16 ans (1959) et par la création du collège unique (1977) visait l'élévation du niveau de formation des nouvelles générations. Elle avait également pour objectif la réduction des inégalités des destins scolaires. Des travaux de sociologie ont révélé l'importance de l'origine sociale des élèves, en insistant notamment sur le rôle joué par « l'environnement familial et social », et plus particulièrement par le niveau d'instruction des parents, sur la réussite scolaire. Ces recherches ont également montré comment inégalités sociales et disparités spatiales se conjuguent et se renforcent. De fait, elles conduisent à la concentration d'élèves ayant de grandes difficultés scolaires au sein de certaines zones. Ces constats ont abouti à la création de politiques d'éducation prioritaire dans certains pays d'Europe (Grande Bretagne, Suède et France en 1981) [64]. En France, plusieurs études ont montré que l'éducation prioritaire a pour effet pervers d'accentuer la ségrégation scolaire. Elle ne mobilise pas suffisamment les méthodes pédagogiques permettant de développer la motivation et l'estime de soi des élèves les plus vulnérables [46]. La précarité sociale des parents, quand elle entraîne mal être et souffrance, rejaille fréquemment sur les enfants, et plus particulièrement sur leurs développements cognitifs et relationnels (attitudes de repli, comportements inadaptés, difficultés dans l'acquisition d'outils essentiels comme la lecture ou l'écriture). Les conditions de logement précaires (sur occupation, précarité énergétique, etc.) ont aussi un impact négatif sur le développement scolaire des enfants (difficultés aux devoirs, sommeil perturbé, etc.) contribuant à leur échec scolaire [8], [10], [11], [24], [42]. De nettes différences apparaissent aussi en matière de repérage précoce des troubles du développement psychomoteur et troubles sensoriels qui sont moins souvent corrigés [8], [24].

Protection sociale

En France, la protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des "risques sociaux". Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses : vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, charges de famille, etc. Elle repose sur plusieurs types de mécanismes :

- des prestations sociales, versées directement aux ménages (pensions de retraite, remboursements de soins de santé, etc.) ;
- des prestations de services sociaux (crèches, hôpitaux, etc.).

Elles répondent à trois logiques :

- une logique d'assurance sociale (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail) réservée à ceux qui cotisent ;
- une logique d'assistance pour lutter contre les formes de pauvreté (revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé) ;
- une logique de protection universelle (prestations familiales) [65].

Fin 2013, 14% des bénéficiaires de minima sociaux sont salariés. Parmi eux, 27% sont en CDI, 11% sont salariés de particuliers employeurs et 8% bénéficient d'un emploi aidé. Ils travaillent en majorité à temps partiel (54% d'entre eux).

La moitié des salariés bénéficiaires du RSA et de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) perçoivent un salaire horaire net compris entre 7,60 et 9,60 euros tandis que le salaire horaire médian de l'ensemble de la population salariée s'établit à 11,20 euros [17].

Pour disposer de ces aides, la non-maîtrise de la langue française peut être un handicap majeur, entravant l'insertion des populations vulnérables et, de ce fait, leur accès aux services de droits commun (santé, social, etc.). Tous les dispositifs facilitant l'accès à l'instruction de la langue française des adultes sont positifs et développent l'autonomie et le bien-être de ces publics [24].

Quant à l'accès aux soins, il ne va pas de soi non plus. Se soigner peut leur paraître même une préoccupation secondaire par rapport à leur souhait de retrouver un travail et/ou un logement, gage d'une insertion réussie [40].

Et pourtant, retrouver un emploi peut être largement conditionné par leur état de santé. L'accompagnement social de ces personnes est alors indispensable pour leur faire prendre conscience de la nécessité de se soigner et de les accompagner dans leur démarche de soins [40]. Les raisons financières constituent certes un frein majeur à l'accès aux soins (3 fois sur 4) mais ne sont pas seules en cause. Une partie des assurés est en attente d'explications voire d'orientation dans un système de protection maladie et de soins perçu comme complexe. Les conséquences du renoncement aux soins sont multiples, à la fois en termes de santé mais aussi sur les plans professionnel, social, voire même familial [41]. Les partenariats entre acteurs du milieu médical et du secteur social et médico-social doivent être renforcés, et supposent l'instauration de nouveaux modes de travail [40].

En Bretagne, 6,2% de la population appartient à un foyer allocataire de la prime d'activité (7,4% en moyenne nationale). Pour la première fois depuis la création du RSA, le nombre d'allocataire diminue en Bretagne, de même que le nombre de dossiers de surendettement déposés, et cela pour la troisième année consécutive (-12,2% en 2016) [4], [70].

Chômage

En France, au dernier trimestre 2017, le taux de chômage s'élève à 9,4%. Parmi les personnes absentes du marché du travail, on trouve les femmes résidant dans les quartiers prioritaires (1 femme sur 2) [47]. En zone rurale, 61% des demandeurs d'emploi de moins de 25 ans sont des femmes, contre 50% pour l'ensemble de la France. Ces situations touchent plus particulièrement les femmes immigrées ou héritières des immigrations et les jeunes femmes [47]. Les jeunes adultes sont également concernés. Le taux de chômage a été multiplié par 3,5 en 40 ans soit 24% en 2016 [25].

En Bretagne, Le taux de chômage se situe à 8,5% de la population active fin 2016. Il a baissé de 0,3 point en un an, sauf dans les Côtes-d'Armor où il est resté stable à 9%, et est inférieur de 1,1 point à celui de la France métropolitaine. La répartition des Bretons entre emploi, chômage et inactivité est comparable à la moyenne nationale : presque 1 personne sur 2 est en inactivité, plus d'1 sur 3 au chômage, et 1 sur 6 en emploi. 18,7% des Bretons sont sans droit au travail, c'est le plus fort taux, supérieur de près de 6 points par rapport au niveau national [4].

Emploi

On observe différents profils chez les populations vulnérables exerçant une activité professionnelle :

Les travailleurs pauvres sont des personnes qui exercent une activité mais disposent d'un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté ; elles peuvent également vivre dans des familles à faibles revenus, même avec des emplois stables [6], [26]. Ces personnes sont près de 2 millions en France. Il faut multiplier ce chiffre par deux si l'on prend en compte les enfants et le conjoint dépendant du foyer d'un travailleur pauvre.

Selon l'Observatoire des inégalités, ce phénomène résulte des facteurs démographiques et économiques suivant : faiblesse des salaires, impact du temps partiel, fractionnement des emplois, alternance de phases d'emploi et de chômage. Comme le confirme Pierre Concialdi, chercheur à l'Institut de recherches économiques et sociales, « la précarisation du travail et les temps partiels induisent mécaniquement le développement de bas salaires [...] qui engendre un développement des travailleurs pauvres » [26]. Parmi les travailleurs pauvres, on retrouve les femmes qui occupent majoritairement des postes à temps partiel et à durée déterminées ce qui représentent deux tiers des travailleurs pauvres. Elles ont souvent des revenus inférieurs à ceux des hommes, plus de temps partiel, moins de contrat à durée indéterminée (CDI), moins d'accès aux responsabilités et aux salaires qui les accompagnent, envisagent une interruption professionnelle pour s'occuper des enfants, etc. [26] [12].

On trouve, également, les agriculteurs, touchés par la crise. En 2016, 30% des exploitants touche moins de 350 euros par mois, une part qui peut aller jusqu'à 44% dans certains départements. Leur revenu moyen se situe entre 13000 et 15000 euros par an soit 4 à 5% de plus qu'en 2015, mais la Mutuelle sociale agricole note *"une grande hétérogénéité selon les régions"*. *"La surprise vient plus (du fait) que la hausse est due à une baisse des charges qu'à la hausse des recettes"*, explique Michel Brault, directeur général de la Mutuelle sociale agricole. Près de 20% des exploitants étaient en déficit en 2016. Une proportion qui peut aller jusqu'à 35% dans certains départements. Parmi ceux qui ont un revenu inférieur à 350 euros par an, la Mutuelle sociale agricole comptabilise des exploitants en déficit. Les plus faibles revenus 2016 sont enregistrés dans les régions sud-ouest (Sud Aquitaine et Midi-Pyrénées Sud) frappées par la grippe aviaire, le centre (Berry Touraine et Beauce Cœur de Loire) touché par les inondations, et dans la Mayenne, l'Orne et la Sarthe.[61].

Quant aux séniors, beaucoup d'entre eux, même s'ils ont travaillé toute leur vie, sont désormais contraints de rechercher un emploi à cause de leurs revenus trop faibles, situés en dessous du seuil de pauvreté. Ils cumulent ainsi emploi et retraite, pension de réversion ou allocation vieillesse afin de pouvoir subvenir à leurs besoins. Même contrainte pour les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge ou les droits à la retraite et qui connaissent la précarité de l'emploi ; il leur devient nécessaire de trouver un emploi pour survivre. [27].



La santé des personnes vulnérables

De nombreux auteurs ont souligné qu'il n'y avait pas de pathologies de la vulnérabilité mais des liens entre maladie et contexte social [7]. Selon l'étude menée par le Dr Silvia Stringhini (janvier 2017), avoir une condition socio-économique défavorable, diminue l'espérance de vie de 2,1 années et augmente le risque de décès prématuré de 26% (maladie cardio-vasculaire 29%, Cancer 26%, autres causes 25%) [19]. Selon l'enquête de l'Insee (2003), les personnes vulnérables ont une plus forte propension à la migraine (20%), aux maladies respiratoires (14%) ; elles souffrent 5 fois plus du système digestif, 2 fois plus d'hypertension artérielle, de troubles cardio-vasculaires (diabète, etc.) et de problèmes dermatologiques [40]. De nombreuses recherches montrent clairement un risque accru de maladies infectieuses, une surconsommation de médicaments, une hausse des taux de tabagisme et des taux de consommation d'alcool, etc. [40]. Les personnes vulnérables fument plus que la moyenne (37,5% pour les moins aisés, 20,9% pour les plus riches). Le tabac est souvent utilisé, par les populations vulnérables pour faire face au stress et à l'anxiété, leur consommation quotidienne ne diminuant pas comme le reste de la population (↗ 2,3 points en 2017) [58]. Même constat chez les jeunes adultes qui commencent à fumer et à boire plus tôt que les autres [25].

Les femmes en situation de vulnérabilité, révèlent une santé plus dégradée que les femmes à la situation sociale plus favorable. Cela peut s'expliquer par leurs conditions de vie et de travail difficiles, la consommation de tabac ou encore les grossesses précoces [8], [24], [53]. Malgré une espérance de vie à la naissance significativement supérieure à l'homme [8], les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité des femmes, en particulier chez les plus précaires d'entre elles. Parmi les femmes, la mortalité est multipliée par trois pour les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées [9].

Les femmes en situation de précarité mais également les jeunes adultes sont, également, surexposées à des violences multiples (violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles) [11], [42], [8]. A titre d'exemple, les agressions sexuelles sont « *rapportées plus fréquemment aux jeunes âges : entre 20 et 34 ans et concernent 1 femme sur 20* » [25]. Ces violences, parfois commises par le conjoint ou ex-conjoint ont des conséquences évidentes sur la santé physique et psychologique de ces femmes et affectent également leur situation sociale et économique en les précarisant [8].

Elles sont également plus nombreuses à rencontrer des problèmes autour de la naissance de leur enfant et de leur grossesse (suivi de grossesse moins fréquent et régulier [53], hospitalisations en hausse, taux de prématurité et de petit poids de naissance plus élevés [24], [1], mortalité infantile plus forte pour les mères de moins de 20 ans, de nationalité d'Afrique Noire, ou encore lorsque le père est ouvrier [24]).

L'alimentation

Concernant les habitudes alimentaires, 70% des ménages les plus modestes ne disposent que d'environ 170 euros par mois pour les dépenses alimentaire soit 5 euros par jour [8].

Des études estiment que l'insécurité alimentaire touche 12% d'adultes parmi lesquels les jeunes isolés et les femmes [30], [31]. Cette part est supérieure à celle des personnes bénéficiaires de l'aide alimentaire [3], [35] qui atteint, en 2015 plus de 4,8 millions de personnes alors qu'elle en concernait 2,8 millions en 2008. Les jeunes ne sont pas épargnés ; la part des bénéficiaires de moins de 25 ans de la distribution alimentaire Croix-Rouge ayant augmenté de 2 points en 2016 [25].

Cette situation tend à devenir structurelle et risque de s'installer durablement dans le paysage socio-économique français [3], [30].

Les raisons du recours à l'aide alimentaire sont variables (accident de la vie, déséquilibre financier lié aux dépenses du foyer, précarité liée aux conditions d'emploi ou à l'absence d'emploi, conditions de logement précaires) [30]. Entre 2015 et 2016, les équipes du Secours Catholique ont constaté, en Bretagne, une certaine stabilité de la demande liée à l'alimentation (65,7% en 2015 et 65,8% en 2016) [4].

Les populations vulnérables économiquement sont également impactées par les conséquences médicales d'une mauvaise alimentation [8], [32], [35].

Elles sont davantage touchées par des problèmes de surcharge pondérale ou d'obésité.

La santé mentale

Selon l'étude Abena (2011-2012), la prévalence de l'obésité est élevée par rapport à la population générale (35% vs. 17%), et s'aggrave (en 2004, 35% vs. 29%) [32]. Les enfants, les adolescents et les femmes sont les plus exposés au problème de surcharge pondérale, intensifié par la sédentarité et le manque d'activité physique [1], [24], [32], [34]. Les plus jeunes sont nombreux à consommer des boissons sucrées tous les jours et moins de fruits et légumes, à avoir des petits déjeuners moins équilibrés, à dormir moins et à passer beaucoup de temps devant la télévision ou les jeux vidéo [53]. Des catégories socio-professionnelles sont aussi plus exposées comme les agriculteurs et artisans présentant une prévalence de surpoids plus élevées (70% chez les hommes et 44% chez les femmes) [1].

Ces problèmes de surpoids et d'obésité augmentent le risque de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, certains cancers, diabète, ostéoporose, etc.), de limitations fonctionnelles et de mortalité prématurée. [32] [29].

Face à l'obésité, d'autres troubles de l'alimentation sont constatés chez les populations vulnérables comme la malnutrition et le défaut alimentaire. Les trois quarts des personnes accueillies dans les banques alimentaires, par exemple, ne mangent pas assez pour couvrir leurs besoins nutritionnels cumulant déficit et déséquilibre alimentaire [1].

La santé mentale des personnes vulnérables est marquée par une forte prévalence des troubles psychotiques ainsi que des conduites suicidaires, accompagné d'un faible taux de recours aux soins psychiques [7], [8]. Pour un travailleur, connaître des problèmes de santé et notamment de santé mentale, peut favoriser la survenue du chômage et de la précarité [1]. A l'inverse, le chômage puis la précarité peut également affecter la santé mentale, en raison du stress et de l'insécurité qu'ils provoquent, ou bien parce qu'il révèle des « fragilités latentes qui ne se seraient pas manifestées en son absence » [2]. Le rapport Samenta (janvier 2000) estime ainsi qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères ; c'est-à-dire troubles psychotiques, troubles de l'humeur et troubles anxieux [39], [40]. Le retentissement de ses troubles psychiatriques sévères entravent les possibilités d'inclusion et d'accès aux droits et besoins fondamentaux (logement, emploi, aides sociales, etc.) [7].

Les jeunes en difficulté d'insertion sont également concernés. Ils vivent parfois seuls, sans contact avec leurs parents ; cette situation pouvant engendrer un risque de rupture sociale ou de précarisation [52]. Ils sont, également, 2 fois plus nombreux à témoigner une souffrance psychique (1 jeune sur 5 a déclaré une tentative de suicide) [11], [42]. Selon l'étude du CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé), de 2011 près d'un tiers des jeunes en mission locale ont une perception négative de leur santé, contre 15% à 17% des jeunes en études ou actifs [11], [25]. Ils sont aussi nombreux à faire preuve d'un défaitisme collectif en jugeant « *que leur avenir sera plutôt pire comparé à la vie qu'auront menée leurs parents* » [25].



Quant aux agriculteurs, la santé économique de l'exploitation ou de l'entreprise agricole est souvent leur principale préoccupation. Lorsque des difficultés financières, de travail, personnelles surgissent, elles sont la cause de stress ou de souffrance et peuvent conduire à la dépression voire au suicide. Cependant l'impact des déterminants économiques sur la survenue des suicides ne doit pas occulter les autres facteurs de vulnérabilité inhérents à la profession (conditions de vie et de travail, fortes contraintes physiques, larges amplitudes horaires, fluctuation des politiques publiques européennes, contraintes environnementales et climatiques, événements sanitaires tels que l'abattage des bovins...) qui peuvent avoir des répercussions indéniables sur l'équilibre personnel des agriculteurs [62].

Les données publiées par Santé publique France, le 5 octobre 2016, confirment les premiers résultats publiés en 2013. Ils démontrent l'importance du problème des suicides en agriculture.

- ⇒ Il existe un excès de mortalité par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants à partir de 2008 jusqu'en 2010. (+28% en 2008, +22% en 2009, +20% en 2010) [63].
- ⇒ 300 décès par suicide ont été comptabilisés, au total, pour les deux années 2010 et 2011, sur une population globale de 480.000 personnes. Soit une moyenne de 150 décès par an. Pour rappel, entre 2007 et 2009, 485 décès par suicide sont comptabilisés, au total pour les 3 ans. Soit une moyenne de 162 décès par an [63].
- ⇒ L'excès de mortalité par suicide est davantage marqué chez les hommes agriculteurs exploitants âgés de 45 à 54 ans et ceux âgés de 55 à 64 ans [60].
- ⇒ Deux secteurs d'activité présentent une surmortalité par suicide : l'élevage bovins-viande (un excès de suicide de 127% en 2008 et 57% en 2009) et l'élevage bovins-lait (un excès de suicide de 56% en 2008, 47% en 2009 et 51% en 2010) [63].

Le mal-logement

Selon la Fondation Abbé Pierre, 4 millions de personnes souffrent de mal-logement ou d'absence de logement personnel et près de 15 millions de personnes sont touchées par la crise du logement ; la pénurie de logements accessibles aux ménages à bas revenus restant un puissant facteur d'exclusion (1,7 millions de demandeurs d'un logement social) [8].

Les mal-logés se composent de 2 819 000 personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles du point de vue du confort et 934 000 personnes vivent en surpeuplement dit « accentué », c'est-à-dire qu'il leur manque deux pièces par rapport à la norme de peuplement [60]. 1 bénéficiaire de revenus minima garantis sur 5 vit dans un logement surpeuplé. Plus du tiers des bénéficiaires du RSA sont locataires du secteur social, 28 % du parc privé et 12 % sont propriétaires ou accédants à la propriété [7].

L'augmentation du coût du logement a un puissant impact sur les budgets des plus défavorisés. Pour ces ménages, le taux d'effort net moyen est de 55,9% en sachant que la moyenne est de 17,4%. Cette charge laisse peu de place aux autres dépenses incontournables et contribue à les plonger dans une grande pauvreté [6], [36]. Dans les situations de fragilité financière les plus graves (menaces d'expulsion), l'état de santé des personnes est directement impacté (perte d'appétit, troubles du sommeil, anxiété, etc.) [36]. 3,8 millions de ménages de France métropolitaine ont un taux d'effort énergétique supérieur à 10% de leur revenu tandis que 3,5 millions déclarent souffrir du froid dans leur logement. Les ménages les plus modestes cumulent ainsi des contraintes financières et un habitat peu performant énergétiquement [20], [21], [36].

Il est difficile de repérer les personnes vulnérables en difficulté dans leur logement puisqu'ils peuvent passer totalement inaperçus s'ils n'engagent pas de démarche volontaire ou si un tiers ne les signale pas. Les professionnels sociaux et médicaux investis auprès des personnes en situation d'exclusion soulignent donc l'importance des visites à domicile [36].

Pour les personnes vulnérables vivant dans un habitat précaire ou indigne voir surpeuplé, on observe des conséquences sur le plan social, psychique et physique : dégradation de l'image de soi et repli sur soi, développement d'un sentiment de « honte » (anxiété, dépression), risques d'accident domestiques chez les enfants, risques plus élevés de maladie chez les plus jeunes [8], [10], risques d'intoxications (plomb et saturnisme chez l'enfant, monoxyde de carbone avec l'utilisation de chauffages inadapté et l'absence d'aération, pollution de l'air intérieur, radon, etc.) et développement de pathologies chroniques (bronchites, arthrose, etc.) et aiguës (rhumes, angines, grippe, diarrhées, etc.) ainsi que des symptômes associés (sifflements respiratoires, crises d'asthme, rhumes des foins, irritations oculaires, etc.) [8], [36].

Les personnes âgées vulnérables sont les plus exposées à la précarité énergétique, à la vétusté de leur logement et des équipements (chauffage central et l'électricité), passant la majeure partie de leur temps dans leur logement et ayant une sensibilité plus accrue au froid en prenant de l'âge. Elles sont parfois même confrontées au délabrement d'une partie du bâti (planchers défectueux, escaliers abîmés ou pentus, garde-corps inexistantes ou descellés, toit fuyant, murs moisissés, etc.), environnement qui ne leur garantit plus la sécurité et le confort d'usage. Dès lors, les risques d'accidents domestiques augmentent et provoquent des hospitalisations mais aussi des décès [37], [38].

Le recours aux soins et à la prévention

Concernant les soins, les personnes vulnérables présentent un taux de renoncement beaucoup plus élevés (jusqu'à 50%) pour les personnes dont le revenu net du foyer est inférieur à 1200€/mois. Alors que leurs besoins de soins sont plus importants, elles déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières : 18% disent avoir renoncé à une consultation médicale au cours de l'année écoulée et 27% à des soins dentaires, contre respectivement 4% et 11% parmi l'ensemble des 18-59 ans [1], [8], [44]. Même constat chez les enfants scolarisés en « Zone d'Education Prioritaire » ou en zone rurale qui consultent moins souvent les dentistes [53], [24] et les ophtalmologistes à cause des coûts et des représentations des parents (crainte du dentiste, intérêt de soigner des dents non définitives, etc.) [24], [53]. Cette absence de soins ainsi que les habitudes de ces personnes (manque d'hygiène buccodentaire, habitudes alimentaires, etc.) aggravent leur état de santé bucco-dentaire [24].

Le parcours de patients vulnérables témoigne très régulièrement et clairement des défaillances du continuum de soins [7].

Les femmes représentent 64% des personnes qui reportent des soins ou y renoncent, soit près de 9,5 millions de femmes. Parce qu'elles font face à des dépassements d'honoraires ou à des délais d'attente trop importants, voire à des discriminations et des refus de soin. Bien avant la naissance, par exemple, la grossesse de ces femmes est généralement moins suivie que les autres femmes (20% des femmes ayant un niveau d'étude s'arrêtant au primaire effectuent moins de 7 visites prénatales) [24], [53]. Aussi, pour éviter de perdre du temps et de l'argent, elles préfèrent faire passer leur santé en dernier, après leurs enfants, leur compagnon et la gestion des difficultés financières [9].

Les jeunes adultes, quant à eux, renoncent plus souvent aux soins que les autres catégories de population, principalement pour des raisons financières. Des problèmes de nature informationnelle peuvent être à l'origine de ces comportements de non-recours. Ils perçoivent ainsi une contrainte financière bien supérieure à ce qu'ils doivent payer réellement. Le décalage entre l'avance des frais et leur remboursement peut néanmoins rester un frein financier majeur. [25], [42].

Le renoncement aux soins est loin d'être sans conséquences. En premier lieu pour les personnes et familles qui renoncent, il peut fragiliser l'état de santé physique et mental, impacter leur vie sociale mais aussi professionnelle ; de plus des dépenses de santé supplémentaires peuvent découler de l'absence de soins, à moyen et long termes. Pour toutes ces raisons, le renoncement aux soins devient une problématique qui touche la collectivité dans son ensemble [41].

En ce qui concerne la prévention, il est avéré que les campagnes actuelles sont moins efficaces sur les personnes vulnérables [1]. Les femmes, par exemple, ont un accès et une participation moindre à la prévention et aux campagnes de dépistage, notamment des cancers du sein et du col de l'utérus [8]. Il en est de même pour la couverture vaccinale dont le taux est inférieur parmi les enfants issus de familles vulnérables [1].

Des travaux qualitatifs britanniques ont montré la perception que pouvaient avoir les catégories sociales défavorisées interrogées sur l'arrêt du tabac et sa prise en charge. Premièrement, les difficultés et le stress de leur vie quotidienne sont des obstacles à l'arrêt du tabac ; deuxièmement, elles ont plus souvent une opinion négative des aides médicamenteuses, considérées comme chères et inefficaces et enfin, elles ne connaissent pas ou mal les dispositifs d'aide à l'arrêt ou craignent d'y être mal accueillis et/ou jugés. [38].

Face à un tel constat, il apparaît prioritaire de renforcer les actions de prévention, notamment de proximité et de faire face aux réticences de ce public face aux campagnes de prévention (dépistages, etc.). [38]



Bibliographie

- [1] **Précarité, pauvreté et santé** / SPIRA Alfred. Académie nationale de médecine, 06/2017. 24 p. [En ligne](#)
- [2] **Définitions de la pauvreté**. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociales, 08/02/2016. [En ligne](#)
- [3] **Etat de la pauvreté en France : préjugés et cohésion sociale. Rapport statistique 2017**. Secours catholique, 11/2017. 84 p. [En ligne](#)
- [4] **Statistiques d'accueil 2016 : analyses régionales. Bretagne**. Secours catholique, 2017. n.p. [En ligne](#)
- [5] **Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale – édition 2016**. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 17/10/2016. [En ligne](#)
- [6] **Pauvreté et précarité en chiffres**. Observatoire des inégalités, 29/03/2016. [En ligne](#)
- [7] **Revenus, emploi, logement, conditions de vie et trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux**. Ministère des solidarités et de la santé, 07/2017. [En ligne](#)
- [8] **La santé des populations vulnérables** / ADAM Christophe, FAUCHERRE Vincent, MICHELETTI Pierre, et al. Ellipses marketing, 03/2017. 412 p.
- [9] **La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité**. Haut Conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes, 05/2017. 120 p. [En ligne](#)
- [10] « **Enfants pauvres, enfants démunies : quels indicateurs ?** » / LELIEVRE M. *Les Cahiers de l'Onpes*, n°1, 10/2017. 52 p. [En ligne](#)
- [11] **Les leviers pour favoriser l'accès et le recours aux soins des jeunes en insertion. Observatoire de la jeunesse. Etudes et synthèses**, n°31, 02/2016. 4 p. [En ligne](#)
- [12] **Le réseau d'entraide pour les familles monoparentales. Dossier de presse**. Ministère de la famille, de l'enfance et des droits des femmes, 02/2017. n.p. [En ligne](#)
- [13] **Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples** / MOQUET Marie-José. *La santé de l'homme*, n°397, septembre-octobre 2008, pp.17-19. [En ligne](#)
- [14] **Base de connaissances sur les inégalités sociales de sante : définitions et concepts**. REFIPS, 2012. [En ligne](#)
- [15] **Inégalités sociales de santé : définition et concepts du champ**. INPES, 2012. [En ligne](#)
- [16] **Equité**. OMS, s.d. [En ligne](#)
- [17] **Base de connaissances sur les inégalités sociales de sante : agir pour réduire les inégalités sociales de santé**. REFIPS, 2012. [En ligne](#)
- [18] **Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité** / LANG TH., et al. Paris : Haut Conseil de la santé publique, décembre 2009. 101 p. [En ligne](#)
- [19] **Des conditions socio-économiques défavorables semblent réduire l'espérance de vie** / AZEVEDO DA SILVA Marine. *Soepidemio.com*, 06/2017. [En ligne](#)
- [20] **La précarité énergétique : avoir froid ou dépenser trop pour se chauffer** / DEVALIERE I., BRIANT P., ARNAULT S. *Insee Première*, n° 1351, 05/2011. 4 p. [En ligne](#)
- [21] **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêt d'une approche locale et transversale**. Saint-Denis : Inpes, 06/2013. 12 p. [En ligne](#)
- [22] **Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action [rapport]** / MOLEUX M., SCHAETZEL F., SCOTTON C. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011. 124 p. [En ligne](#)
- [23] **Réduire les inégalités sociales de santé** / POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. dir. Saint-Denis : Inpes, 2010. 380 p. [En ligne](#)
- [24] **Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance [dossier]**. *La Santé en action*, n°426, 2013, pp. 18-53. [En ligne](#)

- [25] **Pacte pour la santé globale des jeunes. Rapport 2017.** Croix-Rouge française, 2017. 05/2017. 76 p. [En ligne](#)
- [26] **Seniors, la pauvreté pour horizon** / LEFEVRE Laurent. Secours populaire, 09/2017. [En ligne](#)
- [27] **Sondage Ipsos-SPF2017.** *Convergence*, n°356, 09-10/2017, pp.8-20. [En ligne](#)
- [28] **L'obésité infantile comme révélateur des inégalités sociales de santé** / LETOUX Charlène. Soepidemio.com, 01/2017-01. [En ligne](#)
- [29] **L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent** / DE SAINT POL Thibault. *Insee Première*, n°1123, 02/2007, p.3. [En ligne](#)
- [30] **Inégalités sociales et alimentation. Besoins et attentes des personnes en situation d'insécurité alimentaire** / BRUNET Florence, KERTUDO Pauline, BADIA Benjamin, 2015, 30 p [En ligne](#)
- [31] **Inégalités sociales et alimentation. Quels sont les besoins et les attentes en termes d'alimentation des personnes en situation d'insécurité alimentaire et comment les dispositifs d'aide alimentaire peuvent y répondre au mieux?** / BADIA Benjamin, BRUNET Florence, CARRERA Audrey, et al. FORS recherche sociale, 2014. 182 p. [En ligne](#)
- [32] **Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire : Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005** / USEN (Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle), Bobigny. Saint-Denis : INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), 03/2013. 182 p. [En ligne](#)
- [33] **Disparités socioéconomiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents.** Maisons-Alfort : ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), 10/2012. 253 p. [En ligne](#)
- [34] **Aide alimentaire et accès à l'alimentation des populations démunies en France.** Paris : CNA (Conseil national de l'alimentation), 03/2012. 131 p. [En ligne](#)
- [35] **L'état du mal-logement en France. 21^{ème} rapport annuel** / DOMERGUE Manuel, BALLAIN René, CALLIN Yves. Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés, 2016. 379 p. [En ligne](#)
- [36] **Habitat et vieillissement : vivre chez soi, mais vivre parmi les autres ! 17e rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.** Paris : Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, 10/2012, 82 p. [En ligne](#)
- [37] **L'habitat des personnes âgées modestes. L'engagement de la fédération des PACT et l'évolution des politiques publiques.** MALEVERGNE E. *Gérontologie et société*, n°136, 03/2011, pp. 47-60. [En ligne](#)
- [38] **Quelles stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme ?** / ARWINDSON Pierre. *La santé en action*, n° 427, 06/2014, pp. 4-5. [En ligne](#)
- [39] **Chômage et santé mentale, des liens ambivalents** / METTE Corinne. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, 09/2015. 6 p. [En ligne](#)
- [40] **Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques.** FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale), 2010. 129 p. [En ligne](#)
- [41] **Agir contre le renoncement aux soins. Diagnostic, solutions et déploiement [Dossier de presse]** / CNAMTS, 28/03/2017. 19 p. [En ligne](#)
- [42] **Quels leviers pour favoriser l'accès et le recours aux soins des jeunes en insertion ?** Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 23/02/2016. [En ligne](#)
- [43] **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** / CHAUVIN P., PARIZOT I. (dir.), Études et recherche, Éditions de la DIV, 2007. [En ligne](#)
- [44] **État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA** / MOISY Muriel. *Études et résultats*, n° 882, 06/2014. 6 p. [En ligne](#)

- [45] **Discrimination et pauvreté. Livre blanc : analyse, testings et recommandations.** LANNY Jérémy, LUYTS Bert, TARDIEU Bruno. ATD Quart Monde, 10/2013, 72 p. [En ligne](#)
- [46] **Prévenir la pauvreté par l'emploi, l'éducation et la mobilité.** CARCILLO Stéphane, HUILLERY Elise, L'HORTY Yannick. Les notes du conseil d'analyse économique, n°40, avril 2017. [En ligne](#)
- [47] **Combattre maintenant les inégalités sexuées, sociales et territoriales dans les quartiers de la politique de la ville et les territoires ruraux fragilisés. Rapport Egaliter.** BOUSQUET Danielle, SABATHIER Romain. Haut Conseil à l'égalité entre les Femmes et les Hommes, 06/2014, 286 p. [En ligne](#)
- [48] **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.** PRS 2018-2022. Rennes : ARS Bretagne, 2017, 31 p.
- [49] **Niveaux de vie et pauvreté en France : Les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités** / AUZET Laurent, FEVRIER Magali, LAPINTE Aude. *Insee première*, n°1162, 10/2017, 4 p. [En ligne](#)
- [50] **Evaluation du non-recours aux minima sociaux et aux soins des personnes en situation de précarité sociale.** Assemblée Nationale, 09/2016, 15 p. [En ligne](#)
- [51] **Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Rapport** / LOPEZ Alain, SCHAETZEL Françoise, MOLEUX Marguerite, et al. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 05/2011. 204 p. [En ligne](#)
- [52] **Jeunes en difficultés d'insertion : un état de santé plus fragile** / MOULIN Jean-Jacques, LABBE Emilie, SASS Catherine, et al. *La santé en action*, n°399, 01-02/2009, pp. 21-24. [En ligne](#)
- [53] **Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge.** DE SAINT POL Thibault. *La santé en action*, n°426, décembre 2013, pp. 20-22. [En ligne](#)
- [54] **Indicateurs de pauvreté et croisement des savoirs : rapport final** / MAUREL Elisabeth, SAUVAGE Patrice, PLAZY Vincent. Mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône Alpes, 12/2003. 71 p. [En ligne](#)
- [55] **La société d'exclusion** / CLAVEL Gilbert. L'Harmattan, 1998.
- [56] **Santé bucco-dentaire des adultes.** In: **L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015.** Drees, 2015, pp. 314-315. [En ligne](#)
- [57] **Enquête sur le budget des familles en 2011.** Insee, 18/10/2016. [En ligne](#)
- [58] **Le tabagisme frappe de plus en plus les pauvres** / GODELUCK Solveig. Lesechos.fr, 30/05/2017. [En ligne](#)
- [59] **Portrait social des familles monoparentales.** Observatoire des inégalités, 13/12/2016. [En ligne](#)
- [60] **L'état du mal-logement en France 2017 : rapport annuel. Synthèse.** Fondation Abbé Pierre, 01/2017, 4 p. [En ligne](#)
- [61] **Conférence de presse de rentrée de la CCMSA.** MSA, 10/10/2017. 13 p. [En ligne](#)
- [62] **Etude sur le suicide en agriculture** / PICHOT DE LA MARANDAIS Anne. *Le Bimsa*, le magazine de la MSA, 22/11/2016. [En ligne](#)
- [63] **Le plan de prévention du suicide dans le monde agricole.** MSA.fr, 11/10/2017. [En ligne](#)
- [64] **Repères historique : Education prioritaire.** Canopé, s.d. [En ligne](#)
- [65] **Qu'est-ce que la protection sociale ?** Vie Publique, 2016. [En ligne](#)
- [66] **Urbanisme et aménagements favorables à la santé.** *La santé en action*, n°434, 2015. [En ligne](#)
- [67] **Promotion de la santé un cadre pertinent d'intervention pour les travailleurs sociaux.** *La santé en action*, n°435, 2016. [En ligne](#)
- [68] **Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?** POTVIN L., GUI-CHARD A. Inpes, 2010. [En ligne](#)
- [69] **Pauvreté et précarité en chiffres.** Observatoire des Inégalités, 2016. [En ligne](#)
- [70] **Les prestations sociales constituent plus du tiers des ressources des ménages bretons les plus modestes.** Insee, 2017. [En ligne](#)

Nous contacter

IREPS Bretagne

4A, rue du Bignon

35000 Rennes

02 99 50 64 33

contact@irepsbretagne.fr

Visitez nos sites web :

www.irepsbretagne.fr

www.eps-polebretagne.fr

www.eps-docbretagne.fr

Rédaction de la synthèse :

Morgan Calvez

Flora Carles-Onno

Documentalistes à l'IREPS
Bretagne