



## Santé - Précarité Bibliographie sélective

Nathalie Bel  
Janvier 2016

*Cette bibliographie sélective présente les principaux documents en matière de « Santé et précarité », au niveau national et régional.*

*Un résumé d'auteur/d'éditeur, ou un extrait de texte, accompagne les références des quatre dernières années (2015-2012). Ces références sont classées de la plus récente à la plus ancienne.*

*La principale source pour la réalisation de cette bibliographie est la Banque de données en santé publique - [BDSP](#).*

*Les documents qui ne sont pas en ligne, peuvent être consultés ou empruntés, au Centre régional de documentation en santé publique - [CRDSP](#).*

## Table des matières

Documents généraux	3-5
Population précaire	5-6
Sans domicile fixe	6-7
Migrant	7-8
Quartier	8-9
Renoncement aux soins	9-11
<b>BIBLIOGRAPHIE MIDI- PYRENEES</b>	11-13
Bibliographie antérieure à 2012	13-15
Bibliographie Midi-Pyrénées antérieure à 2012	15-16
Textes officiels / Sitographie	16

# Santé et précarité - Bibliographie sélective

## 1 - Documents généraux

---

- **L'évolution de la pauvreté en France : les nouvelles formes de l'aggravation. Suivi annuel des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale. Édition 2015. Lire**  
Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. 2015. 32p.  
« L'analyse des données disponibles montre comment la crise pèse sur la pauvreté et en complexifie la représentation. Si l'année 2012 marque l'entrée dans une nouvelle phase de croissance économique lente, la reprise s'essouffle rapidement, alors que le chômage et le sous-emploi s'élargissent. La baisse du taux de pauvreté monétaire constatée en 2012 (13,9%) n'occulte pas l'aggravation et la persistance de l'exclusion de catégories de population en grande difficulté. À la même date, un Français sur cinq est pauvre monétairement ou en conditions de vie. »
- **Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Édition 2015. Lire**  
Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. 2015. 81p.  
« Cette brochure à visée pédagogique regroupe une large sélection d'indicateurs dressant l'état des situations de pauvreté et d'exclusion sociale en France. Ce cahier est composé de sept chapitres, dont un chapitre introductif sur la mesure de la pauvreté en France et six qui suivent les différents domaines couverts par le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté par le gouvernement en janvier 2013. Le but est de permettre, sous un format clair, synthétique et accessible à tous, d'appréhender les différents enjeux sociaux ainsi que les mesures politiques, les prestations et les dispositifs mis en place. »
- **Rapport d'activité 2014 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Lire**  
Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. 2015. 149p.  
« 2014 a été une année de hausse importante du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et, dans une moindre mesure, de l'ACS, malgré la persistance d'un niveau de non-recours significatif. Au 31 décembre 2014, plus de 5,2 millions de personnes sont bénéficiaires de ce dispositif pour l'ensemble des régimes et du territoire. Pour 2013, malgré une augmentation du renoncement au médecin et au dentiste, ainsi que de la perception de la vulnérabilité sociale, il apparaît que la perception de l'état de santé s'améliore. »
- **Observatoire 2015 de l'accès aux droits et aux soins. Rapport. Lire**  
Médecins du Monde Mission France, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins. 2015. 83p.  
« En 2014, la Mission France compte 71 programmes menés dans 33 villes (28 517 bénéficiaires, 37 087 consultations médicales, 3 703 consultations dentaires, plus de 22 000 consultations sociales). Au nombre de 20, les Caso (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation) assurent un accès aux soins pour les personnes vulnérables exclues du système de santé français. En plus des consultations de médecine générale proposées par l'ensemble des Caso, certains centres dispensent également des consultations de spécialistes (gynécologie, dermatologie, cardiologie, ophtalmologie, psychiatrie, soins dentaires...), des consultations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers, psychologie...) et des entretiens avec des travailleurs sociaux. Certains Caso réalisent également des actions de prévention individuelles ou collectives pour lutter contre le VIH, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la tuberculose. Dans quelques Caso, des actions spécifiques d'accompagnement des étrangers gravement malades dans leurs démarches de demande de régularisation pour raisons médicales ont été mises en place en partenariat avec des associations oeuvrant dans le domaine juridique. »

- **Pour comprendre ... la mesure de la pauvreté.** [Lire](#)

Institut national de la statistique et des études économiques. Insee en bref. 2014. 12p.

« Précarité, situations défavorisées, exclusion sociale, grande pauvreté, nouvelle pauvreté, privations ... parler de la pauvreté, c'est s'intéresser à une situation sociale complexe. Pour mesurer la pauvreté, il est d'abord nécessaire d'en préciser les contours. Statisticiens, sociologues, économistes contribuent à ce travail de définition, qui relève plus largement d'un débat citoyen. En 1984, le Conseil européen a adopté la définition suivante de la pauvreté: doivent être considérés comme pauvres «les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles ou sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables de l'État membre où elles vivent». L'Insee, comme Eurostat (l'office statistique européen) et les instituts de statistique des autres pays d'Europe, mesure donc la pauvreté monétaire de manière relative, à l'aide d'un seuil de ressources qui dépend du niveau et de la répartition des revenus dans la population. Une personne est considérée comme pauvre lorsqu'elle vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. »

- **Accès aux soins et à la santé : l'action des CCAS.** [Lire](#)

Union nationale des centres communaux d'action sociale. Enquêtes&observations sociales. n°7. 2014. 20p.

« Cette étude présente la nature et l'ampleur des actions menées par les CCAS dans le champ de l'accès aux soins et à la santé. Il s'agissait notamment de comprendre le rôle essentiel joué par les CCAS dans la lutte contre le non-recours aux soins à travers leur implication dans l'accès aux dispositifs légaux existants en matière de santé (CMU de base, CMU-C, ACS). Cette étude souligne toute la diversité de l'implication des CCAS, que ce soit au travers de leurs aides financières (aide à la prise en charge de frais médicaux, acquisition d'une mutuelle, etc.), mais aussi de l'accompagnement des personnes, les diverses actions d'information ou de prévention ou encore la coordination ou l'animation de partenariats entre les différents acteurs de santé. »

- **Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.** [Lire](#)

Premier Ministre, Comité interministériel de lutte contre les exclusions. 2013. 54p.

« Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été adopté en janvier 2013. Ce plan est le fruit d'un travail de concertation avec l'ensemble des acteurs des politiques de solidarité. Sept groupes de travail thématiques ont été mis en place sous la présidence de personnalités qualifiées. Ces groupes ont réuni plus d'une vingtaine de participants aux profils et expertises divers. Les mesures proposées visent à répondre à l'urgence sociale du moment et sont classées selon trois axes de réforme : réduire les inégalités et prévenir les ruptures ; venir en aide et accompagner vers l'insertion ; coordonner l'action sociale et valoriser ses acteurs. »

- **Bilan 2013-2014 et feuille de route 2015-2017.** [Lire](#)

Premier Ministre. 2015. 44p.

- **Évaluation de la 1ère année de mise en œuvre. Rapport.** [Tome 1](#) [Tome 2](#)

Chérèque F. Vanackere S. Inspection générale des affaires sociales. 2014. 255p. ; 183p.

- **Évaluation de la 2e année de mise en œuvre. Rapport.** [Tome 1](#) [Tome 2](#)

Chérèque F., Abrossimov C., Khennouf M. Inspection générale des affaires sociales. 2015. 615p. ; 496p.

- **Rapport du groupe de travail DREES/INSEE/DRJSCS sur les indicateurs locaux de suivi du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.** [Lire](#)

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, et al. 2014. n°50. 98p.

- **L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité.** [Lire](#)

Archimbaud A. Ed. Premier Ministre. 2013. 156p.

« La mission répond au constat de taux de non recours élevés en matière d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide médicale d'Etat (AME). L'objectif assigné à la mission était d'identifier les freins existants et de proposer des solutions opérationnelles tout en portant une attention particulière à la réduction de la charge de travail

des organismes et des acteurs chargés de l'ouverture et de la gestion de ces droits. Une complémentarité devait être recherchée avec d'une part les expérimentations en cours en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne et d'autre part le projet de convention partenariale avec l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) visant à la pré-instruction des droits à l'ACS. Enfin, la mission devait s'articuler avec les actions prévues dans le Plan pluriannuel contre la pauvreté et tenir compte de l'objectif fixé par le Président de la République de généralisation des complémentaires de santé. »

- **Santé et accès aux soins. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins.** [Lire](#)  
Legros M., Bauer D., Goyaux N. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2012. 54p.  
« Destinés à préparer la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012, le groupe de travail "Santé et accès aux soins" propose de renforcer les différentes composantes du service public local afin de favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. De plus il préconise une plus grande accessibilité financière au système de soins et de santé grâce à une diminution des "restes à charge" et une extension de la couverture maladie universelle et de la CMU complémentaire. »

## 2 - Population précaire

---

- **L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler.** [Lire](#)  
Cour des comptes. 2015. 34p.  
« Dans son rapport annuel 2015 sur la Sécurité sociale, la Cour a constaté que la mise en place de la CMU-C et de l'ACS, respectivement en 1999 et 2004, était imposée sous l'effet du désengagement croissant de l'assurance maladie obligatoire de la prise en charge des dépenses de santé, en dehors des affections de longue durée). Ces dispositifs ont des effets seulement partiels sur l'accès aux soins des ménages défavorisés, l'extension continue de la population potentiellement bénéficiaire s'accompagnant en particulier de la persistance d'un non-recours massif. Compte tenu de l'incidence de l'extension de la population de leurs bénéficiaires potentiels sur leur soutenabilité financière, un ciblage accru de ces dispositifs apparaît devoir être envisagé. »
- **Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé. Le cas des centres de santé du projet Epidaure-CDS.** [Lire](#)  
Afrite A., Mousquès J., Bourgueil Y. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Document de travail. 2014. n° 63. 44p.  
« Le projet exploratoire Epidaure-CDS a pour objectif principal d'analyser la spécificité des centres de santé (CDS) dans l'offre de soins et de déterminer s'ils jouent un rôle particulier dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment en facilitant l'accès aux soins primaires pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale, ce qui n'a été que peu exploré jusqu'à présent. Il s'agit ici d'estimer en quoi la population recourant à la médecine générale dans un échantillon de CDS volontaires se distingue de la population recourant généralement à la médecine générale, en termes socio-économiques, démographiques, d'état de santé et de précarité sociale. La précarité sociale est mesurée au moyen du score Epices. Mais il s'agit également de mesurer la propension des CDS à accueillir des populations précaires et vulnérables et d'évaluer le lien entre précarité et niveau de couverture en termes d'assurance maladie complémentaire (AMC). Les résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans les CDS de l'échantillon sont socio-économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé que l'ensemble de la population qui recourt à la médecine générale. »
- **Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner.** [Lire](#)  
Pfister V., Guiboux L., Naitali J. Informations sociales. n°182. 2014. p.100-107.

« À l'interface du médical et du social, les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) permettent aux personnes les plus démunies, souvent sans droits, d'accéder à des soins ainsi qu'à leurs droits. Ces dispositifs hospitaliers ambulatoires sont très hétérogènes, ce qui ne facilite pas leur évaluation. Les Pass doivent s'adapter à l'augmentation et à la diversification de la population accueillie, lesquelles témoignent d'une progression silencieuse de la précarité en France. »

- **Accès aux soins des personnes en situation de précarité. Dossier. Lire**

Ministère de la santé des affaires sociales et des droits des femmes. 2014.

« L'accroissement des phénomènes d'exclusion au cours des dernières décennies a fortement contribué à accentuer le rôle social des acteurs de l'offre de soins auprès des populations précaires. Plusieurs éléments expliquent les difficultés propres aux plus démunis : ceux-ci ont perdu tout réflexe de recours aux soins, ignorent ou méconnaissent leurs droits, manquent d'initiative pour effectuer une démarche administrative, se heurtent à la complexité et à la lenteur de certaines procédures. Leurs difficultés financières font obstacle pour accéder à des soins – dentaires, notamment – comprenant un « reste-à-charge ». »

### 3 - Sans domicile fixe

---

- **Numéro thématique - État de santé et conditions de vie des populations sans domicile. Lire**

Institut de Veille Sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2015. n° 36-37. p.655-707.

« Il y a plus de 20 ans, en 1993, le Conseil national de l'information statistique (Cnis), appuyé par plusieurs associations, militants et chercheurs, pointait la nécessité de mener de grandes enquêtes afin de mieux connaître le nombre et la situation des personnes sans domicile. En effet, ces dernières se trouvaient, de fait, exclues du champ de la statistique publique. Depuis, et plus particulièrement au cours des années 2010, quelques recherches quantitatives ont pu être menées, étayées par de complexes réflexions méthodologiques et éthiques. Elles apportent de précieuses informations sur les conditions de vie, l'état de santé et le recours aux soins de ces personnes. Ce numéro du BEH en témoigne. »

- **Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des "sans domicile". Lire**

Moisy M. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats. 2015. n°932. 6p.

« Les personnes sans domicile se déclarent moins fréquemment en bonne santé que l'ensemble de la population, bien qu'elles soient en moyenne plus jeunes. Seule la moitié d'entre elles se considèrent en « bonne » ou en « très bonne » santé, contre 69 % dans l'ensemble de la population. Les femmes sans domicile de 60 ans ou plus sont particulièrement concernées par ces problèmes de santé. Seules 10 % d'entre elles s'estiment en « bonne santé », contre la moitié des femmes de cette tranche d'âge dans l'ensemble de la population. Pour les hommes sans domicile de plus de 60 ans, cette part s'élève à 47 %. Ce niveau de santé perçue, quel que soit l'âge, est le reflet d'une santé physique et psychique dégradée. À structure par âge et sexe identique à la population générale, 34% des sans-domicile indiquent être en partie ou totalement édentés et 20% déclarent être obèses, soit dans les deux cas une prévalence supérieure d'un tiers par rapport à la population générale. Près d'un quart des sans-domicile estiment être en dépression. Parmi les facteurs liés à la dépression figurent une surdéclaration d'événements graves vécus pendant l'enfance, mais aussi des comportements à risque tels qu'une consommation intensive d'alcool. »

- **Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012. Lire**

Moisy M. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats. 2015. n°933. 6p.

« En 2012, près de neuf sans-domicile sur dix ont consulté un médecin au cours des douze derniers mois. Au sein de cette population, les femmes et les personnes de moins de 60 ans se rendent plus fréquemment

chez le généraliste ou le spécialiste. En revanche, le recours aux soins dentaires est moins fréquent : 37 % des sans-domicile ne sont pas allés chez le dentiste au cours des deux dernières années et 7 % ne s'y sont jamais rendus. Un sans-domicile sur dix déclare ne bénéficier d'aucune couverture maladie et un sur quatre d'aucune complémentaire santé. Mais ce constat masque des situations contrastées. Les sans-domicile de nationalité étrangère sont 16 % à ne pas disposer de couverture maladie et 29 % à ne pas avoir de complémentaire santé. Des pourcentages encore accrus parmi ceux qui déclarent avoir dormi, la veille de l'enquête, dans la rue ou en haltes de nuit. Cette moindre couverture médicale peut expliquer un recours fréquent aux soins hospitaliers : 20 % des dernières consultations chez un médecin se sont déroulées à l'hôpital. Par ailleurs, un tiers des sans-domicile précisent avoir été hospitalisés au moins une fois dans l'année écoulée et citent la maladie comme principal motif d'hospitalisation. 72 % des enquêtés sont passés par les urgences lors de leur dernière hospitalisation. »

- **La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010.** [Lire](#)

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. La lettre. n°3. 2015. 9p.

« Ce travail a permis, entre autres, d'identifier les principales causes de décès, qui ne correspondent pas toujours à celles mises en évidence par les études internationales disponibles. Par exemple, les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de décès des personnes sans domicile dans les études internationales (25 à 30% des décès), mais ne correspondent qu'à 11% des décès recensés dans cette étude. »

#### 4 - Migrant

---

- **L'état de santé des nouveaux migrants.** [Lire](#)

Ministère de l'intérieur. Département des statistiques des études et de la documentation. Infos migrations. n°70. 2014. 4p.

« L'état de santé des nouveaux migrants apparaît comme moins bon que celui de la population en général, à âge et sexe donnés. Cet état de santé se dégrade au fur et à mesure que la durée de présence en France augmente. Il ne dépend qu'assez peu du pays d'origine, bien que les personnes venues d'Asie se déclarent un peu plus fréquemment en mauvaise santé que les autres nouveaux migrants. »

- **État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français.** [Lire](#)

Berchet C., Jusot F. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Questions d'économie en santé. n°172. 2012. 8p.

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

- **Santé et recours aux soins des migrants en France. Numéro thématique.** [Lire](#)

Institut de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n°2-3-4. 2012. p.13-51.

« En France, l'Insee dénombrait à la fin des années 2000 un effectif de 5,3 millions d'immigrés (8,4% de la population), dont 38% originaires d'Europe et 43% d'Afrique, mais il n'existe pas de vision d'ensemble de la santé de ces populations. Si les entraves au développement de ce champ sont en partie idéologiques, il y a lieu de souligner la difficulté de l'exercice, du fait de la diversité des populations et des nombreux biais (biais de déclaration dans les enquêtes, sous-estimation de la mortalité en raison du retour de migrants gravement malades dans leur pays d'origine). L'étude de la santé des migrants est pourtant intéressante à plus d'un titre : en épidémiologie descriptive, elle relève d'une démarche d'investigation utilisée autrefois pour apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies chroniques ; en santé publique, elle relève traditionnellement de l'intérêt pour les populations vulnérables. Les études rassemblées dans ce numéro du BEH se situent dans cette seconde perspective. La majorité d'entre elles exploite de grands corpus de données, avec une représentativité nationale ou régionale (Enquêtes nationales périnatales, Enquête décennale de santé, Cohorte SIRS, Enquête Trajectoires et origines, systèmes de surveillance des maladies infectieuses). En complément, les autres études se basent sur des données de centres de soins d'ONG (Comede, Médecins du Monde). »

## 5 - Quartier

---

- **Jeunes des quartiers : quel bilan de santé ?** [Lire](#)

Centre de ressources et d'échanges pour le développement social urbain en Rhône-Alpes. Les Cahiers du développement social urbain. n°59. 2014. 16p.

« L'objectif de ce numéro est de fournir des éléments de compréhension sur les difficultés de santé rencontrées par les jeunes des quartiers et d'identifier les obstacles et leviers dans leur accès aux droits et aux soins. Il interroge les solutions apportées par les pouvoirs publics et les professionnels de terrain à ces problématiques. Trois parties structurent ce numéro : La première est consacrée à des éléments de contexte, d'où il ressort que les jeunes des quartiers sont confrontés à des problématiques de santé plus importantes que les autres jeunes ; La deuxième partie s'intéresse au travail en partenariat, une nécessité en raison de la complexité des situations ; La troisième partie ouvre sur l'enjeu que constitue pour les villes la santé des jeunes. Ce numéro donne également la parole aux jeunes qui, avec leurs mots, font passer des messages aussi bien sur la prévention, la contraception ou les substances psychoactives que sur l'estime de soi ou le bien-être, et tout simplement sur la vie ! »

- **Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2014.** [Lire](#)

Observatoire national des zones urbaines sensibles, Observatoire national de la politique de la ville. 2015. Ed. Cget. 142p.

« Un peu plus de la moitié des habitants des Zus se déclarent en bonne ou très bonne santé. C'est moins que ce qui est observé au sein des agglomérations abritant une Zus. La population des Zus se caractérise par un surpoids plus fréquent ; elle déclare plus fréquemment avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Elle dispose également moins souvent d'une couverture maladie complémentaire, tout en étant par ailleurs plus souvent bénéficiaire de la CMUC. Ces résultats s'expliquent en partie par le fait que ces quartiers accueillent des populations plus modestes. Les caractéristiques individuelles des habitants des Zus ne suffisent cependant pas à expliquer l'ensemble des écarts observés dans l'état de santé perçu : globalement un « effet quartier » demeure après prise en compte de la structure de la population. »

- **97 000 jeunes en grande précarité bénéficient du fonds d'aide aux jeunes en 2013.** [Lire](#)

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats. n°903. 2015. 6p.

« Aide départementale de dernier recours destinée à l'insertion sociale et professionnelle, le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) bénéficie à 97000 jeunes de 18 à 25 ans en grande difficulté sociale, en 2013. Le montant moyen des aides s'élève à 189 euros. Le fonds octroie essentiellement des aides financières individuelles versées le plus souvent à titre subsidiaire lorsque les autres dispositifs existants ne peuvent être mobilisés. La moitié d'entre elles répondent à des besoins de subsistance, le FAJ étant aussi fréquemment sollicité pour des aides au transport ou à la formation. Une aide sur cinq est, par ailleurs, allouée en urgence. 60 % des aides sont accordées à des jeunes sans ressource financière et 35% à des jeunes en situation de précarité vis-à-vis du logement. Le fonds finance également des actions collectives dans la moitié des départements. Il s'agit le plus souvent d'aides à l'insertion et au logement. Enfin, les ressources du FAJ alimentent d'autres fonds ou organismes œuvrant pour les jeunes dans un quart des départements. Son budget global, essentiellement financé par les conseils généraux, s'élève à 36 millions d'euros. »

## 6 - Renoncement aux soins

- **Renoncement aux soins pour raisons financières.** Lire

Legal R., Vicars A. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Dossiers solidarité santé. n°66. 2015. 28p.

« Le renoncement aux soins pour raisons financières est de plus en plus mobilisé pour apprécier l'accessibilité financière aux soins des systèmes de santé. Il est mesuré à l'aide de questions du type: « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à un soin, pour des raisons financières ? ». Ce dossier examine la sensibilité des réponses des enquêtés à ce type de questions, en fonction de leur formulation. Il s'appuie sur la vague 2013 du Baromètre d'opinion de la Drees, au sein de laquelle quatre jeux de formulation différents ont été soumis à quatre sous-échantillons de répondants. La valeur du taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation de la question : les écarts de taux atteignent 15 points selon la formulation utilisée. Cependant, le classement des types de soins faisant l'objet du plus de renoncement est moins sensible à l'effet de formulation, tandis que les caractéristiques des personnes renonçant à des soins pour raisons financières y est peu sensible. L'exercice mené dans ce dossier suggère que le taux de renoncement global ne doit pas être interprété en niveau et que les comparaisons de taux de renoncement entre années doivent être réalisées strictement avec les mêmes conditions de collecte. Si ces précautions sont observées, il peut être intéressant de suivre l'indicateur de renoncement aux soins en comparaison entre différentes catégories, en complément d'autres indicateurs plus objectifs. »

- **Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV.** Lire

Chaupain-Guillot S., Guillot O., Jankeliowitch-Laval E. Institut national de la statistique et des études économiques. Economie et statistique. n°469-470. 2014. 30p.

« D'après les chiffres de la quatrième vague de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), réalisée par l'Insee en 2007, environ 4% des personnes de 16 ans et plus ont renoncé au moins une fois, au cours des douze derniers mois, à se rendre chez un médecin alors qu'elles en ressentaient le besoin et près de 7% se sont abstenues de consulter un dentiste. L'obstacle financier est le motif de renoncement le plus fréquemment cité par les répondants. Cependant, nombreux sont ceux qui mettent en avant des raisons autres que financières. Dans le cas des soins médicaux, le manque de temps et l'attente d'une amélioration sont, en effet, souvent invoqués. Pour le dentaire, c'est la peur des soins qui constitue le second motif de renoncement. L'argument financier est plus souvent mentionné pour ce second type de soins que pour les soins médicaux (dans un cas sur deux, contre un cas sur trois). »

- **État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA.** [Lire](#)

Moisy M. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats. n°882. 2014. 6p.

« Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population : moins de 60% contre près de 80% parmi l'ensemble des 18-59 ans. De même ils déclarent davantage de limitations fonctionnelles et de problèmes de santé mentale : la part des bénéficiaires du RSA qui présentent une détresse psychologique est particulièrement élevée, 36% contre 14% dans le reste de la population. Alors que leurs besoins de soins sont plus importants, ils déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières Très hétérogène par son profil socio-économique, la population des allocataires du RSA l'est aussi par sa santé : toutes choses égales par ailleurs, celle-ci est meilleure pour les allocataires du RSA activité seul, mieux insérés sur le marché du travail. »

- **Le renoncement aux soins : une analyse empirique à partir de la base SHARE.** [Lire](#)

Bouba-Olga O. Vigé M. Communication au colloque « Métropolisation, cohésion et performances : quels futurs pour nos territoires ». Association de science régionale de langue française. Marne-la-Vallée, 7, 8 et 9 juillet 2014. 16p.

« Cet article propose une analyse empirique du renoncement aux soins à partir d'une base de données originale, jamais utilisée à notre connaissance sur ce sujet, l'enquête européenne SHARE. Dans le prolongement de travaux réalisés sur des échantillons plus réduits, nous montrons que, à côté des contraintes financières, les caractéristiques sociales et les comportements à risque influent fortement sur le renoncement aux soins. Le cumul des déterminants sociaux et des conduites addictives est également très influant. Nous observons enfin des différences significatives, notamment entre pays d'Europe du Nord et du Sud, ainsi que pour certains pays de l'Est. »

- **Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé.** [Lire](#)

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. 2012. 36p.

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

- **Le renoncement aux soins pour raisons financières : analyse socio-anthropologique.** [Lire](#)

Despres C. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Série études et recherche - Document de travail. n°119. 2012. 187p.

« Cette étude montre que le renoncement aux soins, qui peut survenir à tout moment d'un itinéraire thérapeutique, prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement- refus. Dans le premier cas, l'individu fait face à un environnement de contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le second cas est l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques – il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle – soit, plus radicalement, sur le fait même de se soigner : il revêt alors un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins. Ces deux formes de renoncement – barrière et refus – sont fréquemment associées : le facteur financier est rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin. »

- **Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011.** [Lire](#)

Boisguerin B. / dir. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Direction de la sécurité sociale. 150p.

« La notion de renoncement à des soins pour raisons financières est souvent utilisée pour mesurer les inégalités d'accès aux soins, dont la réduction est une priorité de santé publique. Elle est complémentaire d'autres approches des mesures des inégalités d'accès aux soins basées sur les consommations effectives. Ce colloque a pour but explorer cette notion de renoncement aux soins, afin de bien mesurer le phénomène et de mieux comprendre ce qu'il recouvre, d'en connaître les déterminants, et de réfléchir au rôle des politiques publiques pour en limiter l'ampleur. La présentation de travaux de recherche a été suivie par une table ronde donnant la parole aux différents acteurs du système de soins (assureurs, professionnels de santé, patients associations...) autour d'un débat sur la question suivante : Comment mieux garantir l'accessibilité financière aux soins ? »

## Bibliographie Midi-Pyrénées

---

- **Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées. Tableaux de bord / Données 2012.** [Lire](#)  
Institut national de la statistique et des études économiques - Direction régionale de Midi-Pyrénées, et al. 2014. 26p.  
« Le tableau de bord 2012 de la précarité en Midi-Pyrénées s'appuie sur des indicateurs structurés selon quatre dimensions : chiffres-clés socio-économiques, minima sociaux, accès aux soins et bas revenus. Déclinés pour la France métropolitaine, Midi-Pyrénées et ses huit départements, ces indicateurs mettent en évidence deux évolutions.  
- En Midi-Pyrénées, le nombre d'allocataires des minima sociaux augmente de 5,0 % entre 2011 et 2012. Le ralentissement de l'activité économique en 2012 et la hausse du chômage qui en découle entraînent un accroissement du nombre d'allocataires du RSA socle non majoré de 6,7 % entre 2011 et 2012, après une hausse de 4,2 % en 2011. De même, le nombre de bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) progresse de façon très soutenue, de 13,0 %.  
- En 2012, la part de la population en situation de précarité continue de s'accroître (+ 0,1 point) en Midi-Pyrénées, le taux de précarité financière atteignant 17,3 %. Ce taux est en hausse chaque année depuis 2009 et se rapproche de son niveau le plus élevé depuis 2005, soit 17,6 %. La précarité est nettement plus marquée en Ariège et dans le Tarn-et-Garonne qu'en moyenne régionale. Dans ces deux départements, plus d'une personne de moins de 65 ans sur cinq vit dans un foyer disposant de revenus inférieurs au seuil de bas revenus. Le département du Tarn n'est pas loin derrière avec 19,3 % de sa population sous le seuil de bas revenus. »
- **En Midi-Pyrénées, 424 000 personnes sous le seuil de pauvreté en 2011.** [Lire](#)  
Institut national de la statistique et des études économiques - Direction régionale de Midi-Pyrénées, et al. Insee analyses. 2014. n°6. 4p.  
« En 2011, 424 000 Midi-Pyrénéens vivent sous le seuil de pauvreté, soit une personne sur sept dans la région. Deux départements sont particulièrement touchés, l'Ariège et le Tarn-et-Garonne. Malgré les politiques redistributives qui atténuent les disparités de revenus au sein de la population, la crise économique a accentué les écarts de niveaux de vie entre les habitants. Et la pauvreté monétaire a augmenté avec 38 000 personnes pauvres de plus qu'en 2008. Elle touche notamment les jeunes, les familles monoparentales et les familles avec enfants. »
- **Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale en Midi-Pyrénées.** [Lire](#)  
Préfet de la région Midi-Pyrénées. 2014. 288p.  
« Un plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été adopté le 21 janvier 2013, lors de la réunion du comité interministériel de lutte contre les exclusions afin de répondre au constat

d'une augmentation sensible des personnes en situation de pauvreté (14,1% de la population, soit une augmentation de 1,2 % en 8 ans). Ce plan national doit être décliné dans toutes les régions, sous l'autorité du Préfet de région, en concertation étroite avec les différents acteurs concernés et notamment les conseils généraux, chefs de file de l'action sociale. Trois axes prioritaires et vingt mesures retenues par le Préfet de région sont présentés dans ce document : réduire les inégalités et prévenir les ruptures ; venir en aide et accompagner vers l'insertion ; accentuer la territorialisation des politiques publiques de lutte contre la pauvreté. »

- **Le contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.** [Lire](#)  
Haschar-Noé N., Salamero E. La santé en action. n°428. 2014. p.14-17.  
« Deux équipes de chercheurs français ont passé au peigne fin deux Contrats locaux de santé dans la région Midi-Pyrénées. Ils ont ainsi identifié, très concrètement, les difficultés et les leviers d'action pour ce type de contrat. Si ces contrats peuvent effectivement permettre un ajustement au plus près des besoins, la convergence des différentes parties prenantes (Agence régionale de santé, communes, etc.) est un véritable défi à relever. »
- **Profil Santé de la ville de Toulouse. Suivi et tendances évolutives.** [Lire](#)  
Observatoire régional de la santé de Midi Pyrénées, Ville de Toulouse. 2014. 50p.  
« Ce dossier présente l'actualisation et l'analyse des données et indicateurs qui ont été mobilisés pour réaliser le diagnostic santé de la ville de Toulouse au moment de la mise en place du Plan Municipal de Santé (PMS). Certains indicateurs sociodémographiques permettent d'apprécier les disparités contextuelles et territoriales au sein de la Ville de Toulouse afin de pouvoir identifier et mieux comprendre les disparités et inégalités de santé et leurs déterminants. »
- **Les situations de droits non ouverts et de non-recours à la CMUc et à l'ACS : étude exploratoire. Dossier documentaire : l'Aide Complémentaire Santé. 2012-2013.** [Lire](#)  
Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. 2013. 46p.  
« Dans le cadre de sa politique de réduction des Inégalités Sociales de Santé, l'ARS a sollicité l'Observatoire Régional de Santé afin de réaliser une étude exploratoire dont les objectifs sont de : préciser l'importance et les différents types de situation de non recours à la CMUc et à l'Assurance complémentaire Santé (ACS) ; apprécier l'intérêt et la faisabilité dans certains lieux d'accueil de mieux repérer et accompagner les personnes en situation de non-recours ; conduire une réflexion sur les mesures qui pourraient être mises en place pour renforcer l'accès à une couverture complémentaire. La démarche s'est articulée autour de plusieurs axes d'intervention : une recherche bibliographique - dossier sur l'ACS (ORS-UMR Inserm- UPS 1027) ; des questionnaires auprès des 10 Missions Locales ; des questionnaires auprès des Pôles Emploi ; des entretiens auprès de différents acteurs CPAM, Pass, Bureau des entrées, CCAS. »
- **Repères sur les inégalités de santé. Analyse sociale et territoriale. Midi-Pyrénées 2011.** [Lire](#)  
Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. 2011. 68p.  
« L'objet de ce dossier est d'apprécier la diversité des situations régionales face à la santé et les disparités sociales qui la caractérisent à partir des données et indicateurs accessibles. Le rapport comporte cinq grands chapitres : ce que l'on sait des inégalités sociales de santé ; Midi-Pyrénées et les inégalités sociales de santé ; les déterminants socio-économiques de santé dans la région ; les situations de vulnérabilité et précarité ; les disparités hommes-femmes. »
- **Participation, expression, représentation des usagers hébergés dans les centres d'hébergement et autres structures spécifiques de la grande précarité en Midi-Pyrénées.** [Lire](#)  
Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. 2010. 41p.  
« Ce rapport d'étude, commandité par la Direction régionale de la cohésion sociale de Midi-Pyrénées plus de 8 ans après la mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002, fait le point des avancées réalisées par les

structures d'accueil et d'hébergement sur l'expression et la participation des usagers en Midi-Pyrénées afin d'objectiver les freins et les obstacles rencontrés et de valoriser les expériences innovantes. »

- **La parole des personnes "sans logis". Valeurs et modèles, cadres relationnels, situation et trajectoires de santé, formes d'insertion sociale, rapport aux dispositifs, perspectives d'avenir.** [Lire](#)  
Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. 2010. 157p.  
« Cette publication clôture la recherche réalisée à la demande du Pôle Social de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées afin de rendre accessible au plus grand nombre un compte rendu aussi fidèle que possible de la parole des personnes sans logis : sur leurs valeurs et modèles, leurs cadres relationnels, leur situation et trajectoire de santé, leurs formes d'insertion sociale, leur rapport au dispositif, leurs perspectives d'avenir. Ce travail d'approfondissement tire aussi les enseignements sur les conditions de la médiation, sur les grandes disparités de profils et sur les besoins d'une action plus adaptée fondée sur une meilleure connaissance des logiques et aspirations des personnes. »

#### Santé / Précarité - Bibliographie antérieure à 2012

*Les références sont classées par ordre alphabétique du nom de l'auteur, personne physique ou morale.*

*\* Documents disponibles au Centre régional de documentation en santé publique*

- Bresson M. **Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence.** Cahiers internationaux de sociologie. n°115. 2003. p.311-326. [Lire](#)
- Cambois E., Jusot F. **Vulnérabilité sociale et santé.** In : Santé, soins et protection sociale en 2004 : Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS). Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Ed. Irdes. 2006. p.41-47. [Lire](#)
- Centre de ressources et d'échanges pour le développement social et urbain - Rhône-Alpes. **Santé et précarité sociale : vers une politique publique locale ?** Les cahiers du DSU. 2005. n°43. 2p. [Lire](#)
- Chauvin P., Parizot I. **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.** Ed. Délégation interministérielle à la Ville. Coll. Etudes et recherches. 2007. 129p. [Lire](#)
- Chauvin P., Parizot I., Revet S., et al. **Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social.** Institut national de la santé et de la recherche médicale. Ed. Vuibert. 2005. 292p. [Résumé](#)
- Collet M., Menahem G., Paris V., et al. **Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants des centres de soins gratuits.** Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Questions d'économie de la santé. n°63. 2003. 6p. [Lire](#)
- Collet M., Menahem G., Picard H. **Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits : Enquête Précalog 1999-2000.** Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Questions d'économie de la santé. n°113. 2006. 8p. [Lire](#)
- Després C., Dourgnon P., Fantin R., et al. **Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique.** Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Questions d'économie de la santé. n°169. 2011. 7p. [Lire](#)

- Firdion J.M., Marpsat M., Amosse T., et al. **Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED, Paris et petite couronne, 1998.** Institut national d'études démographiques, Centre de recherche et de documentation en économie de la santé. Ed. Credes. Rapport n°504. 2001. 73p. [Lire](#)
- Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. **La santé des personnes sans chez soi : plaider et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport.** 2009. 236p. [Lire](#)
- Haut comité de la santé publique. **La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.** Ed. Hcsp. Coll. Avis et rapports. 1998. 368p. [Lire](#)
- Haut conseil de la santé publique. **Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité.** Ed. La Documentation française. 2009. 104p. [Site éditeur](#)
- Joubert M., Chauvin P., Facy F., et al. **Précarisation, risque et santé.** Institut national de la santé et de la recherche médicale. Ed. Inserm. Coll. Questions en santé publique. 2001. 472p. [Lire](#)
- La Rosa E. **Santé, précarité et exclusion.** Ed. Presses universitaires de France. Coll. le Sociologue. 1998. 222p. \*
- Lang T. / coord. **Les inégalités sociales de santé.** Haut conseil de la santé publique. Actualités et dossier en santé publique. n°73. 2010. p. 2-5. [Site éditeur](#)
- Laporte A. / dir., Chauvin P. / dir. **Samenta. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats.** Institut national de la santé et de la recherche médicale, Observatoire du Samu social de Paris. 2001. 226p. [Lire](#)
- Lazarus A. / prés., Strohl H. / rapp., Arene M. / rapp. Groupe de travail Ville santé mentale précarité et exclusion sociale. **Une souffrance qu'on ne peut plus cacher.** Ed. Délégation interministérielle à la ville. 1995. 57p. \*
- Lebas J. / dir., Chauvin P. / dir. **Précarité et santé.** Ed. Flammarion. 1998. 299p. \*
- Masullo A. **Santé et recours aux soins des populations précaires.** Ed. ERIS. 2006. 15p. [Lire](#)
- Observatoire régional de la santé de Franche Comté. **Les principales problématiques de santé publique dans les quartiers en difficulté : analyse bibliographique. Etude réalisée dans le cadre du volet "santé" du contrat de ville de Besançon.** 2002. 21p. [Lire](#)
- Parizot I. **Soigner les exclus.** Ed. Presses universitaires de France. Coll. Le lien social. 2003. 312p. [Site éditeur](#)
- Parizot I., Renahy E, Bazin F., et al. **Santé, inégalités et ruptures sociales. Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France.** Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2005. 116p. [Lire](#)
- Parizot I., Chauvin P. **Quel accès aux soins pour les plus démunis ?** Science humaines. n°48. Hors- Série. 2005. p.96-99. [Lire](#)

- Perreti-Watel P. **Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide.** Economie et statistiques. n°391-392. 2006. p.115-130. [Lire](#)
- Royer B., Gusto G., Vol S., et al. **Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé.** Pratiques et organisation des soins. vol.41. n°4. 2010. p.313-321. [Lire](#)
- Sass C., Guéguen R., Moulin J.J., et al. **Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité.** Santé publique. vol.18. n°4. 2006. p.513-522. [Lire](#)
- Sass C., Moulin J.J., Guéguen R. **Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes.** Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n°14. 2006. p.93-96. [Lire](#)
- Trugeon A., Thomas N., Michelot F., et al. **Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. 2e édition.** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. Ed. Elsevier-Masson. Coll. Abrégés. 2010. 280p. [Site éditeur](#)
- Verspieren P., Beaufile F., et al. **Précarité et santé. Colloque, 17 mars 2007.** La revue Laennec. vol.55. n°4. 2007. p.4-58. [Lire](#)
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. **Les inégalités sociales de santé.** Ed. La Découverte. 2000. 448p. [Site éditeur](#)

#### Bibliographie Midi-Pyrénées antérieure à 2012

*Les références sont classées par ordre alphabétique du nom de l'auteur, personne physique ou morale.*

*\* Documents disponibles au Centre régional de documentation en santé publique*

- Centre d'études et de recherches sociologiques, Centre interdisciplinaire d'études urbaines, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, et al. **Précarisation au travail et santé : l'expérience sociale des salariés et de leur famille confrontée au jugement des médecins du travail.** 2002. 183p. [Lire](#)
- Centre Interdisciplinaire d'Etudes Urbaines. **Exclusion/précarité. Répertoire des études en Midi-Pyrénées. Inventaire 1999-2001.** 2002. (130p.). \*
- Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. **Agir sur les inégalités sociales de santé. Dossier.** Vecteur santé en Midi-Pyrénées. n°20. 2007. 12p. [Lire](#)
- Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées. **Mise en perspective régionale des schémas départementaux, de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. 2002-2004. Midi-Pyrénées.** 2002. 56p. \*
- Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées, Observatoire régional de la santé de Midi Pyrénées. **Quel accompagnement à la santé pour les plus démunis ? Dossier.** Vecteur santé en Midi-Pyrénées. n°2. 2001. 10p. [Lire](#)

- Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées. **Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins. Praps. État des lieux.** 2005. 79p. [Lire](#)
- Institut national de la statistique et des études économiques - Direction régionale de Midi-Pyrénées. **Une approche de la précarité. Données 2003. Zoom sur la précarité professionnelle.** Dossiers Insee - résultats. n°128. 2005. 80p. \*
- Institut national de la statistique et des études économiques - Direction régionale de Midi-Pyrénées. **Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées. Zoom sur la Couverture Maladie Universelle Complémentaire. Données 2004.** Dossier annuel de l'Insee. n°136. 2006. 78p. \*
- Institut national de la statistique et des études économiques - Direction régionale de Midi-Pyrénées. **Une approche de la précarité. Données départementales 2001-2002. Zoom sur la précarité en milieu rural.** Dossiers Insee - résultats. n°120. 2004. 73p. \*
- Observatoire régional de la santé de Midi Pyrénées. **Santé-Précarité. Indicateurs et données épidémiologiques en Midi-Pyrénées. 2002.** 2003. 50p. \*
- Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. **Les personnes "sans logis". Leur "parole". Leur point de vue sur l'offre d'hébergement, de logement, d'insertion et de santé. Rapport.** 2009. 44p. [Lire Enseignement et synthèse.](#) 2009. 21p. [Lire](#)
- Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. **Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de santé du Tarn et Garonne.** 2007. 48p. [Lire](#)
- Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. **Santé précarité. Bilan des actions de prévention santé financées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes thématiques prioritaires du GRSP en 2008.** 2009. 36p. [Lire](#)

#### Textes officiels

- Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). [Lire](#)
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Version consolidée au 04 septembre 2015. [Lire](#)
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Version consolidée au 04 septembre 2015. [Lire](#)

#### Sitographie

- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. CNLE. [Site](#)
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. ONPES. [Site](#)
- Observatoire national de la politique de la ville. ONZUS. [Site](#)