

JNPS 2022

BIBLIOGRAPHIE (SELECTION)

- UNPS- vidéos des colloques JNPS 2020 et 2021 [vidéos des colloques JNPS 2020 et 2021](#)
- Rapports de l'ONS :
 - 1^{er} rapport, novembre 2014, Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche.
<https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/rapportons2014-mel.pdf>
 - 2^{ème} rapport, février 2016, Suicide : connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives.
https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons2016_mel_220216.pdf
 - 3^{ème} rapport, février 2018, Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence.
<https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons3.pdf>
 - 4^{ème} rapport, juin 2020, Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'informations.
https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf
- Recueils Numériques, Observatoire national du suicide, dernière mise à jour 22 novembre 2021
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide#toc-recueils-num-riques>

Plans et programmes nationaux :

- Feuille de Route en Santé Mentale, DGS, 2018
- Stratégie Nationale de Santé (2018-2022) et Priorité Prévention (Comité Interministériel à la Santé de mars 2018)

- Rapport du CESE en 2013-14 : « Suicide : Plaidoyer pour une prévention active »
- Les évolutions des nouveaux métiers de la prévention : restructuration des formations, notamment d'après les directives envoyées par la DGS aux ARS (2019) pour la prévention du suicide
- Globalement, le plan « Ma santé 2022 : un engagement collectif »

La fabrique des inégalités de santé. Une réalité sociale trop souvent tue
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021->

Marguerite Cognet

Dans Revue française des affaires sociales 2021/3, pages 117 à 123

Les liens entre inégalités sociales et inégalités de santé ne sont pas nouveaux même s'ils restent trop souvent tus ou cachés dans l'ombre des grandes explications qu'offrent l'étiologie et la clinique.

Pourtant, aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire de la production de données afférentes à la santé, le poids des appartenances sociales est évident – par exemple nous savons depuis la parution des premières tables de mortalité au xvii^e siècle que les catégories sociales n'avaient pas la même espérance de vie. Aujourd'hui encore nous savons que non seulement l'espérance de vie mais également l'espérance de vie en bonne santé croît avec la classe sociale. Et les écarts observés dès le xvii^e siècle se sont plutôt accrus (Wilkinson, 1976). En 1980, à la suite de la publication du rapport Black (Gray, 1982), nous pouvions espérer que cette question des inégalités sociales de santé et la lutte à mener en vue de leur réduction remonterait dans les agendas politiques. Ce rapport qui compilait nombre de travaux sur les inégalités sociales et leurs impacts sur la mortalité et la morbidité, confirmait que le statut social est un déterminant majeur de l'état de santé – plus les statuts s'élèvent socialement meilleur est l'état de santé – ce qui certes était déjà connu mais ce qui bouleversait la donne ce sont les causes avancées et discutées de façon très argumentée dans le rapport. Si, au vu de la recension, les comportements des individus restaient une explication valable pour expliquer les inégalités, les auteurs posaient explicitement la question du déterminisme social de ces comportements...

De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ?

Estelle Carde

Dans Revue française des affaires sociales 2021/3, pages 107 à 115

Le constat est récurrent depuis le printemps 2020 : la pandémie de Covid-19 est une caisse de résonance pour les inégalités sociales de santé (ISS). Les liens entre la santé et une série de variables (statut socioéconomique, origine, sexe ou encore quartier d'habitation), connus de longue date, sont exacerbés dans les tableaux du Covid (Carde, 2020, a). Cela dit, l'image de la caisse de résonance ne renvoie pas uniquement à l'accentuation des courbes épidémiologiques. Elle est aussi une allusion à l'attention des chercheur·euse·s, qui semble singulièrement attirée vers ces courbes – on ne trouve jamais que ce que l'on cherche. Mais de quoi est-il question, finalement ? Quelles sont ces statistiques sanitaires que l'on qualifie d'ISS et que la pandémie fait résonner au-delà des cercles scientifiques, jusque dans l'espace public ? C'est ce dont je propose de

discuter ici. Les ISS sont des différences de santé, et ma réflexion commence par un examen de chacun des termes de ces différences. Elle se porte ensuite sur ce qui donne leur sonorité particulière à certaines de ces différences et leur vaut d'être qualifiées d'ISS : une indignation. Chaque victime de la pandémie est une de trop, mais le fait que certain·e·s soient plus exposé·e·s au risque de mourir du fait de leur quartier de résidence, de la couleur de leur peau ou de leur niveau de revenu semble particulièrement inacceptable. Cette indignation est au fondement des ISS. C'est elle qui en fait un objet de recherche et d'action publique à la légitimité incontestable...

Technologies numériques et inégalités sociales de santé : un non-sujet à l'agenda politique mais une action publique émergente sur l'inclusion numérique

Viviane Ramel

Dans Revue française des affaires sociales 2021/3, pages 45 à 67

Les interrelations entre deux marqueurs des systèmes de santé occidentaux, la numérisation de la santé et la persistance des inégalités sociales de santé (ISS), sont étudiées pour en déterminer le degré d'intérêt exprimé par les pouvoirs publics (donc de mise à l'agenda des priorités politiques) et de mise en œuvre de politiques à leur égard. Cette sociologie comparée de l'action publique entre infra-territoires de quatre pays (France, Canada, Espagne et Angleterre) repose sur une étude documentaire et sur des entretiens auprès d'acteurs clés de ces champs. Le sujet des effets inattendus du numérique n'est pas prépondérant dans les politiques liées à ce nouveau mode d'organisation sociotechnique, notamment celui des liens avec les inégalités sociales de santé qu'il peut contribuer à alimenter. Aussi le couplage ISS-santé numérique n'est-il pas sélectionné comme un « problème public » et ne fait-il pas l'objet d'une politique publique clairement définie et priorisée. Toutefois, un appareil d'instruments d'action publique est parfois mobilisé et mobilisable pour promouvoir l'équité en santé numérique dans les quatre pays. Son cadre conceptuel de mise en œuvre est également analysé.

Les maisons et centres de santé comme « contre-conduites » pour corriger les inégalités sociales de santé : solution ou déplacement du problème ?

Nadège Vezinat

Dans Revue française des affaires sociales 2021/3, pages 293 à 304

Raisonner en termes d'inégalités plutôt que de différences ou de vulnérabilités n'est pas neutre (Gelly et al., 2021). Selon plusieurs sociologues « il s'agit de considérer que c'est la société qui produit les disparités que nous observons, que l'on n'assiste pas à la dérive d'une catégorie précaire ou vulnérable, mais à des évolutions dont tous les groupes sociaux sont, qu'ils le reconnaissent ou non, solidaires » (Fassin et al., 2000, 15-16). Cette idée est également celle qui ressort des travaux de R. Wilkinson (1996 et 2000) quand il montre, en tant qu'épidémiologiste, que la santé dépend de facteurs sociaux structurels et que travailler à réduire ces inégalités, qui ne relèvent pas au départ de la

santé mais plutôt du logement, de la sécurité, de la pauvreté, etc., participeraient à améliorer la santé de la population dans son ensemble. Considérant que les inégalités relèvent soit de l'omission, soit de la construction (Lombrail et al., 2004), l'état de la solidarité en France conduit à s'interroger sur leur « fabrique » et sur l'égalité visée en luttant contre elles : s'agit-il de réparer les inégalités sociales en aval ? ou de les corriger en amont ? De quelle égalité parle-t-on : d'une égalité de droit où l'on traite de la même façon des usagers situés socialement de manière différente ? d'une « équité en santé » fondée sur un traitement différencié de personnes placées dans des situations qui ne sont pas semblables ? d'une « équité territoriale » (Honta, 2020) qui questionne le rôle des collectivités locales dans l'évolution de la demande sociale.