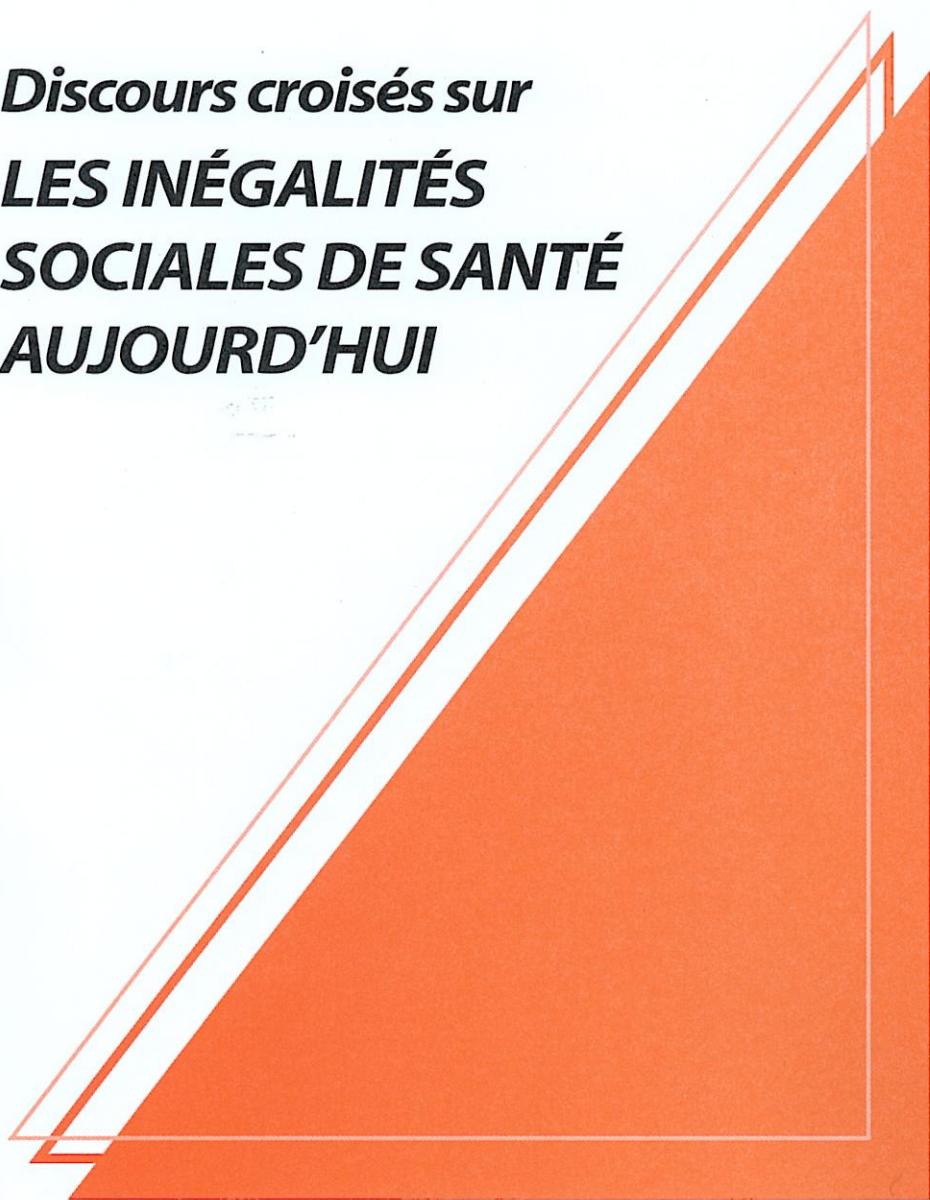




***Discours croisés sur
LES INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ
AUJOURD'HUI***



Inégalités de santé mentale : à propos des détenus du projet Equal-Reset Luxembourg sur l'employabilité

Michèle BAUMANN¹ et Claude HAAS²

Introduction

Jusqu'à la deuxième moitié du XX^e siècle, la structure et le fonctionnement des prisons ont été dominés par une logique de détention où les activités proposées l'étaient dans le but d'occuper les détenus. Si la fonction de détention n'est pas remise en question, on assiste depuis la fin de la deuxième Guerre Mondiale à un passage vers une logique de rééducation, de réinsertion, qui se veut être aujourd'hui une logique d'inclusion. Ce changement d'orientation est lié à la prise de conscience du fait que la privation de liberté des individus ne peut se justifier que si on les rend meilleurs pour la société (Combessie, 2004).

Citoyens européens à part entière, les détenus doivent dans cette perspective être intégrés aux processus de la compétitivité économique. Notre étude tente d'analyser l'effet de déterminants sociaux sur les inégalités de santé mentale de façon à mieux comprendre comment concevoir, pour y remédier, des nouveaux dispositifs d'accompagnement.

1.1. L'Europe sociale et la lutte contre l'exclusion sociale

L'Union européenne se distingue des autres modèles sociaux démocratiques par son rapport à la solidarité et, plus généralement, à la place qu'elle accorde à la protection des plus faibles. Ce sont ces valeurs qui permettent d'évoquer l'existence d'un véritable modèle social européen (Conseil européen de Barcelone de 2002³).

1 Assistante-professeure en sociologie de la santé, responsable scientifique, Integrative research unit on Social and Individual Development (INSIDE), Faculté LSHASE, Université du Luxembourg.

2 Enseignant-chercheur sciences sociales, INSIDE, Université du Luxembourg.

Les auteurs remerciements pour leur collaboration : Etienne Le Bihan, statisticien, Marie-Emmanuelle Amara, assistante-doctorante en sociologie, Marc Sinner, auxiliaire de recherche, Université du Luxembourg ; Jean-François Schmitz, psychologue, responsable Service psychosocioéducatif, Marie-Anne Mersch, directrice-adjointe et chef du projet, Centre Pénitentiaire de Givenich, Grand-duché de Luxembourg.

3 Conseil Européen de Barcelone, 15 et 16 mars 2002, Conclusions de la Présidence. http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/fr/ec/71026.pdf

Pour répondre au processus de Lisbonne (Conseil de l'Europe 2000¹), l'Europe sociale intervient sur les questions liées à l'emploi, la santé, la protection sociale et la lutte contre l'exclusion qui est devenue une priorité pour tous les gouvernements. De nombreux domaines d'intervention sont concernés notamment l'insertion des populations marginalisées dans le marché du travail et dans la société en général.

Le Programme d'Initiative Communautaire EQUAL², inscrit dans la stratégie européenne de lutte contre les discriminations et les inégalités en matière d'accès à l'emploi, a été conçu pour favoriser l'inclusion sociale et professionnelle. Depuis 2001, le PIC EQUAL permet d'expérimenter des dispositifs, visant à améliorer l'insertion des personnes exclues ou éloignées du marché de l'emploi, par la mise en place d'actions innovantes d'orientation, de formation, de suivi à long terme. Le cofinancement des actions nationales est assuré par le Fonds Social Européen³ qui contribue ainsi à une convergence des systèmes politiques européens.

I.2. Les facteurs de l'insertion sociale et professionnelle

Faire de la prison un temps utile et limiter la récidive résume les règles pénitentiaires européennes et les recommandations du Conseil de l'Europe. Ce cadre légal international de la réinsertion des détenus est traduit dans tous les pays par des textes de lois nationaux visant à assurer leur retour et leur maintien dans la société, en toute sécurité. Pourtant la plupart des détenus quittent le milieu carcéral sans avoir une formation, un emploi et sans avoir reçu ni préparation, ni accompagnement pour gérer leur transition d'un milieu très contrôlé à la liberté (Ministère de la Justice, 2005 ; La Vigne, 2004).

A leur sortie de prison, les emplois précaires que les ex-détenus occupent, contribuent au retour de leur comportement délinquant (Gleason, 1986). En effet, le faible niveau de scolarité, le manque d'images valorisantes liées au travail et l'absence d'expériences professionnelles sont de puissants prédictors de la récidive (Gendreau, 1996). Confrontés à des difficultés d'intégration tant sociales que professionnelles, certains retombent dans la criminalité.

Les principaux facteurs recensés dans la littérature qui limitent l'accès des détenus et ex-détenus au marché du travail (Webster, 2001; Lynch, 2001; La Vigne, 2004), et qui représentent un frein à l'insertion et à la non récidive (Social Exclusion Unit, 2002) sont :

- les attitudes des employeurs ;
- la crainte de devoir révéler le statut judiciaire ;
- le manque d'estime de soi et d'assurance (confiance) ;
- le peu de motivation ;
- les problèmes de comportement ;

1 Conseil Européen de Lisbonne, 23 et 24 mars 2000, Conclusions de la Présidence.
http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-r1.f0.htm

2 www.europa.eu.int/comm/equal

3 Site consultable : www.fse.lu

- la mauvaise santé physique et mentale;
- la toxicomanie et l'alcoolisme ;
- le manque de diplômes (qualification) ;
- le faible niveau des compétences de base relatives à la vie quotidienne ;
- le manque d'expériences professionnelles récentes ;
- l'appartenance à des réseaux familiaux et sociaux peu efficaces ;
- la pauvreté et l'endettement ;
- la précarité du logement.

A cela, s'ajoutent aujourd'hui :

- le problème des sans domicile fixe et des sans papiers ;
- le chômage ;
- les problèmes de stigmatisation des populations défavorisées tels que la dévalorisation, la discrimination, le rejet.

1.3. La santé mentale des détenus

Diverses études épidémiologiques révèlent que les maladies mentales représentent en milieu carcéral la morbidité la plus fréquente (Birmingham, 2004). Elles relèvent un taux plus élevé de ces pathologies par rapport à l'ensemble de la population générale (Spector, 2005). En Angleterre et au Pays de Galles, un diagnostic de santé mentale réalisé auprès de 70000 prisonniers adultes de sexe masculin a mis en évidence, chez deux tiers d'entre eux, un désordre de la personnalité et, pour deux cinquièmes, des symptômes d'ordre névrotique (dépression, inquiétude, phobie), alors qu'en population générale, moins d'un cinquième des hommes sont affectés par ces troubles. On observe également un taux élevé de problèmes de santé mentale graves comme la schizophrénie (10% chez les détenus, versus 1% en population générale) (Stephenson, 2004). Les cas de psychose sont quatre à cinq fois plus nombreux que dans la population générale (Brooke, 1996). Pour réaliser leurs enquêtes, les chercheurs utilisent des échelles de mesure comme par exemple: le General Health Questionnaire (GHQ-12), le World Health Quality Of Live (WHOQOL-Bref) (Mooney, 2002), le Nottingham Health Profile (NHP) (Blanc, 2001), le Shot-Form (SF36) (Plugge, 2005), le Health Related Quality Of Live (HRQOL) (Thein, 2006).

De nombreux observateurs en déduisent qu'il existerait une « sur-pénalisation » de certains malades mentaux qui aurait pour effet d'incarcérer des personnes dont la place devrait se situer, en réalité, davantage en structure hospitalière. C'est ainsi que des milliers de détenus mentalement malades sont indûment incarcérés ; à titre d'exemple, environ 55 % des détenus anglais devraient recevoir immédiatement des soins psychiatriques (Brooke, 1996).

D'autres observateurs expliquent que ce sont les conditions carcérales elles-mêmes, l'environnement et les règles qui régissent la vie à l'intérieur de la prison qui seraient

génératrices de troubles psychiques sur des détenus déjà fragilisés. En effet, pendant le temps de la peine, les détenus sont amenés à faire face à de nombreuses pertes qui s'additionnent les unes ou autres: pertes de ressources (logement, emploi), pertes de relations (famille, amis), pertes de savoir-faire dans les activités de la vie quotidienne ; c'est l'ensemble de ces pertes qui affecteraient leur santé physique, mais surtout leur équilibre mental (Birmingham, 2003).

Ces deux explications tout à fait plausibles ne sont d'ailleurs pas mutuellement exclusives. Elles nous permettent également de mieux comprendre le développement d'une certaine violence des détenus sur eux-mêmes (automutilations, suicides, tentatives de suicides), sur leurs codétenus ou encore envers le personnel pénitentiaire.

En ce qui concerne la prise en charge de la santé mentale en milieu ordinaire, elle est depuis toujours, en Europe, le parent pauvre des dispositifs de soins. Aussi il n'est pas étonnant de constater qu'en milieu carcéral, elle l'est encore davantage ; il suffit pour cela de comparer les services de soins offerts aux populations à ceux offerts aux prisonniers (Birmingham, 2004).

I.4. Le programme EQUAL-RESET : Réinsertion Économique et Sociale par l'Éducation et le Travail des détenus

Dans le cadre de la programmation nationale EQUAL (2004-2008), le Centre Pénitentiaire de Givenich (CPG) a introduit, auprès du Ministère du Travail et de l'Emploi du Luxembourg¹, un projet intitulé Equal-RESET^{2,3} dont le but est de concevoir des programmes pour améliorer la formation, l'éducation, l'acquisition de compétences sociales, l'employabilité et la santé des détenus. Le CPG est l'une des deux prisons de l'Administration pénitentiaire du Grand-duché du Luxembourg. C'est une prison semi-ouverte qui accueille des hommes majeurs. Sa population est hétérogène (durée de la peine, motifs de la peine, etc.).

L'Université du Luxembourg a été chargée d'étudier les besoins psychologiques et sociaux des détenus. Nous avons alors envisagé de rechercher la possibilité d'un lien, entre le niveau d'instruction et l'état mental, susceptible de nous permettre d'avancer sur la question des inégalités de santé. Nous avons supposé que le faible niveau scolaire pouvait être considéré comme un facteur indirect qui "amplifierait" la souffrance psychique des détenus dont la santé est déjà fragilisée. Nos objectifs ont été d'analyser

1 Autorité de gestion du programme EQUAL au Luxembourg.

2 Site www.equal-reset.lu.

3 Un Partenariat De Développement (PDD) national a été constitué pour soutenir le CPG dans sa mission, il a réuni les représentants : du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, de l'Administration de l'Emploi, de la Chambre des Métiers, de la Chambre du Commerce, de la Chambre de l'Agriculture et de l'Université du Luxembourg.

les interrelations entre la santé mentale et les facteurs qui y sont associés en accordant un intérêt particulier aux effets éventuels du niveau d'étude.

II. Méthodologie

Population.

Parmi les 62 détenus présents au moment de l'enquête, 52 ont accepté d'y participer.

Méthode.

Les détenus ont été interrogés au moyen d'un questionnaire auto-administré selon leur demande, en français ou en allemand, avec ou sans l'aide d'une enquêtrice ou d'un enquêteur.

II.1. Instrument de recueil des informations

II.1.1. Les variables de santé mentale

La santé mentale a été évaluée à l'aide de quatre échelles validées.

. Echelle de détresse psychologique (GHQ-12)

Le 'General Health Questionnaire' de 12 items (Goldberg 1972) couvre quatre domaines : dépression, anxiété, dysfonctionnement social et hypochondrie. Il est utilisé pour dépister les troubles psychiatriques et les troubles psychologiques mineurs.

. Echelle de qualité de vie (Whoqol-Bref)

Le 'World Health Organisation Quality Of Life-Bref' est un instrument de 26 items issus du Whoqol de 100 items développé par un groupe de travail pour le compte de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il couvre quatre dimensions : santé physique, santé psychologique, environnement, relations sociales. (Hawthorne, 2006).

Seule la dimension psychologique a été retenue dans notre étude pour explorer la santé mentale. Les autres dimensions du Whoqol ont été étudiées comme des variables associées à la santé mentale.

. Echelle de dépression (CES-D)

Le 'Center for Epidemiologic Studies - Depression scale' est une échelle de 20 items utilisée pour évaluer les symptômes de la dépression et des états dépressifs. Elle explore quatre domaines : difficultés interpersonnelles, humeur dépressive, manque de bien-être, ralentissement (Radloff, 1977).

. Echelle d'estime de soi

Le 'Self-esteem scale' (Rosenberg, 1965) est une échelle de 10 items qui mesure la perception globale qu'une personne a de sa propre valeur.

II.1.2. Les autres variables associées à la santé mentale

. Disponibilité du réseau de soutien social

Nous avons eu recours à la version française du 'Social Support Questionnaire' (SSQ-6 items ; Rascle, 1997). Seules les questions sur la disponibilité du réseau de soutien ont été adaptées et proposées aux détenus.

. Autres variables relevées

Il s'agit des autres dimensions du Whoqol-bref (santé physique, relations sociales et environnement), des questions sur les consommations de tabac, d'alcool (test Deta, version française du questionnaire Cage de Rueff, 1989), de drogues, de tranquillisants, de médicaments antidépresseurs et des questions sur les pensées de suicide ainsi que sur la variation de poids depuis le début de l'incarcération. L'âge et le niveau d'instruction des détenus ont également été pris en compte.

II.2. Analyses statistiques

Les scores ont été calculés de façon à ce qu'un score élevé soit le signe d'une bonne santé mentale. Les comparaisons des moyennes et des pourcentages en fonction du niveau d'instruction ont été menées, respectivement, à l'aide de tests de Student et de tests du Chi-2. L'effet du niveau d'instruction, ajusté sur l'âge, sur les scores de santé mentale, a été évalué au moyen d'une analyse de variance pour chaque score. Les relations entre les scores de santé mentale et les autres variables ont été explorées par des tests de signification des coefficients de corrélations de Pearson et par des tests de Student. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique SPSS®.

III. Principaux résultats

III.1. Dimensions de la qualité de vie (sauf psychologique), consommations d'alcool, de tabac, de somnifères / antidépresseurs et de drogues (tableau 1).

Notre échantillon est constitué d'hommes majeurs, 53 % ont moins de 30 ans et 58 % un niveau d'instruction inférieur ou égal à neuf années d'études.

La qualité de vie des détenus ayant un niveau d'instruction inférieur à neuf ans est plus basse notamment pour les dimensions santé physique (14,6 vs 17,2 niveau moyen ou supérieur ; $p=0,003$) et relations sociales (12,4 vs 15,7 niveau moyen ou supérieur ; $p=0,001$).

Parmi les détenus interrogés, 75 % sont des fumeurs avec une consommation moyenne de 23 cigarettes par jour. Au cours des six derniers mois, 42 % des détenus ont consommé de la drogue et 23 % ont un score positif de dépendance à l'alcool. La consommation d'alcool et de drogues étant interdite, les réponses ont été probablement mal renseignées.

Au cours des six derniers mois, 23 % ont consommé des antidépresseurs et 31% des tranquillisants et/ou des somnifères. Plus d'un détenu sur dix a avoué avoir eu des pensées de suicide.

Depuis le début de l'incarcération, environ deux tiers d'entre eux ont déclaré une variation de poids la perte ou le gain de poids étant en moyenne de 11kg.

III.2. Niveau d'instruction et scores de santé mentale (tableau 1)

Un niveau d'instruction inférieur est associé à une moins bonne santé mentale : (i) pour la dimension psychologique du Whoqol-bref (13,7 vs 15,8 niveau moyen ou supérieur ; $p=0,006$) ; (ii) pour le score global de dépression CES-D (36,1 vs 46,8 ; $p=0,001$).

Aucun effet de l'âge n'a pu être mis en évidence de façon significative sur les scores de santé mentale ; ce qui explique que les moyennes brutes, présentées dans le tableau 1, soient quasiment identiques aux moyennes ajustées sur l'âge (*tableau que nous avons jugé inutile de reproduire ici*).

III.3. Relations entre scores de santé mentale et variables associées (tableaux 2 et 3)

La disponibilité du réseau de soutien social, des dimensions du Whoqol-bref: environnementale et de santé physique sont associés à une meilleure dimension psychologique du Whoqol-bref, du CES-Dépression et à une estime de soi. Des corrélations positives existent également entre les scores des dimensions relations sociales et psychologique du Whoqol-bref et celui de la CES-dépression.

Les détenus qui ont déclaré avoir eu des pensées de suicide et ceux dont le poids a varié (perte ou prise) présentent des états dépressifs. D'une part, plus la variation de poids a été importante, plus l'estime de soi des détenus est faible. D'autre part, ceux qui n'ont pas consommé de médicaments antidépresseurs ou de tranquillisants ont une dimension psychologique du Whoqol-bref favorable.

IV. Discussion

Les détenus rencontrés sont des hommes majeurs dont un sur deux a moins de 30 ans et trois sur cinq un niveau de scolarité de moins de neuf ans d'études. Ils montrent globalement des signes d'une moins bonne santé mentale. La comparaison des scores obtenus par les détenus aux échelles proposées, lors de l'enquête, à ceux d'études issues de la littérature confirment d'ailleurs la présence de cette souffrance psychologique¹. Ces

¹ Les comparaisons utilisées ci-dessous, le sont à titre d'illustration. Premier exemple, le score GHQ-12 des détenus (18,8) a été calculé de façon à ce qu'un score plus élevé soit le signe d'une meilleure santé mentale, ce qui est l'inverse dans la littérature. Pour comparer nos scores à ceux issus d'autres études, nous avons donc utilisé son complément (36-18,8) soit 17,2 (36 étant le plus mauvais score possible). Le score de détresse psychologique des détenus (GHQ-12=17,2) est nettement plus élevé que celui obtenu auprès d'une population générale en Grande Bretagne pour

résultats nous ont étonnés, à première vue, car les détenus du CPG sont incarcérés dans un centre pénitentiaire semi-ouvert où ils sont censés bénéficier d'un statut privilégié. L'hypothèse d'un processus indirect d'amplification s'avère plausible. On peut, en effet, concevoir comme l'explique Aïach que « lorsqu'un facteur de risque ou un désavantage physique ou social se manifeste, l'effet produit est d'autant plus fort et grave que l'on se situe dans un groupe marqué par des épreuves, des atteintes sur le plan biologique et donc empreint d'une vulnérabilité face aux futures difficultés et agressions venant du monde social et de l'environnement physique» (Aïach, 2004 : p 41). D'après Mesrine, qui a fait des travaux sur les inégalités de santé dans le cadre du chômage, l'événement est déclencheur, révélateur : « L'instabilité financière et psychologique qui l'accompagne peut mettre à jour ou raviver des fragilités latentes. En l'absence de chômage ces fragilités ne se manifestent pas, elles n'altèrent pas la santé. En cas de rupture comme le chômage, une fragilité psychologique sans inconvénient en période de travail et de vie stables peut s'aggraver jusqu'à la dépression, une fragilité physique peut empirer jusqu'à la maladie. Le chômage ne cause l'altération de la santé qu'en liaison avec la composante personnelle qu'est l'histoire du chômeur (familiale, médicale, sociale): c'est un catalyseur» (citée par Aïach, 2004 : p 42).

La santé mentale est le résultat de parcours de vie cumulant les retombées d'une situation présente aux impacts d'événements de vie passés. Tenter de comprendre les déterminants qui influencent la santé mentale des détenus, c'est tout d'abord admettre que la grande majorité des détenus a une histoire personnelle marquée par une suite de handicaps multiples et d'événements malheureux, dans l'enfance et l'adolescence, et dans leur vie d'adulte (décès prématurés, divorce/séparation, perte de travail/chômage chronique etc.). En comparant les scores obtenus chez les détenus luxembourgeois aux différentes dimensions de la qualité de vie à ceux d'une étude OMS menée auprès de détenus irlandais, on observe aucune différence significative; ce qui affirme l'existence probable de caractéristiques psychosociales communes¹. Selon Menahem, plus les

les hommes (10,2 $p < 0,001$) et pour les femmes (11,5 $p < 0,001$) (Pevalin, 2000), ainsi qu'en Irlande pour les hommes (10,5 $p < 0,001$) et pour les femmes (11,8 $p < 0,001$) (Shevlin, 2005).

Deuxième exemple, il en est de même pour le score global du CES-Dépression (40,7). Pour comparer nos scores à ceux d'autres études, nous avons utilisé son complément (60-40,7) soit 19,3 (60 étant le plus mauvais score). Le score de dépression des détenus (CES-D=19,3) est plus élevé que celui obtenu auprès d'une population générale aux Etats-Unis (10,7 $p < 0,001$) (Gatz 1990) et au Portugal (14,9 $p = 0,003$) (Gonçalves, 2004).

Troisième exemple, le score de la dimension psychologique de la qualité de vie des détenus du CPG n'est pas différent de celui obtenu auprès de détenus hommes majeurs d'une enquête réalisée par l'OMS en Irlande (Hannon, 2000) (14,6 vs 14,6). Comparé au score d'une étude en population générale en Australie (Hawthorne, 2006), une différence significative est observée (14,6 vs 15,3 $p = 0,032$).

¹ Les scores calculés pour la qualité de vie des détenus du CPG sont semblables à celles de l'étude OMS menée auprès de détenus irlandais (Hannon, 2000) : dimension santé physique (15,7 dans notre étude vs 15,8), relations sociales (13,8 vs 13,9), dimension environnementale (12,0 vs 12,2).

individus ont souffert de manques affectifs et de problèmes familiaux dans leur enfance, moins leurs trajectoires professionnelles sont stables, plus ils prennent de risques à l'âge adulte et moins ils sont disposés à faire attention à eux (Menahem, 2004). Par exemple, les détenus interrogés ayant un niveau d'instruction inférieur à neuf ans d'études ont une qualité de vie pour les dimensions santé physique et relations sociales plus basse que ceux qui ont fait davantage d'études.

C'est ensuite admettre que ce l'on nomme des « problèmes » sont parfois plutôt « des comportements de survie ou des appels au secours » dans le contexte où ils s'expriment. Plus d'un détenu sur dix a avoué avoir eu des pensées de suicide. Ceux qui ont déclaré avoir eu des pensées de suicide et ceux dont le poids a varié (perte ou prise) présentent des états dépressifs. En revanche, bien que le tabagisme soit une pratique courante puisque 75 % fument avec une consommation journalière de 23 cigarettes en moyenne, cette consommation n'est pas associée aux détenus qui ont une plus grande souffrance psychologique. Fumer est l'expression d'une pauvreté, de personnes essayant d'échapper à leurs problèmes quotidiens. Alors que pendant des décennies, ce comportement stigmatisait celui des groupes socio-économiques ayant des niveaux de qualification peu élevés (Haustein, 2006), dans notre échantillon, ce comportement n'est pas différent en fonction du niveau d'études.

C'est enfin admettre que leurs modes de vie (consommation abusive d'alcool, de tabac, de psychotropes) sont souvent produits en réponse à des carences ou à des agressions pour faire face à la souffrance psychique, à l'isolement, au manque de perspectives. Environ un quart des détenus rencontrés consomment des médicaments antidépresseurs ou de tranquillisants présentent une dimension psychologique du Whoqol-bref moins bonne. En Grande-Bretagne, l'abus de substances illicites est, pour les deux tiers des prisonniers, l'un des problèmes majeurs de la détention pénitentiaire (Brooke, 1996).

Lors des entretiens, les détenus interrogés ont tenu à parler de leurs problèmes de santé : peurs, angoisse, dépression, toxicomanie, ils ont déclaré être conscients que ces 'problèmes' sont un frein à leur insertion ('Moi-même, je suis mon plus grand problème, mon histoire avec mes problèmes de toxicomanie'). Ils ont demandé à être pris en charge pendant leur incarcération, et non après ('à la sortie, je ne veux pas recommencer à consommer des drogues... j'ai peur de retomber dans les drogues... Si je sors, il est prévu que je fasse une thérapie, c'est la première. J'attends beaucoup de la thérapie'). La non prise en compte des problèmes de santé mentale pénalise ces derniers pendant leur séjour en prison, mais aussi à leur sortie : lors de la détention, car le détenu ne peut pas suivre de façon efficace un programme de formation, et, à sa sortie, au lieu d'être immédiatement employable, il doit d'abord envisager de se soigner, ce qu'il fait

En revanche, elles sont significativement différentes de celles obtenues en population générale (Hawthorne, 2006) (sauf pour la dimension santé physique): relations sociales (13,8 dans notre étude versus 15,4 $p < 0,001$), dimension environnementale (12,0 vs 16,0 $p < 0,001$).

plus ou moins bien, débordé par les obstacles soulevés par le retour à la vie normale. L'exécution des peines devrait consister en la privation de liberté. En réalité la discrimination, dans l'accès aux soins publics que subit cette population, engendre, pour les détenus, une seconde peine contraire au principe d'équité à l'accès à la santé de tous citoyens européens. Pour garantir cette équité, certains observateurs proposent qu'une agence indépendante se charge d'un dispositif de surveillance du milieu carcéral (Stephenson, 2004).

Le niveau d'instruction des détenus les moins instruits, c'est-à-dire n'ayant pas atteint la fin du cycle secondaire, est corrélé avec un bon état de santé mentale. L'existence d'un lien entre « niveau d'études » et « état mental » soulève la question du processus cumulatif des déterminants sociaux dans la construction des inégalités de santé (Aïach, 2004 ; DiPrete & Eirich, 2006). Mais si le niveau d'instruction a une influence sur l'équilibre mental des détenus, il faut rester prudent dans nos interprétations, et ne pas oublier qu'il doit être considéré, avant tout, comme un facteur parmi d'autres contribuant à l'apparition ou au maintien d'inégalités de santé mentale. Pour mieux cerner la nature sociale de ce processus cumulatif, certains chercheurs ont essayé de construire des scores à partir de l'addition de critères, tels que : le fait de vivre seul, de ne pas avoir de contacts avec des membres de sa famille autres que les parents ou les enfants, de n'avoir personne de son entourage sur qui compter pour apporter une aide matérielle. Ils ont ainsi tenté d'analyser les relations entre les scores individuels de précarité contenant les facteurs de vulnérabilité et les indicateurs de position sociale, de modes de vie, d'accès aux soins et de santé (Sass, 2006).

Par ailleurs, les détenus interrogés ont globalement une estime de soi plus élevée que celle issue d'une étude en population générale¹. Pour comprendre ce résultat qui va dans le sens inverse des résultats observés précédemment, on peut se référer aux conclusions des auteurs d'une étude réalisée auprès de délinquants qui émettent l'hypothèse selon laquelle les actes de délinquance commis par les jeunes hommes ayant un statut socio-économique bas valoriseraient leur estime de soi quel que soit leur état mental. Toutefois, chez les personnes dépressives, la mesure de l'estime de soi est trop instable. Les auteurs suggèrent, dans ce cas, de ne pas retenir l'estime de soi comme un facteur prédictif de la santé mentale (Roy, 2003).

La prison est un lieu où le suivi psychologique comme l'éducation pour la santé ont leur place au même titre que les autres activités afin d'agir sur les comportements et les habitudes néfastes. Par exemple, en ce qui concerne le tabagisme, on sait aujourd'hui qu'une consommation de tabac augmente le risque de développer des maladies chroniques et que le coût évitable des soins médicaux sur plusieurs années justifie la

1 Le score des détenus (22,7) est légèrement supérieur à ceux d'études menées en population générale en Allemagne 21,7 ($p = 0,15$), en Belgique 19,7 ($p < 0,001$), en France 19,9 ($p < 0,001$) et au Portugal 21,3 ($p = 0,051$) (Schmitt 2005).

mise en place de programmes de prévention. Ce domaine est pourtant peu investi, alors qu'il pourrait permettre le développement de projets adaptés aux personnes incarcérées. Faire de la durée de la détention un temps utile, n'est-ce pas aussi privilégier un temps pour l'éducation à la santé ! Cependant reste posée une question : comment faire entrer en prison la promotion de la santé au côté des autres programmes d'emploi et de formation et, ceci, dans le souci d'une prise en compte globale des besoins du détenu ?

Dans le cadre du projet Equal-reset, l'accès aux programmes offerts aux détenus nécessite de repenser la place de la santé mentale comme faisant partie intégrante du dispositif de leur accompagnement. Une prise en charge des problèmes de santé devrait leur être proposée, pendant le temps de la détention, au même titre que les autres activités développant l'acquisition de compétences sociales, l'employabilité, l'enseignement et la formation. Réduire les inégalités passe donc, inévitablement, par l'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis, mais aussi, entre autres, par l'amélioration de l'accès à l'éducation (Whitehead & Dahlgren, 2006). Ce qui corrobore les recommandations des règles pénitentiaires européennes et du Conseil de l'Europe qui précisent que, si la privation de liberté vise à protéger la société, ce but ne pourra durablement être atteint que dans la mesure où la période d'incarcération est mise à profit pour assurer, qu'à sa libération, le détenu puisse subvenir à ses besoins en respectant la loi (Règle 58) (Penal Reform International, 1997).

Limites de l'étude. Comme elle n'a concerné qu'un petit échantillon de volontaires, peut-être les plus motivés, l'interprétation de nos résultats est à prendre avec prudence. L'enquête est transversale et déclarative, si bien que les scores obtenus dépendent du moment de l'enquête. La réalisation d'une étude longitudinale permettrait d'approfondir la composition des trajectoires de vulnérabilité sociale des détenus en analysant l'apparition et la succession des événements graves rencontrés, par exemple avant l'âge de 18 ans.

V. Conclusion

Si l'on considère le nombre d'hommes et de femmes qui sont ou seront incarcérés dans les années à venir, la compréhension des déterminants sociaux qui interviennent sur les inégalités de santé mentale permettent de mieux adapter les réponses apportées aux besoins des détenus.

Des expériences menées conjointement entre la santé publique et le système juridique ont montré qu'elles pouvaient avoir un effet positif sur la réduction des problèmes de santé mentale des prisonniers, mais aussi, grâce à leurs impacts indirects, sur la santé globale de la population (Spector 2005). Des liens entre ces deux institutions devraient donc être renforcés.

Il est aujourd'hui essentiel qu'une politique destinée à réduire les inégalités de santé soit mise en place afin de :

- garantir la prise en charge des besoins des plus défavorisés et une qualité des soins identiques à celles offertes aux autres citoyens (Birmingham, 2004);
- améliorer le niveau de santé mentale des détenus et le rapprocher de celui de l'ensemble de la population des européens.

En effet, les problèmes de santé mentale réduisent la capacité de nombreux citoyens à exploiter leur potentiel et à participer au développement social. S'attaquer à ces inégalités constitue un objectif en soi, mais répond aussi aux exigences du développement économique futur de l'Europe.

Bibliographie

- AÏACH P., « Processus cumulatif d'inégalités: effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, Société et Solidarité*, 2004, n°2, pp.39-45.
- BIRMINGHAM L., « Mental disorder and prisons », *Psychiatric Bulletin*, n°28, 2004, pp. 393-397.
- BIRMINGHAM L., « The mental health of prisoners », *Advances in Psychiatric Treatment*, 2003, vol. 9, pp.191-201.
- BLANC A, LAUWERS V, TELMON N, ROUGE D., « The effects of incarceration on prisoners: perception of their health. » *Journal Community Health*, 2001, n°26(5), pp.367-381.
- BROOKE D, TAYLOR C, GUNN J, MADEN A., « Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. », *British Medical Journal*, 1996, n°313, pp.1524-1527.
- COMBESSIE P., « *Sociologie de la prison* », Paris, La Découverte, Repères, 2004.
- GATZ M, HURWICZ ML., « Are Old People More Depressed? Cross-Sectional Data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale Factors », *Psychology and Aging*, 1990, n°5(2), pp. 284-290.
- GENDREAU, P., LITTLE, T., GOGGIN, C., « A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: what works! », *Criminology*, 1996, n°34 (4), pp.575-607.
- GLEASON S., « Inmate attitudes toward vocational training: A case study of vocational training students in the State Prison of Southern Michigan », *Journal of Offender Counselling Services and Rehabilitation*, 1986, n°10, pp.49-60.
- GOLDBERG D., « *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire* », London: Oxford University Press, 1972.
- GONÇALVES B, FAGULHA T., « The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) », *European Journal of Psychological Assessment*, 2004, n°20(4), pp. 339-348.
- HANNON F, KELLEHER C, FRIEL S, BARRY M, HARRINGTON J, MCKEOWN D, MCMAHON A., « *General healthcare study of the Irish prison population.* » Galway: National University of Ireland. 2000,
- <http://www.hipp-europe.org/resources/internal/irish-prisons/0070.htm#3>.

- HAUSTEIN KO., « Smoking and poverty », *European Journal of Cardiovascular Preventive Rehabilitation*, 2006, n°13(3), pp. 312-318.
- HAWTHORNE G, HERRMAN H, MURPHY B., « Interpreting the WHOQOL-BREF: Preliminary population norms and effect sizes », *Social Indicators Research*, 2006, n°77, pp.37-59.
- LA VIGNE N, VISHER C, CASTRO J., « *Chicago Prisoners' Experiences Returning Home* », Policy Brief, Washington, DC: The Urban Institute, 2004.
- LYNCH J, SABOL W., « Prisoner Reentry in Perspective », *Crime Policy Report*. Washington DC: The Urban Institute, 2001.
- MINISTERE DE LA JUSTICE., « *Les prisons en France* », Dossier de presse, Paris, 2005.
- MENAHM G., « Inégalités sociales de santé et problèmes vécus lors de l'enfance », *La Revue Du Praticien*, 2004, 31, vol. 54 (20), pp. 2255-2262.
- MOONEY M, HANNON F, BARRY M, FRIEL S, KELLEHER C., « Perceived quality of live and mental health of Irish female prisoners », *Irish Medicine Journal*, 2002, n°95(8), pp.241-244.
- PEVALIN DJ., « Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects », *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 2000, n°35(11), pp.508-520.
- PLUGGE E, FITZPATRICK R., « Assessing the health of woman in prison: a study from the United Kingdom », *Health Care Women International*, 2005, n°26(1), pp.62-70.
- RADLOFF L.S., « The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population », *Applied Psychological Measurement*, 1977, n°1, pp. 385-401.
- RASCLE N, AGUERRE C, BRUCHON-SCHWEITZER M, NUISSIER J, COUSON-GELIE F, GILLIARD J, QUINTARD B., « Soutien social et santé: adaptation française du questionnaire de soutien social de SARASSON, le SSQ. », *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1997, n°33 (1), pp. 35-51.
- REED J., « Delivering psychiatric care to prisoners: problems and solutions. », *Advances in Psychiatric Treatment*, 2002, n°8, pp.117-127.
- ROY F, BAUMEISTER RF, CAMPBELL JD, KRUEGER JJ, VOHS KD., « Does high self-esteem cause better Performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? », *Psychological sciences in the public interest*, 2003, vol. 4, n°1, pp. 1-44.
- ROSENBERG M., « *Society and the Adolescent Self-Image*. », Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1965.
- RUEFF B, CRNAC J, DARNE B., « Dépistage des malades «alcooliques» par l'autoquestionnaire systématiques DETA », *La Presse Médicale*, 1989, n°18(33), pp.1654-1656.
- SASS C, MOULIN JJ, GUEGUEN R, ABRIC L, DAUPHINOT V, DUPRE C, GIORDANELLA JP, GIRARD F, GUENOT C, LABBE E, LA ROSA E, MAGNIER P, MARTIN E, ROYER B, RUBIROLA M, GERBAUD L., « 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 d'Epidémiologie Hebdomadaire*, 2006, n°4, pp.93-96.
- SCHMITT DP, ALLIK J., « Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem », *Journal of Personality & Social Psychology*, 2005, n°89(4), pp. 623-642.
- SHEVLIN M, ADAMSON G., « Alternative factor models and factorial invariance of the GHQ-12: a large sample analysis using confirmatory factor analysis. », *Psychology Assessment*, 2005, n°17(2), pp.231-237.

SOCIAL EXCLUSION UNIT., « *Reducing re-offending by ex-prisoners* », Office of the Deputy Prime Minister, London, 2002.

SPECTOR M, LEIFMAN S., « Speaking out to improve the health of inmates. Interview by Vivienne Heines. », *American Journal of Public Health*, 2005, n°95(10), pp. 1685-1693.

STEPHENSON P., « Mentally ill offenders are being wrongly held in prisons. », *British Medical Journal*, 2004, n°328, pp.1095.

THEIN HH, BURLER T, KRAHN M, RAWLINSON W, LEVY MH, KALDOR JM, DORE GJ., « The effect of hepatitis C virus infection on health-related quality of life in prisoners. », *Journal Urban Health*, 2006, n°83(2), pp.275-363.

WEBSTER R, HEDDERMAN C, TURNBULL PJ, MAY T., « *Building bridges to employment for prisoners*. », Home Office Research Study, The Criminal Policy Research Unit, South Bank University, London: Home Office, n°226, 2001.

WHITEHEAD, M, & DAHLGREN, G., « *Leveling up: A discussion paper on concepts and principle for talking social inequalities in health. Parts 1 and 2.* », Copenhagen: WHO collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool, 2006.

Résumé

Inégalités de santé mentale : à propos des détenus du projet Equal-Reset Luxembourg sur l'employabilité

Notre étude a tenté d'analyser l'effet de déterminants sociaux sur les inégalités de santé mentale. Les détenus rencontrés montrent globalement des signes de moins bons états psychiques. L'hypothèse d'un processus indirect d'amplification peut se concevoir. Le niveau d'instruction des détenus les moins instruits, c'est-à-dire n'ayant pas atteint la fin du cycle secondaire, a un effet négatif sur leur santé mentale. L'existence d'un lien entre « niveau d'études » et « état mental » soulève la question du processus cumulatif des déterminants sociaux dans la construction des inégalités de santé. Ces résultats permettent de mieux comprendre comment concevoir, pour y remédier, des dispositifs d'accompagnement intervenant tant sur la santé, l'acquisition des compétences sociales que sur l'éducation, la formation et l'employabilité. Réduire les inégalités passe donc, inévitablement, par l'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis, mais aussi, entre autres, par l'amélioration de l'accès à l'instruction.

Mots-clés

santé mentale – niveau d'études – détenus – inégalités de santé

Abstract

Mental health inequalities concerning the prisoners of Luxembourg Equal-Reset project on employability

This study tried to analyze the effects of social determinants on mental health inequalities. The inmates interviewed generally show signs of a less good mental condition. The hypothesis of an indirect amplification effect seems plausible as the educational level of the less well educated, i.e. not having reached the end of secondary schooling, is associated to a worse mental health. The existence of a link between "education" and "mental condition" raises the question of a cumulative process of social determinants in the building of health inequalities. These results allow us to gain a better understanding of how to design some programs that could operate simultaneously on health, social skills, as well as on education and employability. Thus the reduction of inequalities goes inevitably through an improvement of access to health care for those most in need, but also among the others, by the improvement of access to education.

Keywords

mental health – educational level – prisoners – health inequalities

Resumen

Desigualdades de salud mental: a propósito de los reclusos del proyecto Equal Reset Luxembourg sobre empleabilidad

Nuestro estudio ha intentado analizar el efecto de los determinantes sociales sobre las desigualdades de salud mental. Los reclusos encontrados muestran globalmente signos de peores estados psíquicos. La hipótesis de un proceso indirecto de ampliación puede ser concebida. El nivel de instrucción de los reclusos menos instruidos es decir que no alcanzaron el final del ciclo secundario tiene un efecto negativo sobre su salud mental. La existencia de un vínculo entre "nivel de estudios" y "estado mental" plantea la cuestión del proceso acumulativo de los determinantes sociales en la construcción de las desigualdades de salud. Estos resultados permiten la mejor comprensión de cómo concebir para poner remedio a los dispositivos de acompañamiento que intervienen tanto sobre la salud, la adquisición de las capacidades sociales como sobre la educación, la formación y la empleabilidad. Reducir las desigualdades requiere pues inevitablemente una mejora del acceso a los cuidados para los más necesitados pero también, entre otros, la mejora del acceso a la instrucción.

Palabras claves

Salud mental – nivel de estudios – reclusos – desigualdades de salud

Tableau 1
Comparaison de la santé mentale des détenus et
des variables associées
en fonction du niveau d'éducation

	Niveau d'Education		Total		
	Inférieur (< 9 ans d'Etudes)	Moyen et supérieur (> 9 ans d'Etudes)	Moy. (E.T) ou %.	N	p ⁽²⁾
	N = 30 (57,7%)	N = 22 (42,3%)			
	Moy. (E.T) ou %.(1)	Moy. (E.T) ou %.			
Age					0,842
- Inférieur □ 30 ans	51,7	54,5	52,9	27	
- 30 ans et plus	48,3	45,5	47,1	24	
Consommation de médicaments antidépresseurs au cours des derniers 6 mois					0,473
- Oui	26,7	18,2	23,1	12	
- Non	73,3	81,8	76,9	40	
Consommation de médicaments tranquillisants / somnifères au cours des derniers 6 mois					0,640
- Oui	33,3	27,3	30,8	16	
- Non	66,7	72,7	69,2	36	
Pensée de suicide au cours des 6 derniers mois					0,685
- Oui	10,0	13,6	11,5	6	
- Non	90,0	86,4	88,5	46	
Dépendance à l'alcool - score DETA					0,509
- Nul	80,8	72,7	77,1	37	
- Positif	19,2	27,3	22,9	11	
Fumeurs					0,105
- Oui	83,3	63,6	75,0	39	
- Non	16,7	36,4	25,0	13	
Consommation de cigarettes des fumeurs	25,3 (16,8)	19,2 (8,8)	23,1 (14,6)	39	0,216
Consommation de drogues au cours des derniers 6 mois					0,190
- Oui	50,0	31,8	42,3	22	
- Non	50,0	68,2	57,7	30	
Perte ou prise de poids depuis le début de l'incarcération					0,629
- Oui	70,0	63,6	67,3	35	
- Non	30,0	36,4	32,7	17	
Variation de poids depuis le début de l'incarcération (en valeur absolue)	10,8 (5,1)	11,0 (6,2)	10,9 (5,5)	36	0,900

Tableau 1 (suite)
Comparaison de la santé mentale des détenus et des variables associées
en fonction du niveau d'éducation.

	Niveau d'Education		Total		
	Inférieur (< 9 ans d'Etudes)	Moyen et supérieur (> 9 ans d'Etudes)	Moy. (E.T) ou %.	N	p ⁽²⁾
	N = 30 (57,7%)	N = 22 (42,3%)			
	Moy. (E.T) ou % ⁽¹⁾	Moy. (E.T) ou %.			
Disponibilité du réseau de soutien social (3)	25,6 (12,6)	29,9 (14,4)	27,4 (13,4)	50	0,269
General Health Questionnaire GHQ-12 (3)	19,2 (4,1)	18,2 (3,2)	18,8 (3,7)	52	0,366
WHOQOL : psychologique (3)	13,7 (2,8)	15,8 (2,3)	14,6 (2,8)	52	0,006
WHOQOL : santé physique (3)	14,6 (3,6)	17,2 (2,0)	15,7 (3,3)	52	0,003
WHOQOL : relations sociales (3)	12,4 (3,8)	15,7 (2,8)	13,8 (3,8)	52	0,001
WHOQOL : environnement (3)	11,3 (3,3)	12,9 (3,2)	12,0 (3,3)	52	0,074
CES – Dépression (3)	36,1 (9,9)	46,8 (7,4)	40,7 (10,3)	52	<0,001
Estime de soi (3)	21,7 (4,8)	24,0 (4,7)	22,7 (4,8)	52	0,082

⁽¹⁾ Moy. (E.T) ou % : Moyenne (Ecart-Type) ou Pourcentage.

⁽²⁾ p : niveau de signification du test de comparaison des moyennes (test de Student) ou des pourcentages (test du Chi-2) en fonction du niveau d'instruction : p<0.05; p<0.01; p<0.001,

⁽³⁾ Les scores ont été calculés de façon à ce qu'un score plus élevé soit le signe d'une meilleure santé

Tableau 2
Relations entre les scores de santé mentale
et les variables associées de nature quantitative

	General Health Questionnaire GHQ-12			WHOQOL : Psychologique	
	N	$\rho^{(1)}$	p	ρ	P
Consommation de cigarettes des fumeurs	39	-0,007	0,966	-0,111	0,501
Variation de poids (gain ou perte) depuis le début de l'incarcération	36	-0,060	0,729	-0,164	0,338
Disponibilité du réseau de soutien social	50	-0,097	0,503	0,334 *	0,018
Whoqol : santé physique	52	-0,021	0,883	0,611 **	< 0,001
Whoqol : relations sociales	52	-0,158	0,263	0,313 *	0,024
Whoqol : Environnement	52	0,155	0,273	0,491 **	< 0,001

(1) ρ : Coefficient de corrélation de Pearson.

* : Corrélation significativement différente de 0 (test bilatéral) au niveau de 5%.

** : Corrélation significativement différente de 0 (test bilatéral) au niveau de 1%.

Tableau 2 (suite)
Relations entre les scores de santé mentale
et les variables associées de nature quantitative

	CES - Dépression : Score global		Estime de soi		
	ρ	p	ρ	p	p
Consommation de cigarettes des fumeurs	-0,139		0,400	-0,004	0,979
Variation de poids (gain ou perte) depuis le début de l'incarcération	0,087		0,615	-0,339 *	0,043
Disponibilité du réseau de soutien social	0,429 **		0,002	0,281 *	0,048
Whoqol : santé physique	0,628 **		< 0,001	0,285 *	0,041
Whoqol : relations sociales	0,418 **		0,002	-0,046	0,744
Whoqol : Environnement	0,552 **		< 0,001	0,346 *	0,012

(1) ρ : Coefficient de corrélation de Pearson.

* : Corrélation significativement différente de 0 (test bilatéral) au niveau de 5%.

** : Corrélation significativement différente de 0 (test bilatéral) au niveau de 1%.

Tableau 3
Relations entre les scores de santé mentale et les variables associées de nature qualitative

	General Health Questionnaire GHQ-12			WHOQOL : Psychologique		CES- Dépression : Score global		Estime de soi	
	N	Moy. ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	Moy.	P	Moy.	p	Moy.	p
Consommation de médicaments antidépresseurs au cours des derniers 6 mois									
- Oui	12	17,7	0,248	13,1	0,026 *	37,7	0,260	20,8	0,115
- Non	40	19,1		15,1		41,5		23,3	
Consommation de médicaments tranquillisants au cours des derniers 6 mois									
- Oui	16	18,1	0,395	13,0	0,006 **	37,0	0,090	20,3	0,014 *
- Non	36	19,1		15,3		42,3		23,8	
Pensée de suicide au cours des 6 derniers mois									
- Oui	6	18,6	0,895	13,9	0,513	31,7	0,022 *	22,5	0,922
- Non	46	18,8		14,7		41,8		22,7	
Dépendance à l'alcool Score DETA									
- Nul	37	18,2	0,059	14,4	0,414	41,1	0,871	22,4	0,830
- Positif	11	20,6		15,2		40,5		22,8	
Fumeurs									
- Oui	39	18,9	0,682	14,4	0,467	40,7	0,981	22,0	0,072
- Non	13	18,4		15,1		40,6		24,8	
Consommation de drogue au cours des 6 derniers mois									
- Oui	22	18,2	0,332	14,1	0,267	38,8	0,275	21,2	0,062
- Non	30	19,2		15,0		42,0		23,8	
Perte ou prise de poids depuis le début de l'incarcération									
- Oui	35	19,1	0,377	14,2	0,117	37,9	0,005 **	22,4	0,571
- Non	17	18,1		15,5		46,3		23,2	

⁽¹⁾ Moy. : Moyenne.

⁽²⁾ p : Niveau de signification du test d'égalité des moyennes (test de Student).

* : Les moyennes sont significativement différentes au niveau de 5%.

** : Les moyennes sont significativement différentes au niveau de 1%.

Discours croisés sur les inégalités sociales de santé aujourd'hui

Présentation

Christophe NIEWIADOMSKI et Pierre AÏACH

Accessibilité physique aux soins des personnes atteintes d'un cancer de la prostate dans le Nord-Pas-de-Calais en 2004

Hélène DARDART

Inégalités sociales de santé, milieu de vie et sentiment de contrôle...

Maria DE KONINCK

Inégalités sociales et différenciation dans l'état de santé mentale

Michèle CLÉMENT

Association des revenus et de la mortalité prématurée par cancer en Espagne et en France, 1981-2000

Lourdès LOSTAO et Enrique REGIDOR.

Inégalités sociales de santé et une doxa contemporaine : la santé publique

Jacqueline DESCARPENTRIES

Les Centres d'Examens de Santé face à la précarité

**Carine CHATAIN, Catherine SASS, Stéphanie GUTTON, Emilie LABBE,
Jean-Jacques MOULIN, Laurent GERBAUD.**

Inégalités de santé mentale au Luxembourg

Michèle BAUMANN et Claude HAAS

Dans quelle mesure le travail influe-t-il sur les conduites addictives des travailleurs ?

François BECKER

Des bénévoles auprès de parents atteints de pathologie mentale

Marie-Pierre MACKIEWICZ

Renforcement du soutien social pour promouvoir la santé des parents et de leurs enfants

**Nathalie COULON, Julie DEWAELE, Dominique GUILLOTEAU,
Dominique MARIAGE, René DEMERVAL.**

Enjeux de places et enjeux de classe dans un groupe d'histoires de vie pour personnes alcooliques

Christophe NIEWIADOMSKI

Cancer et activités professionnelles des malades : 30 ans de littérature internationale

Sylvie CELERIER

Habitudes des médecins du dispositif addictologique du Nord-Pas-de-Calais.

**Aurélien GREBERT, Dominique CHEVALIER, Jean-Louis SALOMEZ,
Michel GOUDEMAND, Julien OBADIA, Thierry DANIEL.**

Les associations de lutte contre le cancer face aux inégalités sociales de santé

Sandrine KNOBE

Le genre dans l'histoire de la maladie cancéreuse

Anastasia MEIDANI.

Comment réduire les inégalités sociales de santé ? Du souhaitable au possible

Maryse BRESSON

Varia

Analyse de livres

Prix : 35 €