



SIRS Infos

La cohorte SIRS complète le panorama des cohortes existantes.

Voici le troisième numéro de SIRS Infos. Il suit la seconde vague de questionnaires du programme SIRS. Vous avez été nombreux à répondre au questionnaire par téléphone et nous vous en remercions vivement.

Aux quelques personnes que nous n'avons pas pu joindre par téléphone, nous avons envoyé un questionnaire par courrier. Nous les remercions de nous renvoyer ces questionnaires remplis dans les plus brefs délais, pour que notre travail d'analyse de cette deuxième vague puisse débuter.

Ce numéro comporte un article sur les cohortes afin de saisir l'importance de cette étude mais aussi celle du suivi réalisé. Ensuite la consommation de fruits et de légumes dans l'agglomération parisienne est abordée. Un « dossier » est consacré aux ménages de l'agglomération parisienne ; un article y évoque la diversité des ménages dans SIRS, puis, les familles monoparentales sont décrites dans leurs spécificités.

Au fil de ce bulletin vous trouverez une note méthodologique permettant une meilleure compréhension des résultats statistiques et une présentation des communications faites sur ce programme de recherche.

Nous rappelons que vous trouverez en dernière page les informations nécessaires pour nous contacter.

SOMMAIRE

Cohorte	p.1
La consommation de fruits et légumes	p.2
Note méthodologique	p.3
La diversité des ménages dans SIRS	p.4
Familles monoparentales	p.5
Communications	p.6
Questions/ réponses	p.6

Les cohortes : des outils de santé publique.

En santé publique, le principe d'une étude de « cohorte » consiste à suivre dans le temps une population définie et à recueillir régulièrement des informations sur les évolutions vécues par cette population. L'étude de cohorte représente le type de protocole épidémiologique le plus adéquat et le plus valide scientifiquement pour observer l'enchaînement dans le temps des causes (notamment, en ce qui concerne la cohorte SIRS : les facteurs sociaux, comportementaux...) et des conséquences en termes de santé (état de santé, maladies, recours aux soins) et ainsi les analyser correctement.

Historiquement, les premières études modernes de cohorte en santé publique ont débuté après la Seconde guerre mondiale aux Etats-Unis. Par exemple, les principaux facteurs de risque cardiovasculaires (cholestérol, hypertension artérielle, tabagisme, etc.) ont été mis en évidence grâce à de grandes études de cohorte mises en place depuis les années 50. L'étude de cohorte la plus importante est celle de Framingham, débutée en 1948, qui comporte un suivi de plus de 5 000 habitants de cette ville américaine sur plus de 50 ans.

Dans le domaine des inégalités sociales de santé, les cohortes les plus connues internationalement sont anglaises. Il s'agit des cohortes Whitehall (I puis II) débutées en 1967 et qui suivent, depuis 1985, 10 000 fonctionnaires londoniens âgés (à l'époque) de 35 à 55 ans (le choix de suivre des fonctionnaires étant guidé par un souci de faisabilité : cette catégorie de population étant plus facile à suivre et à recontacter

pendant une longue période de temps).

En France, plusieurs cohortes existent également. La plupart sont spécialisées pour étudier un groupe de maladies en particulier, comme par exemple les cohortes :

- E3N étude épidémiologique sur une population de femmes de l'Education nationale, qui a observé depuis 1990 les facteurs de risque des cancers féminins en suivant pendant 12 ans un échantillon de près de 100 000 femmes.
- PRIME étude prospective de l'infarctus du myocarde portant sur 6 800 hommes français âgés de 50 à 59 ans en 1991-1993.
- E3C (« Etude des 3 cités ») suivant 9 300 habitants de plus de 64 ans de Bordeaux, Dijon et Montpellier, débutée en 1999 pour comprendre les déterminants des accidents vasculaires cérébraux et du déclin des capacités intellectuelles au cours de la vieillesse.

Quelques rares cohortes françaises sont plus généralistes et étudient plusieurs dimensions de la santé, plusieurs maladies et plusieurs déterminants sociaux en même temps. On citera en particulier la cohorte GAZEL qui suit 20 600 salariés d'EDF-GDF âgés de 40 à 50 ans en 1989 et régulièrement interrogés depuis lors. On mentionnera aussi les enquêtes SPS (santé et protection sociale) qui interrogent tous les 2 ans un large échantillon d'assurés sociaux français et qui permettent, dans une certaine mesure, de suivre dans le temps leur consommation médicale.

Pierre Chauvin

La cohorte SIRS est donc unique en son genre, dans le sens où son originalité est triple :

1. Il s'agit d'une cohorte représentative de l'agglomération parisienne dans laquelle aucune profession ou groupe social n'a été sélectionné a priori. Elle porte au contraire sur l'ensemble de la population de la première région urbaine française dans toute sa diversité, des personnes les plus aisées aux personnes rencontrant des situations de grande précarité sociale ;

2. La constitution de l'échantillon permet d'effectuer des analyses (géographiques, spatiales et contextuelles) sur le rôle que les déterminants territoriaux ont sur les dimensions de santé étudiées ;

3. Cette cohorte généraliste recueille des données sociales très complètes, à la fois objectives et subjectives sur les conditions de vie, les événements biographiques, la situation sociale des personnes, ainsi que de nombreuses dimensions de santé et de modes d'utilisation du système de soins.

La difficulté pour toutes les cohortes – et la cohorte SIRS n'échappe pas à cette règle – est de pouvoir suivre dans le temps le maximum des personnes ayant participé au départ. Toute personne « perdue de vue » ou qui décide de ne plus être réinterrogée fait perdre de l'information et si leur nombre devient trop grand, les résultats et la fiabilité des analyses se trouvent faussées. C'est pourquoi, tous ces projets insistent beaucoup pour que tous les participants (qui sont toujours volontaires et libres de se retirer du projet) veuillent bien continuer à y participer pour le bénéfice de la santé publique.

63 % des adultes de l'agglomération parisienne déclarent consommer des fruits et légumes crus tous les jours.

La consommation de fruits et de légumes.

Un apport alimentaire adéquat est important pour la santé et le développement physique, cognitif, émotionnel et social. Pour améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population française en agissant, sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition, le Programme National Nutrition Santé propose quelques repères nutritionnels.

(PNNS : <http://www.mangerbouger.fr/pnns/index.php>)

Parmi eux, on citera notamment : manger au moins 5 fruits et légumes et 3 produits laitiers par jour.

Le PNNS recommande aussi de pratiquer quotidiennement une activité physique en effectuant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide chaque

jour. Bien entendu, ces recommandations peuvent ne pas être adaptées aux personnes qui suivent un régime alimentaire particulier, prescrit par un médecin, dans le cadre d'une pathologie spécifique.

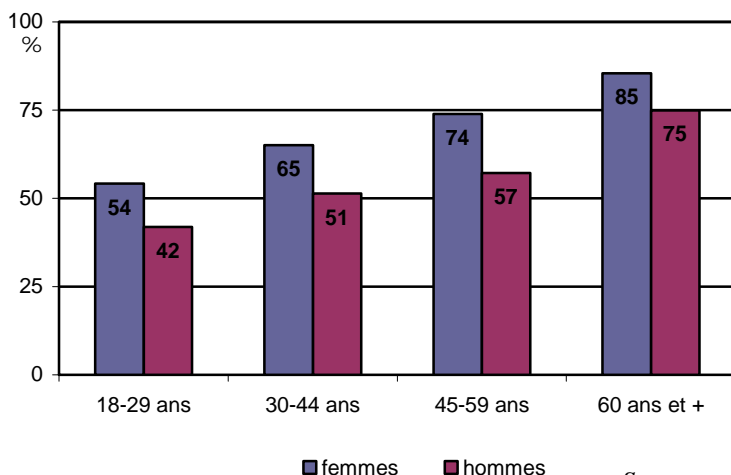
Dans l'enquête SIRS, certains comportements ont été interrogés et les réponses comparées aux repères du PNNS. Nous exposons quelques résultats qui concernent la consommation de fruits et légumes crus (seuls ceux-ci étaient interrogés et non pas l'ensemble des fruits et légumes).

Près de deux tiers des adultes de l'agglomération parisienne (63 %) disent consommer des fruits et légumes crus tous les jours.

Ce comportement est davantage adopté par les femmes (70 %) que par les hommes (55 %) et sa fréquence augmente avec l'âge (voir figure ci-dessous).

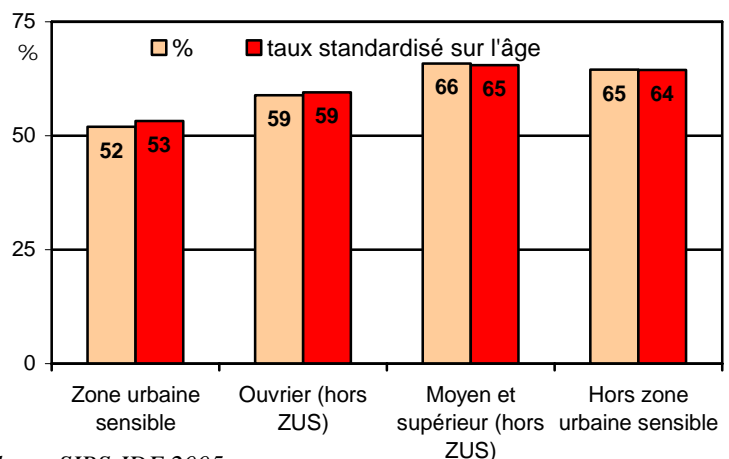
On observe également des différences de consommation selon les quartiers enquêtés dans SIRS : après standardisation sur l'âge et le sexe, les taux de consommation quotidienne de fruits et légumes sont plus faibles dans les quartiers classés en « Zone Urbaine Sensible » (ZUS) que dans les autres quartiers de l'agglomération parisienne (voir figure ci-dessous)

Consommation quotidienne de fruits et légumes crus par sexe et âge (%)



Consommation quotidienne de fruits et légumes crus par type de quartier*

*voir SIRS Infos n°2 pour la définition des quartiers



Source : cohorte SIRS-IDF 2005

En analyse multivariée (en prenant en compte simultanément le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle des individus et le revenu de leur ménage) on observe que les adultes âgés de 60 ans ou plus ont ce comportement 4 fois plus fréquemment que les moins de 30 ans. Il serait intéressant de pouvoir relier cette différence intergénérationnelle avec les pratiques alimentaires en général et leurs différents déterminants, par exemple la disponibilité (en temps et en ressources) pour la préparation des repas ou encore la compréhension particulière de la relation entre ces pratiques alimentaires et la santé.

La probabilité de consommer quotidiennement des fruits et des légumes crus augmente aussi,

toutes choses égales par ailleurs, avec le revenu du ménage (les personnes dont le ménage a un revenu supérieur à 2400 euros par unité de consommation en consomment quotidiennement 1,5 fois plus souvent que celles dont le revenu du ménage est inférieur à 1000 euros par unité de consommation). Cela confirmerait les résultats de nombreuses études conduites dans les pays industrialisés - notamment au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, au Canada et aux États-Unis - qui ont mis en évidence de fortes disparités sociales dans les apports alimentaires. D'une façon générale, plus leur statut socio-économique est élevé et plus les personnes ont une alimentation proche des recommandations du PNNS. Ayant davantage de moyens à consacrer à une alimentation

diversifiée et de qualité, elles consomment, par exemple, davantage de vitamines et de fibres, et moins de sucres et de lipides.

Par ailleurs d'autres dimensions (comme les traditions culinaires familiales et culturelles) jouent dans le rapport à l'alimentation et à la santé. En première analyse, à caractéristiques démographiques et socio-économiques identiques, on observe dans notre enquête que les personnes de nationalité étrangère consomment quotidiennement des fruits et légumes crus 1,4 fois plus souvent que les personnes de nationalité française.

Francesca Grillo

Note méthodologique :

Qu'est-ce que le revenu par unité de consommation ?

Pour quantifier le revenu des personnes interrogées dans l'enquête, nous leur avons demandé :

- (a) Une estimation de l'ensemble des revenus mensuels nets avant impôts de toutes les personnes de leur ménage, toutes sources confondues (salaires, allocations, aides, etc.) ;
- (b) La composition de leur ménage : la personne interrogée (adulte) comptant 1 « unité de consommation » (ou « UC »), chaque adulte supplémentaire et chaque enfant de 14 ans ou plus comptant 0,5 « unité de consommation » et, enfin, chaque enfant de moins de 14 ans comptant 0,3 « unité de consommation ».

Le revenu par unité de consommation correspond à la somme des ressources financières du ménage (a) divisée par le nombre d'unité de consommation (b) et s'exprime en €UC. Cette méthode permet donc d'estimer le revenu total du ménage en le pondérant avec le nombre de personnes vivant avec ce revenu.

Qu'est-ce qu'un taux standardisé ?

Il s'agit d'un calcul permettant d'exprimer et de comparer la fréquence d'un événement dans différents groupes de population en prenant en compte le fait qu'elles sont différentes pour certaines de leurs caractéristiques.

Dans l'exemple ci-dessus, comparer la consommation de fruits et légumes dans les différents types de quartier nécessite, en toute rigueur, de tenir compte de l'âge des habitants. En effet, les habitants des zones urbaines sensibles sont, par exemple, en moyenne plus jeunes que ceux des quartiers les plus favorisés. Cet élément est d'autant plus important que les plus jeunes consomment moins de fruits et légumes que les plus âgés. C'est pourquoi on calcule un taux standardisé sur l'âge (et le sexe) pour pouvoir comparer les différents quartiers (dans notre exemple, les taux standardisés - en rouge - sont en fait très proches de la fréquence non standardisée - en beige - comme le montre la figure jointe).





Dans les premiers numéros de « SIRS Infos », nous avons présenté plusieurs études concernant différentes caractéristiques individuelles ou faisant référence à la diversité des quartiers de résidence. Nous décrivons ici la composition des ménages et leurs conditions de vie.

La diversité des ménages enquêtés dans SIRS

• Composition des ménages et diversité géographique

D'une manière générale, les ménages de l'agglomération parisienne sont majoritairement composés de couples vivant avec des enfants (32,7 %) ou de personnes seules (32,3 %). Les couples vivant sans enfant ou les familles monoparentales sont moins représentés (voir ci-dessous les résultats spécifiques aux familles monoparentales) mais il existe des différences en fonction du département de résidence. Par exemple, il y a plus de couples avec enfants dans les Hauts-de-Seine que dans les autres départements alors qu'à Paris, on compte beaucoup plus de ménages composés d'une seule personne que dans le reste de l'agglomération parisienne (46,2 % pour une moyenne de 32,3 %). Cette surreprésentation des personnes vivant seules à Paris intra-muros peut se comprendre par le fait qu'il y a plus d'étudiants ou de jeunes actifs à Paris que dans les autres départements mais également plus de personnes âgées qui vivent seules. Elle reflète aussi la moindre attractivité de la capitale pour les familles. De plus, les logements à Paris intra-muros sont souvent de plus petite taille (1 ou 2 pièces en majorité) que dans les autres départements.

• Logement des ménages

Pour tenter de caractériser la situation socio-économique des ménages, nous avons, dans un premier temps, observé le statut de logement des ménages. Près de la moitié des ménages vivant à Paris et dans la première couronne de départements sont propriétaires de leur logement (47,3 %) tandis qu'un quart des ménages résident dans un logement social (HLM ou assimilé), ou sont logés par le biais de leur employeur. Contrairement aux autres types de foyer, les ménages d'une seule personne sont plus souvent locataires auprès de particuliers que locataires de logements sociaux ou assimilés. En revanche, les familles monoparentales sont les ménages chez lesquels on observe la plus grande proportion d'habitat en logement social (44,7 %).

En étudiant plus précisément le type de logement habité, on observe que les couples - avec ou sans enfants - vivent plus souvent dans des maisons individuelles que les autres. Les personnes vivant seules résident, elles, plus souvent dans des petits immeubles tandis que les familles monoparentales sont plutôt logées dans des grands immeubles (6 étages et plus). Cette répartition des types d'habitats renvoie bien entendu à l'aménagement urbain des différents quartiers de Paris et de sa banlieue et à la taille des immeubles sociaux. D'ailleurs, c'est dans les quartiers les plus défavorisés que l'on observe les taux de surpeuplement les plus élevés. En moyenne, 5,7 % des ménages sont caractérisés par un surpeuplement accentué (logement dans lequel il manque au moins deux pièces par rapport au nombre de personnes y résidant) ; dans les zones urbaines sensibles ou les quartiers ouvriers, ces taux s'élèvent respectivement à 9,3 % et 8,5 %. En ce qui concerne le surpeuplement modéré (logement dans lequel il manque une seule pièce), seuls les quartiers ZUS sont au dessus de la moyenne (23,8 % contre 15,9 %).

• Situation économique des ménages

Pour étudier le niveau de vie des ménages, nous avons considéré leur situation financière : le revenu mensuel par unité de consommation (voir la note méthodologique). Parmi les ménages composés d'une seule personne ou de couples avec enfants, la répartition des revenus est homogène entre les plus faibles et les plus forts revenus. En revanche, les couples vivant sans enfant sont surreprésentés dans la tranche de revenu la plus élevée, alors que les familles monoparentales sont surreprésentées dans la tranche la plus faible.

• Equipement des ménages

Enfin, nous avons recueilli le niveau d'équipement en véhicule et en technologies de l'information et de la communication (TIC) des ménages. Même si en moyenne 66,9 % des ménages possèdent une voiture ou un véhicule à deux roues, c'est le cas de seulement 46,3 % des personnes vivant seules (le plus souvent à Paris où les transports en communs sont relativement bien développés) et de 50,1 % des familles monoparentales (ayant de plus grandes difficultés financières) ; ces différences persistent y compris en prenant l'âge en compte.

Concernant les TIC, 98 % des ménages disposent d'au moins un téléphone (fixe ou mobile). Si le taux d'équipement moyen des ménages en ordinateur est de 66,5 %, il est plus faible dans les ménages d'une seule personne (50,7 %) et plus important dans les ménages composés de couple avec enfant (83,7 %). De la même manière, le taux de connexion à Internet des ménages est en moyenne de 56 %, avec un écart compris entre 39,4 % chez les personnes seules et 74,1 % chez les couples avec enfant. Ces différences sont notamment dues à des structures par âge différentes selon le type de ménage. Le taux de connexion à Internet chez les personnes seules notamment recouvrent de grandes disparités : entre 58,1 % chez les moins de 30 ans et 18,5 % chez les plus de 60 ans.

Emilie Renahy

Dans l'agglomération parisienne près d'1 enfant sur 5 vit désormais avec un seul de ses parents.

Les familles monoparentales dans la cohorte SIRS

On appelle famille monoparentale toute famille constituée d'un parent qui vit sans conjoint avec ses enfants dans un même logement. Les statistiques nationales et les enquêtes comme la nôtre s'intéressent plus particulièrement aux familles monoparentales comprenant au moins un enfant de moins de 25 ans (tous les chiffres donnés par la suite concernent ce type de familles monoparentales).

Les familles monoparentales représentent donc près de 23 % des familles avec enfant(s) de moins de 25 ans et 10 % de la totalité des ménages de Paris et sa petite couronne.

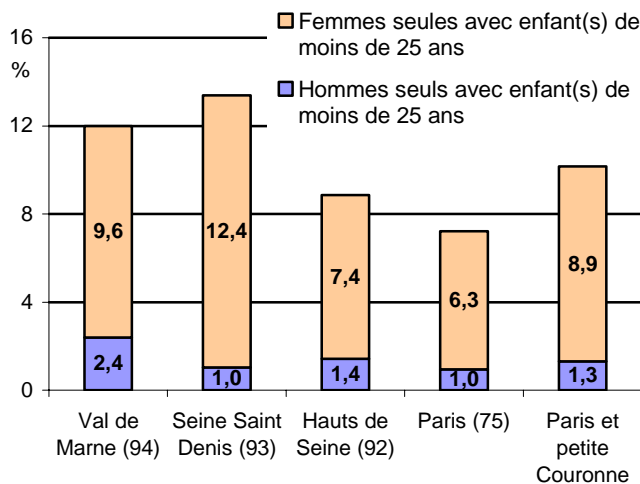
Dans l'agglomération parisienne (Paris et première couronne de départements : 92, 93 et 94), près d'1 enfant sur 5 vit désormais avec un seul de ses parents.

La grande majorité (plus de 85%) des familles monoparentales est constituée de femmes vivant seules avec leur(s) enfant(s). Leur répartition est très hétérogène suivant la zone géographique étudiée, comme le montre la figure ci-dessous. En effet, si les départements du Val-De-Marne et de la Seine-Saint-Denis présentent une proportion plus importante de familles monoparentales (et aussi, d'ailleurs, de couples avec

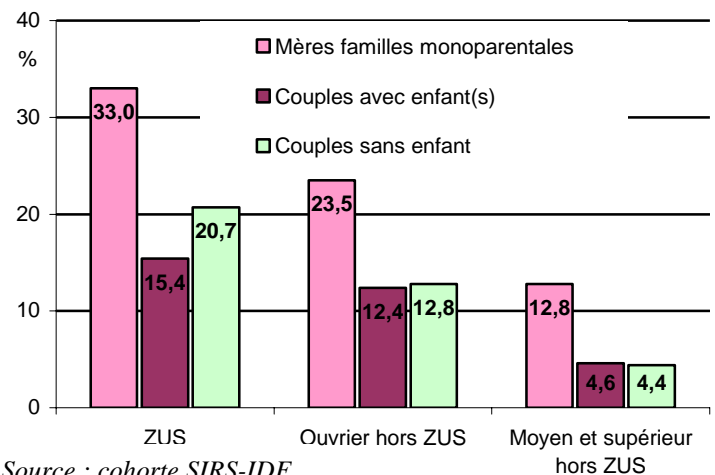
enfants), on observe que les familles monoparentales de Seine-Saint-Denis sont particulièrement fréquemment des femmes vivant seules avec leur(s) enfant(s). La ville de Paris conserve quant à elle toute sa spécificité, caractérisée par une faible proportion de familles monoparentales et une large prédominance des ménages composés de personnes vivant seules et de couples sans enfant.

Dans les quartiers classés « zones urbaines sensibles » (ZUS), on compte aussi davantage de familles monoparentales (21 % des ménages avec enfants) que dans les autres quartiers (15 %).

Proportion des familles monoparentales dans la population des ménages



Proportion des mères de familles monoparentales vivant sous le seuil de pauvreté suivant le statut du quartier



Source : cohorte SIRS-IDF

Les familles monoparentales dont le chef de famille est une femme sont particulièrement touchées par la pauvreté, notamment dans les ZUS où 33 % d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté (moins de 617 € nets par unité de consommation et par mois). Cette pauvreté s'observe aussi dans les quartiers de type « ouvrier » hors ZUS (23 %) et, à un degré moindre, dans l'ensemble des autres quartiers (13 %). En moyenne, dans l'ensemble des quartiers de l'agglomération parisienne, il y a 2 fois plus de risque de vivre sous le seuil de pauvreté quand on est une mère de famille monoparentale par rapport aux autres couples avec enfants (de moins de 25 ans). Ceci n'est pas le cas pour les pères de familles monoparentales, dont les revenus sont similaires à ceux de l'ensemble des couples avec

enfants (et même supérieurs dans les ZUS).

Les familles monoparentales sont aussi moins fréquemment des familles nombreuses que les familles en couple (22 % ont 3 enfants ou plus contre 29 % pour les couples), en particulier lorsque la personne de référence de la famille monoparentale est un homme.

Parmi les familles monoparentales, la personne interrogée signale avoir vécu un divorce ou une séparation dans 60% des cas et un veuvage dans 7%. Des analyses plus fines sont nécessaires pour comprendre les circonstances de la parentalité ; en particulier chez les 33% de parents isolés qui ne citent aucune des ruptures précédentes.

En ce qui concerne la formation et la situation professionnelle des

familles monoparentales, quelques grandes tendances peuvent être dégagées :

- Si plus de 87 % des mères de familles monoparentales sont actives (contre 78 % des mères en couple avec enfants de moins de 25 ans), elles sont aussi davantage touchées par le chômage (17 % contre 9 %) et deux fois moins souvent inactives (9 % contre 19 %).

- Les mères de famille monoparentale de moins de 35 ans sont aussi moins diplômées que les mères en couple du même âge : 18 % déclarent n'avoir aucun diplôme contre 11 % des mères en couples et 68 % ont un niveau d'étude supérieur ou égal au Bac contre 75 % des mères en couple.

▪

▪ Grégory Guernec

Questions/Réponses

A destination des personnes enquêtées

J'ai été enquêté(e) : quels sont mes droits garantis par la loi ?

La loi « Informatique et libertés » garantit 4 grands droits aux personnes ayant communiqué des données personnelles et nominatives archivées sur support informatique : le droit à l'information, le droit d'opposition, le droit d'accès et le droit de rectification.

Ces droits sont rappelés sur la lettre d'information qui vous a été remise au moment de l'enquête. Si vous l'avez égarée ou si vous souhaitez faire valoir ces droits, vous pouvez nous joindre au 01 44 73 84 66 ou par Internet à enquete@st-antoine.inserm.fr

Comment est garantie la confidentialité des réponses données ?

La réalisation de l'enquête a été approuvée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Cnil). L'identité des personnes reste strictement confidentielle : seul l'investigateur principal conserve ces données qui ne sont communiquées à personne. Aucune possibilité n'existe, pour un tiers, de pouvoir associer l'identité d'une personne et les réponses qu'elle a données.

Et si je déménage, que dois-je faire ?

Merci de nous communiquer votre nouvelle adresse et vos nouvelles coordonnées (pour cela, voir nos contacts ci-dessous).

Comment nous contacter ?

Par téléphone : 01 44 73 84 50

Par Internet : enquete@st-antoine.inserm.fr

Par courrier : SIRS INSERM U707, 27 rue de Chaligny, 75012 Paris

SIRS : la communication des premiers résultats...

Chauvin P. *Principaux enseignements des enquêtes sur la santé et le recours aux soins réalisées dans des quartiers de la Politique de la Ville depuis 2001*. Premières rencontres des Villes pour la santé publique, Ministère de la santé et des solidarités, 23 novembre 2005.

Chauvin P. *Territoires, vulnérabilités et santé*. Conseil économique et social régional, Paris, 14 avril 2006.

Parizot I, Renahy E, Péchoux S, Quaglia M, Vivier G, Chauvin P. *Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS) : une cohorte francilienne d'épidémiologie sociale*. Colloque ADELFF « épidémiologie sociale et inégalités de santé », Toulouse, 18-19 mai 2006, abstract book : 25.

Paugam. *La santé pour tous : un enjeu territorial*. Colloque « Les inégalités sociales de santé en France aujourd'hui. », Centre National de la Fonction Publique Territoriale, Nancy, 25 juin 2007.

Chauvin P. *Déterminants sociaux et recours aux soins*. Colloque de la Fédération nationale d'hébergements VIH et autres pathologies : « Pathologies sévères et exclusions sociales », Montpellier, 8-9 juin 2006.

Renahy E, Parizot I, Chauvin P. *Internet uses for health information seeking: a new digital divide? A study on a representative sample of Paris metropolitan area, France, 2005*. 11th World Congress on Internet in Medicine (MedNet), Toronto, 13-20 octobre, 2006, abstract book: 100.

Péchoux S. *Urban inequalities and social exclusion. Overview of recent researches and challenges regarding neighbourhood effect analysis*. EqualSoc, Workshop, Paris, 9 juin 2006

Chauvin P. *Challenging health inequalities*. ESF workshop: "Health and environmental disparities, the case of lung diseases". Paris, 20-22 octobre 2006.

Parizot I, Guernec G, Renahy E, Péchoux S, Chauvin P. *Health and social inequalities: a population cohort study in Paris area*. 5th International Conference on Urban Health, Amsterdam, 25-28 octobre 2006, abstract book: O-012.

Chauvin P. *Déterminants sociaux du recours aux soins: implications pour l'accès au dépistage des personnes en situation précaire*. 6^{ème} Journée de santé publique dentaire, Créteil, 9 novembre 2006.

Chauvin P. *Inégalités de santé en milieu urbain : Quels déterminants contextuels ?* 4^{ème} journée internationale du centre collaborateur OMS pour les Villes Santé francophones, Paris, S2D, 24 janvier 2007.

Chauvin P, Grillo F, Lesieur S, Chaix B. *Inégalités sociales des habitudes tabagiques dans la métropole parisienne*. Les journées de la prévention de l'Inpes, Paris, 29-30 mars 2007.

Grillo F, Parizot I, Chaix B, Chauvin P. *Croyances de santé et modes de vie : le rôle des individus vis-à-vis de la santé*. Les journées de la prévention de l'Inpes, Paris, 29-30 mars 2007.

Renahy E, Parizot I, Guernec G, Chauvin P. *Utilisation d'Internet pour la recherche d'informations de santé : une nouvelle fracture numérique ?* Les journées de la prévention de l'Inpes, Paris, 29-30 mars 2007.

SIRS Infos

Editeurs : Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, Serge Paugam.

Secrétariat de rédaction : Judith Martin (martin@u707.jussieu.fr).

Ont contribué à ce numéro : Pierre Chauvin, Francesca Grillo, Grégory Guernec, Sophie Lesieur, Isabelle Parizot, Emilie Renahy.

Maquette et iconographie : Inserm U 707, droits réservés.