



SIRS Infos

La cohorte SIRS-IDF entend étudier la santé, les inégalités et les ruptures sociales en Ile-de-France en tenant compte de la dimension biographique de leurs déterminants. Cela nécessite de mener des enquêtes régulières et successives auprès des mêmes personnes.

Après la première enquête à domicile menée à l'automne 2005, un suivi téléphonique a été réalisé au printemps 2007 : 70 % des personnes interrogées en 2005 ont pu l'être de nouveau (19 % étaient absentes au moment de la seconde enquête et seront recontactées ultérieurement, 8 % ont refusé de répondre et 3 % n'ont pas pu être retrouvées).

Dans ce quatrième numéro nous allons donc, tout d'abord, nous intéresser aux changements vécus, entre ces deux vagues d'enquête, par les personnes interrogées. Puis nous aborderons, à l'aide des données recueillies précédemment, des sujets de santé publique : l'origine géographique et les recours aux soins, la santé mentale ainsi que le dépistage des cancers féminins. Nous étudierons enfin, les situations et les expériences professionnelles dans la cohorte SIRS.

SOMMAIRE

Le suivi téléphonique de la cohorte SIRS	p.1
Origine, santé et recours aux soins	p.2
Note méthodologique	p.3
La santé mentale des franciliens	p.4
Situation et expériences professionnelles	p.5
Le dépistage des cancers féminins	p.6
Questions/ Réponses	p.6

18 mois après la première enquête de 2005.

Le suivi téléphonique de la cohorte SIRS au printemps 2007.

L'enquête téléphonique de suivi a permis de constater différents changements survenus dans la vie des personnes interviewées :

- En 18 mois, 15 % des interviewés ont connu un changement dans leur vie conjugale : 8 % se sont mariés ou mis en couple depuis l'automne 2005, 3 % ont connu une séparation ou un divorce, 3 % un éloignement de plusieurs mois d'avec leur conjoint (sans pour autant être divorcé ni séparé) et 1 % ont vécu le décès de leur conjoint.

- Au cours de la même période, une proportion identique de personnes (15 %) a changé de situation d'emploi. Parmi les chômeurs de 2007 par exemple, 37 % occupaient un emploi en 2005. Réciproquement, parmi ceux qui occupent un emploi en 2007, 11 % ne travaillaient pas en 2005 ; la plupart d'entre eux étaient alors étudiants (37 %), en apprentissage ou en stage (28 %) ou au chômage (19 %). Le chômage a également touché les personnes ayant un emploi aux deux dates d'enquête, puisque 10 % d'entre elles ont connu un ou plusieurs épisodes de chômage entre l'automne 2005 et le printemps 2007

- Concernant le lieu de résidence, 6 % des personnes enquêtées aux deux dates ont changé de commune de résidence (ou d'arrondissement à Paris) au cours des 18 mois, dont près des 2/3 (3,8 % des personnes) ont changé de département. Il faut y ajouter une grande partie des 3 % des personnes enquêtées en 2005 et non retrouvées à leur adresse d'origine en 2007. Pour compléter ces chiffres de mobilité résidentielle, il faut souligner que 6 % des personnes interrogées en 2007 habitaient à la même adresse qu'en 2005 mais ont habité ailleurs quelques temps entre les deux dates d'enquête.

- La moitié de la population (46 %) estime par ailleurs que sa situation financière a globalement évolué durant cette période : 20 % considèrent qu'elle s'est améliorée, tandis que 26 % estiment qu'elle s'est dégradée. Au printemps dernier un peu plus de la moitié des enquêtés estimaient que, étant donné les revenus de leur ménage, « c'était juste, qu'il fallait faire attention » ou qu'ils « y arrivaient difficilement ».

- Concernant la santé, 13 % des enquêtés déclarent avoir connu, entre les deux enquêtes, un problème de santé grave ou chronique – les femmes étant un peu plus dans ce cas que les hommes. Une même proportion de personnes (13 %) rapportent qu'elles ont souffert d'anxiété chronique ou de dépression durant cette période (ce problème ayant été diagnostiqué comme tel par un médecin dans 62 % des cas). On notera également que 17 % des enquêtés se sont rendus aux urgences d'un hôpital (pour un problème les touchant personnellement) au cours de ces 18 mois.

Isabelle Parizot

SIRS Infos

Editeurs : Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, Serge Paugam.

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

Ont contribué à ce numéro : Emmanuelle Cadot, Pierre Chauvin, Francesca Grillo, Sophie Lesieur, Isabelle Parizot.

Maquette et iconographie : Inserm U 707, droits réservés.

L'origine géographique des individus est corrélée à de nombreux indicateurs de santé.

Origine, santé et recours aux soins.

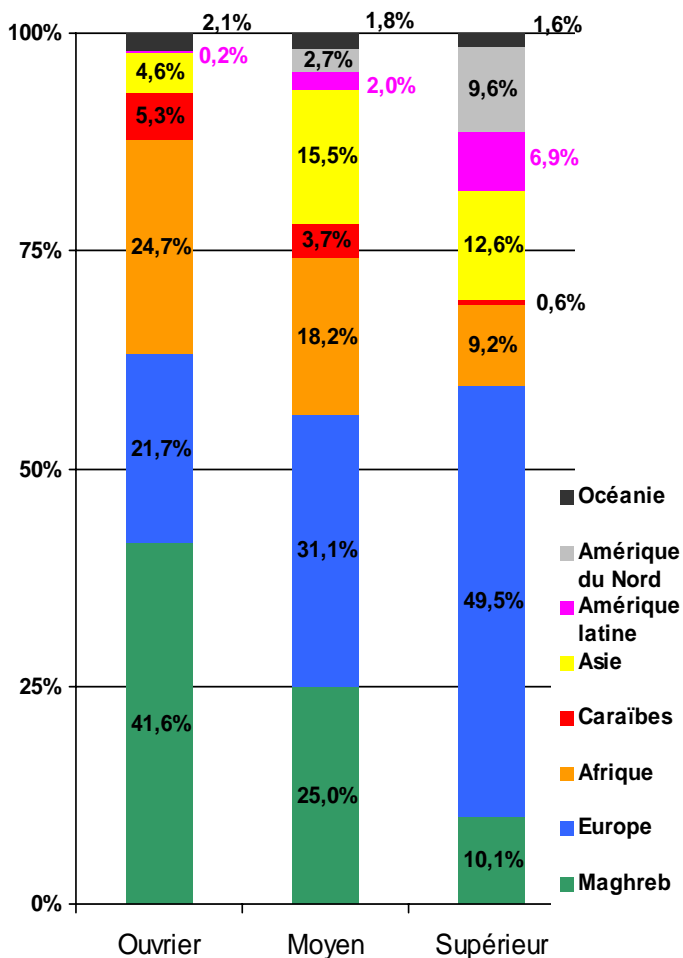
Parmi l'ensemble des personnes interrogées dans l'agglomération parisienne en 2005, 83 % sont de nationalité française. Parmi les 17 % d'étrangers, on compte principalement des personnes originaires d'Europe (31 % des étrangers), du Maghreb (29 %), du reste de l'Afrique (19 %), d'Asie (10,7 %, comprenant le Proche et le Moyen Orient) et des Amériques et Caraïbes (9 %). La répartition des étrangers n'est pas identique dans l'ensemble de l'agglomération. On observe notamment des différences par type de quartier (cf. SIRS Infos n°2 pour la définition

des quartiers). Par exemple, les quartiers de type « supérieur » comptent, parmi les étrangers, plus d'américains ou d'européens que les quartiers de type « ouvriers ».

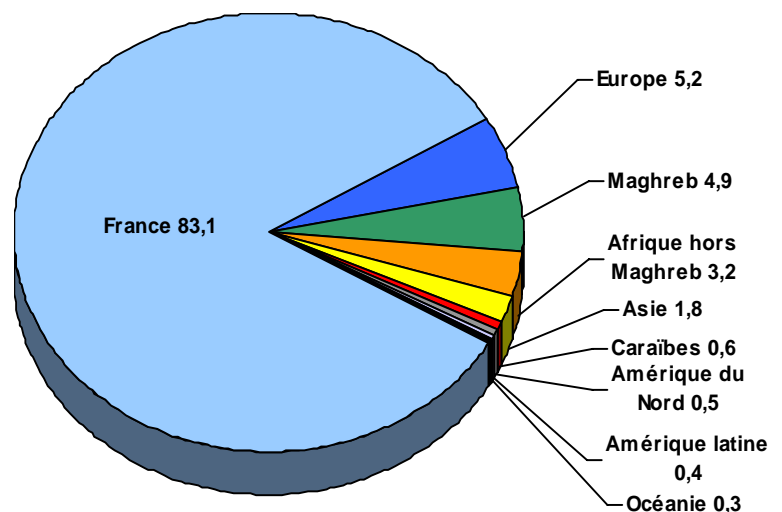
Par ailleurs, 17 % des Français, ont au moins un parent de nationalité étrangère : 1/3 ont un des deux parents et 2/3 leurs deux parents étrangers. Ce ou ces parents sont eux-mêmes principalement originaires du Maghreb (35 %), d'Europe (30 %), du reste de l'Afrique (17 %) ou d'Asie (8 %).

Bien sûr la nationalité d'une personne, pas plus que celle de ses parents, ne suffit à décrire la culture d'origine. Ces analyses par nationalité ne décrivent pas, par exemple, l'ensemble des origines migratoires. Ainsi, 11 % des Français ont passé la majeure partie de leur enfance dans un pays étranger et 3 % dans un département d'Outre-Mer quand, à l'inverse, 17 % des étrangers ont passé, eux, la majeure partie de leur enfance en France métropolitaine.

Répartition des nationalités (regroupées par zone géographique) des étrangers par type de quartier de résidence



Distribution de la population par nationalité (regroupées par zone géographique), en %



Source : cohorte SIRS-IDF 2005

En gardant toutes ces limites à l'esprit, on observe des corrélations fortes entre « l'origine par nationalité » et de multiples indicateurs de santé. On citera par exemple :

- Toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire à situation identique en ce qui concerne l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et de revenus, la catégorie professionnelle et d'emploi, le quartier de résidence et le nombre de maladies chroniques), les étrangers européens déclarent un état de santé général dégradé 2 fois plus souvent que tous les autres étrangers. L'état de santé psychologique ressenti des Français nés de parents étrangers est significativement moins bon que celui des Français nés de

parents français ou celui des étrangers.

- Concernant le surpoids, la pré-obésité ou l'obésité (cf. SIRS Infos n°1 pour les premières analyses sur ce thème), ces situations sont toutes les trois significativement plus fréquentes chez les femmes africaines et maghrébines que chez les Françaises (à âge, niveau d'étude et niveau de revenus identiques) tandis que, pour les hommes, le surpoids et la pré-obésité sont plus fréquents chez les Français (la fréquence de l'obésité masculine étant, elle, similaire chez les Français et les étrangers).

- Concernant le suivi gynécologique des femmes (cf. SIRS Infos n°1 pour les premières analyses sur ce thème), on observe aussi que – à âge, niveau d'éducation, couverture maladie, statut conjugal et niveau socio-économique du quartier de résidence identiques – les femmes étrangères ont 1,7 fois plus de risque que les Françaises nées de parents français de ne pas être suivies régulièrement. Les femmes françaises nées de parents étrangers, quant à elles, se situent à un risque un peu plus faible (1,6) mais tout aussi significatif.

Pierre Chauvin

Note méthodologique :

La question des origines et leurs liens avec la santé.

La question des « origines » et de leurs liens avec la santé des individus est une question à la fois sensible, importante et justifiée. Sensible, parce que la définition des origines est toujours discutable (et la façon de la mesurer encore plus...) et qu'elle est propice aux interprétations de toutes sortes dans le débat public. Importante, parce que de tels liens ont été démontrés dans tous les pays dans lesquels ils ont été interrogés mais qu'ils restent peu étudiés en France. Justifiée, parce que de telles études enrichissent les connaissances sur certaines causes des inégalités sociales de santé et de recours aux soins, notamment celles liées à l'origine sociale, l'origine migratoire, l'origine culturelle ou encore à la question des discriminations.

L'interrogation des origines fait actuellement l'objet de débats importants en sciences sociales, en sciences politiques, en santé publique et dans l'opinion publique en général. D'un point de vue éthique, il se dégage un consensus autour de deux grands principes : la liberté des personnes de répondre (ou non) à toutes questions à ce sujet et la liberté des personnes de se définir comme bon leur semble - le tout dans le respect des principes et des usages définis par la loi qui encadre très strictement le recueil, la conservation et l'utilisation informatique de telles données sensibles.

Dans un cadre de recherche comme celui du programme SIRS, plusieurs indicateurs des origines ont été interrogés (avec l'accord de la CNIL) : par exemple, outre la nationalité, nous avons demandé aux personnes dans quelle région ou quel pays elles avaient vécu la majeure partie de leur enfance avant l'âge de 16 ans. Nous présentons ici certains résultats issus des analyses portant sur la nationalité des personnes et celle de leurs parents. Soulignons, dans le débat actuel, qu'il ne saurait être question pour le programme SIRS d'interroger ni de contribuer à définir des catégories ethniques ou religieuses.



La santé mentale des franciliens.

La plupart des franciliens s'estiment en bonne santé psychologique. Ainsi, à la question « Comment est votre état de santé psychologique et émotionnel » posée en 2005, les trois quarts répondent par « bon » (47 %) ou « très bon » (29 %). Mais 19 % jugent cet état seulement « moyen », et 3 % qu'il est « mauvais » voire « très mauvais ».

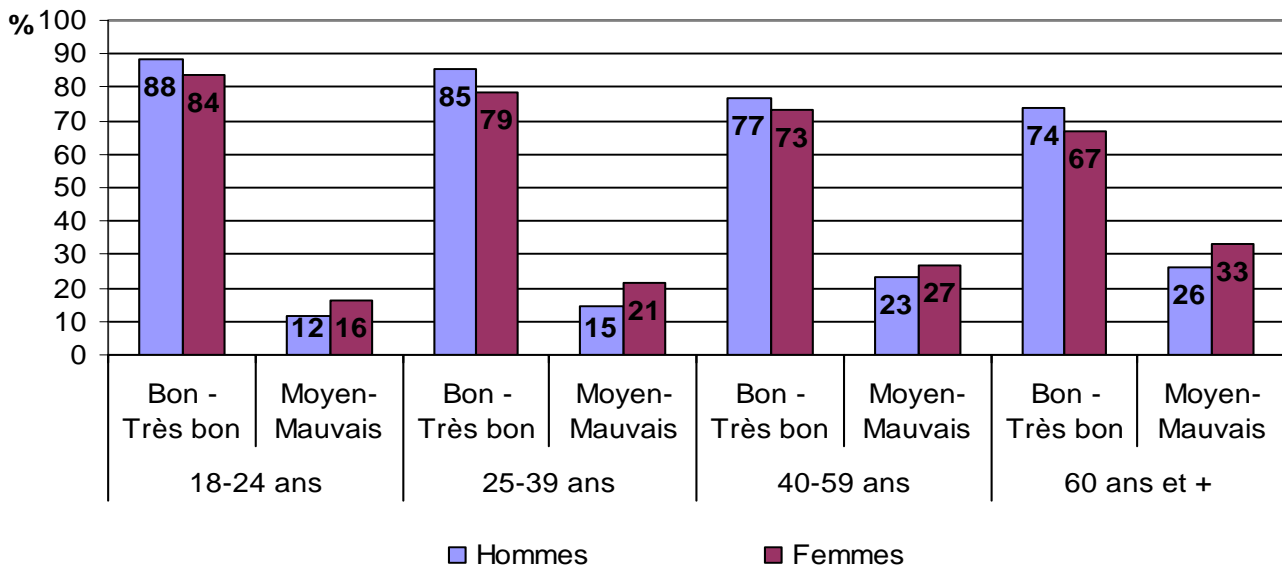
De même que pour la santé physique, la situation tend à se dégrader avec l'âge : si 88 % des

personnes de 18 à 24 ans jugent que leur santé mentale est bonne ou très bonne, ce n'est plus le cas que de 74 % après 60 ans. Comme pour la plupart des indicateurs de santé mentale perçue, les femmes apparaissent en position plus délicate que les hommes. Dans toutes les tranches d'âge, elles sont en effet plus nombreuses à juger que leur santé psychologique et émotionnelle n'est pas bonne. Tous âges confondus, 26 % des

femmes sont dans ce cas, contre 20 % des hommes.

Par ailleurs, la grande majorité de la population dit « prendre les choses du bon côté » assez souvent (53 %) ou très souvent (38 %). Mais il convient de noter parallèlement que 37 % se sentent « sous pression » très souvent ou assez souvent, et que 10 % disent qu'ils ne se sentent « bien dans leur peau » que rarement voire jamais.

Etat de santé psychologique et émotionnel auto-évalué, en fonction de l'âge et du sexe



Source : cohorte SIRS-IDF 2005

12 % de la population présente des symptômes de dépression.

L'enquête menée en 2005 comportait plusieurs questions tirées d'un outil standardisé (le Mini-Cim10) permettant de repérer des symptômes de dépression. Bien que les données recueillies ne sauraient correspondre à un diagnostic médical *stricto sensu*, cette méthode (utilisée dans d'autres recherches en France et à l'international) permet d'estimer la prévalence de la dépression au sein de l'agglomération parisienne.

Au total, 12 % des habitants de Paris et la première couronne de départements présentaient au moment de l'enquête des symptômes de dépression – ce qui

est très proche de la proportion observée sur l'ensemble de la France par d'autres enquêtes. Les femmes sont particulièrement affectées : 15 % d'entre elles présentent ces symptômes, soit deux fois plus que les hommes (7 %).

La dépression s'avère également liée statistiquement à la situation sociale et familiale des personnes. Elle touche bien plus souvent les personnes veuves (22 %) et divorcées (18 %) que celles vivant en couple et les célibataires (10 %).

Des différences s'observent également selon la situation au regard de l'emploi : les personnes

en activité et les étudiants sont moins affectés (respectivement 10 % et 8 % présentent des symptômes dépressifs) que les personnes en inactivité (20 %), au chômage (14 %) ou retraitées (12 %). Par ailleurs, la fréquence des troubles dépressifs augmente lorsqu'on descend dans l'échelle des revenus : de 7 % parmi les ménages les plus riches (le quart supérieur de la distribution des revenus par unité de consommation), cette proportion s'élève à 17 % parmi le quart des ménages les plus pauvres. En termes d'inégalités territoriales, on observe également que la population des quartiers de type

« ouvrier » souffre plus souvent de troubles dépressifs que celle résidant dans des quartiers de type « moyen » ou « supérieur ».

Pathologie fréquente, la dépression n'est pas pour autant prise en charge médicalement de façon systématique, loin s'en faut. Ainsi, 35 % des personnes qui

présentent des symptômes dépressifs ne sont pas suivies pour cela et n'en ont pas parlé à un professionnel de la santé. Les hommes ont moins souvent tendance que les femmes à consulter pour ces problèmes (54 % contre 69 %). C'est aussi le cas des personnes de nationalité étrangère (49 % contre 68 % des

Français) et des chômeurs (47 % contre 65 % en moyenne). Il convient enfin de souligner la situation particulière des plus jeunes : seuls 40 % des 18- 25 ans qui souffrent de symptômes dépressifs en ont parlé à un médecin.

Isabelle Parizot

La moitié des adultes de l'agglomération parisienne occupent un emploi.

Situation et expériences professionnelles.

D'après les données de la cohorte SIRS, à l'automne 2005, 54 % des adultes de l'agglomération parisienne ont un emploi, 9 % sont au chômage, 19 % sont retraités, 8 % sont étudiants, 6 % sont au foyer.

Les différences vis-à-vis de la situation professionnelle demeurent fortes entre les hommes et les femmes. Même si le taux d'activité féminine est plus élevé dans l'agglomération parisienne que dans le reste du territoire français, la proportion de femmes qui occupent un emploi (49 %) reste plus faible que celle des hommes (60 %). La population inactive « au foyer » reste essentiellement féminine (11 % des femmes contre moins de 1 % des hommes). Toutes choses égales par ailleurs, les hommes ont 1,5 fois plus de chance d'être des actifs occupés que les femmes.

La situation professionnelle varie aussi selon les quartiers de résidence : les habitants des quartiers les plus favorisés ont 1,4 fois plus de chance d'occuper un emploi que ceux des quartiers les moins aisés. On retrouve également d'autres déterminants socio-économiques de l'activité professionnelle, notamment l'âge. L'entrée dans la vie active se fait, en moyenne, à un âge assez avancé. La génération des 30-44 ans a 4,8 fois plus de chance d'être occupée que celle des 18-29 ans. La scolarisation et les diplômes protègent par ailleurs du chômage et de l'inactivité : les personnes ayant le plus d'années

d'études ont également plus de chance d'occuper un emploi.

90 % des actifs en emploi sont salariés - dont 13 % en contrat à durée déterminée - et seulement 9 % travaillent à leur compte. Dans l'agglomération parisienne, le pourcentage d'individus qui déclarent aider un membre de leur famille dans leur travail n'atteint pas 0,1 %. Parmi les salariés, les hommes et les femmes ont des statuts différents : les femmes sont plus souvent employées par l'Etat (25 % contre 18 % pour les hommes) ou par une collectivité locale ou l'hôpital public (13 % contre 8 %), et moins souvent par le secteur privé, y compris associatif (56 % contre 70 % des hommes).

Les personnes qui occupent un emploi travaillent en moyenne 39,6 heures par semaine. Plus d'une sur dix (12 %) travaille à temps partiel - pour différentes raisons : pour s'occuper d'un enfant ou d'une autre personne (25 %), parce qu'elles n'ont pas trouvé un travail à temps plein (15 %), pour d'autres raisons choisies (19 %) ou pour d'autres raisons indépendantes de leur volonté (22 %). Le travail à temps partiel subi est davantage évoqué par les hommes (44 %) - qu'ils fassent part de l'impossibilité de trouver un travail à temps plein (22 %) ou d'une maladie (18 %) - alors que les femmes évoquent plutôt des « choix » personnels ou familiaux (notamment le soin à un membre de la famille : 34 %) et moins souvent l'impossibilité de trouver un travail à temps plein (13 %). Une

petite partie de la population active (5 %) exerce une autre activité professionnelle en plus de son activité principale.

Pour se rendre à leur travail, les actifs de l'agglomération utilisent principalement un véhicule privé (38 %) et les transports en commun (37 %) tandis que 14 % s'y rendent à pied et seulement 5 % utilisent le vélo (en 2005). Le temps de trajet aller et retour entre le domicile et le lieu de travail est en moyenne de 63,4 minutes par jour et 5 % des franciliens travaillent sur leur lieu de résidence.

Parmi les motifs d'insatisfaction au travail interrogés en 2005, les actifs occupés mentionnent les faibles perspectives de promotion (55 %), l'offre insuffisante de formation (46 %), les faibles possibilités d'innovation et de créativité (43 %), les avantages sociaux (42 %), les conditions de rémunération (39 %), ou encore la difficulté d'atteindre ses propres objectifs professionnels (34 %). Par ailleurs, un actif occupé sur cinq (20 %) craint d'être licencié dans les deux années qui suivent l'enquête. Et si 68 % considèrent que leur travail correspond à leur qualification et à leurs capacités, seuls 24 % estiment recevoir dans le travail tout le respect et l'estime qu'ils méritent. En revanche, les principales raisons de satisfaction au travail sont les relations avec les collègues (34 %) ainsi que la sensation de contribuer à quelque chose d'utile pour la société (30 %).

Francesca Grillo

Le dépistage des cancers féminins.

Un taux de participation au dépistage du cancer du sein globalement très élevé.

Le dépistage précoce du cancer du sein -qui passe par la réalisation d'une mammographie- peut se faire dans le cadre du programme national de dépistage organisé ou de manière individuelle sur prescription médicale. Dans de nombreux pays européens, le dépistage se fonde sur un système d'invitation régulière dans le cadre d'un programme national. En France, les deux systèmes coexistent depuis la fin des années 80 dans certains départements et, à partir de 2003, le Plan cancer a initié la généralisation du dépistage

organisé du cancer du sein à l'ensemble du territoire. A cette époque, en Ile-de-France, quatre départements sur huit étaient déjà engagés dans un programme de dépistage organisé (la Seine-Saint-Denis, les Yvelines, le Val d'Oise et l'Essonne). Les recommandations nationales préconisent pour toutes les femmes de 50 à 74 ans une mammographie tous les deux ans.

Dans l'enquête SIRS, les femmes ont été interrogées sur leurs recours à la mammographie. Le dépistage des femmes de 50 à 74 ans s'avère meilleur dans l'agglomération parisienne qu'au

niveau national : 86 % des femmes de 50 à 74 ans déclarent avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières années (alors que ce n'est le cas que de 70 % d'entre elles à l'échelle nationale, selon les résultats du dernier Baromètre Cancer de l'INPES mené en 2005). Parmi elles, la plupart déclarent avoir réalisé leur mammographie sur prescription médicale. Au total, 27 % des femmes de 50 à 74 ans de l'agglomération parisienne ont utilisé la lettre d'invitation du programme organisé de dépistage.

Le frottis du col de l'utérus, une pratique largement adoptée par les femmes.

En France, les recommandations nationales préconisent un dépistage du cancer du col utérin chez les femmes de 25 à 65 ans sur un rythme triennal après deux frottis consécutifs normaux à un an d'intervalle. L'introduction récente du vaccin contre les infections à papillomavirus humains - recommandé aux jeunes filles de 14 ans (ou de 15 à 23 ans lorsqu'elles n'ont pas encore eu de rapports sexuels) - ne remet pas en cause le dépistage des lésions du col de l'utérus, y compris chez les femmes vaccinées, mais constitue une mesure de prévention supplémentaire. Le dépistage individuel du cancer du col utérin est une pratique bien développée, en particulier depuis l'apparition des contraceptifs dans les années soixante. Le taux de couverture (la

proportion de femmes ayant réalisé un frottis au cours des trois dernières années), estimé à partir de l'enquête SIRS, est de 82 % parmi les femmes de 25 à 65 ans et de 77 % parmi l'ensemble des femmes interrogées. Les femmes non concernées par ces recommandations nationales - car plus âgées (au delà de 65 ans) ou plus jeunes (avant 25 ans) - recourent donc elles aussi massivement au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Au sein de la population « cible » des 25-65 ans, le dépistage du cancer du col utérin présente des variations selon la situation sociodémographique des femmes. Il est par exemple d'autant plus fréquent que leur niveau d'études est élevé (passant de 73 % parmi celles qui n'ont pas

dépassé le niveau du collège à 86 % parmi celles qui ont fait des études supérieures). Il est aussi plus fréquent pour les Françaises (84 %) que pour les femmes de nationalité étrangère (68 %), pour les femmes vivant en couple (84 % contre 76 % pour les autres), ou encore pour les femmes qui bénéficient d'une couverture maladie complémentaire : 84 % de ces dernières ont eu un frottis du col dans les trois dernières années, contre seulement 62 % des femmes couvertes par la Sécurité sociale mais n'ayant pas de couverture complémentaire. Ces variations reflètent en partie les différences de suivi gynécologique selon ces caractéristiques socio-économiques et démographiques.

Emmanuelle Cadot

Questions/Réponses

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 57 ou par Internet à enquete@st-antoine.inserm.fr

Et si je déménage, que dois-je faire ?

Merci de nous communiquer votre nouvelle adresse et vos nouvelles coordonnées

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