

N°5 SIRS INFOS

Juin 2008

La lettre d'information du programme "santé, inégalité et ruptures sociales"



Santé ressentie, handicaps et limitations fonctionnelles : des différences entre quartiers

La santé ressentie (c'est-à-dire la manière dont la personne elle-même juge son état de santé) est couramment interrogée dans les enquêtes en population générale, notamment en France et en Europe. Appréhendés par des outils identiques et standardisés, les indicateurs permettent alors des comparaisons dans le temps ou entre différents groupes de population. De plus, il est classique de rappeler, en épidémiologie, que la santé ressentie est globalement corrélée (au niveau populationnel) à d'autres indicateurs sanitaires, notamment la mortalité.

Ces deux constats méritent toutefois d'être toujours relativisés dans l'interprétation de tels indicateurs. En effet, la santé ressentie déclarée par un individu est un indicateur subjectif reposant à la fois sur la connaissance

de son état de santé et l'appréciation de cet état. Autant de composantes éminemment variables en fonction de ses propres normes de santé, lesquelles se construisent (et se reconstruisent constamment au cours de la vie) en fonction de ses expériences antérieures de la maladie, de celles de ses proches ou de ses « pairs », de ses interactions avec le système de soins et la médecine, des symptômes ressentis, de son niveau et de ses capacités d'adaptation à un handicap ou une maladie chronique, etc. Les différences sociales de santé ne peuvent ainsi qu'être approchées par les différences observées en terme de santé ressentie.

Les écarts sociaux de santé ressentie observés peuvent sous-estimer les écarts de santé « objectifs » si on considère, par exemple, que les personnes

Les habitants des quartiers moyens et supérieurs ont 1,4 à 1,5 fois plus de chance que les habitants en ZUS de se sentir en bonne santé

Voici le cinquième numéro de SIRS Infos. Cette nouvelle formule présente comme précédemment plusieurs dimensions de notre travail de recherche mais aussi des travaux réalisés dans d'autres équipes de recherches en lien avec nos problématiques.

Dans ce numéro un article présente la santé ressentie, les handicaps ainsi que les limitations fonctionnelles selon les quartiers étudiés dans notre cohorte.

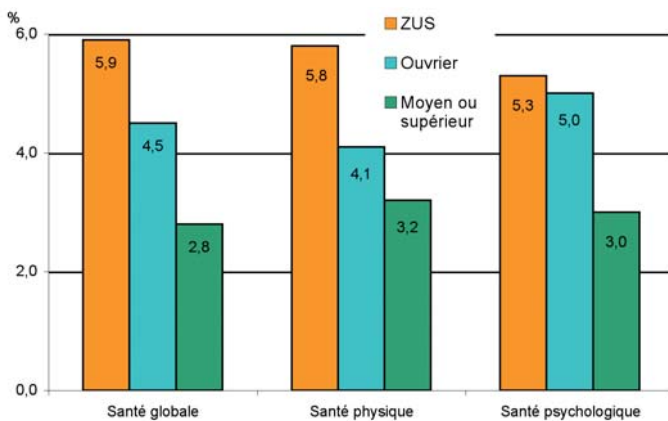
Ensuite nous nous intéressons au soutien social en lien avec la santé des personnes âgées.

Nous terminons par le recours au test VIH/sida dans la population francilienne et par les disparités en santé dentaire.

Cette nouvelle formule de la lettre d'information présente aussi notre équipe avec la nouvelle rubrique en dernière page.

SOMMAIRE	Santé ressentie, handicaps et limitations fonctionnelles : des différences entre quartiers. p.1
	Soutien social et santé : Enquête auprès des Parisiens de plus de 75 ans vivant à domicile. p.3
	La santé dentaire, dimension emblématique des inégalités sociales de santé et de recours aux soins. p.5
	Dépistage du VIH/sida dans l'agglomération parisienne : le recours au test diffère selon l'origine migratoire. p.5
	L'équipe de travail du programme SIRS. p.6
	Questions Réponses aux personnes enquêtées. p.6

Proportions de résidents se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé par type de quartiers de résidence



Source : cohorte SIRS-IDF 2005

dont la situation sociale est défavorisée ont un moindre recours aux soins et, par là, une moins bonne connaissance de leur état de santé. Ainsi, globalement, on peut considérer que l'observation de la seule santé ressentie conduit à décrire des gradients plutôt plus faibles qu'ils ne le sont en réalité entre groupes sociaux et que, en particulier, les écarts de santé ressentie observés dans la cohorte SIRS entre les différents types de quartier de résidence sous estiment probablement les différences qu'on pourrait constater par des mesures objectives de l'état de santé de leurs habitants. Plusieurs indicateurs de santé ressentie étaient interrogés dans la première vague de la cohorte SIRS en 2005. Les trois indicateurs de santé générale, santé physique et santé psychologique décrivent des différences identiques entre les types de quartiers. Les quartiers classés en zone urbaine sensible (ZUS) et ceux de type « ouvrier » ont des résultats très proches. Ces quartiers apparaissent en situation significativement plus défavorable que les quartiers de type « moyen » ou « supérieur ». Ainsi, dans les quartiers ZUS, les résidents perçoivent leur santé générale, leur santé physique et leur santé psychologique comme mauvaise ou très mauvaise presque deux fois plus souvent que dans les quartiers moyens ou supérieurs.

Les différences entre quartiers persistent après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la nationalité, la couverture maladie, l'isolement social et la situation professionnelle : toutes choses égales par ailleurs, les

habitants des quartiers moyens et supérieurs ont toujours 1,4 à 1,5 fois plus de chance que les habitants en ZUS de se sentir en bonne santé générale, physique ou psychologique.

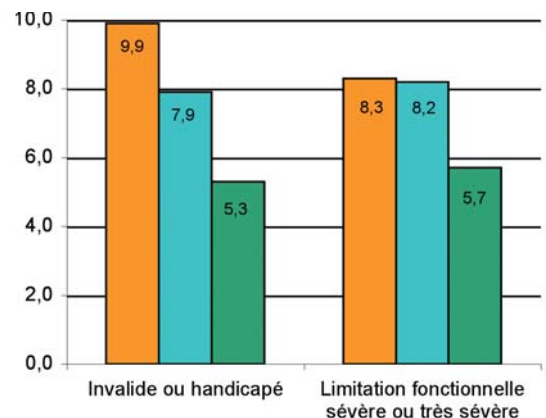
Les quartiers ZUS et ouvriers comptent également une proportion plus grande de personnes se déclarant invalides ou handicapées ainsi que de résidents qui rapportent des limitations fonctionnelles sévères ou très

Les résidents des quartiers les plus défavorisés déclarent plus souvent souffrir de migraines, d'ulcère de l'estomac, de bronchite chronique, de diabète ou encore d'asthme allergique

sévères dans leur vie quotidienne au cours des 6 mois précédant l'enquête. Ces limitations fonctionnelles étaient interrogées par la question suivante, utilisée en France comme dans les enquêtes européennes : « Êtes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ».

Ces limitations fonctionnelles sont bien sûr très liées à l'âge (le risque d'en déclarer augmentant régulièrement avec l'avancée en âge). Contrairement aux différences de santé perçue, une fois pris en compte l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la couverture maladie, la situation professionnelle, l'isolement social et la nationalité des personnes

Proportions de résidents se déclarant invalides ou handicapés, ou avec une limitation fonctionnelle sévère ou très sévère par type de quartiers de résidence



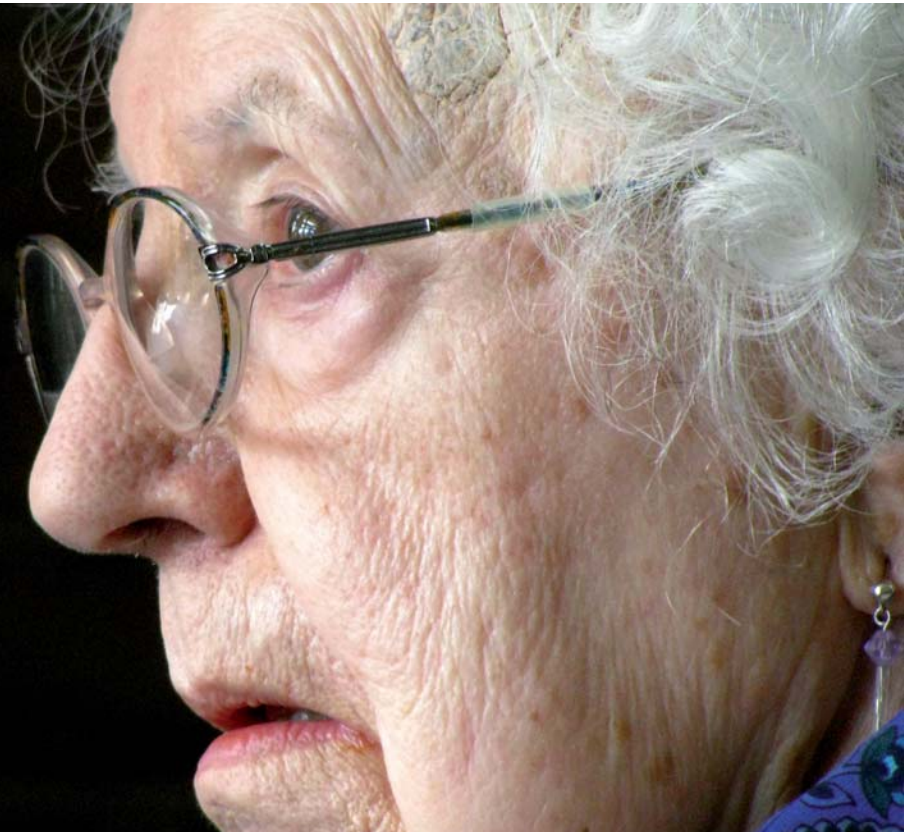
Source : cohorte SIRS-IDF 2005

interrogées, les différences entre type de quartier de résidence deviennent beaucoup plus faibles et non significatives d'un point de vue statistique. En revanche, toutes choses égales par ailleurs, les limitations fonctionnelles sont deux fois plus rarement déclarées par les étrangers que par les Français. Par ailleurs, un faible niveau d'éducation et un fort sentiment d'isolement sont associés à un risque plus grand de déclarer de telles limitations.

De quoi souffrent donc plus souvent les habitants des quartiers ZUS ou ouvriers pour se sentir ainsi plus souvent en moins bonne santé et (dans une moindre mesure) plus limités fonctionnellement dans leur vie de tous les jours ? On a déjà rapporté des fréquences plus élevées de dépression (voir SIRS Infos n° 4), de surcharge pondérale ou d'obésité (voir SIRS Infos n° 2), par exemple. Même si les données déclaratives concernant les symptômes et les diagnostics de maladie doivent toujours être interprétées avec prudence, on observe également que les résidents des quartiers les plus défavorisés déclarent plus souvent souffrir de migraines, d'ulcère de l'estomac, de bronchite chronique, de diabète ou encore d'asthme allergique...

Des analyses plus spécifiques sont en cours, notamment à partir des diagnostics de maladies de longue durée reconnus par la Sécurité sociale qui ont été précisés lors de l'interview téléphonique de suivi réalisé auprès des participants de la cohorte SIRS en 2007.

P. Chauvin



Un soutien social important est lié à une meilleure santé perçue chez les personnes âgées

Enquête auprès des Parisiens de plus de 75 ans vivant à domicile

La canicule d'août 2003, avec environ 1 200 morts en excès à Paris, essentiellement parmi les personnes de 75 ans ou plus, a rappelé de façon dramatique la grande vulnérabilité de cette population dans des situations de stress. Le risque de décès au cours de cette vague de chaleur à Paris a été largement augmenté par l'isolement social.

Les projections réalisées par l'INSEE en 2006 anticipent une augmentation de la population de personnes âgées de 75 ans ou plus - lesquelles devraient constituer, en 2050, près d'un tiers de la population avec l'arrivée au grand âge des nombreuses générations du baby-boom. Ce vieillissement attendu de la population conduit à faire de l'isolement social des personnes âgées un enjeu de société et alimente les débats tant politiques que scientifiques.

Dans ce contexte d'interrogation à propos du vieillissement et de l'isole-

ment, nous avons mené une enquête auprès des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile à Paris, afin d'analyser le lien entre le soutien social et l'état de santé (cf. encadré).

62%
des personnes âgées de 75 ans et plus déclarent être en mauvaise santé

L'enquête a été conduite en 2005 et 2006 auprès de 603 personnes de 75 ans et plus. L'état de santé général a été estimé par un indicateur de santé perçue, mesuré par une question unique : « Comment trouvez-vous votre état de santé ? Excellent, bon, assez bon ou mauvais ». Bien qu'il s'agisse d'une mesure de nature « subjective », s'appuyant sur la perception des per-

sonnes elles-mêmes et pouvant varier avec l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, etc., cet indicateur de santé, facile à recueillir, est souvent utilisé (cf. article de ce même numéro sur la santé perçue). Chez les personnes âgées, il a été validé par de nombreuses études qui ont démontré ses capacités prédictives de mortalité et de déclin fonctionnel.

Plusieurs questions de l'enquête se rapportent à l'isolement social. Elles visent à mieux cerner l'entourage des individus et le type de contact existant avec leur famille, leurs amis ou leurs voisins. L'aide potentielle que les personnes âgées peuvent recevoir de leur entourage (c'est-à-dire le fait de pouvoir compter sur quelqu'un en cas de besoin) a aussi été évaluée. Nous avons distingué le soutien instrumental qui renvoie à l'aide matérielle et le soutien émotionnel qui se rapporte aux aides morales et affectives.

Comme le programme de recherche SIRS, d'autres études s'intéressent au rapport entre les relations sociales et la santé, en se focalisant sur des groupes de population particuliers. Ainsi, après la canicule d'août 2003, l'équipe du Pr Spira de l'Hôpital de Bicêtre a mis en œuvre, à Paris, une enquête spécifique auprès des personnes âgées vivant à domicile, afin de mieux comprendre les liens entre l'état de santé et les relations parmi les personnes de plus de 75 ans. Cette enquête comprenait un questionnaire d'une heure, réalisé en face-à-face, qui permettait de passer en revue les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et l'environnement social de chaque personne.

Parmi les 603 personnes âgées interrogées, près de 62% déclarent être en mauvaise santé. L'âge moyen est de 81 ans et 53 % vivent seules. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer être en mauvaise santé, de même que les personnes de plus de 80 ans par rapport aux personnes de 75 à 80 ans. Le niveau socio-économique joue aussi un rôle: 79% des personnes âgées qui ont

moins de 991 € de revenus par mois se déclarent en mauvaise santé. La perception de la santé est aussi influencée par la présence de symptômes ou de maladies. Ainsi, 80% des personnes âgées qui déclarent un syndrome dépressif, et 85 % de celles qui sont en situation de dépendance, se disent en mauvaise santé. Concernant plus particulièrement notre interrogation sur l'impact de l'isolement social, on s'aperçoit que le fait de vivre seul n'induit pas de différence significative dans la perception de sa santé. Ce résultat peut paraître surprenant. Toutefois, on peut imaginer qu'une forme de sélection s'est opérée : les personnes très âgées qui vivent seules aujourd'hui sont celles qui sont « capables » de vivre seules (par opposition à celles qui, malades ou dépendantes, ont dû s'installer en maison de retraite ou bien vivent avec un conjoint ou un membre de la famille qui les aide). Il apparaît donc finalement logique que ceux qui vivent seuls aux grands âges se déclarent en meilleure santé que les autres.

Concernant l'influence du soutien social, un faible niveau de soutien social global est associé significativement à un plus grand risque de se déclarer en mauvaise santé, même en ayant tenu compte des facteurs sociodémographiques, de la dépendance et des symptômes dépressifs. Lorsqu'on distingue le soutien émotionnel du soutien instrumental, on s'aperçoit que seul le soutien émotionnel est significativement associé au risque de se déclarer en mauvais état de santé.

Il existait jusqu'à présent peu d'études françaises sur le lien entre état de santé et environnement social chez les personnes âgées. Notre étude confirme, à Paris, les résultats observés par ailleurs dans le monde anglo-saxon : les personnes qui ne bénéficient pas d'un solide environnement social se déclarent plus fréquemment en mauvaise santé.

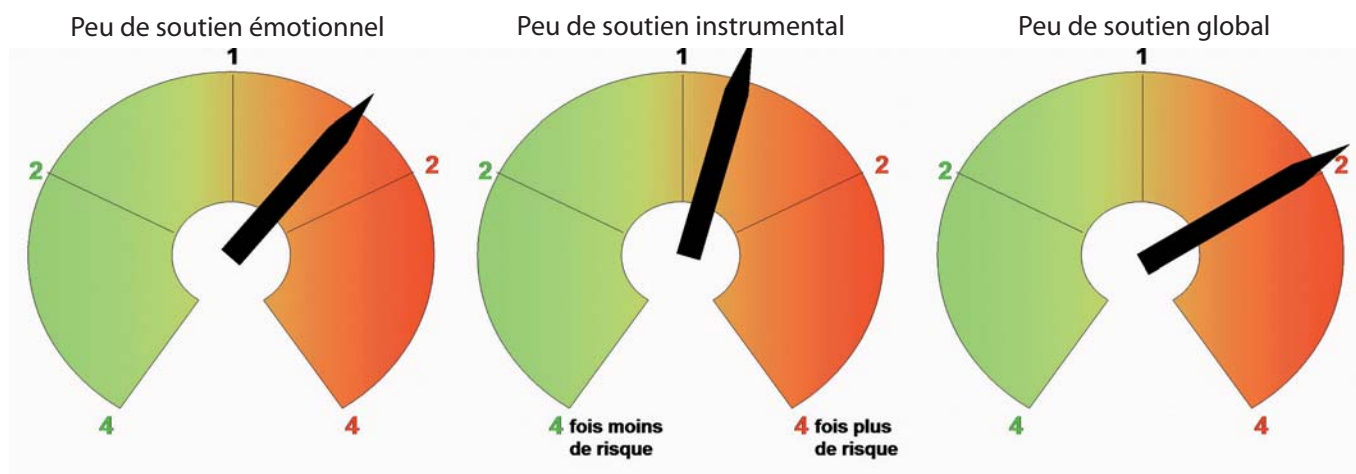
E. Cadot

Déterminants d'une mauvaise santé perçue parmi les personnes de 75 ans ou plus à Paris (analyse univariée)

		Mauvaise santé perçue (en %)
Sexe	Hommes	57,6
	Femmes	66,1
Age	< 80 ans	54,4
	>= 80 ans	70,5
Revenus mensuels	> 991€	59,5
	<= 991€	79,0
Vivre seul	Non	63,9
	Oui	61,7
Syndromes dépressifs	Non	59,9
	Oui	80,5
Dépendance	Non	57,1
	Oui	84,5



Risque de se déclarer en mauvais état de santé selon le soutien social reçu*



* ajusté sur l'âge, le sexe, le fait de vivre seul, le revenu, la dépendance et la dépression

Inégalités sociales de santé

La santé dentaire : dimension emblématique des inégalités sociales de santé et de recours aux soins

Dans un système de santé comme le nôtre, où les soins dentaires restent mal pris en charge par l'Assurance maladie, les inégalités sociales de santé dentaire sont, parmi l'ensemble des indicateurs de santé disponibles dans la population française, une de celles les plus souvent mises en avant. De ce point de vue, la population de l'agglomération parisienne ne se distingue pas de l'ensemble de la population française.

Au jour de l'enquête, 35% des adultes ont déclaré avoir au moins une dent à soigner, en mauvais état, ou à remplacer. À âge identique, les hommes sont



un peu plus souvent dans ce cas que les femmes. La couverture maladie est le facteur le plus déterminant pour

déclarer un tel besoin de soins : les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire (que ce soit par une mutuelle, une assurance privée ou la CMU) ont 1,25 fois plus de risque que les autres d'être dans cette situation. Les personnes sans aucune couverture maladie effective au jour de l'enquête sont, elles, encore plus souvent concernées (presque 2 fois plus). Toutes choses égales par ailleurs concernant le sexe, la couverture maladie, le niveau d'éducation et le niveau de revenus, les Français nés de parents étrangers et les étrangers sont aussi plus souvent dans cette situation que les Français nés de parents français. Enfin, on observe que les habitants des quartiers les plus défavorisés ont – globalement et indépendamment de leurs caractéristiques individuelles – 1,3 fois plus de risque d'avoir des dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer que les résidents des quartiers moyens ou supérieurs. Des différences sont observées dans le même sens quand on s'intéresse au nombre de dents perdues ou manquantes. On peut faire l'hypothèse – mais elle reste à démontrer – que l'offre de soins (la densité de dentistes en particulier) joue un rôle dans ces inégalités territoriales.

P. Chauvin



Dépistage du VIH/sida dans l'agglomération parisienne

Le recours au test diffère selon l'origine migratoire

En France, et plus particulièrement dans la région parisienne, les données de surveillance des infections à VIH et les données hospitalières concernant la prise en charge des cas de sida montrent qu'un nombre important de personnes infectées par le virus reste pris en charge très tardivement, alors qu'ils sont déjà malades, faute d'avoir pratiqué un test de dépistage à temps. L'offre de dépistage y est pourtant importante, diversifiée et facilitée par la gratuité du test et son remboursement par l'Assurance maladie.

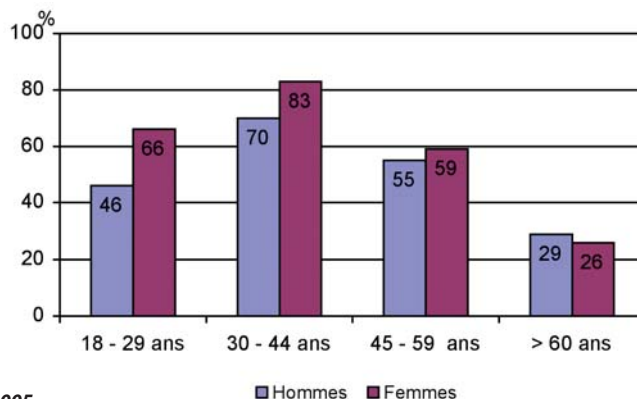
Les données de la première vague de la cohorte SIRS permettent d'éclairer les relations entre le fait d'avoir eu recours (au moins une fois dans sa vie) à ce dépistage et les caractéristiques sociodémographiques des habitants de l'agglomération parisienne.

Les femmes ont plus souvent été testées que les hommes au cours de leur vie (59% vs 52%). Toutes choses égales par ailleurs (notamment concernant l'âge), le recours au dépistage croît avec le niveau d'étude dans les deux sexes. Chez les femmes, il est plus faible chez les inactives et celles qui n'ont pas d'assurance maladie complémentaire.

Chez les hommes, il est plus faible chez ceux qui se perçoivent à faible risque de contracter la maladie et est significativement différent selon l'origine migratoire : les hommes étrangers ont 2,3 fois plus de risque de n'avoir jamais été dépistés que les Français nés de parents immigrés et ces derniers 1,4 fois plus de risque de jamais avoir été dépistés que les Français nés de parents français.

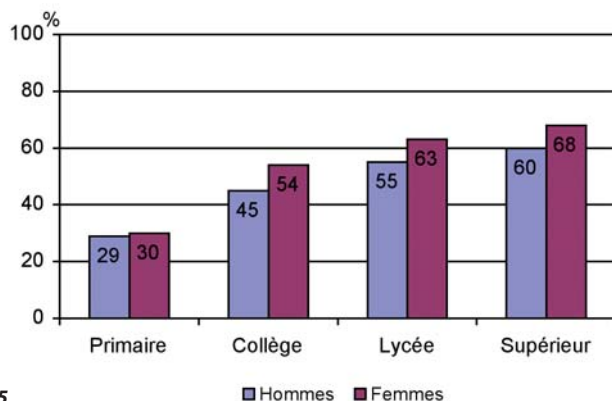
V. Massari

Recours au dépistage du VIH/ sida selon l'âge et sexe



Source : cohorte SIRS-IDF 2005

Recours au dépistage VIH/ sida selon le niveau d'étude et le sexe



Source : cohorte SIRS-IDF 2005



L'équipe de travail du programme SIRS : rencontre avec Émilie Renahy

Dans cette nouvelle rubrique vous retrouverez un collaborateur de notre équipe avec une présentation de son travail.

Comment avez-vous intégré l'équipe de travail du programme SIRS ?

J'ai commencé par étudier les mathématiques et l'informatique à l'université. Je me suis ensuite spécialisée dans la statistique appliquée aux sciences sociales et à la santé, et plus particulièrement en épidémiologie sociale. En mai 2008, j'ai obtenu mon doctorat en sciences (santé publique) à l'Université Paris 6 sous la direction de Pierre Chauvin. Mon sujet de thèse portait sur l'utilisation d'Internet pour s'informer en matière de santé. C'est donc dans le cadre de ma thèse que j'ai rejoint l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé (DS3) de l'Inserm en 2004 et que j'ai participé à la mise en place de la cohorte SIRS.

Pouvez-vous décrire votre participation à l'enquête SIRS ?

J'ai notamment aidé à l'élaboration de l'échantillonnage (tirage au sort des quartiers et des logements à interroger) et à la création du questionnaire. Après un gros travail de « nettoyage des données » (c'est-à-dire de correction des données erronées pour les rendre exploitables), j'ai pu analyser divers points abordés au cours du premier questionnaire de 2005, dont la recherche d'information sur internet concernant la santé. De la même manière, et toujours

avec l'ensemble de l'équipe DS3, nous avons mis en place le suivi de la cohorte par téléphone en 2007.

Que vous a apporté cette expérience au sein de cette équipe ?

Ce fut ma première expérience importante dans le milieu de la recherche et ma première expérience de « terrain » pour la réalisation d'une enquête de cette ampleur. J'ai réellement apprécié le travail interdisciplinaire réalisé au sein de l'équipe, notamment entre les statisticiens, les épidémiologistes, les médecins et les sociologues. Participer à un tel projet, de sa mise en place à l'analyse des données recueillies et à l'interprétation des résultats, fut une réelle chance. Cela a été très enrichissant pour moi, tant du point de vue humain que professionnel. En France, il y a encore trop peu d'études de cohorte mises en place pour suivre les mêmes personnes au cours du temps. Aujourd'hui, si l'on veut étudier l'évolution des inégalités sociales de santé et en comprendre les mécanismes, il est nécessaire de réaliser ce type d'enquête.

A ce propos d'ailleurs, il est vraiment important que chaque personne tirée au sort lors de la mise en place de la cohorte continue de répondre aux vagues successives de ce projet, qu'il s'agisse d'un court questionnaire de suivi ou d'un questionnaire plus détaillé pour approfondir certaines dimensions spécifiques.

Quels sont vos projets ?

Après quatre années passées à l'Inserm à travailler, entre autres, sur ce projet de cohorte, je vais continuer à faire de la recherche en épidémiologie sociale, mais

sur une thématique un peu différente. Un laboratoire pluridisciplinaire m'accueille en « post-doctorat » pendant une durée de 2 ans à l'Université McGill à Montréal, au Québec. Je poursuivrais avec plaisir mes collaborations avec l'équipe DS3 et les analyses débutées au cours de ma thèse grâce à la progression du suivi de la cohorte SIRS.

Ses publications :

Renahy E, Chauvin P. Internet uses for health information search: a literature review. Rev Epidemiol Santé Publ 2006; 54 : 263-75.
Renahy E, Parizot I, Lesieur S, Chauvin P. WHIST: A web-based survey on health information seeking on Internet in France, 2007. AMIA Annu Symp Proc 2007 Oct 11: 1090-1.
Renahy E, Parizot I, Lesieur S, Chauvin P. WHIST: Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet. Paris, Inserm U707, novembre 2007, 20 p.
Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Health information seeking on the Internet: A double divide? Results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005-2006. BMC Public Health 2008; 8:69.
Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Internet et santé: les enseignements de l'enquête permanente des conditions de vie des ménages 2005. Rev Epidemiol Santé Publ 2008; 56: 117-25.
Renahy E. Recherche d'information en matière de santé sur Internet: déterminants, pratiques et impact sur la santé et le recours aux soins. Thèse de Doctorat, Université Pierre et Marie Curie, mai 2008, 226 p.
Renahy E, Parizot I, Selz M, Lesieur S, Chauvin P. Evolution des pratiques de recherche d'informations liées à la santé sur Internet. Résultats de la cohorte SIRS Ile-de-France. Congrès international d'épidémiologie, Paris, 10-12 septembre 2008, abstract in Rev Epidemiol Santé Publ 2008; 56: S325.

Questions/Réponses aux 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 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 mail : enquete@st-antoine.inserm.fr
Par courrier : SIRS INSERM U707, 27 rue de Chaligny, 75012 Paris

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, Sophie Lesieur, Veronique Massari, Isabelle Parizot.
Conception : CARLSEN&XUPERY