



SIRS Infos

UN PROGRAMME DE RECHERCHE PLURIDISCIPLINAIRE

Le programme SIRS poursuit l'objectif de décrire et de comprendre les inégalités sociales de santé en interrogeant de façon détaillée les situations sociales, les conditions de vie, la santé et le recours aux soins des habitants. Cette étude porte sur un échantillon représentatif de 3000 ménages tirés au sort dans 50 quartiers de Paris et de la première couronne de départements.

Le programme associe l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins de l'Inserm (UMRS 707, Inserm – université Paris-6), investisseur principal et garant de la confidentialité des données nominatives, l'équipe de recherche sur les inégalités sociales du Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS) et l'unité « mobilité, territoires, habitat et sociabilité » de l'Ined. Il réunit des chercheurs en épidémiologie, santé publique, statistiques, sociologie et démographie.

SOMMAIRE

- La cohorte SIRS : une photographie de la population francilienne p.1
- Conditions de vie, santé, bien-être p.2
- Le sentiment d'isolement p.3
- Représentations de la santé et rapport à la médecine p.4
- Avoir un médecin régulier p.5
- Le suivi gynécologique p.5
- Questions /réponses p.6

SIRS Info paraîtra chaque trimestre. Pour la recevoir par Internet, écrivez nous à : sirsinfos@u707.jussieu.fr

Voici le 1^{er} numéro de SIRS Infos, la lettre d'information du programme de recherche « santé, inégalités et ruptures sociales » (SIRS), destinée à diffuser au grand public les résultats des analyses de la cohorte SIRS conduite en Ile-de-France. Ce premier numéro expose quelques données préliminaires.

L'étude réalisée dans 50 quartiers franciliens a utilisé une méthodologie originale pour interroger les habitants sur des dimensions de vie rarement étudiées

La cohorte SIRS permet une photographie de la population francilienne dans toute sa diversité

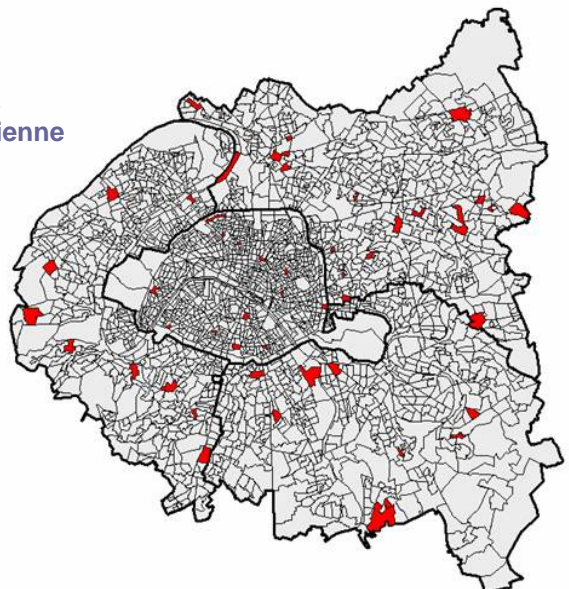
Avec un taux de refus moyen de seulement 22% parmi les foyers tirés au sort, et variant peu d'un quartier à l'autre, l'enquête SIRS réalisée au cours de l'automne 2005 a tenu ses promesses ! Comme ce fut le cas lors des enquêtes préparatoires conduites depuis 2001, les personnes tirées au sort ont massivement accepté de consacrer de leur temps pour répondre aux enquêteurs. Qu'elles en soient ici, en premier lieu, chaleureusement remerciées.

Grâce à elles, à l'intérêt qu'elles ont porté à cette enquête et à leur participation, 3023 foyers de Paris et des villes de la première couronne de départements (92, 93 et 94) sont aujourd'hui inclus dans ce projet original qui permettra, pour la première fois en France, d'étudier

les facteurs sociaux de la santé et du recours aux soins dans la population générale de la plus grande agglomération française.

L'ensemble des adultes interrogés (l'« échantillon ») se devait d'être le plus proche possible de la population des départements étudiés, afin de produire des résultats statistiques de qualité ; c'est-à-dire fiables et représentatifs de l'agglomération. La difficulté dans ce type d'enquête est que tout refus ou impossibilité de répondre compromet la qualité de l'ensemble. Ici, grâce à un taux de participation très satisfaisant, les 3023 personnes enquêtées représentent effectivement la population adulte des 4 départements couverts par le projet.

La carte des 50 quartiers de l'agglomération parisienne retenus dans l'enquête



100 ENQUÊTEURS MOBILISÉS POUR CETTE PREMIÈRE ENQUÊTE

Plus de 100 professionnels ont été spécialement recrutés et formés pour la réalisation de l'enquête dans les 50 quartiers sélectionnés. Encadrés par Barbara Schuch, à l'Inserm, ces enquêteurs ont mis trois mois pour interroger les 3000 personnes prévues à leur domicile. En moyenne, ils se sont rendus six fois à l'adresse des personnes afin de pouvoir recueillir leurs réponses.

Martine Quaglia et Géraldine Vivier, du service des enquêtes de l'Ined, ont apporté leur expertise à la préparation des outils d'enquête, à la formation des enquêteurs et au suivi de cette enquête de terrain. À l'avenir, les personnes pourront être recontactées par téléphone, par courrier ou par e-mail.

LE TERRITOIRE ENQUÊTE PAR SIRS

La population enquêtée est un échantillon représentatif de Paris et de la première couronne de départements (92, 93, 94).

Ce territoire pourrait être appelé la « métropole parisienne » bien que ce terme ne corresponde à aucune définition précise. En effet, contrairement à Londres, New York ou encore Berlin, la commune de Paris n'a pas été élargie depuis 1860 en vue de constituer une métropole administrativement définie. La ville de Paris, divisée en 20 arrondissements et comptant 2,2 millions d'habitants, est au centre de cette vaste zone urbaine, qui regroupe 6 millions de personnes (1,5 dans les Hauts de Seine, 1,4 en Seine-Saint-Denis et 1,3 dans le Val de Marne). La densité de population à Paris (plus de 24 000 habitants/km²) est une des plus élevées du monde (à peu près identique à Manhattan et 3 fois plus élevée que dans le centre ville de Londres).

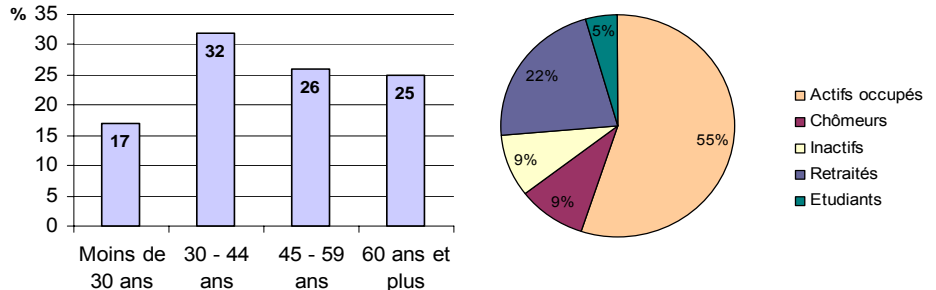
La « petite couronne » est une expression du langage courant qui peut désigner soit les communes immédiatement limitrophes de Paris, soit l'ensemble des 3 départements 92, 93 et 94.

L'« agglomération parisienne » renvoie au concept d'« unité urbaine » défini par l'Insee : il s'agit du territoire dans lequel les bâtiments restent toujours séparés d'un autre par au moins de 200 mètres. Selon cette définition, l'agglomération parisienne (ou l'« unité urbaine contenant Paris ») comprend 396 communes et compte 9,6 millions d'habitants. L'intégralité des 3 départements de la petite couronne en fait partie.

Pour s'en convaincre, on peut se reporter aux données classiques des grandes enquêtes, comme l'âge, le sexe ou la situation professionnelle par exemple. La structure de la

population enquêtée selon ces caractéristiques apparaît très proche de celle mesurée par ailleurs, en particulier par le recensement général de la population.

Structure de la population par âge et situation professionnelle



Stress, pollution, conflits relationnels, habitudes de vie et conditions de logement, chômage ou conditions d'emploi nuisent au bien-être des franciliens

Une majorité de personnes considèrent que leurs conditions de vie nuisent à leur santé ou leur bien-être

Les conditions de vie sont liées de diverses façons à la santé. 53 % des personnes estiment que certaines choses dans leur vie nuisent à leur santé physique, psychologique ou à leur moral. Les femmes (55 %) sont un peu plus nombreuses dans ce cas que les hommes (51 %). Cette proportion ne diffère pas de façon significative selon l'âge, mais ce ne sont pas les mêmes problèmes qui sont mis en avant selon les générations.

Lorsqu'on leur demande de quels problèmes il s'agit, six grands domaines sont mentionnés par au moins 20 % de ceux qui ont déclaré cet impact négatif (voir page suivante).

En première position, 26 % mentionnent le stress ou le rythme de vie en général. Sur l'ensemble des enquêtés, ce sont donc 14 % qui estiment que le rythme de vie et le stress nuisent à leur santé. Ceux qui exercent un emploi sont les plus nombreux à évoquer ce problème (ils sont 20 % dans ce cas, contre 3 % des retraités par exemple).

La tranche d'âge des 30-44 ans est la plus concernée (à hauteur de 19 %).

La pollution est le deuxième domaine évoqué, en l'occurrence par 13 % des enquêtés (davantage par les hommes que les femmes, et davantage par les personnes âgées de 30 à 44 ans).

Le troisième domaine renvoie à la sphère relationnelle, qu'il s'agisse de tensions avec des proches, des soucis familiaux ou bien l'isolement. 15 % des femmes et 8 % des hommes estiment que ce domaine nuit à leur santé ou leur bien être. C'est tout particulièrement le cas des personnes de plus de 60 ans (18 % d'entre elles).

En revanche, l'impact négatif des habitudes de vie (alimentation, consommation de tabac, d'alcool, manque d'activité sportive, etc.) est mentionné davantage par les moins de 30 ans (13 %) ainsi que par les hommes (13 % contre seulement 8 % des femmes).

Un enquêté sur 10 (13 % des hommes et 8 % des femmes) mentionne que sa situation au regard de la sphère professionnelle nuit à sa santé ou à son moral : ce peut être dû par exemple à des conditions de travail difficiles, à des mauvaises relations sur le lieu de travail, mais aussi à l'absence d'emploi. Près d'un chômeur sur 5 (18 %) cite sa situation comme un facteur

nuisible à sa santé physique ou mentale tandis que 13 % des personnes ayant un emploi se plaignent de l'impact de leurs conditions de travail sur leur santé.

Enfin, 10 % de la population estime que ses conditions d'habitat (le logement mais aussi le bruit ou ce qui se passe dans leur quartier) ont un impact négatif sur sa santé ou

son moral. Ce pourcentage varie selon la situation vis-à-vis de l'emploi et selon le quartier de résidence. En effet, près d'une personne au foyer sur 5 (19 %) évoque ce type de problème. Par ailleurs 20 % des habitants qui résident en zone urbaine sensible (Zus) signalent ces conditions d'habitat nuisibles à leur santé, soit deux fois plus que pour la moyenne de l'agglomération.

« Avez-vous le sentiment que quelque chose dans votre vie nuit à votre santé physique, psychologique ou à votre moral? Si oui, de quoi s'agit-il ? »*

- Rythme de vie, stress : 26 % (14 % dans la population totale)
- Pollution : 25 % (13 %)
- Sphère relationnelle : 22 % (12 %)
- Habitudes de vie : 20 % (11 %)
- Sphère professionnelle : 20 % (10 %)
- Conditions d'habitat : 20 % (10 %)
- Etat de santé, poids : 17 % (9 %)
- Problèmes de santé de ses proches : 13 % (7 %)
- Difficultés financières : 8 % (4 %)
- Situation sociale, politique : 5 % (3 %)
- Autre : 11 % (6 %)

*Les pourcentages entre parenthèses sont calculés sur l'ensemble de la population, les autres uniquement parmi les personnes estimant que leur situation nuit à leur santé

Des sentiments d'isolement diversement rapportés

Un habitant sur 7 se sent isolé

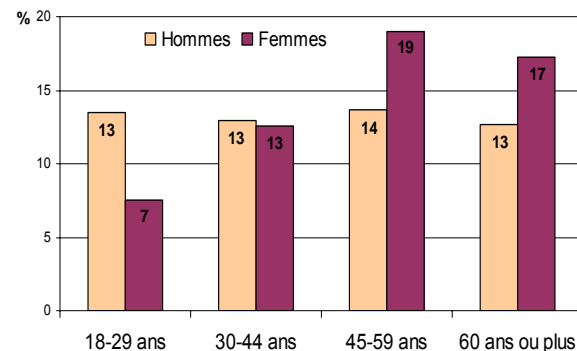
Plus de 8 individus sur 10 s'estiment entourés, tandis que 14 % expriment un sentiment d'isolement. La grande majorité se dit très entourée (31 %) ou plutôt entourée (55 %). 12 % se sentent plutôt seuls et 2 % très seuls.

Le sentiment d'isolement est en partie lié à la situation professionnelle. Ainsi, le fait d'exercer un emploi ou d'étudier semble généralement « protéger » contre l'isolement, même si 11 % des étudiants et des actifs occupés se sentent seuls.

15 % des retraités sont dans ce cas. Ce sont les chômeurs (19 %) et les autres inactifs (23 %) qui expriment le plus ce sentiment.

Parmi les hommes, la proportion de ceux qui se sentent seuls est à peu près la même quels que soient le groupe d'âge, la nationalité ou le type de quartier de résidence. Pour les femmes en revanche, le sentiment d'isolement est plus fréquent dans les groupes d'âge les plus élevés, dans les quartiers les plus défavorisés et parmi les étrangères.

Hommes et femmes qui se sentent seuls selon l'âge



Nombreuses sont les personnes qui entretiennent un rapport « distancié » à leur propre santé, tandis qu'une écrasante majorité de la population pense qu'il faut de l'argent pour se soigner...

Représentations de la santé et rapport à la médecine : un premier éclairage

Une proportion importante de la population entretient un rapport « distancié » à sa santé : 37 % des personnes ne s'inquiètent pas particulièrement de leur santé (quand, à l'opposé, 28 % disent s'y intéresser particulièrement). Ils sont plus nombreux encore (53 %) à ne pas s'inquiéter facilement quand quelque chose ne va pas sur le plan de leur santé.

Cette « mise à distance » se retrouve aussi pour les maladies graves. Ainsi, 56 % des personnes préfèrent éviter de penser qu'elles pourraient avoir un jour un cancer et 19 % préféreraient d'ailleurs le savoir le plus tard possible. Une proportion importante de personnes s'oppose ainsi, en quelque sorte, à la norme médicale qui prévaut notamment dans les recommandations de dépistage. Les programmes de dépistage des cancers n'envisagent, en effet, souvent que leur bénéfice médical (un meilleur pronostic et un traitement plus efficace quand les tumeurs sont détectées précocement) alors qu'ils ont aussi un coût humain et psychologique : celui, justement, de l'inquiétude que suscite l'attente des résultats et celui de l'acceptation d'être malade si une tumeur est éventuellement diagnostiquée.

Cette « mise à distance » de la maladie n'est sans doute pas indépendante des expériences de santé antérieures et des perceptions de la maladie ; lesquelles sont extrêmement diverses dans la population. D'une part, 26 % des personnes ont déjà été sérieusement malades et la moitié d'entre

elles (13 %) a déjà « été tellement malade qu'elle a crû en mourir » (ces pourcentages moyens augmentent bien sûr avec l'âge). D'autre part, une minorité de la population a un sentiment de vulnérabilité face à la maladie : 10 % pensent qu'ils tombent malades plus facilement que les autres, 12 % que leur corps ne résistent pas très bien à la maladie, 19 % que, « quand quelque chose traîne », ils l'attrapent en général. Dans le même temps, 84 % de la population pense avoir une vie saine et 31 % ont une vision assez fataliste de la maladie en général puisqu'ils pensent (tout à fait ou plutôt) que la maladie et la guérison dépendent de Dieu, du destin ou de la providence. Bien entendu, toutes ces dimensions seront étudiées plus en détail pour mieux comprendre les attentes et perceptions de santé des personnes enquêtées.

En ce qui concerne la relation médecin malade, la moitié des personnes trouvent que les informations données par les médecins sont « tout à fait » (12 %) ou « plutôt » (39 %) difficiles à comprendre. A cela s'ajoute un sentiment largement partagé que les conseils et recommandations de santé sont, en général, difficiles à appliquer dans la vie quotidienne (46 %). Pour autant, la confiance dans la médecine est très majoritaire : à la question « pensez-vous que ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour un malade ? », 89 % des personnes répondent par l'affirmative.

Enfin, la santé et les soins sont largement associés aux conditions financières. Plus de

7 individus sur 10 pensent qu'« il faut de l'argent pour être en bonne santé » et 83 % qu'« il faut de l'argent pour se soigner ». Cette proportion très élevée pose question dans un pays comme le nôtre où le système de protection sociale est censé garantir l'équité dans l'accès aux soins.

DES CHIFFRES EN BREF

3 % de la population juge sa santé mauvaise ou très mauvaise, 19 % moyenne, 47 % bonne et 31 % très bonne

8 % sont invalides ou handicapés (dont les deux tiers reconnus comme tels par la Cotorep)

12 % des personnes se sentent limitées dans leurs activités quotidiennes (depuis au moins six mois) par un problème de santé

32 % déclarent un problème de santé ou une maladie chronique

39 % prennent un traitement régulier ou sont régulièrement suivis pour un problème médical

14 % sont dépressifs au moment de l'enquête

17 % déclarent avoir déjà eu des problèmes d'hypertension artérielle

9 % souffrent ou ont souffert d'asthme allergique

7 % souffrent ou ont souffert de bronchite chronique ou d'emphysème

25 % des personnes enquêtées fument quotidiennement et 23 % sont des anciens fumeurs

7 % ont un problème avec l'alcool

35 % de la population étudiée a, actuellement, des dents à soigner et seuls 15 % ont toutes leurs dents intactes

55 % ont déjà fait un test de dépistage du VIH / Sida



Les inégalités de recours au médecin régulier

Qu'elles l'aient ou non déclaré comme médecin traitant à l'Assurance maladie, 85 % des personnes ont un médecin régulier qu'elles vont voir en priorité si elles sont malades.

A l'inverse, ce sont donc 15 % des personnes qui n'ont pas de médecin régulier. Cette proportion est maximale chez les plus jeunes (près de 25 % parmi les moins de 30 ans) et décroît avec l'âge (seuls 7 % des plus de 60 ans n'ont pas de médecin régulier). Après ajustement sur l'état de santé, la couverture maladie, le sexe, le niveau d'étude et la situation professionnelle, le risque de ne pas avoir de médecin régulier reste 1,5 fois plus fort chez les

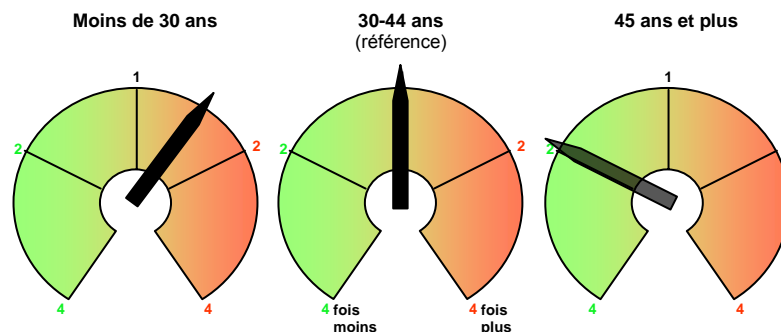
moins de 30 ans et 2 fois plus faible chez les plus de 45 ans, comparativement à la catégorie intermédiaire de référence (30-44 ans).

Les personnes dont le niveau d'étude est supérieur au Bac ont moins souvent un médecin régulier (19 %) que les autres et cette différence persiste si l'on tient compte de l'âge. Dans le même temps, les chômeurs sont une population particulièrement « à risque » de ne pas avoir de médecin régulier (26 % des chômeurs sont dans ce cas) alors même qu'ils ont en général un moins bon état de santé que les personnes ayant un emploi.

Concernant la couverture maladie, au moins 86 % de la population étudiée a un médecin régulier quand les individus sont couverts par l'Assurance maladie et une assurance complémentaire (ou par la couverture maladie universelle).

En revanche, cette proportion tombe à 74 % quand les personnes n'ont pas d'assurance complémentaire et à 63 % quand elles n'ont aucune couverture maladie. Les antécédents médicaux des personnes sont corrélés aussi, bien entendu, au fait d'avoir ou non un médecin régulier. Soulignons néanmoins que, en première analyse, 9 % des personnes déclarant un problème de santé chronique n'ont pas de médecin régulier.

Absence de médecin régulier : risque selon la classe d'âge par rapport aux 30-44 ans*



* ajusté sur le sexe, le niveau d'étude, la couverture maladie, le statut d'emploi et l'état de santé

Santé des femmes : le suivi gynécologique

La grande majorité (76 %) des femmes est suivie régulièrement pour les questions de gynécologie. Entre 30 et 39 ans, 89 % sont suivies puis ce pourcentage diminue sensiblement. Seules 57 % des plus de 60 ans le sont.

C'est dans les quartiers les plus défavorisés que le suivi gynécologique est le moins fréquent (voir figure ci contre). A tous les âges, l'absence de suivi régulier y est au minimum 2 fois plus fréquent que dans les quartiers favorisés. Il y est même 4 fois plus fréquent entre 30 et 39 ans.

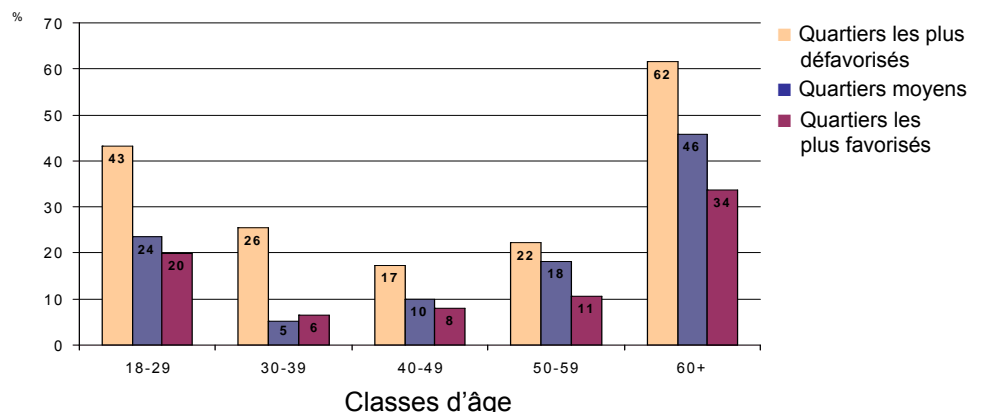
Sur l'ensemble de la population, les raisons évoquées par les femmes pour ne pas être suivies sont multiples. Le plus souvent, elles déclarent ne pas en avoir besoin (64 %), ne pas aimer les

examens gynécologiques (22 %), ne pas avoir le temps (15 %) ou ne pas savoir à quel médecin s'adresser (15 %). Les problèmes financiers sont indiqués moins souvent (6 %).

Lorsqu'elles sont suivies, les femmes le sont majoritairement

(87 %) dans le privé, par un gynécologue ou un généraliste. Le suivi dans d'autres structures (hôpital, dispensaires...) est 2 fois plus fréquent dans les quartiers les plus défavorisés que dans les autres.

Absence de suivi gynécologique selon l'âge et le type de quartier



Questions/Réponses

A destination des personnes enquêtées...

Comment est garantie la confidentialité des réponses que j'ai 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.

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

Quelle suite sera donnée à cette première enquête ?

Cette première enquête s'accompagnera d'un suivi annuel. Chaque année, vous serez invité(e) à répondre à un questionnaire (beaucoup plus court !) qui portera essentiellement sur les changements importants survenus dans votre situation sociale et sanitaire.

La participation à ce suivi est-elle obligatoire ?

Votre participation est volontaire. Rien n'est obligatoire. Cependant, la qualité scientifique du projet dépend principalement de votre participation. La qualité des résultats est directement proportionnelle au nombre de personnes participantes.

Pourquoi est-il important de continuer à y participer ?

Chaque personne « perdue de vue » ou qui ne répond pas constitue une perte d'information susceptible de fausser les résultats des analyses et les conclusions qui en sont tirées.

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).

Je trouve qu'il y a des sujets que vous devriez aborder...

Nous sommes très intéressés par tous vos commentaires et vos suggestions. Le programme SIRS n'est pas figé : au cours du suivi à venir, notre objectif est de l'améliorer : faites-nous part de vos réactions !

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

Nous vous remercions à nouveau pour votre participation à ce projet.

SIRS Infos

Editeurs : Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, Serge Paugam.

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

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

Maquette et iconographie : Inserm U 707 droits réservés.