

Comportements et territoires

Emmanuelle Cadot, Inserm



Emmanuelle Cadot, docteur en géographie, géoépidémiologiste, est chercheur au sein de l'équipe DS3, équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins dirigée par Partick Chauvin.

L'équipe DS3 a été créée en 2002 grâce au soutien du programme Avenir de l'Inserm. Elle bénéficie depuis 2005 du soutien pluriannuel du programme de recherche médicale de la Ville de Paris et du soutien sur projets de plusieurs institutions, en particulier de la région Ile de France, de l'Agence nationale de la recherche, de la Direction générale de la santé et de la Délégation interministérielle à la Ville. Elle constitue l'une des 4 équipes de l'Unité mixte de recherche Inserm - Université Pierre et Marie Curie « Epidémiologie, système d'information et modélisation » (UMRS 707), dirigée par G. Thomas.

Les objectifs de l'équipe sont de développer des recherches en santé publique dans le champ de l'épidémiologie sociale qui étudient les relations entre les situations sociales des individus, leur contexte de résidence, et leur santé et recours aux soins, en conjuguant des approches épidémiologiques et sociologiques et des méthodes qualitatives et quantitatives.

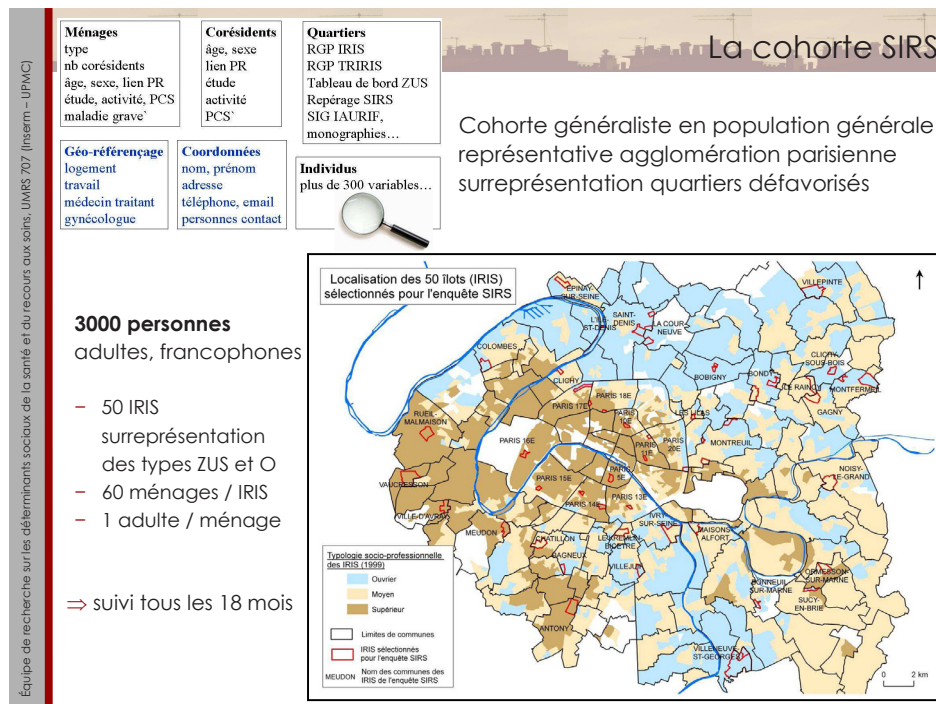
Parmi l'ensemble de ces déterminants sociaux, le programme de recherche s'attache plus particulièrement à estimer les effets des insertions ou des ruptures sociales et du contexte familial et résidentiel - sans faire pour autant l'impasse sur les conditions de vie mais en conjuguant, au contraire, les approches psychosociales et matérialistes de l'épidémiologie sociale dans la recherche des mécanismes produisant les inégalités sociales de santé constatées.

Le projet de l'équipe se décline en 3 axes, qui permettent d'aborder ces dimensions sous des angles complémentaires :

- déterminants sociaux et contextuels des recours aux soins,*
- déterminants psychosociaux et territoriaux de la santé*
- santé, précarité et migration.*

Ce projet repose notamment sur le développement et le suivi de 2 cohortes conduites en Ile-de-France : SIRS et RECORD.

Je vais vous présenter quelques résultats concernant les inégalités sociales de santé et plus précisément les inégalités territoriales. Je ne reviendrai pas sur le constat selon lequel les inégalités sociales de santé perdurent voire s'aggravent dans certains cas. Nous disposons de connaissances détaillées sur les situations socio-sanitaires des personnes repérées comme « précaires ». Sans doute convient-il que nous ne nous limitons pas à étudier ces situations précaires pour prendre en compte l'ensemble du continuum social, ce qui nous permettra de repérer des liens entre conditions de vie, intégration et ruptures sociales, santé et recours aux soins. Enfin, les phénomènes de ségrégation sociale sont aussi des phénomènes de ségrégation spatiale. Nous avons en effet également mis en évidence des inégalités géographiques. Il conviendra de définir le lien entre les inégalités sociales et les inégalités spatiales. Le territoire apparaît non seulement comme un support mais aussi comme un produit des inégalités sociales de santé. S'agit-il seulement d'un effet de composition ou existe-t-il de véritables effets contextuels ?



L'objectif général du programme SIRS (santé, inégalités et ruptures sociales) est de progresser dans la compréhension des processus à l'origine des inégalités sociales et territoriales de santé. L'approche est pluridisciplinaire. Nous confrontons les travaux des épidémiologistes, des sociologues et des géographes de santé. Nous travaillons sur la base de statistiques à la fois descriptives et multivariées et prenons en compte à la fois les déterminants individuels et contextuels de la santé. Le programme de recherche SIRS est une cohorte généraliste en population générale. Elle est représentative de l'agglomération parisienne en surreprésentant toutefois les quartiers défavorisés. 50 IRIS sont sélectionnés. 3 000 adultes francophones sont interrogés, soit 60 ménages par IRIS et 1 adulte par ménage. Un suivi est opéré tous les dix-huit mois. Trois interrogations ont été réalisées en 2005, 2007 et 2009. J'évoquerai trois exemples tirés de cette cohorte.

La dépression

Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (Inserm – UPMC)

- ① une analyse multiniveau des données 2005
 ⇒ facteurs biographique et contextuels

		OR [IC 95%]
Sexe	Hommes	1
	Femmes	1,85 [1,40-2,44]
Nationalité	Français	1
	Étrangers	1,85 [0,65-2,51]
Conditions de vie	Ne vit pas seul	1
	Vit seul	1,57 [1,25-1,98]
Revenu des ménages (UC)	4 ^{ème} quartile (+ riche)	1
	3 ^{ème} quartile	1,10 [0,67-1,79]
	2 ^{ème} quartile	1,52 [0,89-2,57]
	1 ^{er} quartile	1,86 [1,01-3,43]
Événements traumatiques dans l'enfance	Abus physique	2,13 [1,18-3,84]
	Mauvaises relations avec la mère	1,54 [1,11-2,11]
	Mauvaises relations avec le père	1,32 [1,00-1,74]
Typologie quartier résidence	Non ZUS	1
	ZUS	1,39 [1,05-1,85]

6

a. Dépression et support social

L'analyse multiniveau des données permet à la fois de prendre en compte les caractéristiques des individus et celles de leurs quartiers de résidence sur la dépression. Cette dernière a été mesurée par un outil assez classique et ordinairement utilisé appelé « MIDIAG ». Nous constatons que les facteurs de risque de dépression sont d'abord le sexe. Si la femme est l'avenir de l'homme – pour reprendre la formule de Christian Baudelot – être une femme est considéré comme un facteur de risque de dépression. Les conditions de vie constituent également un éventail de facteurs de risque. Le fait de vivre seul procure en effet un risque supplémentaire. Le revenu des ménages a également une incidence en matière de risque. Il s'agit bien là des inégalités sociales de santé. Nous constatons néanmoins, comme le faisait remarquer Michael Marmot ce matin, que l'influence des événements de vie dans l'enfance est également capitale. Les événements traumatiques, les abus physiques ou les mauvaises relations avec la mère et/ou le père ont une influence significative et marquée sur la dépression à l'âge adulte. La typologie du quartier de résidence, le fait de vivre dans une zone urbaine sensible ou non, constitue un facteur de risque aggravant de la dépression en 2005.

La dépression

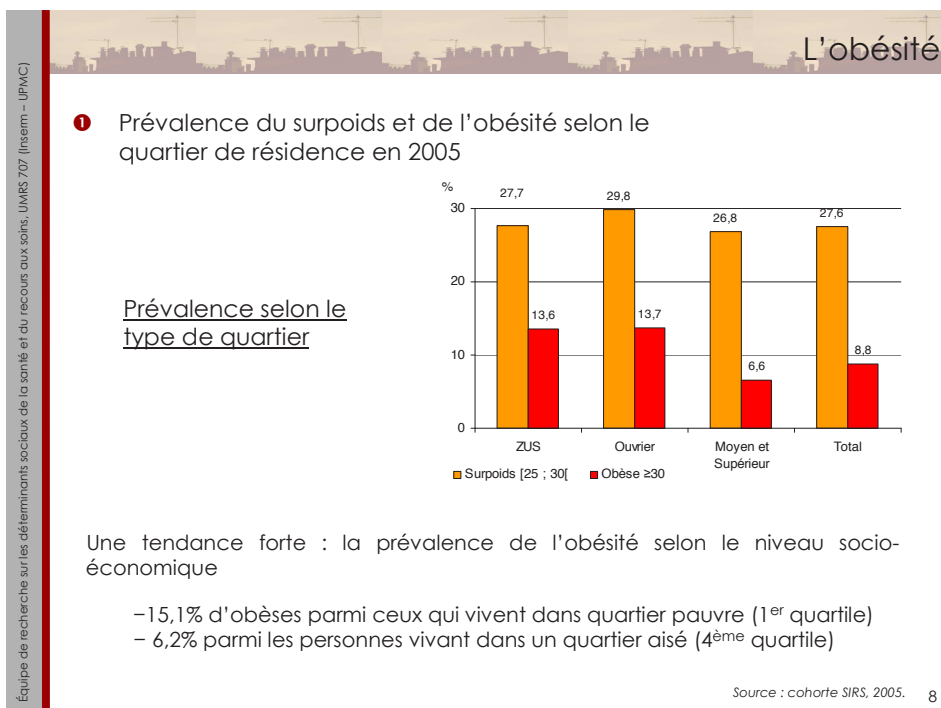
② une analyse prospective
 ⇒ Influence du support social en 2005 sur l'incidence de la dépression en 2007

		OR [IC 95%]
Sexe	Hommes	1
	Femmes	2,04 [1,43-2,91]
Revenu des ménages (UC)	4 ^{ème} quartile (+ riche)	1
	3 ^{ème} quartile	1,10 [0,67-1,79]
	2 ^{ème} quartile	1,52 [0,89-2,57]
	1 ^{er} quartile	1,86 [1,01-3,43]
Événements traumatiques dans l'enfance	Abus physique	2,25 [1,00-4,43]
	Mauvaises relations avec la mère	1,89 [1,22-2,92]
	Mauvaises relations avec le père	0,97 [0,65-1,46]
Support social en 2005	Fort	1
	faible	2,53 [1,28-5,02]

Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (Inserm - UPMC)

7

Le deuxième passage de la cohorte, en 2007, nous a permis de nous intéresser à l'évolution du risque de dépression. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés à l'incidence, c'est-à-dire au nouveaux cas déclarés de dépression. En d'autres termes nous n'avons considéré que les nouveaux cas de dépression apparus entre 2005 et 2007. Nous nous apercevons que le fait d'être une femme demeure un facteur de risque, de même que le fait de disposer d'un revenu faible. Les événements traumatiques de l'enfance jouent également un rôle. Surtout, le support social a un rôle majeur vis-à-vis de l'incidence de la dépression : le risque est en effet multiplié par 2,5 pour les personnes qui déclaraient n'avoir pas ou peu de support social en 2005.



b. Obésité et environnement de vie

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30. La prévalence selon le type de quartiers est assez marquée et souligne le gradient social. 15,1 % d'obèses vivent dans les quartiers les plus pauvres contre « seulement » 6,1 % dans les quartiers les plus aisés.

L'obésité

② Facteurs contextuels associés à l'obésité en 2005

		OR*	IC 95%	p
Niveau socio-économique	5 ^{ème} quintile	1		
	1 ^{er} quintile	2,87	[1,58 - 5,21]	< 0,001
Distance moyenne / commerces de bouche	1 ^{er} quintile	1		
	5 ^{ème} quintile	2,09	[1,54 - 3,13]	0,003
Proportion fast-food / restaurants (rayon 500m)	1 ^{er} quintile	1		
	5 ^{ème} quintile	1,8	[1,10 - 2,93]	0,004
Nbre total de commerces (500m)	5 ^{ème} quintile	1		
	1 ^{er} quintile	1,91	[1,09 - 3,32]	0,001

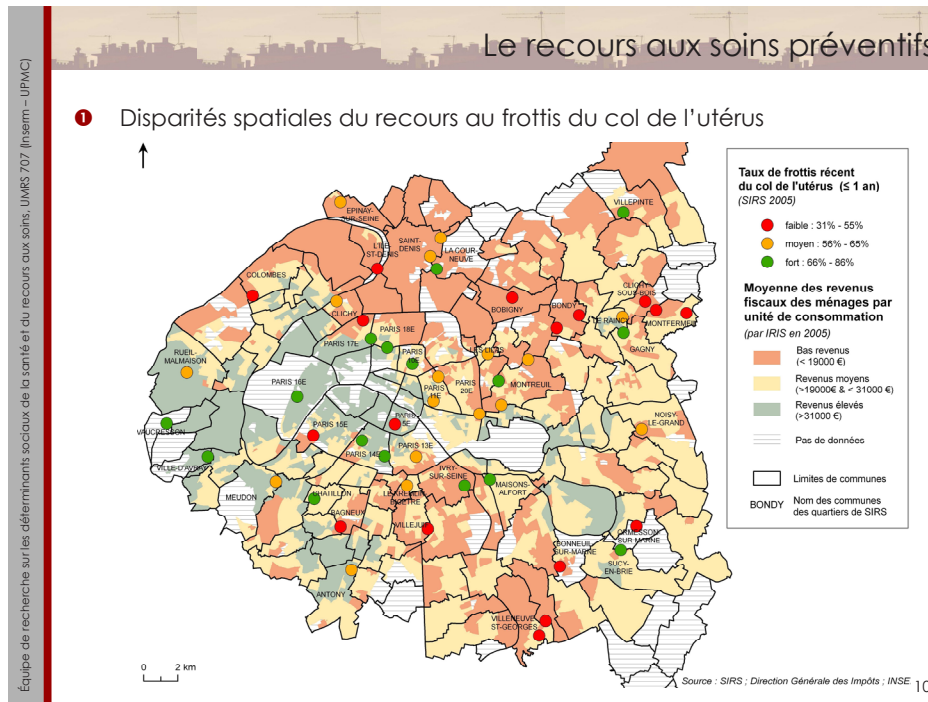
* Ajustés sur les variables individuelles (âge, sexe, niveau d'éducation, revenu)

Source : cohorte SIRS, 2005.

9

Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (Inserm - UPMC)

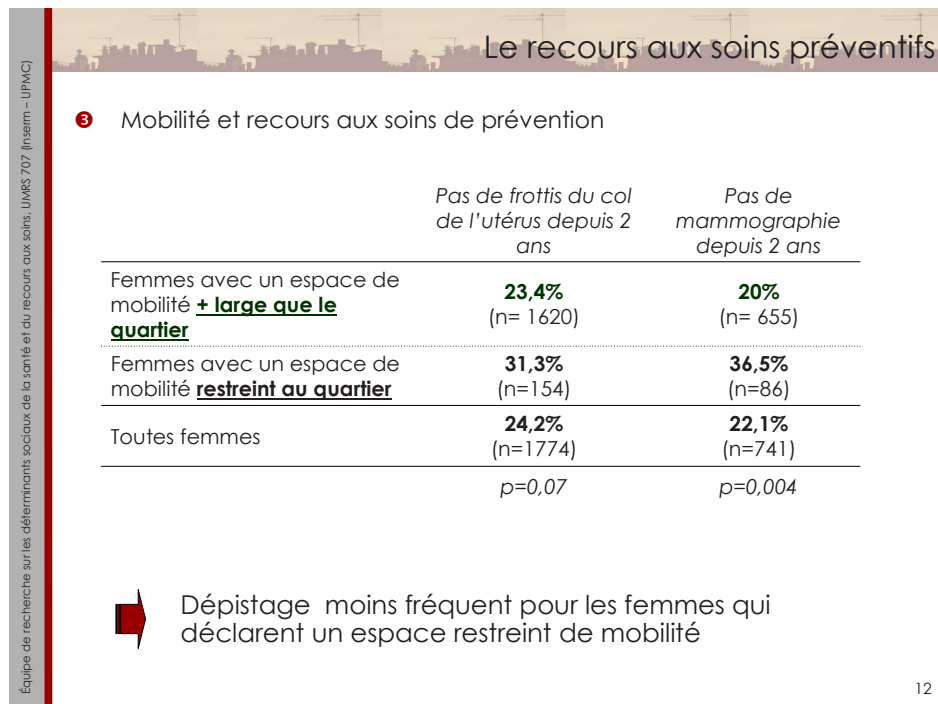
L'analyse multiniveau prend en compte les facteurs caractérisant l'environnement de vie. Le niveau socio-économique du quartier est ajusté sur le niveau socio-économique individuel. Il apparaît que le fait de vivre dans un quartier pauvre accroît par 3 le risque d'obésité. Plus la distance avec les commerces de proximité est importante, plus le risque d'obésité augmente. De la même façon, plus la proportion de fast-food est élevée dans un rayon de 500 mètres autour du lieu de résidence, plus le risque d'obésité est fort. Enfin, le risque d'obésité est d'autant plus important que le nombre de commerce est faible. L'hypothèse que nous formulons est que les déplacements à pied sont réduits lorsque les commerces sont peu nombreux.



c. Recours aux soins préventif et mobilité

L'exemple que j'ai choisi concerne les disparités spatiales du recours au frottis du col de l'utérus. Globalement, sur cette carte, il apparaît que le taux de recours est plus faible dans les quartiers caractérisés par de plus faibles revenus. Il convient toutefois de ne pas généraliser et de ne pas se contenter de cette moyenne dans la mesure où nous observons, dans les 6^{ème} et 15^{ème} arrondissements de Paris, parmi les plus mauvais taux de recours à cet examen. A l'inverse, à Ivry sur Seine ou à la Courneuve, quartiers caractérisés par les plus faibles revenus, les taux de recours sont parmi les meilleurs.

Il convient donc de dépasser la quantification entre niveau socio-économique du quartier et mauvais indicateur de santé. Nous avons voulu nous intéresser à ces disparités d'inégalité de recours aux soins en intégrant des caractéristiques individuelles mais aussi contextuelles. Il s'agit de prendre en compte d'une part le niveau socio-économique du quartier et d'autre part la densité médicale dans le quartier. Nous avons également voulu tenir compte des comportements individuels dans le quartier de résidence et notamment de l'impact de la mobilité quotidienne. Notre hypothèse est que la mobilité joue un rôle sur le recours aux soins à la fois en réduisant les distances aux services de santé mais aussi en diversifiant les interactions sociales et en permettant aux individus de s'affranchir de l'influence du quartier de résidence.



12

Ainsi, les femmes qui ont un plus grand espace de mobilité recourent davantage que les autres à des examens tels que le frottis du col de l'utérus et la mammographie. A l'inverse, le dépistage est moins fréquent pour les femmes qui déclarent un espace restreint de mobilité.

Afin de tenir compte d'autres facteurs, nous avons construit des modèles plus complexes où nous tenons à la fois compte de la mobilité et d'autres facteurs individuels connus de recours aux soins (niveau socio-économique, âge, origine, situation professionnelle, couverture maladie).

Le recours aux soins préventifs

5 Interaction entre mobilité et effet du contexte résidentiel

Pas de frottis du col de l'utérus depuis 2 ans Après ajustement sur l'âge, l'origine, la situation professionnelle, la couverture maladie et la vie en couple	Femmes avec un espace de mobilité restreint n=154	Femmes avec un espace de mobilité large n=1620
	OR [IC 95 %]	
Moy. revenus fiscaux des ménages par UC (/ riche)		
Intermédiaire	1,80 [0,68-4,75]	1,58 [1,14-2,18]
Pauvre	5,30 [1,49-18,8]	1,93 [1,36-2,74]

→ L'effet du contexte socio-économique du quartier de résidence sur les frottis à jour du col de l'utérus varie selon l'espace de mobilité des femmes

Un effet contextuel plus fort pour les femmes ayant un espace de mobilité restreint

14

Ces paramètres pris en compte, il apparaît que l'impact de la mobilité reste bien présent. Les femmes qui ont un espace de mobilité restreint ont un risque une fois et demi plus grand de ne pas avoir de recours à jour au frottis du col de l'utérus. L'influence du niveau socio-économique du quartier de résidence perdure. En revanche, la densité médicale ne constitue pas un facteur de risque sur le recours aux soins préventifs. Enfin, nous nous sommes interrogés sur les interactions entre mobilité et le niveau socio-économique du quartier. Si l'on distingue les femmes en deux groupes (mobiles et non mobiles), il apparaît que le fait de résider dans un quartier pauvre est un facteur de risque plus important pour les femmes qui ont un espace de mobilité réduit.

