



ABSTRACT BOOK

**Séminaire de clôture de l'appel à projets
2005**

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

11 avril 2008

Dans la cadre des journées de la Prévention organisées par l'INPES

Sommaire

- Valeur de la santé et inégalités sociales de santé (*Marc Fleurbaey*)
Porteur du projet : *Marc Fleurbaey – marc.fleurbaey@univ-paris5.fr.....p. 2-3*
- La santé des adultes selon leur origine sociale : Transmission Intergénérationnelle des Inégalités Sociales de Santé (*Alain Trannoy, Marion Devaux, Florence Jusot et Sandy Tubeuf*)
Porteur du projet : *Alain Trannoy – trannoy@ehess.univ-mrs.frp. 4-5*
- Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé (*Marion Devaux, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Salim Lardjane, Catherine Sermet, Sandy Tubeuf*)
Porteur du projet : *Catherine Sermet – sermet@irdes.frp. 6-7*
- Les disparités sociales et spatiales de la grande prématurité en France en en Europe : analyse conjointe de données épidémiologiques et de données des recensements généraux des populations (*Jennifer Zeitlin et Hugo Pilkington*)
Porteur du projet : *Jennifer Zeitlin – zeitlin@cochin.inserm.fr.....p. 8-9*
- Santé mentale et précarité : les effets du lieu de résidence (*Serge Paugam*)
Porteur du projet : *Serge Paugam - Serge.Paugam@ehess.fr.....p. 10*
- Santé, inégalités et ruptures sociales : la cohorte SIRS en Ile-de-France (*Pierre Chauvin et Isabelle Parizot*)
Porteur du projet : *Pierre Chauvin – chauvin@u707.jussieu.fr.....p. 11*
- Inégalités sociales en matière de morbidité : étude épidémiologique dans la cohorte GAZEL (*Céline Ribet et Maria Melchior*)
Porteur du projet : *Céline Ribet – celine.ribet@inserm.fr.....p. 12*
- L'évolution des inégalités sociales face à la mort en France : des changements notables au cours du temps dans les liens entre professions, carrières et mortalité (*Emmanuelle Cambois et Caroline Laborde*)
Porteur du projet : *Emmanuelle Cambois – cambois@ined.fr.....p. 13*
- Inégalités sociales de mortalité et d'incidence des cancers en France : aspects descriptifs et facteurs explicatifs (*Gwenn Menvielle, Jean-François Chastang, Diane Cyr, Annie Schmaus, Annette Leclerc et Danièle Luce*)
Porteur du projet : *Danièle Luce – Daniele.Luce@inserm.fr.....p. 14*
- Mécanismes de formation des inégalités sociales dans le dépistage et la prise en charge des cancers : étude longitudinale en population générale (*Jean-Marc Dupuis*)
Porteur du projet : *Guy Launoy - guy.launoy@unicaen.frp. 15*
- INTERMEDE : premiers résultats d'un projet de recherche pluridisciplinaire sur les conséquences de l'interaction médecin-patient sur les inégalités sociales de santé (*Chantal Cases et Thierry Lang*)
Porteur du projet : *Thierry Lang - lang@cict.fr.....p. 16*

Valeur de la santé et inégalités sociales de santé

Porteur du projet : Marc Fleurbaey

Marc Fleurbaey

CERSES, UMR 8137 – CNRS – 59-61 rue Pouchet, 75849 Paris Cedex 17

Le projet porte sur l'estimation des revenus équivalents-santé, c'est-à-dire le niveau de ressources qui suffirait aux individus en l'absence de problèmes de santé. Ce concept peut servir à mesurer le bien-être social en tenant compte des préférences individuelles sur les arbitrages entre santé et consommation.

Mesure du revenu équivalent-santé – volet empirique

Afin d'évaluer le revenu équivalent santé, notre projet de recherche recourt à une méthode de préférences déclarées, qui s'apparente à la méthode d'évaluation contingente. Initialement développée en économie de l'environnement, cette méthode connaît un fort essor en économie de la santé lorsqu'il s'agit d'évaluer des programmes de santé, et se rapproche également des travaux sur le consentement à payer pour un QALY. Nous opérationnalisons le concept de revenu équivalent santé en réalisant une enquête originale sur un échantillon d'habitants de Marseille (n=542). L'année écoulée a été essentiellement consacrée, pour ce qui concerne le volet empirique, à la finalisation du questionnaire et à la réalisation de l'enquête.

La phase d'exploitation des résultats est en cours de démarrage. Nous nous focalisons dans cette phase sur les trois premiers volets de l'enquête. Le premier volet de l'enquête est dédié à la collecte d'information sur les ressources économiques du répondant, la composition de son ménage et les caractéristiques socio-économiques usuelles (activité, éducation, ...). Dans un second volet, nous collectons de l'information sur la santé des répondants. Nous procédons en répliquant le questionnaire sur les maladies de l'Irdes développé dans les enquêtes « Santé et Protection Sociale » (Allonier et al. 2004, 2006; Jusot et al, 2008). Dans ce questionnaire, on demande au répondant de répertorier les maladies qu'il a eu durant les 12 derniers mois et pour lesquelles il a été traité. Nous répertorions ensuite les maladies déclarées et les catégorisons en indicateurs synthétiques de santé: incapacité, risque vital puis sévérité (Khlaf et al. 2000, 2004). Le nombre de maladies déclarées, classées par degré de sévérité, nous sert d'évaluation de l'état de santé du répondant pour les douze derniers mois (Perronnin et al. 2006). Cette catégorisation suit un double objectif: (1) elle est suffisamment synthétique pour être utilisée dans la modélisation économétrique et (2) elle permet de transférer nos résultats sur le revenu équivalent santé à d'autres échantillons utilisant les mêmes techniques, i.e. les enquêtes SPS de l'Irdes. Ce volet santé examine également les comportements vis à vis de la consommation de tabac et d'alcool, le recours aux soins et les dépenses de santé non remboursées associées.

Le troisième volet est dédié à la mesure du revenu équivalent santé proprement dit. Il s'agit dans ce volet de demander aux répondants quelle est la diminution hypothétique de consommation personnelle qu'ils auraient été prêts à accepter pour éviter tous les problèmes de santé qu'ils ont eu dans les 12 derniers mois (en sus des dépenses de santé évitées). Nous demandons en premier lieu au répondant s'il aurait accepté de diminuer sa consommation dans les douze derniers en échange d'une bonne santé (la « bonne santé » étant matérialisée dans notre cas par l'absence de maladies dans les douze derniers mois). Dans le cas où le répondant accepte, nous lui demandons un montant monétaire en utilisant une carte de paiement sur laquelle sont indiqués des intervalles. Dans ce premier stade de l'exploitation des résultats, nous analysons les données de cette enquête en nous concentrant sur l'analyse du revenu du répondant, son état de santé et de la diminution de consommation personnelle déclarée par le répondant, i.e. le revenu équivalent santé. L'analyse économétrique nous permet d'analyser les déterminants du revenu équivalent, en particulier sa relation à l'état de santé passé et le niveau de revenu du répondant.

Un quatrième volet du questionnaire comporte des scénarios prospectifs, relatifs à deux trajectoires de vie future. La première situation est conforme aux anticipations préalablement révélées; la seconde situation, qui est elle hypothétique, décrit une trajectoire future sans aucun ennui de santé. Nous exploiterons cette partie du questionnaire ultérieurement.

Inégalités sociales de santé – volet théorique

Trois articles ont été mis en route dans le volet théorique. Le premier (« Unfair inequalities in health and health care ») porte sur les inégalités sociales à trois niveaux : soins, santé, bien-être. La littérature propose deux méthodes d'analyse, la standardisation directe et indirecte. Nous montrons que ces deux approches se relient formellement à deux concepts de la théorie de l'équité (équivalent-égalitaire, égalité conditionnelle). Nous défendons l'idée que l'étude des inégalités au niveau des soins ou de la santé est insuffisant pour prendre en compte les questions d'équité de façon satisfaisante (en particulier, la répartition optimale de la santé dépend de la répartition des autres biens), et qu'il faut aller au troisième niveau, l'équité dans la répartition du bien-être (ou niveau de vie). C'est à ce niveau que le revenu équivalent-santé est utile. Cet article est soumis pour publication.

Le second article (« Economic evaluation of health care: Distribution matters, and what about preferences? ») porte sur la relation entre le concept de revenu équivalent-santé et l'analyse coût-bénéfice en économie de la santé. Les deux approches reposent sur le consentement à payer, mais l'utilisent de façon différente, puisque l'analyse coût-bénéfice additionne des consentements à payer pour apprécier l'opportunité de certains changements, tandis que le revenu équivalent-santé mesure des niveaux de vie corrigés. Cependant, si on a un critère normatif sur les distributions de revenus équivalents-santé, on peut évaluer des changements à l'aide de cette approche également. Cela fournit une manière de définir des coefficients de pondération pour une analyse coût-bénéfice incorporant un souci d'équité. Une première version de l'article a circulé, mais il est en révision et nous prévoyons d'y introduire un exemple d'application tiré des résultats de notre enquête.

Le troisième article (« What good is happiness ? ») examine l'intérêt des enquêtes de satisfaction et de bonheur pour l'économie du bien-être et l'évaluation des politiques publiques. La question n'est pas spécifiquement centrée sur la santé, mais cet article aboutit à une défense de l'approche du revenu équivalent et est donc directement utile pour notre projet. Nous prendrons l'exemple de la santé comme exemple central dans cet article. L'argument développé peut être ainsi résumé. Nous remarquons que les travaux en psychologie font une distinction entre affects et jugements cognitifs. Pour les questions de politique publique, il paraît plus raisonnable de s'appuyer sur les jugements des individus relatifs à la valeur de leur vie, car il serait à la fois paternaliste et réducteur de ne chercher à promouvoir que des affects agréables. Or, nous montrons, par un raisonnement axiomatique sur les comparaisons interpersonnelles, que si l'on veut respecter les jugements individuels sur la vie, il est naturel d'adopter une méthode d'évaluation des situations individuelles dont la méthode du revenu équivalent est un cas particulier saillant. L'article examine ensuite si les enquêtes de satisfaction peuvent fournir une source alternative de données sur le revenu équivalent (en complément des enquêtes de type évaluation contingente comme celle faite dans le cadre de ce projet). Une première version de cet article sera disponible avant l'été.

La santé des adultes selon leur origine sociale :
Transmission Intergénérationnelle des Inégalités Sociales de Santé

Porteur du projet : Alain Trannoy

Alain Trannoy¹ – **Marion Devaux**² – **Florence Jusot**^{2,3} – **Sandy Tubeuf**^{1,2}

¹EHESS, IDEP (Institut d'Economie Publique)–GREQAM (Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille II)

²IRDES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

³Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS)

Contexte et Objectifs

En 2006, l'égalité des chances a été déclarée grande cause nationale par le gouvernement. Celle-ci est entendue comme « la possibilité donnée à chaque citoyen - quels que soient ses origines, son sexe, ses croyances, ou son mode de vie - de faire valoir ce qu'il est, ce qu'il sait faire, ses mérites afin qu'il soit en mesure de progresser dans la société »⁴. Cet objectif énoncé renvoie ainsi à l'idée que si certaines inégalités, résultant des décisions prises par les individus eux-mêmes ne sont pas nécessairement injustes, les inégalités liées à des circonstances indépendantes de la responsabilité individuelle, comme le sexe, l'origine ethnique, ou encore l'origine sociale, sont injustes et justifient donc des interventions visant à les réduire. Si de nombreuses recherches évaluent l'ampleur des inégalités des chances existant dans l'éducation, l'emploi, le logement ou encore dans la distribution des revenus, les inégalités des chances existant dans le domaine de la santé restent peu explorées⁵. Cette étude cherche à évaluer les inégalités des chances en santé liées au déterminisme social et familial. Elle propose une analyse simultanée de l'influence de l'état de santé des parents et du milieu social d'origine mesurée par la situation socioprofessionnelle des parents, sur la santé des descendants à l'âge adulte.

Données

Le premier volet de nos travaux s'est appuyé sur les données françaises de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) menée en 2004/2005.

Le second volet actuellement en cours d'analyse utilise l'ensemble de ces données européennes.

Résultats

Le premier volet de notre recherche a mis en évidence des inégalités des chances en santé en France, chez les personnes de 50 ans et plus. Nos résultats montrent que la santé à l'âge adulte est influencée par le milieu social d'origine, mesuré par la profession du père et de la mère, et par l'état de santé des parents. Alors que la profession de la mère semble avoir un effet direct sur l'état de santé du descendant, la profession du père, quant à elle, a un impact indirect passant par la détermination de la profession du descendant. De plus, un effet direct de l'état de santé de chacun des parents sur la santé à l'âge adulte est observé. Par conséquent, les différents canaux par lesquels le milieu d'origine peut influencer l'état de santé des descendants, semblent jouer un rôle pour engendrer des inégalités des chances en santé en France. Celles-ci sont cependant d'une amplitude plus faible que les inégalités sociales de santé, ceci étant une conclusion générale qui vaut quel que soit le domaine d'étude des inégalités des chances.

Le second volet de notre recherche élargit notre analyse à tous les pays européens concernés par SHARE. Nos résultats préliminaires mettent en évidence des différences d'état de santé à l'âge adulte:

- selon le statut social du père dans tous les pays sauf la Suisse (cependant, on peut soupçonner un problème de puissance statistique). En Grèce, cet effet semble entièrement expliqué par la reproduction sociale, puisqu'il n'y a plus d'effet de la profession du père après contrôle par la profession d'ego.
- selon l'activité de la mère en Espagne, en Suède et aux Pays Bas.
- selon la santé de la mère en Allemagne, en Espagne, au Danemark, en Grèce et en Belgique.
- selon la santé du père en Allemagne, en Suède, aux Pays-Bas et en Suisse.

⁴ Cette citation est issue du site internet du ministère délégué à la promotion de l'égalité des chances, http://www.egalitedeschances.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=3

⁵ Le rapport de Boarini et al. (Boarini et al., 2006) aborde cette question dans le cadre d'une analyse théorique et empirique des normes de justice sociale en matière de santé dans plusieurs pays européens. Contrairement à notre analyse, cette recherche ne propose aucune mise en évidence des inégalités des chances en matières de santé existantes en France.

Ces résultats suggèrent donc l'existence d'inégalités des chances en santé dans la plupart des pays européens. Néanmoins des spécificités à chaque pays sont aussi remarquables. Nous envisageons de mener une analyse comparative avancée de ces inégalités de santé à partir d'une analyse contrefactuelle ainsi que de la méthode de décomposition de l'indice de concentration.

Valorisation du projet

- Plusieurs communications orales (ECHE 2006, JESF 2006, Eurisco-Legos 2006, iHEA 2007, RSS 2007, Séminaire inégalités INSEE 2007)
- Publication d'un Question d'Economie de la Santé IRDES Série Analyse (Février 2007)
- Soumission dans une revue scientifique à comité de lecture

Suite des travaux

L'introduction d'un module de questions sur la thématique dans l'Enquête Santé et la Protection Sociale 2006 de l'IRDES nous permettra d'approfondir les travaux déjà réalisés sur données françaises. Nous disposerons de données riches sur la santé de l'individu ainsi que d'informations sur le foyer dans lequel il a grandi.

Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé

Porteur du projet : Catherine Sermet

Marion Devaux (IRDES), Paul Dourgnon (IRDES), Florence Jusot (IRDES, INED), Salim Lardjane (CREST-ENSAI), Catherine Sermet¹ (IRDES, INED), Sandy Tubeuf (IRDES, IDEP, GREQAM)

En France, comme dans de nombreux pays, le constat de l'existence de fortes inégalités sociales de santé a été largement dressé. Dès lors, la mesure de l'état de santé, celle de la situation sociale et le choix des indicateurs d'inégalités constituent des enjeux importants. L'état de santé en particulier peut être approché par de nombreux indicateurs de mortalité et de morbidité qui ne décrivent pas de la même manière les inégalités de santé puisque d'une part ils ne font pas référence aux mêmes dimensions de la santé et d'autre part ils peuvent être sujets à une hétérogénéité sociale de déclaration. Ce projet aborde cette question par l'intermédiaire de deux études de méthodologies très différentes qui sont résumées ci-dessous :

1. Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé.

Contexte de l'étude : L'existence de différences dans l'ampleur des inégalités sociales mesurées selon les indicateurs de santé utilisés justifie de s'intéresser plus précisément aux biais de déclaration affectant les différents indicateurs de santé. Une première analyse, réalisée à partir de l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE montre que quelle que soit la méthode retenue pour mesurer les inégalités, l'ampleur des inégalités varie selon l'indicateur de santé utilisé, l'indicateur de santé perçue mettant en évidence des inégalités sociales plus élevées que l'indicateur d'incapacité et celui de maladies chroniques, ce dernier variant moins avec la classe sociale. Partant de ce constat, nous avons mené une réflexion sur la construction d'un indicateur synthétique latent de santé à partir des différents indicateurs disponibles dans l'Enquête Santé permettant ensuite par comparaison, de mesurer la part d'hétérogénéité de déclaration spécifique à chaque indicateur.

Objectif : Cette recherche explore les différences de déclaration liées aux caractéristiques démographiques et socioéconomiques affectant différents indicateurs d'état de santé afin d'évaluer leur impact sur la mesure des inégalités sociales de santé.

Méthodes d'analyse employées : S'appuyant sur la méthodologie proposée par Shmueli (2003), nous utilisons un modèle d'équations structurelles à variable latente, de type MIMIC (Multiple Indicators Multiple Index Causes) pour créer une variable latente d'état de santé à partir de quatre indicateurs de santé : santé perçue, limitations d'activité, maladies chroniques et santé mentale mesurée dans le SF-36. Un tel modèle permet alors de séparer la contribution des variables sociodémographiques à l'explication de cette variable latente de santé, de leur contribution à chacun des indicateurs de santé.

Principaux résultats : Outre le constat attendu des inégalités de santé mesurées sur la variable de santé latente, nous observons des effets directs, interprétables comme des biais de déclaration selon Shmueli (2003), de certaines caractéristiques socioéconomiques sur chacun des indicateurs d'état de santé. A état de santé latent donné, les personnes âgées déclarent plus fréquemment des maladies chroniques mais moins souvent une mauvaise santé mentale et les inactifs et les retraités déclarent plus fréquemment des limitations d'activité. Par ailleurs, les femmes, les personnes seules ou appartenant à des familles monoparentales déclarent plus souvent une mauvaise santé mentale. Enfin, les personnes les plus riches déclarent plus souvent des maladies chroniques et des limitations d'activités.

Cependant, cette recherche conclut également que la méthode proposée par Shmueli n'est pas un outil adapté pour mesurer les biais de déclaration. En effet, la variable latente de santé construite par cette méthode n'est pas une représentation exacte et complète de la santé ; elle n'est que la synthèse des quatre indicateurs de santé utilisés. Les effets directs, résiduels, observés entre les déterminants de la santé et les indicateurs de santé manifestes ne sont pas forcément des biais de déclaration de santé : ils peuvent être des effets spécifiques d'une caractéristique socioéconomique sur une dimension précise de la santé.

¹ Auteur correspondant : Catherine Sermet, IRDES, 10 rue Vauvenargues, 75018 Paris, sermet@irdes.fr

2. Hétérogénéité Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes.

Objectif de la recherche

Les comparaisons internationales d'état de santé, mais aussi des inégalités sociales d'état de santé (Avendano et al. 2005) et d'accès aux soins (Masseria et al. 2002) basées sur des données subjectives abondent dans la littérature. L'utilisation des vignettes permet d'apporter un nouvel éclairage sur ces comparaisons. Nous explorons, dans cette recherche, une méthode de détection et de correction des biais d'interprétation dans les questions subjectives d'état de santé.

Principe de l'analyse DIF et des vignettes, méthode et données.

Lorsque, dans une enquête, l'on cherche à approcher une valeur réelle impossible à mesurer par nature (état de santé subjectif) ou faute de moyens techniques (impossibilité de réaliser un examen clinique sur l'ensemble d'un échantillon) il convient de vérifier si le questionnement lui-même n'induit pas de biais. Lorsque qu'un état de santé identique est évalué de deux façons par deux groupes de population différents, on dit que sa mesure est entachée d'un biais DIF (de Differential Item Functioning Bias). La méthode introduite par King (King et al. 2003) utilise l'information apportée par des questions supplémentaires dites « vignettes » sur la même dimension de santé. Elle permet d'identifier les biais DIF et propose des corrections de ces biais. Nous appliquons cette méthode au recueil de la douleur physique ressentie et étendons la méthode en construisant des intervalles d'incertitude sur l'état de santé moyen de groupes d'individus. Nos données proviennent de l'enquête SHARE 2004 (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) qui nous permettent d'étudier l'impact du biais DIF sur les comparaisons internationales d'état de santé.

Principaux Résultats

Nous montrons l'existence d'un biais potentiel DIF dans la déclaration de la douleur physique ressentie. Ce biais a un impact sur les comparaisons entre pays européens.

La correction de ce biais par la prise en compte des vignettes fait apparaître que les échantillons suédois et néerlandais se distinguent clairement des autres échantillons par une proportion plus élevée d'individus en bonne situation pour la dimension *douleur physique*, les autres échantillons ne pouvant être distingués clairement les uns des autres à ce propos.

On montre également que, contrairement à ce qui découle de l'analyse des auto-évaluations, la proportion d'individus en très mauvaise situation pour la dimension douleur physique est moindre au sein de l'échantillon suédois qu'au sein des autres échantillons et que par ailleurs, ceux-ci ne se distinguent pas clairement les uns des autres à ce propos.

Finalement, on montre un lien entre l'état de santé des individus et la cohérence de leurs réponses, c'est-à-dire leur aptitude à ordonner correctement les vignettes.

Mots clés : indicateur de santé, biais de déclaration, équations structurelles, inégalités sociales de santé, vignettes

**Les disparités sociales et spatiales de la grande prématurité en France et en Europe :
analyse conjointe de données épidémiologiques et de données des recensements
généraux des populations**

Porteur du projet : Jennifer Zeitlin

Jennifer Zeitlin - Hugo Pilkington
INSERM U149

I. Résumé des objectifs et méthodes du projet

Ce projet vise à analyser les disparités sociales et spatiales de la grande prématurité dans des régions françaises et européennes. Les objectifs principaux sont :

(1) D'étudier les disparités sociales et spatiales de l'incidence de la grande prématurité et de la morbidité néonatale associée en utilisant des données des recensements nationaux pour caractériser le niveau socioéconomique des quartiers de résidence ;

(2) D'analyser l'utilisation des maternités et des services de néonatalogies en fonction des caractéristiques socioéconomiques et de l'accessibilité à ces structures ;

(3) D'élaborer une méthodologie utilisable en France et dans d'autres pays européens qui, à partir de données issues de la statistique publique, permettrait d'intégrer en routine l'analyse des inégalités socio-spatiales dans les études épidémiologiques.

L'étude utilise des données épidémiologiques sur les naissances très prématurées provenant de l'étude MOSAIC menée dans 11 régions européennes² ainsi que des données issues des recensements nationaux de la population générale.

II Résultats

A. les disparités sociales et spatiales de l'incidence de la grande prématurité et de la morbidité néonatale associée.

Régions incluses : les deux régions anglaises (les régions du Trent et du Nord de l'Angleterre) et françaises (l'Ile-de-France et la Bourgogne) ont été choisies car les zones géographiques pour lesquelles des données de recensement étaient disponibles étaient de taille semblable.

Résultats : En comparant les quartiers de résidence de tous les nouveau-nés avec ceux des nouveau-nés très prématurés, on a pu constater que ces derniers résidaient plus souvent dans les quartiers défavorisés (définis par un taux de chômage élevé, un niveau de scolarisation plus bas, un pourcentage d'ouvriers plus élevés et un score global de privation plus élevé). Cependant, il s'agit essentiellement de naissances prématurées uniques car il n'y a pas de différences significatives pour les naissances prématurées gémellaires (autour de 30 % du total). Les résultats étaient semblables dans les quatre régions. En revanche, le niveau socioéconomique du quartier de résidence n'intervenait pas dans le pronostic à court terme des grands prématurés ; les taux de mortalité et de morbidité n'étaient pas corrélés aux caractéristiques sociales des quartiers de résidence.

Conclusions : Un gradient social important du risque d'accouchement très prématuré existe dans des contextes géographiques et sociaux différents. Ce résultat est important pour orienter les recherches sur les inégalités sociales en périnatalité ainsi que pour la planification des services spécialisés pour ces enfants à haut risque de développer des séquelles neurologiques et développementales.

B. Inégalités géographiques d'accès aux structures adaptées

Régions incluses et population étudiée : L'étude porte sur toutes les régions de l'étude Mosaic sauf la région de Trent (pas de définition locale d'une structure adaptée au moment de l'enquête) et la région néerlandaise (beaucoup trop de naissances hors région). Le projet MOSAIC a défini les structures adaptées ou « maternités de niveau III » dans chaque région. Toutes les femmes entre 24 et 31 semaines d'AG avec au moins un fœtus vivant au moment de l'accouchement qui résident et accouchent dans une des régions de l'étude ont été incluses.

² l'Ile-de-France et la Bourgogne en France, la Hesse en Allemagne, les Flandres en Belgique, l'Est du Danemark, le Lazio en Italie, l'Est et le Centre des Pays-Bas, la Wielkopolska et Lubuskie en Pologne, la région Nord du Portugal et les régions du Trent et du Nord de l'Angleterre.

Méthode : Nous avons calculé la distance entre lieu de domicile et maternité de niveau III la plus proche et nous avons estimé la probabilité d'accoucher dans une structure adaptée, en tenant compte de diverses caractéristiques liées à la mère et à la grossesse³.

Résultats : L'offre de structures de niveau III dans les régions étudiées est très variable (d'une seule en Wielkopolska/Lubuskie en Pologne à 11 en Ile-de-France et Lazio) et la distance médiane à parcourir pour accéder à la structure adaptée la plus proche du domicile varie considérablement parmi les régions (de 4,5 km en Ile-de-France à 79,9 km en Wielkopolska/Lubuskie). Sur l'ensemble de la population étudiée, 76 % des femmes ont accouché dans un niveau III. Cette probabilité baisse en fonction de la distance à la structure adaptée la plus proche (de 89 % à 65 %) et en fonction des régions (de 93 % au Portugal à 60 % en Wielkopolska). Les femmes vivant les plus loin d'une structure adaptée ont près de cinq fois moins de chances d'accoucher dans un niveau III que celles vivant les plus proches (OR=0,21). Ces différences varient pour certains sous-groupes de femmes définis par l'âge gestationnel (OR=0,18 pour un AG de 24 à 27 semaines par exemple) et des complications de la grossesse (OR=0,07 pour une hémorragie par exemple). Aucun impact de la distance sur la mortalité n'a été mis en évidence ici.

Conclusions : L'organisation spatiale des maternités de niveau III peut avoir un effet important sur l'accessibilité aux soins pour certaines pathologies de la grossesse.

C. Intérêt de la méthode

Cette étude a mis en évidence des difficultés à utiliser des données de recensements nationaux de différents pays européens pour des analyses comparatives. D'abord, dans certains pays (Allemagne, Pays Bas) les recensements ne sont pas adaptés à des analyses à échelle fine, principalement du fait d'une méthodologie d'échantillonnage n'incluant que quelques foyers d'une zone géographique et de façon discontinue dans le temps. D'autres problèmes plus concrets ont limité la disponibilité des données dans d'autres pays: coût élevé de mise à disposition du recensement dans une des régions, difficultés à contacter certains responsables et barrière de la langue. Mais le problème principal à laquelle nous étions confrontés est celui du choix des zones géographiques d'analyse, face à la diversité des découpages statistiques et territoriaux. Cependant, les résultats des analyses dans les régions anglaises et françaises montrent l'intérêt de cette approche ; les informations collectées sur les recensements et les découpages territoriaux peuvent servir au montage de projets futurs utilisant ces méthodes.

Les équipes : Jennifer Zeitlin, Hugo Pilkington, INSERM U149, Paris; Evelyne Combier, Hélène Charreire CREGAS (INSERM U537 – CNRS umr8052), Kremlin Bicêtre; Elisabeth Draper, Department of Health Sciences, University of Leicester, Leicester; Domenico Di Lallo, Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio (Agency for Public Health Lazio Region), Rome; Jean-Bernard Guyon, Cellule d'Evaluation du Réseau Périnatal de Bourgogne; CHU Dijon, Dijon; Linda Lasbeur, Carole Brugeilles, CERPOS Centre de Recherche « Population et société », Université de Nanterre, Nanterre; Henrique Barros, Laboratoire d'Hygiène et d'Epidémiologie, Faculté de Médecine de l'Université de Porto, Porto et les membres du groupe européen de recherche MOSAIC.

³ Age Gestationnel (AG), poids en fonction de l'AG, poids de naissance, rupture prématurée des membranes, malformation congénitale, hémorragie antepartum, mère âgée et multiparité.

Santé mentale et précarité : les effets du lieu de résidence

Porteur du projet : Serge Paugam

Serge Paugam

Equipe de Recherche sur les Inégalités Sociales - Centre Maurice Halbwachs - UMR 8097 (EHESS, CNRS, ENS, Université de Caen) - 48, Bd. Jourdan, 75014 Paris

Au cours des dernières années, les chercheurs, qu'ils soient sociologues ou épidémiologistes, ont établi l'existence d'un lien statistique entre santé mentale et précarité, mais, en dépit d'un intérêt grandissant pour cette question dont les enjeux en termes de prévention sont importants, l'analyse des causes est restée lacunaire. Il est en effet difficile de distinguer ce qui relève des caractéristiques individuelles et ce qui relève des caractéristiques de l'environnement social, d'autant que la connaissance des premières comme des secondes est souvent très imparfaite. Dès lors, le risque d'une dérive vers une psychologisation du social est réel. L'objectif de cette recherche a été tout d'abord d'identifier les symptômes de dépression ainsi que les états moins identifiés formellement pouvant y conduire. Parmi ces derniers, on peut citer : le manque d'estime de soi, l'anxiété, les troubles psychosomatiques et l'incapacité à faire face. La recherche a conduit ensuite à rechercher les facteurs de risque liés au lieu de résidence.

Le territoire, et le lieu de résidence en particulier, s'imposent depuis quelques années comme un révélateur des nouvelles inégalités. L'évitement résidentiel – un des moteurs de la ségrégation urbaine – que l'on pensait comme une pratique observable uniquement aux abords des quartiers urbains les plus défavorisés apparaît comme généralisé dans une société marquée par une quête éperdue d'« entre soi ». Face à ce constat, une question se pose : la distribution inégale des troubles mentaux sur le territoire est-elle liée à la concentration en certains lieux d'individus fragilisés ou malades ou doit-on considérer que, au-delà des caractéristiques propres à chacun, le lieu dans lequel on vit a un impact sur la santé mentale ? En somme, les inégalités liées au champ des possibles résidentiels agissent-elles comme facteurs aggravant des inégalités sociales de santé ?

Pour répondre à ces questions, nous avons eu recours à une enquête en population générale (Cohorte SIRS-IdF réalisée en 2005 auprès de 3023 individus localisés dans 50 quartiers des départements 75, 92, 93, 94) complétée par des observations ethnographiques et des entretiens approfondis dans plusieurs quartiers.

Parmi les résultats, nous avons pu vérifier l'hypothèse selon laquelle l'anxiété sociale et le stress ressentis par certains habitants du fait même des caractéristiques de leur lieu de résidence peuvent être une des causes des troubles dépressifs ou des atteintes à l'estime de soi que l'on enregistre chez eux. Cependant au-delà des désormais classiques relevés d'incivilités, d'insécurité, de dégradation du bâti qui constituent les caractéristiques contextuelles les plus couramment prises en compte, d'autres éléments de description du contexte ont pu être analysés : 1. la stigmatisation des lieux de résidence ; 2. le processus de disqualification spatiale ; 3. la similitude sociale du quartier telle qu'elle est exprimée et vécue par la population résidente.

Santé, inégalités et ruptures sociales : la cohorte SIRS en Ile-de-France.

Porteur du projet : Pierre Chauvin

Pierre Chauvin^{1,2}, Isabelle Parizot^{1,3}

¹Inserm, U707, Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, Paris ;

²Université Pierre et Marie Curie-Paris6, UMR S 707, Paris ;

³Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS), Equipe de recherche sur les inégalités sociales, Paris.

Notre programme de recherche porte sur les interrelations entre les inégalités, les ruptures sociales, la santé et le recours aux soins. Il part de l'hypothèse générale que les inégalités socio-économiques inscrites dans le territoire de l'Ile-de-France (tout comme dans d'autres grandes métropoles) se traduisent par des problèmes spécifiques de santé et de ruptures sociales. Concernant les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, en particulier, il s'agit d'étudier de façon longitudinale l'état de santé des individus, leurs attitudes et représentations dans ce domaine, ainsi que leurs stratégies et modes d'utilisation du système de soins, à la lumière de leur situation sociale au sens large – c'est-à-dire aussi bien individuelle (conditions de vie, liens sociaux, ruptures sociales, caractéristiques psychosociales...) que contextuelle (environnement et contexte socio-économique de résidence). Ce programme est mené en étroite collaboration entre l'équipe DS3 de l'Inserm (investigateur principal qui héberge les données nominatives), l'équipe ERIS du Centre Maurice Halbwachs et l'Ined.

La cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) a été constituée en 2005 dans l'agglomération parisienne par l'équipe DS3, porteuse du présent projet. Il s'agit d'une cohorte qui se veut généraliste dans le champ de l'épidémiologie sociale. En 2005, 3000 individus ont été inclus dans cette cohorte nominative et interrogés en face-à-face à leur domicile. Ces individus constituent un échantillon aléatoire (tiré à trois degrés : IRIS, ménage, adulte du ménage), représentatif de la population majeure et francophone vivant à Paris et dans la première couronne de départements (92, 93, 94), dans lequel les ménages vivant en Zone Urbaine Sensible (ZUS) et dans les quartiers de type « ouvrier » (selon la typologie d'E. Prêteceille) sont surreprésentés. Cette cohorte constitue une première française dans le champ de l'épidémiologie sociale. Il s'agit en effet, à notre connaissance, de la première cohorte représentative de la population générale, constituée *ad hoc* pour l'étude des déterminants sociaux de la santé, sur-représentant les quartiers en difficulté, géocodant les personnes interrogées et recueillant, en face à face, un nombre important de caractéristiques sociales et sanitaires – y compris dans leur dimension subjective et concernant des caractéristiques jamais interrogées en population générale (insertions et identités sociales, capital social, représentations et attitudes liées à la santé, raisons de non recours aux soins). Un second passage a été réalisé par téléphone 18 mois après l'inclusion et un 3^{ème} passage est prévu à 36 mois, début 2009. Le suivi de cohorte réalisé en 2007 par téléphone permet d'estimer que 70% des personnes incluses en 2005 seront retrouvées sans difficultés, 10% seront retrouvables après enquête complémentaire, 8% refuseront de poursuivre leur participation à la cohorte, 3% seront perdues de vue sans nouvelles et 0,5% seront décédées.

Sélection de publications issues de la cohorte SIRS

Chauvin P, Parizot I, eds. Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social. Paris, Editions Inserm-Vuibert, 2005, 300 p.

Chauvin P, Parizot I. *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*. Paris, Editions de la DIV (coll. Etudes et recherches), 2007, 150 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: 69-75.

Roustit C, Parizot I, Renahy E, Massari V, Chauvin P. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *BEH* 2008, à paraître.

Chauvin P, Parizot I. *Les inégalités territoriales de santé dans l'agglomération parisienne*. Paris, Editions de la DIV (coll. Etudes et recherches), 2008, à paraître.

Inégalités sociales en matière de morbidité : étude épidémiologique dans la cohorte

GAZEL

Porteur du projet : Céline Ribet

Céline Ribet - Maria Melchior
INSERM U687-Cetaf

Le fort gradient social vis-à-vis de multiples aspects de l'état de santé est encore mal compris. A partir des données de GAZEL, une cohorte de 20 624 volontaires suivis annuellement depuis 1989, ce projet avait pour objectif de mieux comprendre la relation entre position sociale et santé en population française.

Le premier volet visait à tester un nouvel indicateur socio-économique : la position sociale subjective (PSS). De récentes études ont montré que la PSS (perception qu'un individu a de sa place dans la hiérarchie sociale) était un prédicteur de la santé plus puissant que les indicateurs usuels de la position sociale. Notre objectif était d'étudier si la PSS est un meilleur prédicteur de la santé que des indicateurs objectifs parmi des hommes et femmes retraités en France.

Les liens entre la PSS (mesurée en 2004) et les scores physique (PCS) et mental (MCS) du SF-36 (mesurés en 2007), ont été étudiés parmi 8830 hommes et femmes âgés de 50-65 ans retraités en 2004. Des régressions linéaires ont été effectuées, et les résultats ont été ajustés sur l'âge et le genre. La PSS était significativement associée au PCS : $\beta_{PCS}=0,62$ (0,51-0,72) et au MCS : $\beta_{MCS}=0,85$ (0,70-1,00). Après ajustement sur grades professionnels à l'entrée dans la compagnie et avant la retraite, richesse et revenus du ménage (dont une autre analyse a montré qu'ils étaient liés à la PSS), on observait : $\beta_{PCS}=0,45$ (0,32-0,61) et $\beta_{MCS}=0,78$ (0,58-0,97). Le MCS en 2003 et la confiance en la situation financière à venir étaient de plus liés à la PSS. Les ajustements successifs sur ces facteurs conduisaient à : $\beta_{PCS}=0,22$ (0,09-0,35) et 0,15 (0,02-0,28) ; $\beta_{MCS}=0,35$ (0,18-0,52) et 0,24 (0,07-0,42). La PSS semble un meilleur prédicteur de la santé que des indicateurs objectifs de la position sociale, du fait de la composition multifactorielle de la PSS qui est en partie déterminée par la santé mentale et par des facteurs individuels comme la confiance en la situation financière à venir.

Le second volet de cette étude portait sur les inégalités sociales dans le domaine de la santé mentale, et tout particulièrement de dépression. La dépression est une maladie fréquente (10% de prévalence en population générale) et dont l'impact est important, en partie parce qu'elle est souvent chronique. A ce jour, les facteurs prédictifs de la persistance de la dépression sont encore mal connus et l'objectif de cette étude était de tester l'hypothèse selon laquelle la persistance de la dépression est liée à la position sociale des personnes.

Les analyses ont porté sur 1108 volontaires chez lesquels la présence d'un trouble dépressif majeur a été évaluée par entretien diagnostique standardisé (MINI), en 1994, 1998 et 2002. La position sociale a été renseignée par : diplôme, niveau de revenus, et profession et catégorie sociale. L'analyse a été effectuée par régression GEE, en tenant compte des caractéristiques démographiques des personnes et de la sévérité de leur psychopathologie.

En 1994, 298 volontaires (52% de femmes) souffraient de dépression. Au cours des 7 années de suivi, la maladie a persisté chez 47% des hommes et 65% des femmes. Par rapport aux personnes qui avaient une position sociale favorable, la dépression persistante était environ deux fois plus fréquente chez celles qui avaient une position sociale défavorable (niveau de revenus faible chez les hommes, appartenance à la catégorie sociale 'employé' chez les femmes). Cet effet était diminué après ajustement sur les facteurs démographiques chez les hommes et sur la sévérité de la psychopathologie chez les femmes.

Ainsi, parmi les personnes qui souffrent de dépression, celles qui ont une position sociale défavorable auraient une vulnérabilité accrue à la dépression persistante du fait de divers facteurs de risque.

Au total, les résultats de ce projet confirment l'existence d'un gradient social en matière de morbidité en France. Ils illustrent également la complexité de l'étude des inégalités sociales de santé tant par la difficulté à caractériser la position socio-économique que par la spécificité des effets observés en fonction des pathologies étudiées.

L'évolution des inégalités sociales face à la mort en France : des changements notables au cours du temps dans les liens entre professions, carrières et mortalité

Porteur du projet : Emmanuelle Cambois

Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde

Institut national d'études démographiques, 133 Bd Davout, 75980 Paris 20

Objectif : En France, les inégalités de mortalité entre catégories socioprofessionnelles (PCS) sont importantes et ne diminuent pas au cours du temps. Parallèlement, les professions et carrières ont évolué, modifiant la composition des PCS et, on le suppose, leur niveau de mortalité. L'objectif de cette étude est d'analyser les liens entre PCS, carrières et mortalité et leur évolution.

Méthode : L'Echantillon démographique permanent est un suivi longitudinal d'individus, issu des recensements (1% de la population) : il permet d'estimer les risques de mortalité standardisés (SMR) associés aux PCS de 1999 et aux mobilités (PCS déclarée en 1990 et en 1999) ; nous comparons aux SMR des PCS de 1975 et des mobilités 1968-1975.

Résultats : Pour les hommes, les écarts de mortalité entre PCS de 1999 s'accompagnent de larges disparités associées aux mobilités ; les SMR des «mobiles» sont proches des SMR à destination. Pour les femmes, les écarts sont moins marqués et seules les mobilités «descendantes» se distinguent, avec des SMR élevés. Les différences se sont accrues depuis 1975, particulièrement chez les hommes. On constate d'un côté une diminution du SMR des cadres avec, en 1999, une «composition» plus avantageuse de cette PCS au regard de la mortalité (moins d'entrées par promotions, plus de stables et de recrues diplômées) ; ce constat est inverse pour les femmes. De l'autre côté, les SMR des sorties d'activité et déclassements ont augmenté, sans changement structurel notable : mais on observe une sur-représentation des situations de chômage dans ces groupes.

Conclusion : On montre un lien fort entre PCS, mobilités et mortalité, reflétant l'impact des contextes de vie et des expositions au fil des carrières. On conclut à un accroissement des écarts de mortalité entre PCS, du fait de changements structurels de ces catégories et d'évolutions dans les conditions de vie associées.

Inégalités sociales de mortalité et d'incidence des cancers en France : aspects descriptifs et facteurs explicatifs

Porteur du projet : Danièle Luce

**Gwenn Menvielle, Jean-François Chastang, Diane Cyr, Annie Schmaus, Annette Leclerc,
Danièle Luce**

Inserm U687, Villejuif

Objectifs

L'objectif général est d'améliorer la connaissance et la compréhension des inégalités sociales de mortalité et d'incidence des cancers en France. Le projet comporte deux volets complémentaires, l'un portant sur la mortalité au niveau national, l'autre sur l'incidence des cancers respiratoires.

Matériel et Méthodes

L'étude des *inégalités sociales de mortalité par cancer* s'appuie sur les données de l'Échantillon Démographique Permanent de l'Insee, qui permet de suivre environ 1% de la population française, auquel ont été couplées les causes de décès de l'Inserm. Les variables recueillies lors des recensements de 1968, 1975, 1982, 1990 et 1999, ainsi que le statut vital et les causes de décès sont disponibles. La mortalité par cancer entre 1990 et 1999 a été étudiée, d'une part en fonction du niveau d'études en 1990, selon l'âge au décès; d'autre part en fonction de la trajectoire sociale établie à partir de la situation sociale recueillie aux recensements successifs jusqu'en 1990. Les analyses ont été réalisées à l'aide de modèles de Cox.

L'étude des *inégalités sociales d'incidence des cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures* (VADS) est basée sur les données d'une large étude cas-témoins en population générale, l'étude ICARE. Des informations détaillées ont été collectées sur les caractéristiques socio-démographiques, les consommations de tabac et d'alcool et l'histoire professionnelle. Les premières analyses ont porté sur les femmes et ont concerné la relation entre le risque de cancer des VADS et la dernière profession exercée. Les odds-ratios associés à chaque catégorie de profession ont été estimés à l'aide de modèles logistiques, avec et sans ajustement sur les consommations d'alcool et de tabac.

Résultats

Les inégalités absolues de mortalité par cancer en fonction du niveau d'études (différences de taux) augmentent avec l'âge, alors que les inégalités relatives (rapport de taux) diminuent. Chez les plus de 75 ans, il subsiste cependant des inégalités sociales de mortalité par cancer chez les hommes (RR sans diplôme/bac et +=1.3, IC à 95% 1.1-1.5), mais pas chez les femmes. La contribution des décès par cancer à la mortalité en excès chez les moins diplômés se modifie avec l'âge et passe chez les hommes de 42% entre 45 et 59 ans à 17% après 75 ans et chez les femmes de 31% entre 45 et 59 ans à 5% après 75 ans.

Par rapport aux hommes dont la situation sociale est restée stable, le risque de décès par cancer est significativement augmenté chez les hommes qui ont eu une trajectoire sociale considérée comme descendante (RR=1.9, IC à 95% 1.6-2.1), et chez ceux dont la situation sociale s'est modifiée plusieurs fois au cours de la vie (RR=1.5, IC à 95% 1.3-1.8), alors qu'il n'est pas significativement modifié chez les hommes ayant une trajectoire sociale ascendante. En revanche, les femmes présentant une trajectoire sociale ascendante ont une mortalité par cancer significativement inférieure à celle des femmes dont la situation sociale est restée stable (RR=0.7, IC à 95% 0.6-0.9).

De fortes inégalités sociales d'incidence des cancers des VADS sont observées chez les femmes. Ces inégalités subsistent après ajustement sur le tabac et l'alcool. Par rapport aux cadres et professions intermédiaires, le risque de cancer des VADS est particulièrement élevé chez les ouvrières (OR= 3.4, IC à 95% 2.0-5.8) et chez les femmes n'ayant jamais travaillé (OR=5.8, IC à 95% 2.2-14.9).

Conclusion

Ces résultats préliminaires vont être complétés par des analyses plus approfondies. Il est notamment prévu d'étudier les inégalités sociales de mortalité pour les principales localisations de cancer, de compléter la description des inégalités sociales d'incidence des cancers respiratoires, chez les hommes et chez les femmes, en utilisant plusieurs indicateurs de situation sociale, et d'estimer la contribution des principaux facteurs de risque (tabac, alcool, et expositions professionnelles) à ces inégalités. Le projet doit se poursuivre jusqu'à la fin de 2009.

Mécanismes de formation des inégalités sociales dans le dépistage et la prise en charge des cancers : étude longitudinale en population générale

Porteur du projet : Guy Launoy

Jean-Marc Dupuis – CREM (Centre de Recherche en Economie et Management) - UMR CNRS 6211
Faculté des sciences économiques et de gestion -Université de Caen Basse-Normandie

Si les inégalités sociales en matière d'incidence de certains cancers ont fait l'objet de plusieurs travaux, une quasi- ignorance recouvre la manière dont ces inégalités se forment et agissent tout au long des processus qui vont du dépistage au diagnostic puis au traitement. Cette méconnaissance affecte l'efficacité des politiques publiques de lutte contre le cancer. Cette recherche a permis de mettre en place un observatoire du dépistage et du traitement des cancers du sein et du colon-rectum dans le Calvados à partir de 2005. Les données de l'observatoire proviennent des DIM et d'enquêtes complémentaires auprès des personnes ayant un cancer incident. Les données collectées portent sur le parcours de soins à partir du diagnostic de cancer. Les caractéristiques sociales des patients sont connues à l'aide d'un questionnaire adressé à chaque patient par l'intermédiaire du médecin traitant. Après plus d'un an de collecte, 945 cas incidents ont été retenus et pour 362 d'entre eux l'observatoire dispose de données complètes. L'analyse des données permettra d'estimer les probabilités de réaliser tel ou parcours, du dépistage au traitement et à la survie, en fonction des caractéristiques de la population. L'accent sera également mis sur la chronologie de chacune des étapes.

INTERMEDE : premiers résultats d'un projet de recherche pluridisciplinaire sur les conséquences de l'interaction médecin-patient sur les inégalités sociales de santé

Porteur du projet : Thierry Lang

Chantal Cases - IRDES, Paris

Thierry Lang - INSERM unité 558, Toulouse

Avec la participation du Laboratoire de Santé Publique, CHU Nantes et de l'unité CNRS UMR 5193, Toulouse

Dans beaucoup de pays, des inégalités sociales de santé importantes persistent ou même s'aggravent. Les comparaisons internationales montrent qu'elles sont particulièrement élevées en France. Les recherches menées sur les facteurs explicatifs de ces inégalités ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins : les conditions de vie et les comportements à risque, les facteurs psychosociaux. Certains travaux empiriques montrent que le système de soins peut également contribuer à renforcer des inégalités existantes, et une meilleure connaissance des processus par lesquels il peut aggraver ou au contraire limiter les inégalités sociales constatées pourrait nourrir une politique de santé publique. Dans cet esprit, l'objectif du projet INTERMEDE était ainsi d'explorer, à partir de l'exemple de l'obésité, comment la consultation médicale, dans le cadre de la pratique libérale de ville, contribue à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé.

Méthodes : Ce travail associait deux approches complémentaires, l'une qualitative et l'autre quantitative. La phase qualitative visait à tester la faisabilité d'une approche sociologique dans le cadre d'une consultation de médecine générale, de fournir des hypothèses à tester dans la phase quantitative et enfin de produire des résultats préliminaires, mais originaux sur la question posée. Elle s'est déroulée chez 11 médecins généralistes de trois régions françaises, où 215 consultations ont été observées dont 50 ont été suivies d'un entretien avec le patient et le médecin (enregistrés et transcrits). La phase quantitative a été construite à partir des premiers éléments issus de la phase qualitative, en enrichissant les hypothèses contenues dans le questionnaire. Cette enquête pilote a été réalisée auprès d'un échantillon de clients de 30 médecins généralistes des trois régions. Trois questionnaires-patient ont été utilisés (avant, après la consultation, sur les motifs de recours et le contenu de la consultation, et 15 jours plus tard, portant notamment sur les suites de la consultation) et deux questionnaires-médecin, un après la consultation (informations en « miroir » de celles du patient) et un sur ses pratiques et valeurs.

Résultats : Au total, 30 médecins et 640 patients ont été enquêtés; 84% des patients inclus ont été réinterrogés à distance. Les analyses préliminaires montrent que les motifs de consultation déclarés par les médecins et les patients sont assez souvent discordants. La présence d'une maladie chronique signalée par le médecin ne l'est que deux fois sur trois par le patient. De fortes discordances sont mesurées pour les problèmes de santé mentale et de prévention (30 et 40 % de déclarations concordantes), de façon assez symétrique.

Conclusions : A ce stade, la faisabilité, en termes d'acceptabilité et de qualité de recueil, d'un protocole d'observation visant à interroger « en miroir » les deux acteurs de la consultation, le patient et le professionnel de soins et d'observer l'interaction elle-même, c'est à dire la consultation, semble établie. L'analyse des données permettra de confronter les visions du médecin et du patient à la fois sur les attentes du patient, la réponse du professionnel et le contenu de la consultation, et en quoi elles sont expliquées par les caractéristiques des acteurs. Il contribuera à éclairer le rôle de l'interaction médecin – patient dans la construction (ou dans la réduction) d'inégalités sociales d'observance, d'accès secondaire aux soins de santé et *in fine* d'état de santé.