

salariés les plus âgés. La description des situations objectives confirment la division sexuelle du travail déjà connue : travail à temps partiel (43 % des femmes contre 6 % des hommes), qualification moindre (67 % des femmes ouvrières sont non qualifiées contre 28 % des hommes), valorisation moindre du niveau d'études (15 % des femmes bachelières sont techniciennes ou cadres contre 23 % des hommes), etc. La division sexuelle du travail se manifeste également dans la situation spécifique de l'inaptitude au poste : motivations du médecin à rendre l'avis (la possibilité d'un reclassement motive l'avis pour 21 % des femmes contre 32 % des hommes), accès aux reconnaissances administratives (la reconnaissance de travailleur handicapé est acquise ou en cours pour 20 % des femmes contre 34 % des hommes), pathologies à l'origine de l'inaptitude.

Discussion et conclusion.— Les éléments dégagés concourent à décrire une situation moins favorable pour les femmes. Au croisement des sphères du travail et de la santé, l'inaptitude au poste révèle de façon particulièrement marquée les inégalités selon le sexe.

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.020

E5

Évolution différenciée des gradients sociaux homme/femme de consommation de tabac et homogamie sociale : quelle influence sur la concordance des comportements au sein des ménages ?

C. Goffette^{a,b,c}

^a Centre de recherche en économie et en statistique, institut national de la statistique et des études économiques (CREST-Insee), laboratoire de sociologie quantitative, Paris, France

^b Fondation nationale des sciences politiques, observatoire sociologique du changement, Paris, France

^c Institut national d'études démographiques (Ined), Paris, France

Mots clés : Tabagisme ; Concordance des comportements de santé ; Ménage
Keywords: Smoking; Health concordance; Household

Introduction.— Les déterminants individuels de la consommation de tabac ont été abondamment décrits, avec notamment la mise en évidence d'un gradient social qui s'est inversé et d'une convergence des comportements masculins et féminins. Si les cadres étaient autrefois la catégorie sociale qui présentait la plus forte prévalence du tabagisme, désormais les ouvriers et employés fument davantage. La même dynamique a été observée pour les femmes, mais avec quelques décennies de retard par rapport aux hommes. Le fumeur décrit dans les études ayant mis à jour ces phénomènes est isolé, extrait de son environnement. Or il semble que la question des interactions sociales soit centrale en ce qui concerne la consommation de tabac. Au-delà de l'effet des variables individuelles, cette étude vise donc à prendre en considération l'impact du contexte social en s'intéressant à l'effet du ménage. L'objectif est de mieux connaître les déterminants des pratiques tabagiques et, à un horizon plus large, des inégalités de santé. Les ménages sont caractérisés par une relative homogénéité sociale, mais les différentiels sociaux de consommation ont évolué à des rythmes différents pour les hommes et les femmes. Par exemple, quand la consommation de tabac a commencé à reculer parmi les hommes cadres, elle était encore dans une phase d'expansion chez les femmes. Désormais, la pratique est en recul au sein de cette catégorie pour les deux sexes. Comment ces dynamiques contraires se sont-elles traduites au sein des ménages ? Les comportements ont-ils oscillé entre concordance et discordance au sein des différentes générations ? Ne disposant pas de données françaises permettant de réaliser cette étude sur une longue période, nous avons utilisé le cadre comparatif d'une enquête européenne afin de replacer la France dans le schéma global de diffusion du tabagisme. Les pays européens étant caractérisés par des contextes culturels et historiques variés, ils sont en effet à des stades différents du processus de diffusion des pratiques tabagiques, qui s'établit dans tous les pays selon les mêmes modalités.

Matériel et méthodes.— Les données utilisées proviennent de la sixième vague du panel européen des ménages (*European Community Household Panel [ECHP]*), $n = 116\ 000$ individus, dont 10 000 Français répartis dans 5600 ménages).

Résultats.— Cette étude met en évidence pour la France une nette concordance des comportements tabagiques, modulée par la composition du ménage. Le contexte national influe également sur le phénomène.

Discussion et conclusion.— Des résultats préliminaires semblent montrer que plus le pays se situe à un stade avancé du processus de diffusion du tabagisme, plus la concordance des comportements au sein du ménage est sensible.

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.021

E6

Handicaps sensoriels et inégalités sociales

M.-S. Sander, A. Tallec, F. Lelievre, M.-C. Bournot

ORS Pays de la Loire, Nantes, France

Mots clés : Déficience auditive ; Déficience visuelle ; Handicap ; Restrictions de participation ; Inégalités sociales

Keywords: Visual impairment; Hearing impairment; Disabilities; Participation restrictions; Social inequalities

Introduction.— Des réflexions conduites au niveau international au cours des dernières décennies ont contribué à une meilleure prise en compte de l'influence des facteurs environnementaux dans le processus du handicap. Ces observations sont confortées en France par les études menées à partir de l'enquête handicaps - incapacités - dépendance, qui permet de mieux appréhender les interrelations entre handicaps sensoriels et situation sociale.

Matériel et méthodes.— L'enquête handicaps - incapacités - dépendance, réalisée auprès des personnes hébergées en institution et de la population résidant à domicile, aborde l'ensemble des handicaps aux différents âges de la vie. Une analyse des handicaps sensoriels permet de mieux approcher leurs déterminants et leurs conséquences.

Résultats.— La prévalence des déficiences sensorielles est plus élevée dans les milieux sociaux moins favorisés. Le risque d'avoir une déficience visuelle ou auditive est ainsi une fois et demie à deux fois plus élevé chez les personnes de milieu ouvrier que chez celles de milieu cadre et professions intermédiaires. Par ailleurs, les déficiences sensorielles sont elles-mêmes à l'origine d'inégalités sociales. Les déficients auditifs obtiennent un niveau de qualification plus faible que l'ensemble de la population : ils sont trois fois moins nombreux à avoir un diplôme de niveau supérieur au baccalauréat. Les déficients sensoriels rencontrent également des restrictions de participation à l'emploi, leur taux d'inactivité étant proportionnel à la sévérité de leur déficience. Dans d'autres domaines, le lien entre handicap et inégalités sociales semble de nature plus complexe. Ainsi, les risques de cumuler des déficiences, de rencontrer des restrictions d'activités ou de participation aux loisirs sont majorés par la sévérité de la déficience visuelle ou auditive, mais aussi par l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle moins favorisée. Enfin, l'exploitation de l'enquête handicaps - incapacités - dépendance montre également que l'accès aux dispositifs de compensation du handicap est insuffisant et lié à la situation sociale.

Discussion et conclusion.— Cette étude montre que les déficiences sensorielles, qui sont pour une grande part dues à pathologies chroniques, sont fortement liées aux inégalités sociales. L'existence de liens entre disparités sociales et risques de maladies est, en effet, connue. Si les inégalités sociales sont une cause de handicap sensoriel, elles en apparaissent également une conséquence. Ces résultats illustrent la complexité des interrelations entre handicap et situation sociale.

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.022

F - Espaces et contextes sociaux des inégalités de santé : Santé perçue

F1

Association entre réseau social et santé perçue : un impact qui varie en fonction du niveau de revenu ?

Z. Heritage^{a,b}, O. Grimaud^a, A. Jourdain^a, R.-G. Wilkinson^b

^a École des hautes études en santé publique, Rennes, France

^b Département of Epidemiology and Public Health, université de Nottingham, Royaume-Uni

Mots clés : Inégalités sociales ; Réseau social ; Liens sociaux ; Relations sociales ; Santé perçue

Keywords: Health inequalities; Social network; Social ties; Relationships; Self-rated health

Introduction.— Les variations du niveau de santé en fonction du statut socioéconomique sont désormais bien établies. Parallèlement, une association a été démontrée entre la santé et le réseau social (ex : les relations familiales et amicales). En revanche, peu d'études ont examiné la variation de l'impact du réseau social sur la santé en fonction du gradient socioéconomique. L'existence d'une telle variation est l'hypothèse de notre étude dans laquelle le revenu est utilisé comme marqueur socioéconomique.

Matériels et méthode.— Les données utilisées proviennent de l'enquête permanente sur les conditions de vie, une enquête transversale conduite en 1997 en France auprès d'un échantillon représentatif de 5046 adultes. Les informations recueillies concernaient, entre autres, la santé perçue et le niveau de revenu. Les variables explorant le réseau social des répondants étaient : « avoir eu une conversation téléphonique personnelle au cours des huit jours précédents », « avoir des amis », « se sentir seul hier », « être membre d'une association » et « avoir un conjoint ». Des modèles de régression logistique ont permis de calculer les *odds ratios* (OR) estimant l'association entre ces cinq variables et la santé perçue (dichotomisée) en ajustant sur l'âge et le sexe. Nous avons ensuite examiné cette association au sein de trois strates de niveau de revenu à effectifs comparables.

Résultats.— Le niveau de santé perçue et l'isolement social diminuent significativement avec le niveau de revenu. À l'exception de la présence d'un conjoint, toutes les variables de lien social sont très significativement associées au niveau de santé perçue. Par exemple, « ne pas avoir eu une conversation téléphonique » augmente la probabilité de déclarer un mauvais état de santé (OR = 1,92 ; IC 95 % = [1,60–2,32]). L'analyse stratifiée montre la croissance des *odds ratios* à mesure que le niveau de revenu diminue. Par exemple, il n'y a pas d'association entre « ne pas avoir d'amis » et une mauvaise santé déclarée dans la tranche des individus à revenus élevés (OR = 0,97 ; *ns*), alors qu'elle est décelable dans la tranche des revenus moyens (OR = 1,38 ; IC 95 % = [1,00–1,92]) et plus marquée dans celle des revenus faibles (OR = 2,17 ; IC 95 % = [1,61–2,94]). Des gradients similaires sont observés pour les quatre autres variables.

Discussion et conclusion.— Nos résultats confirment que le niveau de santé perçue est moins élevé chez les individus à faibles revenus, ainsi que chez ceux déclarant peu de liens sociaux. Avec les limites propres à une enquête transversale, notre étude suggère que les liens sociaux sont des déterminants de la santé perçue plus importants pour les personnes à faibles revenus que pour celles disposant de revenus moyens ou élevés.

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.023

F2

Statut socioéconomique et morbidité déclarée : résultats d'une étude pilote à Paris

A. Lapostolle^a, E. Cadot^a, A. Spira^{a,b}

^aSanté reproductive, sexualité, infection à VIH, Inserm U822, épidémiologie, démographie et sciences sociales, Le Kremlin-Bicêtre

^bService de santé publique de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre

Mots clés : Facteurs socioéconomiques ; Prévalence ; Modèle logistique ; Enquête santé

Keywords: Socioeconomic factors; Prevalence; Logistic models; Health surveys

Introduction.— Le but de cette étude est de décrire les prévalences d'un certain nombre de pathologies dans la population parisienne et de mettre en relation les maladies déclarées avec le statut socioéconomique.

Matériel et méthodes.— Cette étude a été réalisée à partir des données de l'enquête Observatoire de la santé des Parisiens (Osapiens), enquête conduite par téléphone auprès d'un échantillon de la population parisienne de 18 à 75 ans. Les prévalences des maladies ont été mesurées à partir de la déclaration des personnes interrogées. Une analyse multivariée avec ajustement sur le sexe et l'âge a ensuite été menée en utilisant divers indicateurs socioéconomiques au niveau individuel.

Résultats.— En 2006, près de 90 % des parisiens déclaraient souffrir d'au moins une maladie ou trouble de santé. Les pathologies avec les plus fortes

prévalences sont les troubles de la vision (55 %), les maladies de la bouche et des dents (31 %) ainsi que les troubles de l'audition (13 %). Les caries et les prothèses dentaires concernent quant à elles respectivement 14 % et 11 % des déclarations. À l'exception des maladies ostéo-articulaires (arthrose, ostéoporose...) et des maladies psychiques (dépression, anxiété...) plus présentes chez les femmes que chez les hommes, il n'existe pas de différence significative de déclaration des maladies selon le sexe.

Les relations entre morbidité déclarée et caractéristiques socioéconomiques varient fortement suivant les pathologies déclarées. Un score de précarisation élevé est associé à un risque accru de maladies ostéo-articulaires, de maladies respiratoires et de handicap.

Discussion et conclusion.— Cette étude basée sur l'enquête Osapiens a permis une première description des prévalences au sein de Paris pour un certain nombre de pathologies déclarées. En l'absence de bases de données médicales, les données recueillies dans le cadre de cette enquête constituent une source de données importantes afin d'appréhender la santé au sein de la capitale.

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.024

F3

Vivre en situation linguistique minoritaire influence-t-il la santé ? La minorité francophone du Canada

L. Bouchard^a, M.-H. Chomienne^b, I. Gaboury^c

^aInstitut de recherche sur la santé des populations, faculté des sciences sociales, université d'Ottawa, Canada

^bFaculté de médecine, hôpital Montfort, université d'Ottawa, Canada

^cChalmers Research Group, université d'Ottawa, Canada

Mots clés : Santé des populations ; Déterminants sociaux de santé ; Inégalités ; Minorités linguistiques

Keywords: Population health; Social health determinant; Inequalities; Linguistic minorities

Introduction.— Vivre en situation linguistique minoritaire comme c'est le cas du million de francophones vivant dans les provinces anglophones du Canada a-t-il un impact sur la santé et l'accès aux ressources.

Matériel et méthodes.— Nous avons fusionné les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2001 et de 2003. L'analyse se fonde sur un échantillon d'adultes de 25 ans et plus (76 674 hommes et 92 734 femmes). Deux modèles (hommes/femmes) de régression logistique multivariés séquentiels additifs examinent l'association entre le fait d'être francophone en situation minoritaire et la santé perçue. Les modèles sont ajustés pour diverses variables sociodémographiques, se rapportant au style de vie et à la condition médicale et sociale de l'individu. Ces variables, regroupées par bloc, ont été insérées de façon séquentielle, et ce, sans retrait de variables préalablement incluses dans le modèle précédent. Afin de tenir compte du plan d'enquête complexe, les erreurs-type des coefficients de régression ont été estimés à l'aide de la technique de *bootstrap*.

Résultats.— Les francophones vivant en situation linguistique minoritaire se perçoivent en moins bonne santé que les anglophones en situation majoritaire. Des résultats similaires ont été observés quant aux anglophones québécois vivant en situation minoritaire. En ce qui concerne la relation entre la situation minoritaire et la santé perçue, les modèles de régression montrent qu'en tenant compte des différences de structure d'âge, les francophones vivant en situation minoritaire sont moins enclins à déclarer une bonne santé que les anglophones majoritaires, tant chez les hommes (OR = 0,66 ; IC 95 % = [0,60–0,73]) que chez les femmes (OR = 0,83 ; IC 95 % = [0,75–0,92]). Chez les femmes, cet écart diminue suite à l'ajustement des variables de style de vie (OR = 0,88 ; IC 95 % = [0,79–0,98]) et disparaît après avoir ajusté pour le revenu et l'éducation (OR = 0,95 ; IC 95 % = [0,85–1,07]). Pour les hommes, l'écart demeure significatif après avoir ajusté pour l'ensemble des variables du cadre conceptuel (OR = 0,83 ; IC 95 % = [0,72–0,95]).

Discussion et conclusion.— Une littérature récente soulève l'importance des compétences linguistiques et culturelles comme mesures d'efficacité des systèmes de santé. La capacité de comprendre et d'être compris est essentielle à une relation efficace entre les professionnels de la santé et les usagers et un élément essentiel à l'amélioration de la prestation des services de santé. Ces