

Ainsi, le profil des travailleurs handicapés révèle une faible proportion de femmes handicapées, que ce soit pour les personnes à la recherche d'un emploi, en emploi ou en stage. Ce constat traduit un plus grand éloignement des femmes vis-à-vis du marché du travail mais également le fait qu'elles demandent plus rarement une reconnaissance du statut de travailleur handicapé et qu'elles l'obtiennent moins fréquemment.

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.070

K11

Jeunes du Hainaut et de l'Aisne : pas d'effet frontière pour les inégalités de santé

V. Wathieu^a, V. Tellier^a, A. Trugeon^b, N. Foucquet^b, O. Zielinski^b

^a Observatoire de la santé du Hainaut, Mons, Belgique

^b OR2S Picardie, Amiens, France

Mots clés : Jeunes ; Inégalités de santé ; Inégalités socioéconomiques ; Comportements de santé

Keywords: Young people; Health inequalities; Socioeconomic inequalities; Health behaviours

Introduction.— L'objectif de ce document est de synthétiser les écarts de santé observés chez les jeunes du Hainaut (Belgique) et de l'Aisne (France – Picardie) en fonction des caractéristiques socioéconomiques de leur famille.

Matériel et méthodes.— Dans le cadre du programme européen Interreg III, les observatoires de la santé du Hainaut et de l'Aisne ont réalisé en 2003–2004 une enquête transfrontalière sur la santé des jeunes. Cette enquête comportait un questionnaire autoadministré portant sur la perception de la santé et les comportements de santé, un module de biométrie (mesure du poids et de la taille), un module de biologie clinique et quelques questions sur le contexte familial et socioéconomique des jeunes. L'échantillon était constitué de 5500 jeunes de 11, 14 et 17 ans.

Résultats.— Les régressions logistiques réalisées ont mis en évidence des liens significatifs entre, d'une part, les données de santé : surcharge pondérale, habitudes alimentaires, état de santé subjectif, pratique d'une activité sportive, conduites addictives, bien-être (satisfaction par rapport à son corps, ennui, sommeil), information sur la santé ; et, d'autre part les facteurs socioéconomiques étudiés : nombre de revenus du travail (0, 1, 2), type de famille (monoparentale, recomposée, originelle), catégorie socioprofessionnelle du père (ouvrier non qualifié, ouvrier qualifié, employé moyennement qualifié, cadre ou profession libérale). Les liens sont en général désavantageux pour les jeunes dont les conditions socioéconomiques sont plus défavorables. Un jeune issu d'un milieu socioéconomique moins favorable en subit l'influence négative sur son état de santé et sur l'ensemble de ses comportements de santé. Ces effets négatifs se renforcent mutuellement.

Discussion et conclusion.— Le constat est le même par-delà les frontières : tant dans l'Aisne que dans le Hainaut, le gradient socioéconomique est facteur d'inégalités de santé chez les jeunes qui affecte simultanément les mesures objectives de leur état de santé et leurs comportements de santé (eux-mêmes à la source d'écarts de santé futurs). À court terme, il est nécessaire de comprendre les déterminants des comportements de santé des jeunes et d'adapter les actions de prévention et d'éducation dans des approches ciblées. À long terme, il n'est possible d'agir efficacement sur les inégalités de santé qu'en s'attaquant à leurs déterminants et, donc en particulier, aux inégalités socioéconomiques. C'est pourquoi, il est impératif d'adopter une approche multisectorielle pour lutter contre les inégalités de santé et d'y impliquer conjointement l'ensemble des secteurs : socioéconomique, éducation nationale, politique de la famille. . .

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.071

L - Méthodes d'observation et de mesure des inégalités de santé

L1

La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé

C. Sass^a, J.-J. Moulin^a, E. Labbe^a, C. Chatain^a, L. Gerbaud^b

^a Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf), Saint-Étienne, France

^b CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

Mots clés : Niveau d'études ; Classe sociale ; Catégorie socioprofessionnelle ; Santé perçue ; Précarité ; Fragilité sociale ; Inégalités de santé

Keywords: Educational status; Social class; Occupation; Self-rated health; Socioeconomic status; Deprivation; Vulnerable populations

Introduction.— Cette étude a pour objectifs (i) de décrire la relation entre fragilité sociale, déterminée par le score Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examen de santé (Épices), et santé perçue, et (ii) de mesurer l'importance relative de la fragilité sociale (mesurée par le score Épices) et des indicateurs socioéconomiques traditionnels (professions et catégorie socioprofessionnelle [PCS] et niveau d'éducation) comme déterminants des inégalités de santé.

Matériel et méthodes.— La population d'étude comporte 87 733 hommes et 89 724 femmes examinés en 2002 dans les centres d'examen de santé agissant pour le compte de l'Assurance maladie. La fragilité sociale est mesurée par le score Épices qui est un score individuel quantitatif, reposant sur 11 questions binaires, qui prend en compte les déterminants matériels et sociaux de la précarité. La santé perçue, mesurée sur une échelle graduée de zéro à dix et dichotomisée en deux classes, est utilisée comme indicateur de santé globale. Les inégalités de santé sont mesurées selon le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle. Des analyses de régression logistique multiple ont été conduites en traitant les indicateurs socioéconomiques et de fragilité sociale comme des variables continues.

Résultats.— Le score Épices est lié au niveau d'études et à la catégorie socioprofessionnelle, les scores Épices moyens augmentent progressivement des positions socioéconomiques les moins favorisées aux plus favorisées. Chaque indicateur étudié est significativement associé à la perception négative de la santé : les OR sont respectivement, chez les femmes et les hommes, de 1,66 (IC 95 % = [1,64–1,67]) et 1,66 (IC 95 % = [1,64–1,68]) pour la fragilité sociale, 1,50 (IC 95 % = [1,48–1,51]) et 1,40 (IC 95 % = [1,39–1,42]) pour le niveau d'études et 1,34 (IC 95 % = [1,32–1,35]) et 1,44 (IC 95 % = [1,42–1,46]) pour la PCS. Les modèles de régression logistique multiple montrent que le score Épices explique 50 à 61 % des relations entre la PCS, le niveau d'études et la perception négative de la santé. À l'inverse, niveau d'études et PCS n'expliquent que 9 à 18 % des relations entre Épices et santé perçue.

Discussion et conclusion.— Nos résultats montrent que la fragilité sociale, mesurée par le score Épices, apparaît comme un déterminant majeur de la perception négative de la santé, indépendamment des indicateurs socioéconomiques traditionnels.

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.072

L2

Une base de données sanitaires pour mieux connaître et suivre les inégalités de santé en Guyane

M.-J. Castor Newton^a, C. Gober^a, M.-T. Daniel^a, A. Fontaine^b

^a ORS Guyane (ORSG), Cayenne, Guyane

^b Direction générale de la santé (DGS), Paris, France

Mots clés : Banque ; Base ; Données ; Indicateurs ; Santé ; Guyane ; Réseau

Keywords: Database; Indicators; Health; French Guyana; Network

Introduction.— L'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG) met en place une base de données infrarégionale qui s'intéresse aux problématiques de santé locales et qui s'appuie sur les particularités de ce département. Le projet Banque de données, soutenu et financé par le Groupement régional de la santé publique (GRSP), rentre dans le cadre du Plan régional de santé publique (PRSP). Cette banque fournira des indicateurs qui tiennent compte des réalités, des problématiques de santé jugées prioritaires pour la Guyane et tentera par la même occasion d'expliquer les contextes favorisant les phénomènes de santé marquants et les inégalités de santé sur le territoire.

Matériel et méthodes.— Mettre en place une banque de données est un dispositif complexe et délicat. Cinq grandes phases sont nécessaires d'ici la mise en place effective de la base de données informatisée : le recensement des sources et des producteurs de données au niveau régional, la mise en place d'une méthodologie solide et ayant fait ses preuves, la définition des indicateurs

retenus, le recueil d'indicateurs et la mise à disposition des données via la Banque de données.

Résultats.— Les thématiques, prioritairement retenues pour intégrer la base, sont celles définies par le PRSP de la Guyane. La Banque de données infrarégionale fait plus que décrire des faits ou mettre en exergue des inégalités de santé. Elle propose des études systématiques et reproductibles dans le temps qui précisent et renforcent les indicateurs. Celles-ci ont pour but d'identifier les populations rencontrant des difficultés et les facteurs de risque d'origine sociale, culturelle, économique ou géographique. Elle favorise notamment le travail en réseau et l'homogénéisation des données recueillies par les sources.

La base de données se démarque en se basant sur des sources de données originales telles que le Système d'information sanitaire (SIS) du Département des centres et postes de santé (DCS) sans qui il serait difficile d'obtenir des informations concernant l'état de santé des populations vivant sur le fleuve et dans les communes isolées.

Discussion et conclusion.— La Banque de données est innovante au niveau régional. Les attentes qui en découlent sont au moins aussi grandes que la difficulté de mise en place d'un tel projet : à moyen terme, la mise en place effective de la base de données informatisée présentant les principaux indicateurs de santé retenu pour la Guyane ; à long terme, le suivi de ces indicateurs, ainsi que l'évaluation des actions mises en place en vue de réduire les inégalités de santé rencontrées et les chiffres alarmants qui décrivent l'état de santé en Guyane.

Seul, l'ORSG ne peut mener à bien cette entreprise. Les acteurs du domaine sanitaire et social doivent s'impliquer activement en intégrant notamment la notion de « travail en réseau ».

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.073

L3

Évaluation de la qualité du chaînage des séjours hospitaliers : préalable nécessaire à l'étude des inégalités de santé à un niveau géographique fin

N. Thomas^a, J. Zitouni^b, A. Bocquier^c, E. Lewandowski^d, S. Finkel^e, O. Favier^a, F. Champion^b, M. Jardin^c

^aORS2 Picardie, Amiens, France

^bORS Bretagne, Rennes, France

^cORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

^dCHU d'Amiens, France

^eAgence régionale de l'hospitalisation (ARH) Paca, Marseille, France

Mots clés : Hospitalisation/statistiques et données numériques ; Morbidité ; Épidémiologie ; France

Keywords: Hospitalisation/Statistics et numerical data; Morbidity; Epidemiology; France

Introduction.— Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) consiste en un recueil exhaustif d'informations administratives et médicales pour chaque séjour hospitalier. Une procédure créée en 2001 relie entre elles les différentes hospitalisations d'un même patient, ce qui permet d'étudier la morbidité hospitalière. Toutefois, la qualité du chaînage étant susceptible de varier selon les territoires, cette étude a pour objectif : (1) de tester la faisabilité d'utiliser ces données à un niveau géographique fin, par une analyse des variations géographiques de la qualité du chaînage dans trois régions françaises (Bretagne, Picardie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) présentant des profils de santé différents ; (2) le cas échéant, de mener une analyse des disparités territoriales de la morbidité hospitalière.

Matériel et méthodes.— Les données sont issues des bases nationales du PMSI 2004 et 2005, élaborées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les données incluent les séjours (hors séances) de patients résidant dans les trois régions étudiées, dans les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Les analyses sont réalisées à l'échelle régionale et infrarégionale (par Pays), pour l'ensemble des causes d'hospitalisation et pour certaines pathologies spécifiques (cancers, asthme).

La qualité du chaînage est évaluée à l'aide des variables de contrôle créées par l'ATIH, testant la présence et la cohérence des informations utilisées pour le chaînage (n° de sécurité sociale, date de naissance, sexe...). Une recherche de concordance au niveau de l'âge et du sexe des patients ayant réalisé plusieurs

séjours est par ailleurs menée. Des « prévalences » standardisées sur l'âge sont calculées pour étudier les disparités territoriales de morbidité hospitalière.

Résultats.— Les premières analyses montrent que la qualité du chaînage est très bonne et varie peu selon les régions étudiées (taux de chaînage > 94 %). En revanche, les sources d'erreurs empêchant le chaînage varient selon les régions. Les problèmes de saisie et d'absence du numéro de sécurité sociale semblent plus fréquents en Provence-Alpes-Côte d'Azur, sans doute en raison, d'une part, de pratiques et/ou d'une organisation différentes des établissements hospitaliers et d'autre part, de spécificités démographiques (migrants, clandestins, étrangers...).

Discussion et conclusion.— Cette analyse préliminaire fournit des indications quant à la validité de l'utilisation des données chaînées du PMSI dans l'étude des variations géographiques de différentes pathologies et permet d'identifier et de formuler les précautions à prendre lors de l'utilisation des données d'hospitalisations chaînées (interprétation des variations au regard du taux de chaînage...). D'autres sources d'erreur de chaînage, non repérables par les variables de contrôle créées par l'ATIH, devraient toutefois faire l'objet de recherches complémentaires.

doi: 10.1016/j.respe.2008.07.075

L4

L'observation des inégalités sociosanitaires : application de la méthodologie développée par les ORS aux cantons du Poitou-Charentes

J. Giraud, J. Debarre, S. Robin

ORS Poitou-Charentes, Poitiers, France

Introduction.— L'évolution des outils et méthodes d'observation territoriale de la santé peut être rapprochée de celle des législations régissant l'organisation sanitaire. Les moyens mis en œuvre pour avoir une lecture « au plus juste » des inégalités de santé ont, depuis le processus de régionalisation de la santé, accompagné voire précédé l'action politique. Ainsi, les tableaux de bord régionaux des Observatoires régionaux de la santé, proposant au début des années 1990 une approche systématique des indicateurs de santé, sont nés dans le contexte législatif instituant successivement le Schéma régional d'organisation sanitaire, les Unions régionales des médecins libéraux, puis les Agences régionales d'hospitalisation et les Union régionales des caisses d'assurance maladie.

Aujourd'hui, à la veille de la mise en place des Agences régionales de santé, dont le spectre d'action doit couvrir à la fois l'offre hospitalière et ambulatoire et le champ médicosocial, les méthodes statistiques permettant une lecture combinée des indicateurs sociaux, sanitaires et d'offre de soins à une échelle infrarégionale ont une légitimité qui se trouve renforcée.

Matériel et méthodes.— Le recours aux techniques d'analyses statistiques multidimensionnelles, peut, d'une part, dans une perspective médicale, susciter des idées nouvelles ou des hypothèses à tester, et d'autre part, dans une perspective d'aménagement sanitaire du territoire, distinguer des zones où se trouvent associés de mauvais indicateurs de santé et telle ou telle variable du contexte économique et social.

La méthodologie utilisée par les ORS et leur Fédération dans le cadre de leur analyse cantonale sur les inégalités sociosanitaires en France repose sur une analyse en composantes principales (ACP) puis une classification hiérarchique.

Résultats.— La typologie spatiale résultant de l'analyse nationale offre une vision territoriale s'affranchissant des principales frontières administratives. Ceci permet de souligner, premièrement le caractère homogène de certaines régions, deuxièmement des continuum trans-régionaux, enfin des spécificités propres aux types d'espaces urbains ou ruraux. Par exemple, l'espace urbain se caractérise majoritairement par un cœur de métropole présentant de forts contrastes sociaux et une surmortalité prématurée et par une couronne péri-urbaine marquée par des indicateurs plutôt favorables.

À l'échelle régionale, l'analyse fait ressortir des identités paysagères et territoriales par contiguïté des cantons d'une même classe, mais le changement d'échelle permet également aux décideurs de s'approprier les résultats dans une démarche d'aide à la décision.

Discussion et conclusion.— Les corrélations géographiques observées, associées aux traits morbides qui caractérisent les classes issues de typologie obtenue