



RECORDing

La lettre d'information de l'Étude RECORD

L'EDITO

La quatrième lettre d'information de l'Étude RECORD est l'occasion de faire le point sur les analyses en cours et les projets en gestation autour de la Cohorte RECORD. Cette lettre marque un tournant particulièrement important pour l'étude puisque la seconde vague d'enquête et d'examens des participants s'apprête à débuter. Ainsi, l'article des pages 2 et 3 présente certains des objectifs prioritaires de cette seconde vague, dont le but est de collecter de nouvelles données pour mieux comprendre comment les environnements géographiques de vie influent sur la santé.

Malgré ces préparatifs, l'analyse des données collectées lors de la première vague se poursuit, comme le montre l'article ci-contre et les deux exemples de travaux en cours rapportés sur les pages 4–5 et 6–7 de la présente lettre. La première de ces deux études s'intéresse aux modes de recours des participants aux médecins généralistes et spécialistes libéraux, à partir des données de l'Assurance Maladie qui ont été appariées au niveau individuel à l'Étude RECORD. En plus de différences socio-économiques, ce travail met en évidence des disparités de recours aux médecins en fonction du pays de naissance. Le second article, s'appuyant sur le relevé du nombre de dents cariées effectué par des chirurgiens-dentistes lors de l'examen, concerne les disparités sociales et socio-spatiales de santé bucco-dentaire. Après avoir quantifié les disparités existantes, nous avons étudié certains des mécanismes comportementaux qui peuvent contribuer à les produire. Nous souhaitons à tous une bonne lecture de ces travaux !

En complément de la présente lettre d'information bi-annuelle, vous pouvez accéder à des informations actualisées sur l'étude ainsi qu'aux dernières publications scientifiques associées sur le site internet qui lui est dédié : www.record-study.org.

Travaux en cours sur les inégalités socio-spatiales de santé à partir de l'Étude RECORD

L'équipe continue à analyser la grande quantité de données qui a été recueillie lors du recrutement des participants en 2007–2008. D'une part, faisant suite à des travaux amorcés depuis le début de l'année 2010, Julie Burban du Centre Hospitalo-Universitaire de Rennes entame un doctorat sur la problématique des disparités socio-spatiales de santé bucco-dentaire et de recours aux soins dentaires à partir des données de l'étude. D'autre part, Noëlla Karusisi a débuté un doctorat en octobre 2010 sur la question des effets des environnements géographiques de vie sur l'activité physique récréative, dans le cadre d'un projet soutenu par l'INPES et la DRJSCS d'Île-de-France.

Par ailleurs, les travaux engagés sur l'excès de poids et l'hypertension artérielle se poursuivent. L'objectif est de tenir compte d'un grand nombre de facteurs relatifs à l'environnement physique (densité et formes du bâti, réseau de rues, bruit routier, espaces verts, etc.), à l'environnement de services (offre alimentaire, opportunités d'activité physique, services de santé, etc.) et à l'environnement d'interactions sociales pour chercher à expliquer les disparités de prévalence qui existent entre quartiers favorisés et défavorisés du territoire francilien. Connaissant par ailleurs l'enseigne et l'adresse exacte du supermarché où les participants effectuaient la majorité de leurs courses alimentaires, il s'agira d'examiner si les caractéristiques du supermarché sont associées à l'indice de masse corporelle, au tour de taille ou au profil lipidique des personnes.

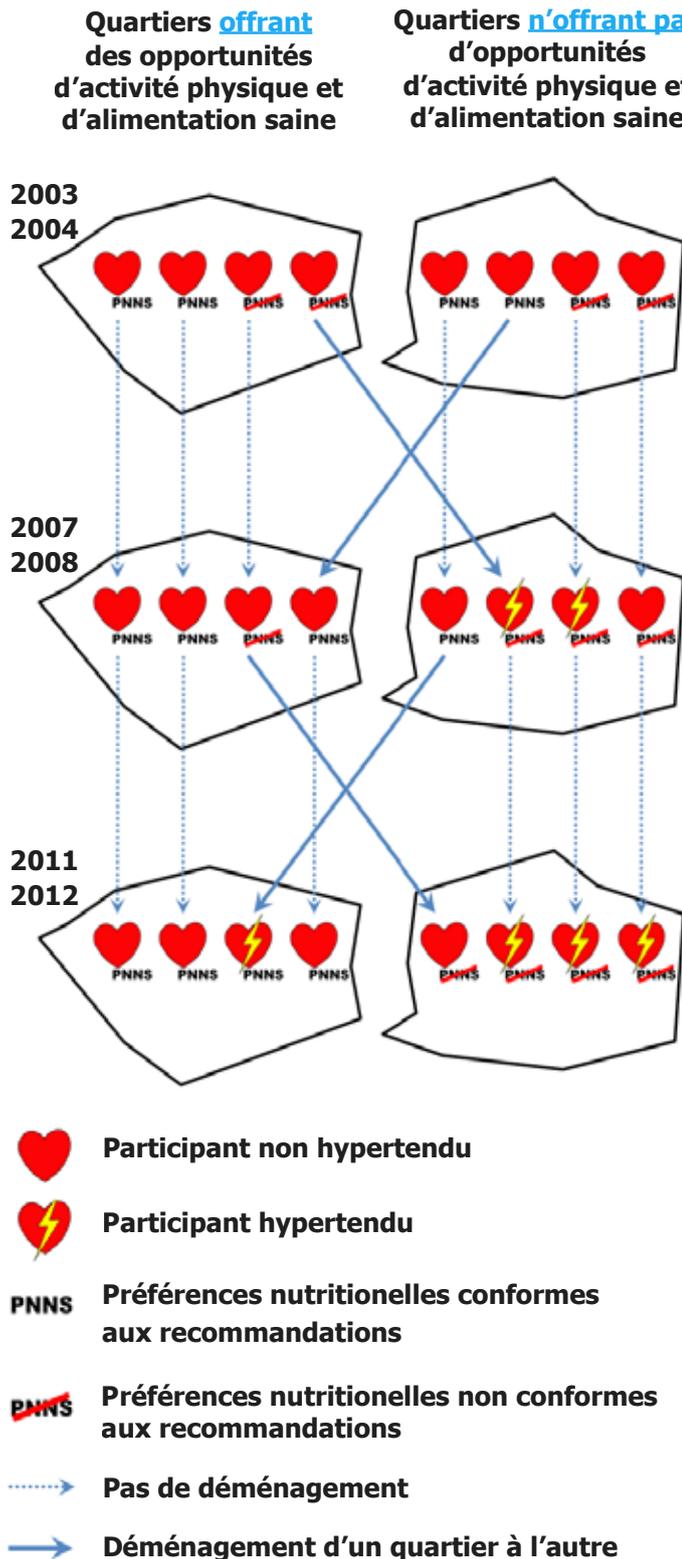
Sommaire

- Travaux en cours sur les inégalités socio-spatiales de santé à partir de l'Étude RECORD p1
- Seconde vague de l'Étude RECORD : mieux comprendre les effets des environnements de vie sur la santé p2-3
- Modes de recours aux soins des participants : des disparités sociales et socio-spatiales ? p4-5
- Les disparités socio-spatiales de santé bucco-dentaire et leurs déterminants comportementaux p6-7
- Informations et remerciements p8

Seconde vague de l'Etude RECORD : mieux comprendre les effets des environnements de vie sur la santé

A partir de la fin de l'année en cours, les participants de l'Etude RECORD vont être invités à une seconde vague d'enquête et d'examen au Centre d'Investigations Préventives et Cliniques. En plus des données collectées dans le cadre du bilan de santé, l'objectif est de recueillir de nouvelles informations sur des dimensions importantes pour comprendre comment les environnements géographiques de vie influent sur la santé. Nous évoquons ci-dessous trois des principaux axes de ce recueil de données.

Figure n°1: Utilité des données longitudinales dans l'étude des effets de l'environnement sur la santé



L'importance du « longitudinal » dans la recherche des causes environnementales des maladies

La Figure n°1 illustre l'importance de recourir à des données « longitudinales » (c'est-à-dire collectées sur une même population au cours du temps) dans les études épidémiologiques des effets de l'environnement. Supposons que l'on cherche à savoir si le fait d'habiter dans un quartier offrant ou non des opportunités d'activité physique et d'alimentation saine (à gauche et à droite de la Figure) influe sur le risque de développer une hypertension artérielle (pictogramme de cœur barré d'un éclair). Dans cet exemple, des données ont été collectées en 2007–2008 sur le quartier de résidence des personnes, leurs préférences nutritionnelles (conformes ou non au Programme National Nutrition Santé, PNNS) et leur état de santé (hypertension artérielle ou non). Toutefois, aucun recueil de donnée n'ayant eu lieu avant 2007, le lieu de résidence et l'état de santé des personnes en 2003–2004 représentés sur la Figure sont inconnus. Une nouvelle vague d'enquête conduite en 2011–2012 permet par contre d'actualiser ces données.

A partir d'analyses « transversales » (s'appuyant ici sur les seules données collectées en 2007–2008), il est impossible de conclure que la relation observée sur la Figure entre les caractéristiques des quartiers et la prévalence de l'hypertension artérielle est due à un véritable effet causal de l'environnement. En effet, comme le montre la Figure n°1, des phénomènes de migration sélective se produisent entre 2003–2004 et 2007–2008, les préférences de certains participants en matière d'activité physique et d'alimentation les encourageant à emménager dans des quartiers plus conformes à leurs attentes. Ignorant cette migration sélective, des analyses conduites à partir des seules données de 2007–2008 peuvent conduire à surestimer la relation entre environnement et hypertension artérielle, surtout si les préférences de santé qui influent sur les migrations sont imparfaitement mesurées.

Au contraire, la collecte de données en 2011–2012 permet d'étudier explicitement les phénomènes de migration sélective, par exemple d'examiner si les préférences nutritionnelles conduisent vraiment à emménager dans des quartiers spécifiques. De telles données sont par ailleurs nécessaires pour déterminer si le fait de résider dans un quartier spécifique influe sur le risque de développer une hypertension au cours de la période de suivi.

Dans l'Etude RECORD, l'obtention de données longitudinales sur les facteurs de risque en 2007–2008 et 2011–2012, la reconstitution d'une partie de l'histoire résidentielle antérieure à 2007–2008 et la collecte d'informations sur les raisons ayant amené les participants à emménager dans leur quartier permettront d'identifier, de quantifier et de corriger une partie des biais. Néanmoins, l'imperfection des mesures et la complexité des mécanismes en jeu continueront de faire obstacle à une inférence causale valide.

Enquêter le réseau complexe des destinations habituelles des participants

La quasi-totalité des études sur les effets des environnements géographiques de vie sur la santé ont exclusivement tenu compte de l'environnement de résidence. Il s'agit d'une limite majeure puisque beaucoup de personnes passent une fraction importante de leur temps en dehors de leur quartier de résidence, notamment dans le cadre de leur travail, de leurs loisirs, de leur vie sociale, etc.

Il serait particulièrement utile de pouvoir tenir compte des habitudes de mobilité des individus dans les analyses des relations environnement – santé.

En effet, premièrement, l'environnement de résidence exerce des effets peut-être plus importants sur les personnes qui passent une partie importante de leur temps dans leur quartier, et qui sont ainsi plus exposées à ses caractéristiques et limitées aux opportunités qu'il offre.

Deuxièmement, nous serions certainement plus en mesure d'appréhender les effets des environnements géographiques de vie si nous pouvions tenir compte des différents environnements fréquentés au sein des espaces d'activités quotidiens. Troisièmement, le comportement spatial des personnes fournit des informations sur leur rapport affectif et cognitif à l'espace (au-delà de leur capacité matérielle à se déplacer).

Un objectif central de la seconde vague de l'étude sera donc de collecter des données sur le réseau des destinations régulières des participants (voir exemple sur la carte fictive rapportée ci-contre). Cette démarche constitue (i) un défi technologique parce qu'il faut développer les outils informatiques adéquats pour recueillir de manière valide ces informations de localisation ; (ii) un défi théorique parce qu'il n'existe pas de modèle conceptuel indiquant dans quelle mesure les différents environnements traversés dans les trajectoires quotidiennes influent sur la santé ; et (iii) un défi analytique parce que les stratégies permettant d'intégrer la masse considérable de données collectées sur les destinations des personnes dans les études restent à développer.

Pour répondre aux besoins de la collecte, une équipe de l'Université de Montréal dirigée par Yan Kestens développe actuellement, en collaboration étroite avec l'UMR-S 707, une application informatique destinée à faciliter le recueil de données sur le réseau des destinations régulières des participants. Ces données sur les espaces d'activités seront notamment analysées par Camille Perchoux dans le cadre de sa thèse en co-tutelle entre l'Université de Montréal et l'Université Pierre et Marie Curie.

Variables psychologiques et cognitives relatives à l'obésité et à l'hypertension artérielle

Jusque là, les hypothèses mises en avant dans le projet pour rendre compte des disparités de prévalence de l'obésité ou de l'hypertension artérielle entre quartiers favorisés et défavorisés se sont particulièrement intéressées aux expositions environnementales ou au déficit de ressources environnementales dans les quartiers défavorisés (environnement alimentaire, opportunités d'activité physique, services de santé, facteurs de stress, pollution atmosphérique, bruit routier, etc.). La seconde vague de l'étude permettra d'enrichir nos travaux d'une seconde famille d'hypothèses : au-delà des circonstances environnementales, l'état des connaissances et différentes dispositions psychologiques des individus pourraient contribuer aux disparités sociales ou socio-spatiales d'excès de poids et d'hypertension artérielle.

S'appuyant sur des distinctions conceptuelles issues de la psychologie cognitive, dans un travail soutenu par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, nous chercherons à distinguer les dimensions suivantes (les exemples fournis ci-dessous renvoient à la problématique de l'excès de poids) :

- les connaissances et croyances des personnes, par exemple relatives aux déterminants nutritionnels de l'obésité, aux conséquences de l'obésité sur la santé ou aux recommandations nutritionnelles ;
- un ensemble de dimensions associées au « concept de soi » : à la fois les perceptions que les individus ont de leur état (par exem-

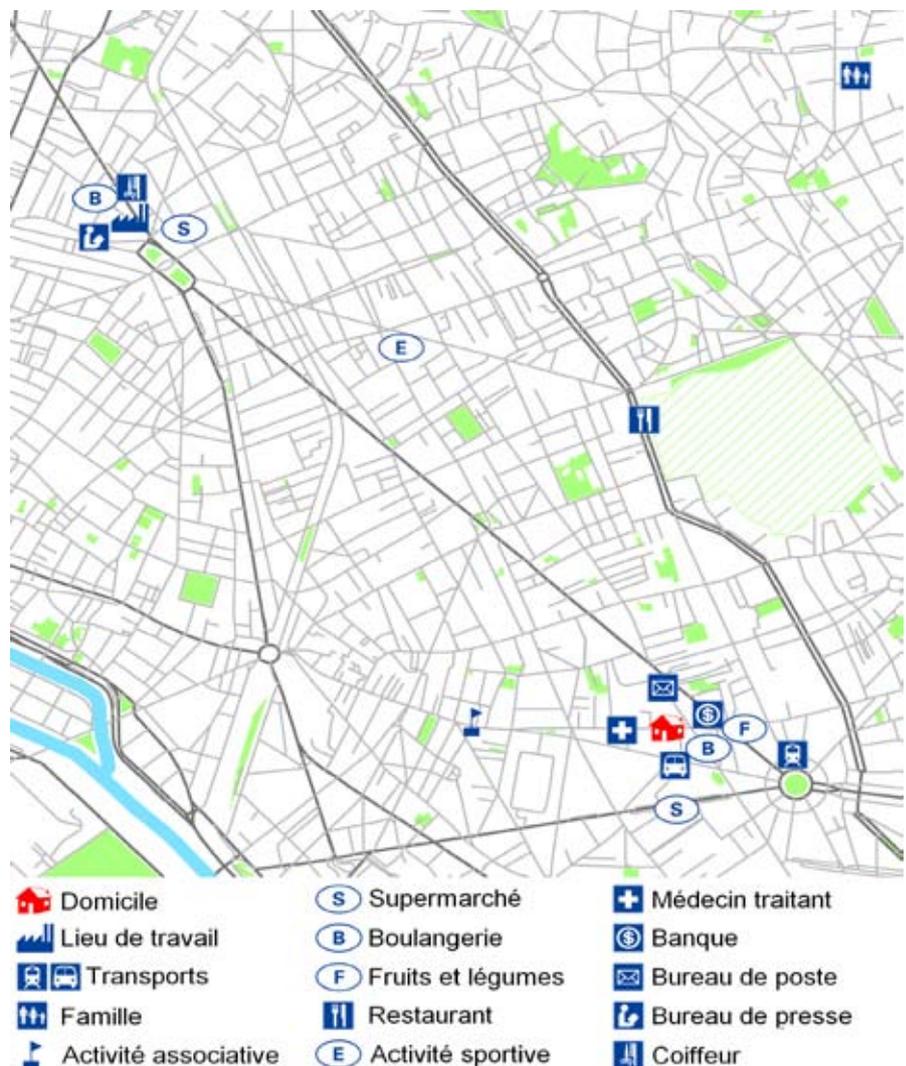
ple du poids qu'ils jugent idéal ou acceptable pour eux) et les perceptions qu'ils ont de leurs capacités (notamment d'influer sur leur poids) ;

- les perceptions que les individus ont des conditions extérieures, contraignantes ou facilitantes (incluant le regard des autres et les normes qu'ils véhiculent, notamment au sein du quartier de résidence) ;
- les valeurs (poids idéal) et les intentions qui en découlent (poids cible) ;
- et la propension à planifier des changements et les stratégies de contrôle mobilisées.

L'objectif sera d'intégrer ces dimensions psychologiques et cognitives dans nos modèles théoriques et analytiques des effets des environnements géographiques de vie sur la santé. Par exemple, l'environnement socio-économique et les relations sociales au sein des quartiers sont susceptibles d'influer sur ces facteurs psychologiques et cognitifs, qui contribuent ainsi peut-être, au-delà des ressources ou expositions environnementales, à la genèse des disparités d'obésité et d'hypertension artérielle entre quartiers favorisés et défavorisés. Il s'agira d'évaluer la contribution respective des facteurs psychologiques-cognitifs et environnementaux à la construction des inégalités socio-spatiales de risque métabolique.

Au total, les données collectées lors de la seconde vague de l'Étude RECORD devraient permettre de mieux comprendre comment les multiples environnements géographiques de vie influent sur la santé des personnes et son évolution au cours du temps.

Figure n°2 : Le réseau des destinations régulières d'une personne contribue à définir son espace d'activité



Modes de recours aux soins des participants : des disparités sociales et socio-spatiales ?

Une des hypothèses à l'origine du projet RECORD est que les populations défavorisées pourraient être soumises à un double niveau de risque : d'une part à une incidence accrue de différents problèmes de santé et d'autre part à la moins bonne prise en charge de ces problèmes par le système de soins. Pour tester ce dernier aspect, il est important d'étudier les disparités de recours au dépistage, de consultation des professionnels de santé et d'accès aux traitements qui existent en fonction des caractéristiques sociales des individus et de leur contexte de résidence.

Pour ce faire, les données du SNIIR-AM (système d'information de l'Assurance Maladie) ont été obtenues pour chacun des participants de l'Etude RECORD, après autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Nous profitons de cette lettre d'information pour remercier chaleureusement la CNAM-TS pour son soutien financier dans ce travail. Nous exprimons par ailleurs notre reconnaissance à la Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques (DSES) de cet organisme pour nous avoir permis d'accéder aux données, et au Dr. Alain Weill pour son expertise dans leur exploitation.

L'objectif des analyses rapportées ci-dessous est de décrire les habitudes générales d'utilisation de la médecine de ville des participants de l'étude, en préparation de nos travaux sur les recours aux soins relatifs à l'hypertension artérielle ou aux dyslipidémies. Afin de tenir compte des besoins de santé, l'ensemble des analyses (sauf résultats descriptifs) tiennent compte de différentes variables de santé : santé perçue, troubles du sommeil, score d'antécédents personnels de maladies, surpoids ou obésité, hypertension artérielle, dyslipidémie et diabète.

Déclaration du médecin traitant

Quant au fait d'avoir un médecin traitant, nous avons créé une variable binaire combinant les personnes qui avaient consulté leur médecin traitant ou bénéficié de soins dans le cadre du parcours coordonné l'année précédent l'inclusion et celles qui ont déclaré un médecin traitant lors de l'examen.



Au total, 91% des personnes avaient un médecin traitant selon cette définition. Une analyse statistique tenant simultanément compte des différentes caractéristiques des personnes suggère que l'âge, le sexe, le statut de cohabitation, le revenu du ménage et le niveau d'instruction moyen des résidents du quartier étaient associés au fait d'avoir un médecin traitant.

Les hommes ainsi que les personnes qui ne vivaient pas en couple avaient moins fréquemment déclaré un médecin traitant. Ainsi que l'indique le Tableau, divisant les participants en 4 groupes en fonction du revenu, le pourcentage de déclaration était inférieur de 1,5 point, 1,5 point et 4,0 points dans les 3 groupes qui avaient un revenu de plus en plus élevé, par rapport au groupe à faible revenu (après avoir tenu compte des autres facteurs).

De même, le taux de déclaration du médecin traitant diminuait légèrement à mesure qu'augmentait la proportion des habitants du quartier de résidence ayant un niveau d'instruction supérieur à BAC+2 (avec des pourcentages de déclaration de 1,1 point, 3,6 points et 3,3 points inférieurs dans les 3 groupes de quartiers au niveau d'instruction de plus en plus élevé, comparés aux quartiers au niveau d'instruction le plus faible).

Tableau : Synthèse des associations identifiées entre les différents facteurs socio-économiques et le recours aux médecins sur 12 mois (les effets sur une même ligne sont estimés toutes choses égales par ailleurs après ajustement sur les variables démographiques et de santé, et se cumulent les uns aux autres)

| | Pour les BAC+2 comparés aux sans diplôme | Pour les cadres comparés aux ouvriers | Pour les 25% des individus les plus favorisés comparés aux 25% des individus les moins favorisés en fonction... | | |
|---|--|---------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| | | | ... du revenu du ménage | ... du revenu médian du quartier | ... du niveau d'instruction du quartier |
| % ayant déclaré un médecin traitant | | | 4,0 points de % en moins | | 3,3 points de % en moins |
| Nombre total de consultations de médecins | | +24% | | | |
| Nombre de consultations de généralistes | -14% | | -7% | | -15% |
| Nombre de consultations de spécialistes | +15% | +49% | +14% | +19% | |
| Nombre de médecins différents consultés | | +23% | +19% | +11% | |

Au total, aux niveaux individuel et du quartier de résidence, un statut socio-économique plus élevé était donc associé à un moindre taux de déclaration.

Considérant les personnes qui avaient eu recours à leur médecin traitant dans l'année, nous avons retrouvé 91% de ces médecins dans la base du VISIAURIF Santé de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme d'Île-de-France. Selon ces données, 80% des participants avaient un médecin traitant ayant l'intégralité de son activité en libéral et 32% d'entre eux consultaient un médecin traitant ayant un droit au dépassement ou étant en honoraires libres.

Consultations d'omnipraticiens et de spécialistes

Nous nous sommes ensuite intéressés au nombre de consultations de médecins remboursées sur l'année passée (à la fois omnipraticiens et spécialistes). Le nombre moyen de consultations par individu sur 1 an était de 6,4.

Ainsi que l'indique le Tableau, après avoir tenu compte de l'âge, du sexe et du statut de cohabitation, les employés, les professions intermédiaires et plus particulièrement les cadres avaient un nombre de consultations supérieur aux ouvriers (environ 24% de consultations en plus pour les cadres après avoir tenu compte des facteurs associés).

Par ailleurs, les personnes nées hors de France métropolitaine avaient un nombre total de consultations sur 1 an inférieur à celui des personnes nées en France métropolitaine (respectivement 5,7 et 6,8 consultations en moyenne). Comme le montre la Figure, le nombre moyen de consultations était plus particulièrement diminué chez les personnes qui étaient nées dans un pays à faible niveau de développement humain selon la définition des Nations Unies (moins 27% après avoir tenu compte des autres facteurs).

Considérant les seules consultations d'omnipraticiens, une analyse statistique qui tenait compte des différents facteurs socio-démographiques et de santé a indiqué que le nombre de consultations était plus faible à la fois pour les personnes qui avaient un niveau d'instruction élevé (-14% comparées aux sans diplômes), pour les ménages à revenu élevé (-7% comparés aux ménages à revenu faible) et pour les personnes qui résidaient dans des quartiers à niveau d'instruction élevé (-15% comparées aux résidents des quartiers à faible niveau d'instruction), ces différents effets s'ajoutant les uns aux autres comme indiqué sur le Tableau.

Au contraire, le nombre de consultations de spécialistes sur 1 an augmentait régulièrement à la fois avec le niveau d'instruction individuel, avec le revenu du ménage et avec le niveau d'instruction moyen des résidents du quartier, et était nettement supérieur (+49%) chez les cadres que chez les ouvriers (voir Tableau). Au total, les pourcentages bruts de consultations de médecins réalisées auprès de spécialistes étaient de 38,4%, 43,9%, 47,0% et 51,2% dans les 4 groupes de quartiers au niveau de revenu croissant.

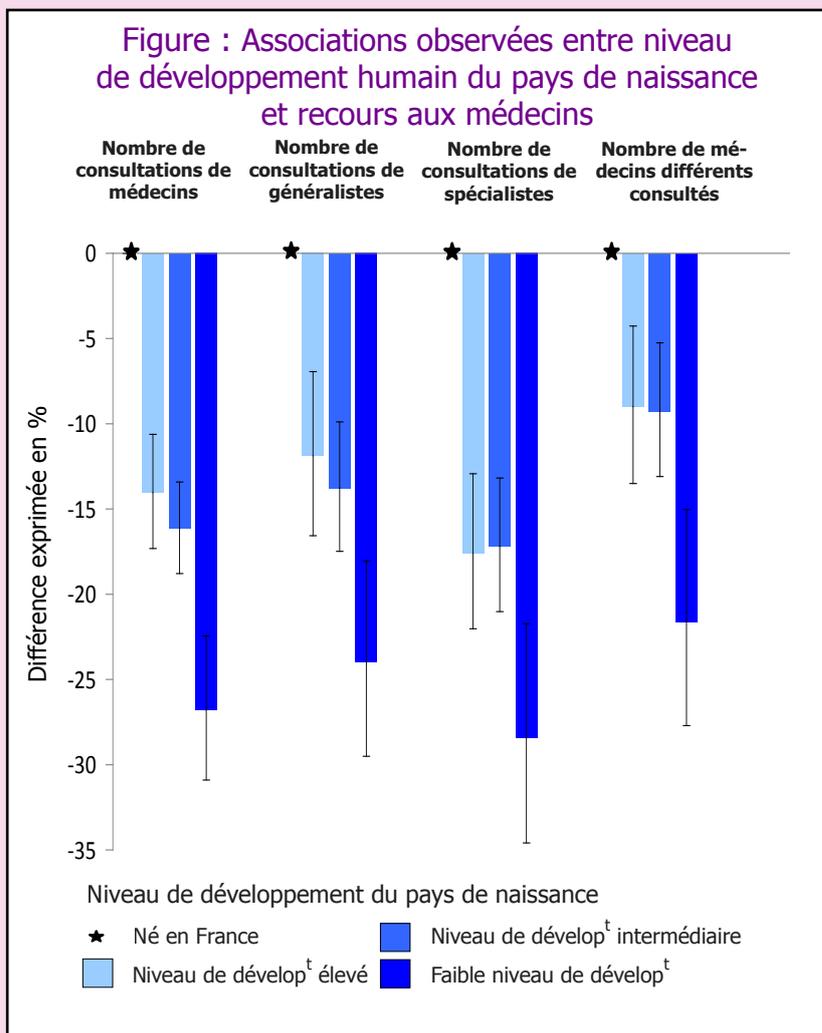
Par ailleurs, la Figure de cette double page montre que les personnes nées à l'étranger, y compris dans des pays à fort niveau de développement humain mais de façon encore plus marquée dans des pays à faible niveau de développement humain, avaient un nombre moindre de consultations, à la fois d'omnipraticiens et de spécialistes.

Nous nous sommes enfin intéressés, en tenant compte du numéro de chaque médecin,

au nombre de médecins différents que les participants avaient consultés dans l'année. Après avoir tenu compte de l'âge, du sexe et du statut de cohabitation, les professions intermédiaires, les cadres et les personnes de ménages à haut revenu avaient consulté un nombre de médecins différents plus important au cours de l'année passée (voir Tableau). Par exemple, les 4 groupes de ménages à revenu croissant avaient consulté 2,7 médecins, 3,1 médecins, 3,5 médecins et 3,7 médecins sur 1 an. Par ailleurs, les personnes nées à l'étranger, tout particulièrement mais pas seulement dans des pays à faible niveau de développement humain, avaient consulté moins de médecins différents (voir Figure). Au-delà des effets de caractéristiques individuelles, le nombre de médecins différents consultés augmentait également avec le revenu médian du quartier (étant de 11% supérieur dans le plus favorisé des 4 groupes de quartiers, comparé au plus défavorisé).

Au total, ce premier travail suggère que les populations défavorisées avaient plus fréquemment déclaré un médecin traitant. Par ailleurs, à besoins de santé équivalents, les populations à faible niveau d'instruction (identifiées au moyen d'indicateurs individuels et contextuels) et les ménages à faible revenu avaient un nombre de consultations de généralistes plus important. À l'inverse, une situation favorable sur les différents indicateurs socio-économiques (instruction, profession, revenu du ménage et du quartier de résidence) était associée, toutes choses égales par ailleurs, à un nombre plus élevé de consultations de spécialistes. Enfin, après avoir tenu compte des besoins de santé, les personnes nées hors de France, y compris dans des pays développés mais plus encore dans des pays sous-développés, avaient consulté moins de médecins sur 1 an, à la fois généralistes et spécialistes. Ce dernier résultat peut s'avérer préoccupant s'il traduit une véritable sous-consultation parmi les personnes nées à l'étranger.

Figure : Associations observées entre niveau de développement humain du pays de naissance et recours aux médecins



Les disparités socio-spatiales de santé bucco-dentaire et leurs déterminants comportementaux

Les maladies bucco-dentaires constituent un véritable problème de santé publique en raison de leur prévalence et des coûts qu'elles induisent. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé bucco-dentaire est une partie intégrante de l'état de santé général, essentielle au bien-être. En effet, une mauvaise santé orale peut impliquer des douleurs importantes, une détérioration de la qualité de vie et des déficiences fonctionnelles ou esthétiques, qui sont autant d'obstacles à la santé et au bien-être.

Des informations détaillées sur l'état bucco-dentaire ont été collectées au travers d'examen réalisés par des chirurgiens-dentistes sur 4123 participants de l'étude. Un problème important est que la plupart des participants qui avaient consulté un chirurgien-dentiste dans les 6 mois précédant le bilan de santé de recrutement ont été exclus de l'examen dentaire. Ce phénomène conduit à la sélection de participants spécifiques quant à l'état de santé bucco-dentaire, dont il faut tenir compte lors de l'interprétation des résultats.

Malgré le risque de biais, il a semblé pertinent d'analyser ces données en collaboration avec le Service d'Odontologie du Professeur Jean-Marie Vulcain du Centre Hospitalo-Universitaire de Rennes. En effet, les recherches dans la littérature scientifique nationale et internationale sur les inégalités sociales et socio-spatiales de santé bucco-dentaire restent très insuffisantes. Par ailleurs, il est relativement rare de disposer de données dentaires de qualité dans une cohorte où le profil social, les comportements de recours aux soins et les lieux de résidence des personnes sont précisément connus.

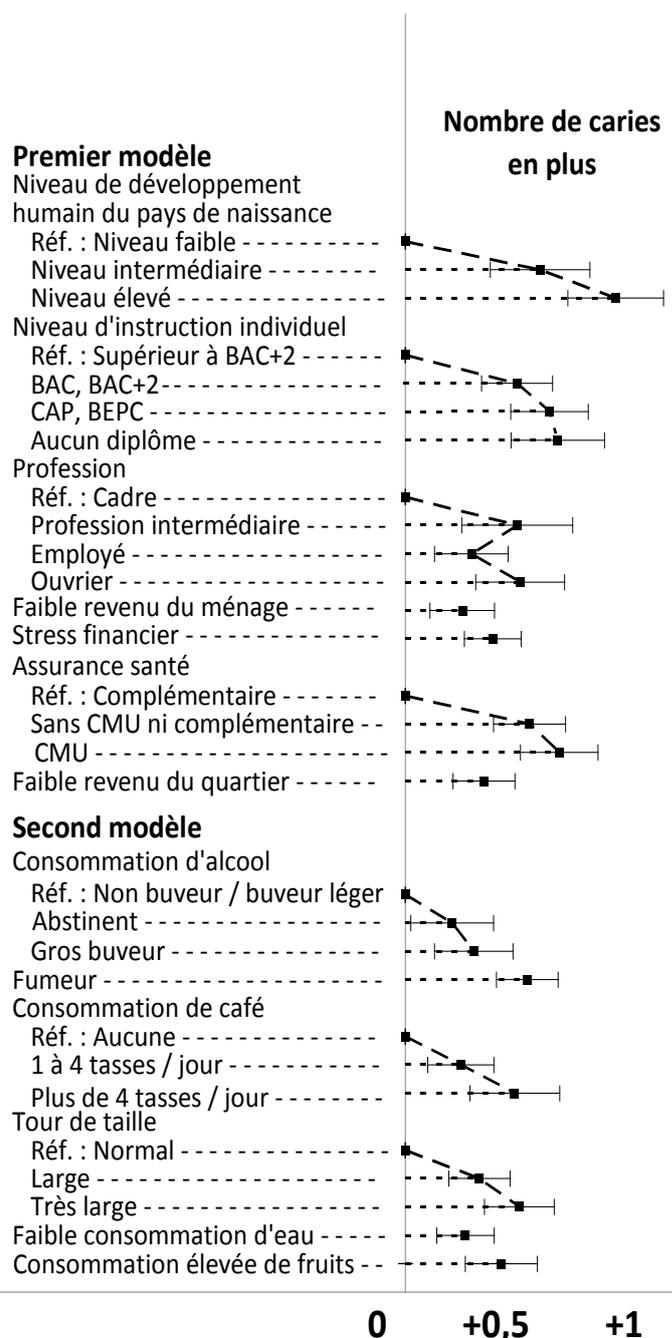
Facteurs socio-démographiques associés à la santé bucco-dentaire

Le présent travail s'intéresse au nombre de dents cariées non traitées recensées par les chirurgiens-dentistes au moment de l'examen. Une première étape a été d'identifier les différents facteurs démographiques et socio-économiques individuels qui étaient associés au nombre de dents cariées. Comme dans nos précédents



travaux, nous avons tenu compte de diverses variables socio-économiques individuelles complémentaires afin de décrire les disparités sociales de santé bucco-dentaire.

Figure : Principaux facteurs associés au nombre moyen de dents cariées dans l'Etude RECORD



Guide de lecture : Le nombre moyen de dents cariées était plus élevé de 0,8 chez les personnes qui n'avaient aucun diplôme que chez celles qui avaient un diplôme supérieur à BAC+2. Les différents effets se cumulent les uns aux autres. Le second modèle inclut également les facteurs socio-démographiques.

Comme l'indique la Figure, après avoir tenu compte de l'âge, du sexe et du statut de cohabitation, différents facteurs socio-économiques étaient associés à l'état bucco-dentaire. Toutes choses égales par ailleurs, le nombre de dents cariées par personne était plus élevé chez les personnes à faible niveau d'instruction et chez les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers que chez les cadres. Par ailleurs, le nombre de dents cariées était supérieur chez les personnes de ménages à revenu faible et chez les personnes qui rapportaient des difficultés financières importantes.

Nous avons également examiné si le niveau socio-économique du quartier de résidence était associé au nombre de dents cariées. Après avoir tenu compte des variables individuelles, le nombre de dents cariées par individu était légèrement plus élevé dans les quartiers à faible revenu.

Afin de quantifier les disparités sociales globales de santé bucco-dentaire, nous avons ensuite cherché à additionner les effets associés aux différentes variables socio-économiques individuelles et contextuelles. Une telle analyse montre que le nombre de dents cariées par personne était en moyenne supérieur de 0,6, 1,1 et 1,7 dans les 3 groupes de population de plus en plus défavorisés, comparés au groupe le plus favorisé.

Après avoir tenu compte des différentes variables démographiques et socio-économiques, le nombre de dents cariées par individu variait également en fonction du pays de naissance ou de la zone géographique de naissance. Ainsi, les personnes qui étaient nées (i) en Afrique du Nord, (ii) en Afrique Subsaharienne ou Australe ou (iii) en Asie avaient en moyenne 0,3, 0,6 et 0,4 dent cariée de moins, respectivement, que les participants qui étaient nés en France métropolitaine. De leur côté, les participants nés dans d'autres pays d'Europe ou dans les Caraïbes avaient un état de santé bucco-dentaire comparable aux participants nés en métropole.

Dans une analyse supplémentaire, nous avons examiné si le niveau de développement humain du pays de naissance permettait d'expliquer les disparités de santé bucco-dentaire observées en fonction de la zone géographique de naissance. Par rapport aux personnes qui étaient nées dans des pays à faible niveau de développement humain, les participants qui étaient nés dans des pays à niveau de développement humain intermédiaire avaient en moyenne 0,5 dent cariée de plus, et ceux qui étaient nés dans des pays à niveau de développement humain élevé avaient en moyenne 0,8 dent cariée de plus. Un tel résultat est potentiellement dû à des habitudes alimentaires différentes des participants en fonction de leur origine géographique. De tels effets du niveau de développement humain du pays de naissance expliquaient intégralement les différences d'état bucco-dentaire documentées en fonction de la zone géographique de naissance.



Mécanismes contribuant aux disparités sociales d'état bucco-dentaire

Dans une seconde partie du travail, nous avons examiné si différents comportements de santé ou facteurs de risque permettaient de rendre compte des disparités de santé bucco-dentaire observées en fonction du niveau socio-économique ou du pays de naissance des participants. Les analyses ont montré que les personnes qui fumaient, celles qui avaient une consommation élevée d'alcool et celles qui avaient une consommation élevée de café avaient un nombre de dents cariées en moyenne plus élevé. Par ailleurs, plus de dents cariées ont également été observées chez les participants qui rapportaient une consommation élevée de fruits (une relation peut-être en partie imputable à l'acidité de ces derniers) et chez ceux qui buvaient moins d'un demi-litre d'eau par jour. Enfin, le nombre de dents cariées par individu augmentait de façon régulière avec le tour de taille des participants.

Nous avons trouvé que ces comportements de santé et facteurs de risque ne permettaient d'expliquer que près de 20% des différences du nombre de dents cariées qui existaient entre participants favorisés et défavorisés. Par ailleurs, les différents comportements de santé et facteurs de risque permettaient d'expliquer 37% des disparités du nombre de dents cariées observées entre personnes nées dans des pays à faible niveau de développement humain et fort niveau de développement humain. Des analyses supplémentaires suggèrent que la consommation de tabac était le principal contributeur à ces différences du nombre de dents cariées identifiées en fonction du niveau socio-économique ou du pays de naissance des personnes (une telle consommation étant plus fréquente chez les personnes défavorisées et chez les personnes nées dans des pays à fort niveau de développement humain).

Suite à ces premières analyses, nos travaux suivants examineront si les disparités de recours aux chirurgiens-dentistes contribuent ou non aux inégalités sociales de santé bucco-dentaire.



Informations à destination des participants

« J'ai été enquêté - quels sont mes droits ? »

L'Etude RECORD a été approuvée par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). L'identité des participants reste strictement confidentielle. La loi « Informatique et libertés » garantit quatre grands droits aux personnes ayant communiqué des données personnelles et nominatives archivées sur support informatique : le droit à l'information, le droit d'opposition, le droit d'accès et le droit de rectification. Ceux qui souhaitent faire valoir ces droits peuvent nous joindre par téléphone ou courrier électronique aux coordonnées fournies ci-dessous.

La suite de l'Etude RECORD

Avec le soutien de la CPAM de Paris et de la CNAM-TS, nous commençons à ré-inviter l'ensemble des participants de l'étude à un second examen de santé et à une seconde vague d'enquête, dans le cadre d'une collaboration étroite entre l'UMR-S 707 et le Centre d'Investigations Préventives et Cliniques de Paris. En plus des informations fournies aux pages 2 et 3 de la présente lettre, les participants de l'étude ont reçu, en pièce jointe à cet envoi, un courrier les informant des modalités pratiques de la seconde vague de l'étude.

« Et si je déménage, que dois-je faire ? »

En cas de déménagement, nous remercions les participants de nous communiquer leur nouvelle adresse et leurs nouvelles coordonnées postales et téléphoniques. Le site internet de l'étude (www.record-study.org) permet également aux participants de nous faire part d'un déménagement. Ces informations serviront à contacter les participants pour les inviter au bilan de santé de la seconde vague de l'étude qui va débiter.

Comment nous contacter ?

Par téléphone : 01 44 73 86 64. Par courrier électronique : record@record-study.org.

Par courrier : Etude RECORD, Inserm U707, Faculté Saint-Antoine, 27 rue Chaligny, 75012 Paris.

Retrouvez la Cohorte RECORD sur internet : www.record-study.org

Le site internet dédié à la Cohorte RECORD continue à fournir des informations régulièrement actualisées sur l'étude, et notamment sur les divers projets en cours et sur les dernières publications réalisées. Bienvenue à tous sur www.record-study.org !

REMERCIEMENTS

Remerciements aux financeurs

Nous remercions tout particulièrement les institutions nationales et franciliennes suivantes pour leur soutien financier sans lequel l'Etude RECORD n'aurait pu voir le jour et ne pourrait se poursuivre : l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), les Ministères de la Santé et de la Recherche, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris (CPAM-P), l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France, la Ville de Paris, l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale d'Île-de-France (DRJSCS) et le Conseil Régional d'Île-de-France (DIM SEnT).

Autres remerciements

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee) pour le soutien reçu dans le géocodage des participants de l'étude et pour l'accès à différentes bases de données (nos remerciements vont tout particulièrement à Pascale Breuil et Jean-Luc Lipatz). Nous remercions également Danièle Mischlich de l'ARS d'Île-de-France et Nathalie Catajar et Muriel Hirt de la DRJSCS d'Île-de-France pour leur suivi du projet. Nous exprimons notre reconnaissance à la DSES de la CNAM-TS pour son soutien dans l'accès aux données du SNIIR-AM et à Alain Weill pour ses conseils dans l'exploitation des données. Nos remerciements vont enfin à Géoconcept pour nous avoir permis d'utiliser le logiciel Universal Geocoder et à l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme d'Île-de-France (IAU-IdF, Michel Hénin) pour les données utilisées dans le cadre du présent numéro de la lettre d'information.

Groupe RECORD



Basile Chaix

Epidémiologiste,
Chercheur
Inserm,
responsable de
l'Etude RECORD



Sabrina Havard

Epidémiologiste,
Post-doctorante
Inserm



Cinira Leal

Epidémiologiste,
Doctorante
Inserm-UPMC-
EHESP



Noëlla Karusisi

Epidémiologiste,
Doctorante
Inserm-UPMC



Julie Burban

Chirurgien-dentiste,
Doctorante
Inserm-UPMC



Nathalie Baudet

Statisticienne,
Ingénieure d'études
Inserm



Karima Labadi

Coordnatrice
opérationnelle,
Ingénieure d'études
Inserm

Les partenaires du Centre d'Investigations Préventives et Cliniques

Bertrand Jégo
Directeur Général

Frédérique Thomas-Jean
Epidémiologiste/Statisticienne

Bruno Pannier
Responsable du Service Recherche

Kathy Bean
Responsable des Etudes

Les partenaires de l'Université de Montréal



Yan Kestens

Géographe de la santé,
Chercheur
Université de Montréal



Camille Perchoux

Géographe de la santé,
Doctorante
Université de Montréal-
UPMC