

というようなことが、わかった。このように、同じ人たちを対象にしたコーホート調査を行うことによって、そういった物ごとの連鎖がよくみえてきた（資料9ページ）。

3. 調査結果のいくつかの事例

2005年の調査結果からとくに医療ケアに関してどういったことが言えるのかをみておきたい。この結果は、国立保健医療研究所チームとの密接な協力体制の下に出されたものである。

ここでは、例として、はじめに、健康状態の地域格差と医療受診の地域格差の関連をみていくが、とくに例として肥満を採り上げてみよう。とくに、居住地区における医療受診と社会への参加の問題とのあいだに関連があることを見出すだろう。

もう一つは、医療受診と居住地区での社会的な参加の関係について検討したい。これについては、女性のがん検診を取り上げて論じていく。女性の行動範囲とがん検診率の関係、近隣地区における社会的なつながりの有無と受診拒否との関係、近隣地区における社会的なつながりと乳がん検診との関係をみたい。限られた時間で調査の全ての結果を示すことはできないが、その概要を地区ごとにみていきたい。

3つ目には、医療ケアを受ける頻度の問題、診察を受けに行く医療施設、有病率に関してみておきたい。これらにおいては、居住地ごとに格差があるか、収入にもとづく格差があるのかという点が重要である。また、もし身近な人のなかに医療関係者が居ればそういう人に必要に応じて相談することができるが、居住地区内に医療についての相談のリソースがあるかどうかという問題にも関係している。そういった相談を受けられる人の割合は、ZUSと呼ばれる脆弱都市地区では28.4%であるのに対して、中流あるいは上流タイプの地区になると41.7%と高い比率になっている。

4. 肥満と地域間格差

資料12ページのグラフは、肥満の有病率を示している。左からZUS地区、労働者居住地区、中流および上流階層居住地区を示している。赤で示された指数が、体重オーバー、いわゆる肥満を示している。肥満は、貧しい地区では13~14%になるが、裕福な地区では6.6%と半分以下になっている。資料13ページの上には、男性、女性の肥満率が示されている。また、下に示したように、フランス人に比べて外国人の方は、肥満率が2倍高くなっていることがわかる。さらに、肥満は収入レベルと非常に相関関係があることがわかる。貧しい世帯の人の16.9%が肥満であるのに対して、収入がある程度高い人たちの場合は3.8%に下がっている。

資料14ページは、地区レベル・モデルの一つの例である。青の部分は個人レベルの要因の様々なデータであり、黄色の所が文脈的な要因である。まず、個人的な要因だけを考慮したデータを見ると、歳をとるほど肥満になる可能性が高くなる。教育水準も有意となっており、高学歴者には肥満は少ない。また、運動不足も肥満に影響を与えている。そして喫煙では、過去に喫煙をしていた人に肥満傾向がある。

文脈的な要因では、世帯の平均年収が高いほど肥満リスクはだんだんと低くなっている。こ

の調査から、貧しい地区の方で肥満リスクが高いことが明らかとなり、我々はその地区の文脈的特性に関心を持つようになった。例えば、食品店や衣料品店までの自宅からの平均距離、ファストフードのレストランが、その地区にどれぐらいあるかということ（フランスではファストフード・レストランは普通のレストランよりも良くないとみられている）、近隣に商業施設やサービス施設があるかといった点から考察を行った。この分析手法は、アメリカで行われた研究を基にして、これらの要素を考えたわけだが、近隣にこうした施設があり移動距離が短いほど、肉体的努力をしなくてよいわけで、肥満リスクが高まる（資料 15 ページ）。

4. 医療受診と居住地区への社会的な参加

次に、地区における医療ケアの提供のあり方の特徴と、社会的な交流の場としての地区の特性が、それぞれの地区の特性をつくりだしていることに注目したい。ここでは、そうした観点について考えたい（資料 17 ページ）。

医療ケアの提供のあり方は、①その地区にどういった医療施設があるかという点や、②予防医療キャンペーンが実施されているかどうかとか、③各地区に住民に健康についてのアドバイスのできる学校の先生、ソーシャルワーカーの専門員などなんらかのアドバイスができる人が居るかどうかということと関係している。また、④その地区の交通手段が整備されているかどうかも重要である。すなわち、医療ケアを受ける場合に、非常に長い距離を移動しなければならないのか、その地区の近くで面倒を見て貰える病院があるかどうかという点と関係している。これら 4 つが、地域における医療提供のあり方を特徴づけている。

次に、地区が一つの社会的な交流を取り結ぶ場となっているかどうかという点も重要である。こうした場の有無をみることによって、医療に関しての規範と価値観を地区に暮らす各個人が内面化できるかどうかを知ることができるし、その地区が医療ケアに関して何らかの将来的な方向性を検討しているのかという点も知ることができる。このため、この社会的な交流を取り結ぶ場の存在を分析した。

これに関連して、もう一つ重要なのは、その地区の特性と個人の特性との相互作用という点である。個々人がその地区にどのように受け容れられ、地区の一員となっているかということが、非常に重要な要素である。個人的特性と地区の特性との相互作用を通して、病気の早期発見、例えば子宮頸がんの早期健診などが、どのような地区内の活動と関係しているかをみてみた。

5. 行動範囲と検診

ところで、この調査は、医療受診と人々の行動範囲・居住地特性との関係について、3 つの点（女性のがん検診受診と行動範囲の関連、女性のがん検診受診と居住地区の文脈的效果の関連、地区特性と受診のあきらめ）について、それぞれ検討を行った（資料 18 ページ以降）。

行動範囲

一つの居住圏に閉じ込められている人、そこから動けない人は、医師が居るところが遠いので、なかなかその医者に掛かることができないということもある。他方、街のほぼ中央に暮らしていて移動しやすい人は行動範囲が非常に広いかもしれず、医療に掛かりやすいかもしれない。それから、自分の社会的な環境の中に閉じこもることなく、他の階層の人にも会うし、それによって健康に対する規範が影響を受けるとことがある。

また、自分の居住区を出る、出れば出るだけ、その居住区が課している制約、たとえば医師が居ないとか、経済的な制約を乗り越えることがしやすくなる。行動範囲に関するこういった様々な変数を構築して調査を進めるわけですが、これにあたってはアンケートで「以下の行動をあなたはどこで行いますか」という質問項目を設ける。どの場所でどのような行動がどのぐらいの頻度で起こるかという質問をする。これにもとづいて、「行動範囲変数」というものを構築する。自分の地区、居住区内、居住区外、あるいは半々とかの選択肢ができる。例えば、食品を買うのは、54%の人は自分の居住区の中ですしている。主に居住区外でそれをする人は24%という結果が得られた。それから、カフェ、喫茶店やレストランに行く場合は、自分の居住区内という人が16%、居住区外という人が20%、半々が47%、あるいはそういうことはしないという人が16%、こういう回答が得られた。この行動範囲スコアを通して、どのぐらいの空間を利用しているかがわかる。このスコアによれば、10%の人は、「自分たちの活動は自分たちの居住区だけです」ということがわかった。

その他、マルチレベルのロジスティック分析を行うと、次のような結果が出ている（資料20ページ）。第1に、外国籍の外国人は、フランス人よりも居住区に閉じこもる率が高い。これは、教育レベルが低い人は外国人に多いが、教育レベルが低いことによって活動圏が自分の居住区に限定されてしまう可能性が高くなることによる。それから、退職者、あるいは仕事がない人も、やはり同じような制約を受ける。そして20年以上、同じ居住区に住んでいるということで、同じような傾向を示すことになる。

それから、地区レベルということで、居住区に関する特徴を加えることができる。貧しい地区ほど住民は自分の居住区に閉じこもってしまう傾向があるが、裕福な居住区においても住民は同じ傾向を示している。つまり、その居住区には、お店もあり、必要なものをわざわざ貧しい地区に出かけて買いに行くことは必要ないということもあるかも知れない。そういう意味で、上流の地区に住んでいる人も、同じように自分の居住区に閉じこもるリスクが高いわけです。

女性のがん検診受診と行動範囲の関連

資料21ページのデータは、女性に「子宮頸がんの検診を2年ごとに受けますか」と聞いている。この2段目の数値ですが、行動範囲が居住地区に限定されている人では、この検診を受けていない人が31%である。それから乳がん検診を受けていない人が36.5%となっている。つまり、子宮頸がん検診や乳がん検診を受けない人についての想定リスクが、自分の居住区に閉じこもっている人において高いということがわかる。

女性のがん検診受診と居住地区の文脈的効果の関連

次に概略的な説明であるが、これらのがん検診は、女性の行動範囲とあわせて、居住地区の特性と相関関係があることをみておきたい。

子宮頸がん検診を受けていない人についてみると（資料 23 ページ）、行動範囲を限定している女性、それから世帯所得が低い貧しい女性ほど、検診を受けないリスクが高くなっている。これに対し、行動範囲が広い女性は、このリスクは 1/3 ぐらいに減っている。つまり貧しい所に住んでいるということで、検診を受けないリスクが高まる。なぜそうなるのかといえば、貧しい地区に住んでいるためにあまり外に出掛けなくなり、そういうことで、この検診を受けないリスクが高くなると言えるわけである。したがって、検診受診率の高さに対する居住地区の特性の影響は、その地区特性が規定している住民の行動範囲の広さによって決まるといえるだろう。

それから、こういった子宮頸がんとか乳がんの検診では、医療に掛かることについての地区の文脈的な効果はどれぐらいあるのだろうか。医師の分布は、ほとんど影響がない。しかしながら、居住地区がもつ社会経済的な特徴が大きな要因であったということが、子宮頸がんと乳がんの検診の調査で、同様にみることができた。

6. 近隣地区における社会的つながりと医療ケアの受診

近隣地区における社会的つながり

次に、近隣地区における社会的なつながりについてみていきたい（資料 25・26 ページ）。これがあるか否かと、医療に掛かるか掛からないかとの関係が問われている。この医療ケアの受診あるいは健康と、社会的サポート、社会的支援や社会的なつながりには、相関関係があると言われている。この社会的支援とは、「何か困った時に頼れる誰かがいるか」ということであり、「物質的あるいは経済的に頼れる人がいるか」という質問にあたる。具体的な支援者は、世帯内、同じ家族、子どもや両親、親類、あるいは友人、同僚、近所の人を指す。この質問で「頼れる人がいる」と答えた人が 73%、そのうちの 34.7%が自分の同じ世帯の一員にあげ、近所の人に頼るとした人は 3%にすぎなかった。

それから、「日常生活で何かちょっとしたことを頼めるか」の問いに対して、「頼める」と答えた人が 85.7%で、同じ世帯の成員という人が 51.8%、近所の人と回答した人が 25.5%となっていた。また、「精神的あるいは感情的な支援を与えてくれる人がいるか」という質問では、「いる」が 91.5%となっている。

地区類型でみると、裕福な地域に暮らしている人は、「何か困った時に頼れる人が居る」と答える人の比率が高いが、貧しい地域ではそうはならない。総合的にみて、17%近くの人が経済的な理由で、医療に掛かるのを諦めてしまっている。

地区特性と受診のあきらかめ

資料 28 ページは、調査自前 12 か月の間で経済的理由により治療を受けるのをあきらめた人の割合を、非常に困難を抱えている ZUS 地区、ZUS ではない労働者類型の地区、中間および上流階層地区について示したものである。また、どのような医療を受けるのをあきらめたかを示している。29 ページの表は、この治療を受けるのを諦めた要因に関連した指標、すなわち収入、健康保険加入状況などをその個人の変数と調整して ZUS 地区とそれ以外の地区別で見たのである。地区内に社会的な支援をしてくれる人がいるかいないかは、それほど関係していない。しかし、孤立感が強い人ほど、治療をあきらめてしまうことが明らかになっている。また、近隣者との関係の質も、医療を諦めてしまうかそうではないかに影響を及ぼしている。

社会的つながりと乳がん検診

31・32 ページの最後の分析ケースは、乳がんと社会的つながりとの関係を示している。この乳がんは、フランスでは、そもそも女性において最も多いがんである。経済的な理由によって検診を受けることができない人が多くいたことから、フランスでは 2004 年から乳がんについて無料検診が行われるようになった。しかしながら、それでも 6.5% の人がこの検診を受けないでいる。つまり、社会的なつながりが弱い人が、受けないでいるということがわかった。もちろんこの社会的なつながりの弱さもあるが、高齢や教育水準の低さといった個人的要因を抱えている人ほど、検診を受けないというリスクが高くなっている。それから、健康保険に入っていないという要因も大きく、健康保険に入っていない人は入っている人に比べて 4 倍ぐらい受けない率が高くなっている。

それから、身近な人とのコンタクトの有無も、受診に関連している。例えば身近な人とコンタクトが 3 日に 1 回あるいはそれ以上の人では受診しない人の割合が 5.2% であり、それ以下のコンタクト回数の人では 17.2% と高くなっている。

いろいろなモデルにこの社会的な関係に関する変数を投入したが、それらはあまり影響がみられなかった。しかしながら、ここではこの身近の人とのタクトの頻度という変数が、非常に大きな要因として作用していることがわかった。

結論として

これまでみてきたように、いろいろな医療ケアの受診においては、地域における社会的な支援があるかないか、身近な人とのコンタクトの頻度の多さなどが影響していることがわかった。こういった様々な社会的な統合の側面が、人々の医療ケアに対する態度に影響していることを検討しなければならない。このことは病気予防（検診の受診）についても言えるが、人々に病気予防をしてもらうには、人々が自分の将来を展望する必要があるし、そのことが自己を評価することにもつながると思われる。そして、将来は特定の誰かに頼って、自分の健康を守ろうと考えるかも知れない。

また、その居住区の中には、なかなかそういうスペシャリストがいない。しかしながら、身

近な人が、医療機関まで車に乗せて行ってくれる、あるいはその交通費を払ってくれることがあれば、それを受け入れ、医療ケアを受けることを考えるようになるだろう。そういう意味で、医療を受けることは、経済的な要因だけによって決まるのではなく、自分が医療ケアとどういう関係を構築していくのかということと、大きく関係している。そして、これは、結局のところ、社会にどのように統合されるかということと関係していると思う。

Inégalités de santé et de recours aux soins dans l'agglomération parisienne

Analyses issues de la cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures
Sociales) Ile-de-France

Université de la ville d'Osaka
4 mars 2013

Isabelle Parizot
CNRS, CMH, Equipe ERIS / Inserm, U707, Equipe DS3 – isabelle.parizot@ens.fr

Constats et paradoxes

- **Les inégalités sociales et de santé restent fortes, voire s'aggravent... mais comment les expliquer ?**
 - un constat posé depuis longtemps
 - des catégories d'étude qui ont montré leurs limites
- **Des connaissances détaillées des situations socio-sanitaires des personnes repérées comme « précaires »... mais dans l'ensemble de la population ?**
 - Des liens entre conditions de vie, intégration et ruptures sociales, santé et recours aux soins
- **Des phénomènes de ségrégation spatiale et des inégalités géographiques... mais quels liens ?**
 - Polarisation socio-spatiale dans les grandes métropoles

Le programme de recherche SIRS

Problématique et hypothèses

Approfondir l'étude des inégalités sociales...

- **Situations objectives & subjectives**
 - Les expériences vécues
 - Situations sociales
 - Trajectoires de santé
 - Trajectoires de soins
- **L'insertion sociale**
 - Différentes sphères de socialisation
 - Le lien social : « compter pour » et « compter sur »
 - Intensité et ruptures des liens sociaux
- **Les facteurs contextuels**
 - Inégalités territoriales
 - Effets de contexte / effets de composition
 - Impact des caractéristiques contextuelles sur les associations individuelles
- **Une approche longitudinale**
 - Enchaînements dans le temps...

3

Le programme de recherche SIRS

Historique

- **2000-2002 :**
 - Constitution de l'équipe de recherche
 - Elaboration de la problématique et de la méthodologie
 - Pré-enquête dans 5 Zones Urbaines Sensibles
 - Échantillon aléatoire ; 525 adultes enquêtés en face-à-face
 - Ined, Inserm, Cnrs – Onpes
- **2003 :**
 - Enquête à Antananarivo**
 - Échantillon aléatoire ; 2807 adultes enquêtés en face-à-face
 - Couplage avec l'Enquête Emploi et l'Enquête 1-2-3
 - IRD (Dial), Instat
 - Enquête à Varsovie**
 - Échantillon aléatoire ; 2000 adultes enquêtés en face-à-face
 - Pré-enquête à Paris 20^{ème} (« quartiers Politique de la Ville »)**
 - Échantillon aléatoire ; 889 personnes de 18 ans et plus
 - Inserm, Cnrs – Préfecture de Paris, DIV

4

Le programme de recherche SIRS

Historique

- **2005 :**
 - Mise en place de la cohorte francilienne**
 - Échantillon aléatoire ;
 - 3023 personnes de 18 ans et plus, francophones
 - Enquête en face-à-face à domicile
 - Questionnaire d'1h00
 - FSE, Inserm, DIV, Ministère de la santé, Conseil Régional, Mairie de Paris...

- **2007 :**
 - 2^{ème} vague d'enquête francilienne**
 - Par téléphone
 - Questionnaire de 20 minutes
 - 70% des personnes ré-interrogées
 - 8% ont refusé de répondre
 - 3% n'ont pas pu être retrouvées

5

Le programme de recherche SIRS

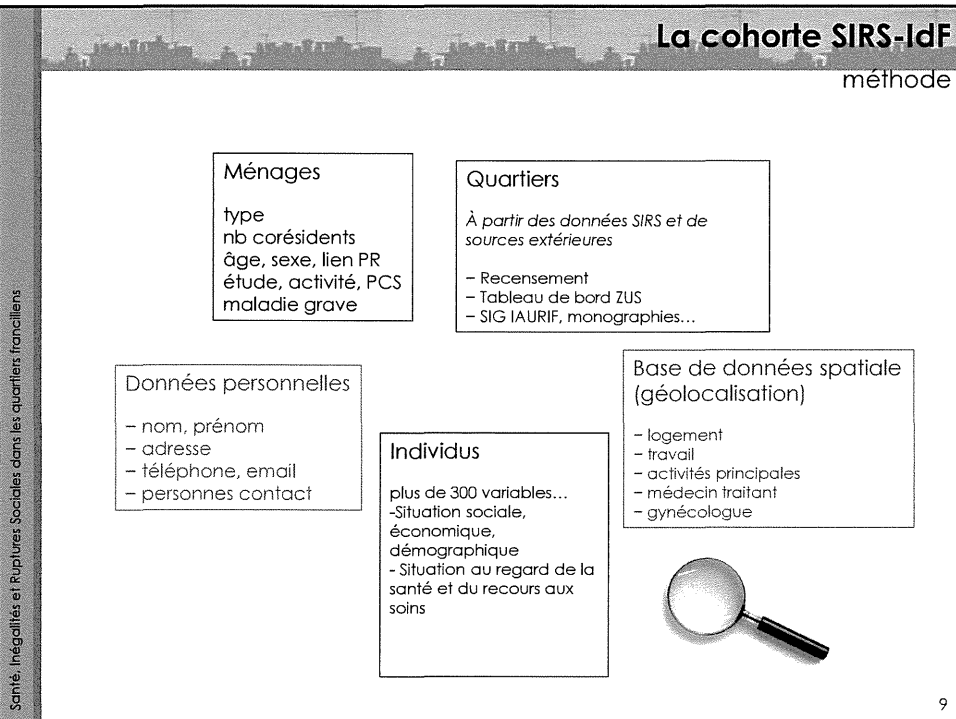
Historique

- **2009-2010 :**
 - Enquête à Osaka**

 - Enquête à São Paulo**

 - 3^{ème} vague d'enquête francilienne**
 - En face-à-face
 - Questionnaire d'1h15
 - Complémenté par un questionnaire auto-administré
 - 3000 personnes interrogées
 - Environ 50% de la cohorte initiale a pu être réinterrogée
 - Échantillon complémentaire tiré aléatoirement
 - ANR, IRESP, ANRS, DIV, INCA, Mairie de Paris...

6



- Quelques exemples de résultats**
- Santé, Inégalités et Ruptures Sociales dans les quartiers franciliens
- **Des inégalités territoriales de santé et de recours aux soins**
 - Exemple de l'obésité
 - **Recours aux soins et insertion dans le quartier de résidence**
 - Quelques hypothèses
 - Espace d'activité et dépistage gynécologique
 - Liens sociaux dans le voisinage et renoncement aux soins
 - Liens sociaux dans le voisinage et mammographie
- 10

Inégalités territoriales de santé

Existence de nombreuses disparités de santé et de recours aux soins entre quartiers

En termes de fréquence et type des recours, de lieux de consultation, etc.

En termes de prévalence des problèmes de santé comme en termes de santé ressentie

En termes de ressources à disposition

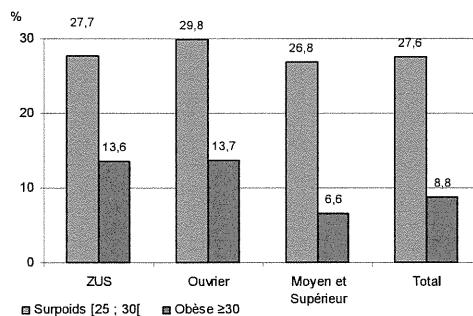
ex. présence dans l'entourage d'un proche travaillant dans le milieu médical et à qui demander conseil en cas de besoin : 28,4% dans les ZUS / 41,7% dans les quartiers moyens ou supérieurs.

- Exemple de l'obésité

L'obésité

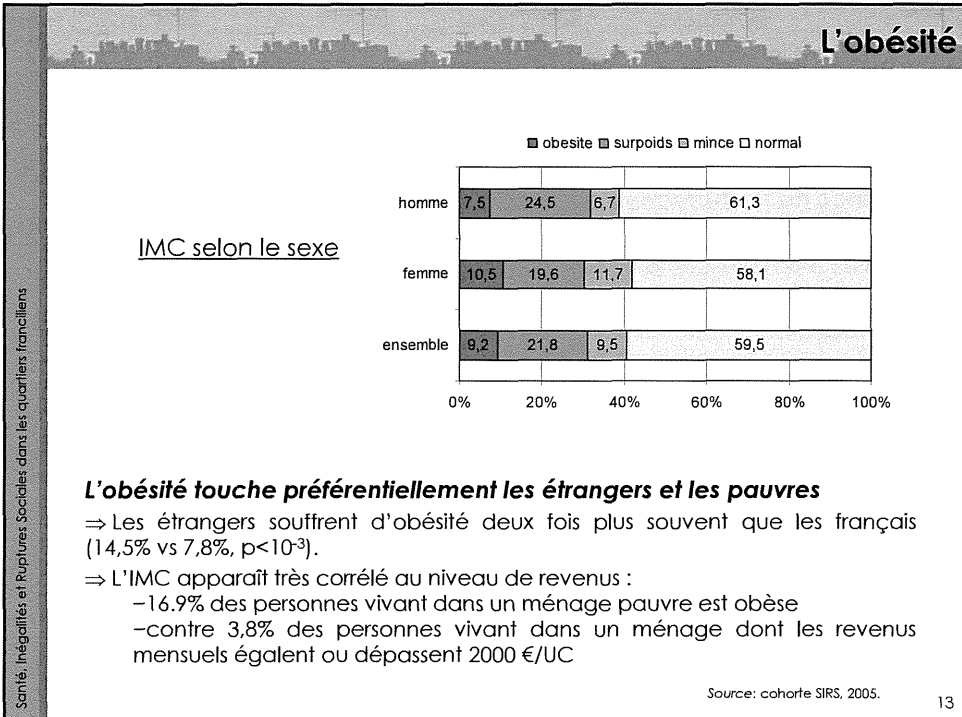
- 1 Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le quartier de résidence

Prévalence selon le type de quartier



Prévalence de l'obésité selon le niveau socio-économique du quartier

- 15,1% d'obèses dans les quartiers pauvres (1^{er} quartile)
- 6,2% dans les quartiers aisés (4^{ème} quartile)



L'obésité

② Facteurs sociaux et contextuels de l'obésité (1)

		Modèle vide	Modèle 1 ORa [IC 95%	Modèle 2 ORa [IC 95 %]
Sexe	masculin	-	1	1
	féminin	-	1,12 [0,86-1,46]	1,15 [0,88-1,50]
Age	<30	-	1	1
	30-44	-	2,01 [1,20-3,36]	2,01 [1,20-3,37]
	45-59	-	3,58 [2,14-5,98]	3,61 [2,17-6,04]
	>60	-	4,20 [2,45-7,19]	4,44 [2,60-7,60]
Revenus / UC	1er quartile	-	1	1
	2eme quartile	-	0,98 [0,71 -1,34]	1,01 [0,74 -1,39]
	3eme quartile	-	0,60 [0,41 -0,87]	0,67 [0,46 -0,97]
	4eme quartile	-	0,57 [0,36-0,89]	0,67 [0,42-1,00]
Niveau d'éducation	primaire	-	1	1
	secondaire	-	1,02 [0,73-1,42]	1,04 [0,74-1,45]
	supérieur	-	0,57 [0,37-0,87]	0,62 [0,40-0,96]
Activité physique	oui	-	1	1
	non	-	2,23 [1,61-3,08]	2,20 [1,59-3,03]
Statut tabagique	fumeur	-	1	1
	jamais fumeur	-	1,44 [1,04-1,98]	1,14 [1,02-1,94]
	ex-fumeur	-	1,71 [1,20-2,44]	1,74 [1,22-2,48]
Revenu moyen annuel des ménages du quartier	1er quartile	-	-	1
	2eme quartile	-	-	0,79 [0,53-1,18]
	3eme quartile	-	-	0,50 [0,32-0,80]
	4eme quartile	-	-	0,43 [0,26-0,71]
Odds Ratio Moyen		1,70	1,50	1,38

14

② Facteurs sociaux et contextuels de l'obésité (2)

		OR*	IC 95%
Niveau d'éducation moyen du quartier	5ème quintile	1	
	1er quintile	2,87	(1,58–5,21)
Distance moyenne aux magasins alimentaires de détail ¹	1er quintile	1	
	5ème quintile	2,09	(1,24–3,54)
Proportion de restauration rapide parmi les restaurants ²	1er quintile	1	
	5ème quintile	1,80	(1,10–2,93)
Nombre de commerces et services de voisinage ³	5ème quintile	1	
	1er quintile	1,91	(1,09–3,32)
Sentiment d'insécurité ⁴	1er quintile	1	
	5ème quintile	2,69	(1,51–4,81)

¹ Moyenne des distances à la boulangerie, la boucherie et la poissonnerie les plus proches

² Dans un rayon de 500 m

³ Nombre de commerces et services dans un rayon de 500 m (36 types: banques, commerces de détail, supermarchés, pharmacies, salons de coiffure, cinémas, postes, médecins libéraux, etc.)

^{1,3} Sources: BPE et SIRENE, Insee, 2004 et 2005.

⁴ Effet aléatoire au niveau quartier du modèle multiniveau (individus, quartiers) correspondant.

Recours aux soins et insertion dans le quartier de résidence

Existence de nombreuses disparités de recours aux soins entre quartiers

En termes de fréquence et type des recours, de lieux de consultation, etc.

- Reflet de la composition des quartiers et des inégalités sociales en matière de recours aux soins...

Ex. pour certains types de recours, l'effet quartier n'apparaît plus après prise en compte des caractéristiques individuelles

- ... mais aussi des caractéristiques des quartiers

- **Caractéristiques du quartier**

Caractéristiques de l'offre médicale locale

- densité, types de praticiens, horaires, attitudes des praticiens...
- campagnes de prévention localisées
- présence d'acteurs participant à l'orientation dans le système sanitaire
- moyens de transports dans le quartier...

Quartier comme lieu de sociabilité où se construit le rapport à soi et aux autres, en tant que lieu d'intériorisation de normes et valeurs, d'élaboration d'un rapport à l'avenir...

- Comportements de santé des autres habitants, ...
- Relations dans le quartier
 - Cf. isolement social
 - Cf. diffusion des normes

Interactions entre les caractéristiques individuelles et les caractéristiques du quartier

modes d'insertion dans le quartier (sociabilité, activité, ancienneté, ...)

modalités de définition de soi à travers le quartier

Exemple de « l'espace d'activité »

17

Espace d'activité et dépistage

Julie Vallée & al., *Health & Place* 2010

Quelques hypothèses

- Etudier les inégalités de recours aux soins en intégrant la densité médicale...
- ... mais aussi l'espace de mobilité (« activity space »)
= l'espace où se concentrent les activités quotidiennes (domestiques, sociales, professionnelles)
- Hypothèses : Un espace étendu de mobilité pourrait faciliter les recours aux soins :
 - en réduisant les distances aux services de santé
 - en diversifiant les interactions sociales
 - En rendant moins sensible à l'influence du quartier de résidence (s'affranchir de certaines contraintes du quartier)

18

Espace d'activité et dépistage

Données utilisées pour construire la variable « espace d'activité »

Lorsque vous, personnellement, faites les activités suivantes, à quel endroit cela se passe-t-il le plus souvent ?	Principalement dans le quartier	Principalement hors du quartier	Moitié/moitié	Vous ne le faites pas
Faire les courses alimentaires	54 %	24 %	19 %	2 %
Utiliser les services tels que la banque, la poste	61 %	14 %	24 %	1 %
Aller au café, au restaurant	16 %	20 %	47 %	16 %
Se promener	25 %	34 %	36 %	5 %
Rencontrer des amis	16 %	38 %	41 %	5 %

Santé, Inégalités et Ruptures Sociales dans les quartiers franciliens

19

Un espace d'activités restreint pour qui ?

- 10% des franciliens restreignent leurs activités à leur seul quartier de résidence
- *Analyse logistique multiniveaux*
≠ facteurs associés à une mobilité restreinte :
 - être de nationalité étrangère
 - avoir un faible niveau d'éducation
 - vivre dans un ménage à faible revenu
 - être retraité ou à la maison
 - vivre dans un quartier
 - aisé
 - avec une forte densité de commerces
- Effet contraire de la pauvreté
Pauvreté de l'individu → Mobilité - -
Pauvreté du quartier → Mobilité + +

Espace de mobilité restreint au quartier (n=3023) Odds Ratio (IC 95 %)

	Odds Ratio (IC 95 %)
Genre (/ hommes)	
Femmes	0.79 (0.60-1.04)
Age (/ ≥ 60 ans)	
18 -29 ans	1.59 (0.82-3.06)
30 -44 ans	1.14 (0.62-2.10)
45 - 59 ans	1.10 (0.65-1.88)
Origine (/ français de parents français)	
Français avec un parent étranger	1.18 (0.82-1.71)
Étranger	1.55 (1.04-2.30)
Niveau d'éducation (/ Supérieur)	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	1.37 (0.93-2.01)
Secondaire 1 ^{er} cycle	1.40 (0.93-2.11)
Aucun ou primaire	1.76 (1.08-2.85)
Revenu du ménage (par UC) (/ riche)	
Intermédiaire	1.07 (0.74-1.55)
Pauvre	1.77 (1.16-2.68)
Occupation professionnelle (/ actif occupé)	
Sans emploi	1.31 (0.82-2.11)
Retraité	2.28 (1.31-3.97)
A la maison	1.76 (1.10-2.80)
Étudiant	0.34 (0.12-0.92)
Durée de résidence dans le quartier (/ <20 ans)	
≥ 20 ans	1.46 (1.06-2.02)
Moy. revenus des ménages par UC (/pauvre)	
Intermédiaire	1.67 (0.88-3.20)
Riche	3.32 (1.72-6.42)
Densité de commerces par km² (/ faible)	
Intermédiaire	1.88 (1.06-3.33)
Forte	2.27 (1.29-3.99)

Santé, Inégalités et Ruptures Sociales dans les quartiers franciliens

20

Espace d'activité et dépistage

	Pas de frottis du col de l'utérus depuis 2 ans	Pas de mammographie depuis 2 ans
Femmes avec un espace de mobilité + large que le quartier	23,4% (n= 1620)	20% (n= 655)
Femmes avec un espace de mobilité restreint au quartier	31,3% (n=154)	36,5% (n=86)
Toutes femmes	24,2% (n=1774)	22,1% (n=741)
	$p=0,07$	$p=0,004$

Après ajustement sur caractéristiques individuelles & contextuelles, les femmes avec un espace de mobilité restreint ont

1,5 fois plus de risque de ne pas être à jour dans leur frottis du col de l'utérus

1,9 fois plus de risque de ne pas être à jour dans leur mammographie

Non dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 2 dernières années (modèles multiniveau)

Modèle 1 (Odds Ratio IC 95%)

<i>Age</i>		<i>Revenus (par UC)</i>	
18-29 ans	2.11 (1.43-3.10)*	Elevé	ref
30-44 ans	ref	Moyen	1.42 (1.01-2.00)*
45-59 ans	1.35 (0.95-1.94)	Faible	1.43 (0.97-2.10)
60 ans ou +	4.87 (2.87-8.29)*	<i>Statut professionnel</i>	
<i>Nationalité / origine</i>		Travail	ref
Français de parents français	ref	Chômage	0.87 (0.55-1.37)
Français de parent étranger	1.32 (0.97-1.81)	Retraite	1.18 (0.71-1.96)
Etranger	1.85 (1.27-2.70)*	Autre inactif	1.23 (0.81-1.85)
<i>Niveau d'éducation</i>		Etudiant	2.70 (1.54-4.74)*
Supérieur	ref	<i>Vie de couple</i>	
Secondaire 2ème cycle	1.17 (0.84-1.64)	Oui	ref
Secondaire 1er cycle	1.42 (0.99-2.03)	Non	1.64 (1.28-2.11)*
Aucun ou primaire	1.51 (0.99-2.30)	<i>Limitations fonctionnelles sévères</i>	
<i>Couverture maladie</i>		Non	ref
Sécu + complémentaire (ou 100%)	ref	Oui	1.59 (1.03-2.44)*
AME ou CMU complémentaire	1.32 (0.83-2.10)	<i>Espace d'activité centré sur le quartier</i>	
Sécu seule	2.67 (1.79-3.95)*	Score (0 à 1)	1.46 (0.91-2.33)
Aucune	5.46 (1.51-19.79)*		
Variance inter-quartier 0.0396 (0.048)			

Espace d'activité et dépistage

Interaction entre espace d'activité et effet du contexte résidentiel sur le recours au frottis

Pas de frottis du col de l'utérus depuis 2 ans Après ajustement sur l'âge, l'origine, la situation professionnelle, la couverture maladie et la vie en couple	Femmes avec un espace de mobilité <u>restreint</u> n=154	Femmes avec un espace de mobilité <u>large</u> n=1620
	OR (IC 95 %)	
<u>Moy. revenus fiscaux des ménages par UC (/ riche)</u>		
Intermédiaire	1.80 (0.68-4.75)	1.58 (1.14-2.18)
Pauvre	5.30 (1.49-18.8)	1.93 (1.36-2.74)

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

L'effet contextuel est nettement plus fort pour les femmes qui ont un espace de mobilité restreint

Espace d'activité et dépistage

Après ajustement sur variables individuelles, effet contextuel sur les recours aux soins de prévention ?

- **Densité médicale** (nb. médecins généralistes + gynécologues / hb.)
→ non significative
- **Profil socio-économique du quartier** (moy. revenus fiscaux des ménages) :

Ne pas être à jour pour le frottis :

Riche	ref.
Intermédiaire	1.38 (1.02-1.87)
Pauvre	1.72 (1.23-2.42)

Ne pas être à jour pour la mammographie :

Riche	ref.
Pauvre	1.75 (1.17-2.60)

Liens sociaux dans le voisinage et recours aux soins

- Support social, soutien social, liens sociaux... en lien avec de nombreux comportements liés à la santé
Littérature en grand développement
- Exemple du renoncement aux soins
- Exemple de la mammographie

25

Soutien social potentiel

En cas de besoin, est-ce que vous pourriez compter sur qu'un pour...

Oui	Membres du ménage	Enfants/parents (hors ménage)	Autres membres de la famille	Amis, collègues	Voisins
... vous aider financièrement ou matériellement (nourriture, vêtements, etc.) ?					
73.0 %	34.7 %	46.8 %	38.6 %	32.1 %	3.0 %
... vous aidez dans la vie quotidienne, vous donner un coup de main ? (vous aider à vous rendre quelque part, pour quelques menus travaux chez vous, garder vos enfants, etc.)					
85.7 %	51.8 %	48.7 %	44.0 %	62.9 %	25.5 %
... vous apporter un soutien moral ou affectif ?					
91.5 %	58.7 %	59.0 %	52.9 %	73.2 %	15.0 %

26

Soutien social potentiel

En cas de besoin, est-ce que vous pourriez compter sur qu'un pour...

Oui	Membres du ménage	Enfants/parents (hors ménage)	Autres membres de la famille	Amis, collègues	Voisins
... vous aider financièrement ou matériellement (nourriture, vêtements, etc.) ?					
73.0 %	34.7 %	46.8 %	38.6 %	32.1 %	3.0 %
... vous aidez dans la vie quotidienne, vous donner un coup de main ? (vous aider à vous rendre quelque part, pour quelques menus travaux chez vous, garder vos enfants, etc.)					
85.7 %	51.8 %	48.7 %	44.0 %	62.9 %	25.5 %
... vous apporter un soutien moral ou affectif ?					
91.5 %	58.7 %	59.0 %	52.9 %	73.2 %	15.0 %

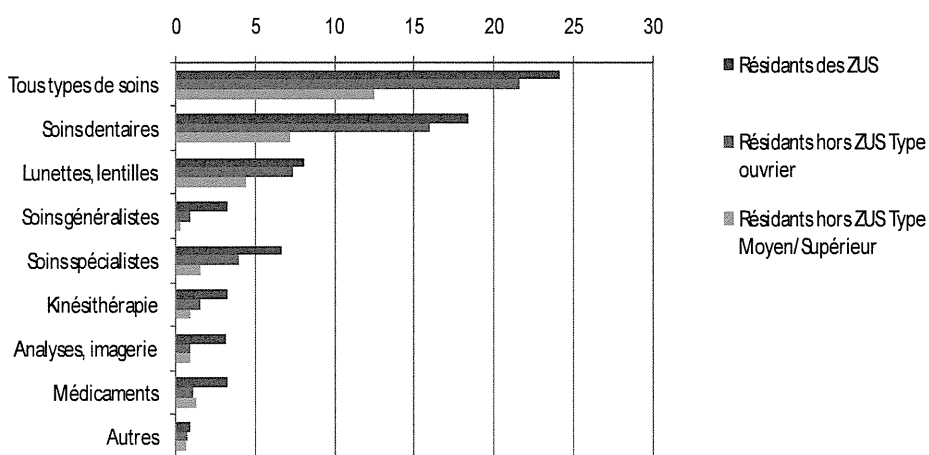
	Non ZUS	ZUS	Total	p
Aide financière ou matérielle	2,9 %	3,7 %	3,0 %	NS
vie quotidienne, coup de main	26,4 %	20,1 %	25,5 %	<10 ⁻³
Soutien moral	15,5 %	12,3 %	15,0 %	0.047
Au moins une de ces aides	30,0 %	23,4 %	29,0 %	0.003

Santé, Inégalités et Ruptures Sociales dans les quartiers franciliens

27

Liens sociaux et renoncement aux soins

Au total, 16,9%, en 2005, avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des 12 mois précédents



28