HAL
open science

Les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé en soins primaires : données de l'étude e-TAC

Charlotte Rychen

To cite this version:

Charlotte Rychen. Les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé en soins primaires : données de l'étude e-TAC. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01679112

HAL Id: dumas-01679112

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01679112

Submitted on 9 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année: 2017 Thèse N° 229

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline: MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 2017
Par **Charlotte RYCHEN**
née le 22 Avril 1987 à Aurillac (15)

LES MALADIES CHRONIQUES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN SOINS PRIMAIRES. DONNÉES DE L'ÉTUDE e-TAC

Directeur de thèse
Madame le Docteur Shérazade KINOUANI

Jury

Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Président
Docteur Christophe ADAM	Rapporteur
Docteur Yves MONTARIOL	Juge
Docteur Géraldine VANDERSNICKT	Juge
Docteur Shérazade KINOUANI	Juge

REMERCIEMENTS

À notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX
Médecin généraliste
Professeur Émérite
Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux
Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance la plus sincère et de notre profond respect.

À nos membres du Jury,

Monsieur le Docteur Christophe ADAM
Médecin généraliste
Maître de conférences associé
Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux
Vous nous faites l'honneur d'évaluer et de vous prononcer sur l'intérêt de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude la plus sincère.

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL
Médecin généraliste
Maître de conférences associé
Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux
Vous nous faites l'honneur de participer au jury de notre travail. Soyez assuré de toute notre reconnaissance.

Madame le Docteur Géraldine VANDERSNICKT
Médecin généraliste
Addictologue
Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de toute notre reconnaissance.

Madame le Docteur Shérazade KINOUANI
Médecin généraliste
Assistante Universitaire associée
Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux
Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet, de m'avoir dirigée de façon rigoureuse tout au long de cette thèse et de m'avoir fait confiance. Ta disponibilité, ta patience et ton aide précieuse ont permis l'aboutissement de ce travail. Je t'en suis extrêmement reconnaissante et espère ne pas te décevoir.

À ma famille,

À Raphaël,
Merci de m'avoir aidée, soutenue et encouragée tout au long de ce travail.
Pour tout le bonheur que tu m'apportes, merci de partager ma vie.
Avec tout mon amour, merci.

À Juliette, notre magnifique petite fille, qui nous comble de joie toujours plus chaque jour, et qui m'a laissé le temps de mettre le point final de cette thèse à la maternité avant de venir au monde !

À mes parents,
Merci pour tout ce que vous faites pour nous et de nous avoir toujours soutenus et encouragés dans nos études.

À mes sœurs Anne- So et Carole, à mon frère, Arnaud, pour notre complicité. Merci d'avoir été présents de près ou de loin pendant ces longues études.
À Yvan et ses bons plans Monop', Fannie et Julien.
À Constance, Edouard, Joseph, Suzanne, Auguste, Edgar, et la future nouvelle cousine !

À Bonne-Maman pour son amour.

À Véro et Jan, Adèle et Kéwin, les retrouvailles en famille sont toujours un plaisir.

À ceux partis trop tôt.

À toute ma Belle Famille, pour leur accueil chaleureux et leur bienveillance.

À mes amis,

À mes cop's d'am : Elsa, Béné et Lucas. Merci pour tous ces moments partagés avec vous ! Aux apéros au Derrière qui ont rythmés notre vie Clermontoise.

À mes amis d'Auvergne : Pierre, Valentine, Baptiste, Marine, Pierre, Pauline, Julie, Dimitri, Jacques. Et à toute la nouvelle génération !

Aux amis Bordelais : Hélène, Floflo et Swann (à nos futures promenades au parc Vinet !), Guigui, Sam, Pierre et Roxane, Alix, Ophélie, Antoine, Anne-So, Annabelle, Leïla, Anne-Laure, Xavier et Marie, Clément et Pauline, Camille, Claire et Clément, Mikaël, Clément, Anne-Sophie, Audrey.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Modèle de la commission des déterminants sociaux de la santé. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. OMS. 2008. 18

Figure 2 : Répartition en % des patients dans l'étude e-TAC selon l'âge, n=473..... 29

Tableau I : description des patients inclus dans l'étude e-TAC, n=473..... 30

Tableau II : description de la dépendance probable au tabac dans l'étude e-TAC en fonction de sa fréquence d'usage chez les fumeurs actuels, n=207. 32

Tableau III : Prévalence des maladies chroniques dans l'étude e-TAC, n=473 34

Tableau IV : Relation entre la présence d'HTA et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473 35

Tableau V : Relation entre la présence d'asthme et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473 36

Tableau VI : relation entre la présence de maladies respiratoires autres que l'asthme et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473..... 37

Tableau VII : relation entre la présence d'une dépendance probable au tabac et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473 39

Tableau VIII : relation entre la présence d'une dépendance probable au tabac et la situation sociale dans l'étude e-TAC après ajustement, n=473 40

Tableau IX : relation entre la présence probable d'un mésusage d'alcool et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473 41

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de longue durée
***AUDIT-C** : Alcohol Use Disorders Identification Test*
APA : *American Psychiatric Association*
API : Alcoolisation ponctuelle importante
ARS : Agence régionale de santé
ASV : Ateliers santé ville
AVC : Accident vasculaire cérébral
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive
CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche sur la Santé
CDS : *Cigarette Dependance Scale*
CMG : Collège de médecine général
CMU : Couverture maladie universelle
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP : Comité de protection des personnes
CSP : Catégorie socio-professionnelle
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres en Santé
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
HTA : Hypertension artérielle
IMG : Interne de médecine générale
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
ISS : Inégalités sociales de santé
MNT : Maladies non transmissibles
MSU : Maître de stage Universitaire
NHIS : *National Health Interview Survey*
OMS : Organisation mondiale de la santé
PRAPS : Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
SIRS : Santé, inégalités et ruptures sociales
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 2
TABLE DES ILLUSTRATIONS 4
LISTE DES ABRÉVIATIONS 5
TABLE DES MATIÈRES 6
INTRODUCTION 10
I. LES MALADIES CHRONIQUES 10
I.1. Généralités 10
I.1.1. Définition d'une maladie chronique 10
I.1.2. État des lieux dans le monde 10
I.1.3. État des lieux en France 11
I.2. Les maladies cardiovasculaires 11
I.2.1.Définition 11
I.2.2. Les chiffres 11
I.2.2.1. Dans le monde 11
I.2.2.2. En France 12
I.3. L'Hypertension artérielle (HTA) 12
I.3.1. Définition 12
I.3.2. Les chiffres 12
I.3.2.1. Dans le monde 12
I.3.2.2. En France 12
I.4. Les maladies respiratoires chroniques 12
I.4.1. Définition 12
I.4.2. Les chiffres 13
I.4.2.1. Dans le monde 13
I.4.2.2. En France 13
I.5. L'Asthme 13
I.5.1. Définition 13

I.5.2. Les chiffres 13
I.5.2.1. Dans le monde 13
I.5.2.2. En France 13
I.6. L'addiction à l'alcool 13
I.6.1. Définition 13
I.6.2. Conséquences et complications 14
I.6.3. Les chiffres 14
I.6.3.1. Dans le monde 14
I.6.3.2. En France 14
I.6.4. Evolution des consommations 14
I.7. L'addiction au tabac 15
I.7.1. Définition 15
I.7.2. Les conséquences et les complications 15
I.7.3. Les chiffres 15
I.7.3.1. Dans le monde 15
I.7.3.2. En France 16
II. LES INÉGALITES SOCIALES DE SANTÉ 16
II.1. Définition de la santé 16
II.2. Définition de la précarité 16
II.3. Définition des inégalités sociales de santé 17
II.4. Les déterminants des inégalités sociales de santé 17
II.5. Historique et état des lieux des inégalités sociales de santé dans le monde 18
II.6. Historique et état des lieux des inégalités sociales de santé en France 19
III. LIENS ENTRE LES ISS ET LES MALADIES CHRONIQUES 19
III.1. Généralités 19
III.2. ISS et maladies cardiovasculaires 20
III.3. ISS et HTA 21
III.4. ISS et maladies respiratoires chroniques 21
III.5. ISS et asthme 21

III.6. ISS et troubles de l'usage d'alcool 21
III.7. ISS et consommation de tabac 22
HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS 24
MATÉRIELS ET MÉTHODE 25
I. SCHÉMA D'ÉTUDE 25
II. POPULATION ÉTUDIÉE ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ 25
II.1. Population cible 25
II.2. Population source 25
II.3. Échantillon 25
II.4. Critères d'éligibilité 25
II.4.1. Critères d'inclusion 25
II.4.2. Critères de non-inclusion 26
III. RECUEIL DES DONNÉES 26
III.1. Recueil 26
III.2 Mesures étudiées 26
IV. ANALYSE DES DONNÉES 27
V. MON IMPLICATION PERSONNELLE 27
RÉSULTATS 29
I. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON 29
II. LA DÉPENDANCE AU TABAC 31
III. LE MÉSUSAGE D'ALCOOL 33
IV. LES AUTRES MALADIES CHRONIQUES 33
V. RELATION ENTRE LES INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES ET LES MALADIES CHRONIQUES 34
V.1. L'HTA et les autres maladies cardiovasculaires 34
V.2. L'asthme 34
V.3. Les autres maladies respiratoires 34
V.4. La dépendance probable au tabac 38
V.5. Le mésusage probable d'alcool 38
DISCUSSION 42

I. RÉSULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE 42
II. FORCES DE L'ÉTUDE 42
III. LIMITES DE L'ÉTUDE 43
III.1. Population 43
III.2. Méthodes 43
III.3. Résultats 44
IV. COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC LA LITTÉRATURE 44
IV.1. Résultats principaux 44
IV.2. Résultats secondaires 45
CONCLUSION 47
RÉFÉRENCES 49
ANNEXES 61
I. ANNEXE 1 : AUTO-QUESTIONNAIRE PAPIER DE L'ÉTUDE *e*-TAC 61
SERMENT D'HIPPOCRATE 71
ABSTRACT 72
RÉSUMÉ 73

INTRODUCTION

I. LES MALADIES CHRONIQUES

I.1. Généralités

I.1.1. Définition d'une maladie chronique

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une maladie chronique est une « affection de longue durée (ALD) (ancienneté minimale de trois mois) qui, en règle générale, évolue lentement » (1). C'est une maladie avec atteinte physique, psychologique et/ou cognitive, la plupart du temps non guérissable. La maladie chronique a un retentissement sur la qualité de vie sociale et professionnelle (2).
Les maladies chroniques sont le fruit de l'interaction entre des facteurs de risque modifiables (alimentation, sédentarité, tabagisme, etc.), d'autres non modifiables (âge, génétique) et des déterminants de santé socioéconomiques, environnementaux, culturels et politiques (3). Leur fréquence augmente avec l'âge et elles se cumulent souvent chez une même personne âgée (état poly-pathologique) (4).

I.1.2. État des lieux dans le monde

Les maladies chroniques ou maladies non transmissibles (MNT) sont un problème mondial de santé publique du XXIème siècle (5–7). Elles sont responsables d'une part croissante de la morbi-mortalité mondiale. Elles étaient à l'origine de 68 % des décès en 2015 (56,4 millions), représentant la première cause de mortalité (7,8).
Les principales maladies en cause sont les maladies cardiovasculaires (48 %), les cancers (21 %), les maladies respiratoires (12 %), le diabète (3,5 %) et les troubles neuropsychiatriques. La plupart des cas de maladies chroniques sont attribuables aux facteurs de risque suivants : tabac, alcool, obésité et hypertension artérielle (HTA). Les maladies chroniques surviennent de plus en plus tôt au cours de la vie (5,7). Plus de 40 % des décès liés aux maladies chroniques sont prématurés (avant 65 ans). La majorité de ces décès sont évitables (7). Près de 80 % des décès dus aux maladies chroniques sont survenus dans des pays à revenu faible ou moyen (7,9,10). L'incidence de ces maladies augmente rapidement dans les populations les plus défavorisées. En 2014, l'accroissement le plus marqué était constaté en Afrique (27 %) et en Méditerranée Orientale (25 %) (7).
Au cours de la période 2011-2015, la perte annuelle mondiale liée aux principales maladies chroniques a été estimée à environ 500 milliards de dollars. Les maladies cardiovasculaires, y compris l'HTA, représentaient près de la moitié de ce coût (11). Selon les projections de l'OMS, le nombre annuel de décès dus aux maladies chroniques atteindrait 55 millions d'ici 2030 si rien ne change et les pertes économiques cumulées atteindraient 7000 milliards de dollars (7,10).

L'OMS appelle à continuer de donner la priorité à la lutte contre les MNT, en accordant une attention particulière aux pays en développement. Les MNT sont en augmentation rapide, elles ont des effets dévastateurs sur la santé, le développement socioéconomique et elles ralentissent la réduction de la pauvreté. L'OMS incite aussi à une réorientation de la prise en charge des maladies chroniques. Elle recommande des politiques de santé prenant en

compte les maladies chroniques dans leur globalité, et non par pathologie (7,12,13). Dans cette réorganisation, les soins de santé primaires devraient avoir une grande place (14).

I.1.3. État des lieux en France

En France, les maladies chroniques touchaient 20 % de la population (15 millions de personnes) en 2010. Elles étaient une des principales causes de handicap. Elles étaient responsables de 60 % de la mortalité, dont la moitié avant 70 ans (2,15,16). Il existe une augmentation continue de la prévalence des maladies chroniques. Elles sont devenues une cause majeure de morbidité, plus que les maladies aiguës. Ce renversement s'appelle la transition épidémiologique (2). On entend par transition épidémiologique le phénomène de recul des décès par maladies infectieuses au détriment des décès par maladies chroniques ou accidents. Ce concept a été introduit en 1971 par Abdel Omran (17).
En France, le coût de la prise en charge des maladies chroniques représenterait plus de 70 % des dépenses de santé. Ces dépenses sont respectivement pour l'HTA de 7 millions d'euros ; pour l'asthme de 3,5 millions d'euros ; pour la bronchite chronique de 3 millions d'euros ; pour le diabète de 2,5 millions d'euros ; pour le cancer de 700 000 euros (2,18).

D'après le Collège de la médecine générale (CMG), ce seraient majoritairement les généralistes qui prennent en charge les maladies chroniques en France : 90 % des HTA, 80 % des maladies coronariennes, 85 % des cas de diabète, 55 % des troubles psychiques (2). Les maladies chroniques sont devenues le principal motif de consultation en médecine générale. Environ 7,5 millions des personnes ayant une maladie chronique disposeraient d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie de type ALD (2,18).

I.2. Les maladies cardiovasculaires

I.2.1.Définition

Les maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles regroupent en particulier : les cardiopathies coronariennes, les maladies cérébrovasculaires, l'HTA, les thromboses veineuses profondes, l'embolie pulmonaire et les artériopathies périphériques (19).

I.2.2. Les chiffres

I.2.2.1. Dans le monde

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde (19). En 2015, on estimait à 15 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 31 % de la mortalité mondiale totale. Parmi ces décès : 7,4 millions étaient dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un accident vasculaire cérébral (AVC). Le diabète a tué 1,6 million de personnes en 2015, contre moins d'1 million en 2000 (8). Plus des trois quarts des décès liés aux maladies cardiovasculaires surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (7). Dans certains de ces pays, les dépenses de santé actuellement consacrées aux maladies cardiovasculaires représenteraient 20 % des dépenses totales de santé (11). Dans beaucoup de pays à revenu élevé, le nombre de décès dus aux maladies cardiovasculaires a considérablement reculé grâce à des politiques publiques favorisant des modes de vie plus sains et des soins équitables (7).

I.2.2.2. En France

Les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité après les cancers avec 142 000 décès en 2010 (28 % des décès) (20,21). Un quart de ces décès sont dus à une cardiopathie ischémique, 20 % à une maladie cérébrovasculaire et 15 % à une insuffisance cardiaque (22). Elles représentent la première cause de mortalité chez les femmes et les sujets de plus de 65 ans (23).
La prévalence du diabète ne cesse d'augmenter en France. En 2013, 4,7 % des Français présentaient un diabète traité, soit plus de 3 millions de personnes, avec une incidence annuelle croissante. La mortalité liée au diabète était évaluée à 6,3% de l'ensemble des décès en 2009, soit plus de 34 600 décès (15,16).
Les traitements des facteurs de risque cardiovasculaire représentaient une dépense en 2011 de 15,7 milliards d'euros (18).

I.3. L'Hypertension artérielle (HTA)

I.3.1. Définition

L'HTA est définie comme une pression systolique égale ou supérieure à 140 mmHg et/ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg. Au début, l'HTA cause rarement des symptômes ; beaucoup de sujets ne sont pas diagnostiqués au stade précoce de la maladie (11).

I.3.2. Les chiffres

I.3.2.1. Dans le monde

L'HTA tue 9 millions de personnes par an. La prévalence dans le monde était de 22 % (1 milliard de personnes) en 2014. C'est en Afrique que la prévalence de l'HTA était la plus élevée (46 % des adultes) et dans les Amériques qu'elle est la plus faible (35 %). Les pays à revenu élevé avaient une prévalence de l'HTA plus faible (35 %) que celle enregistrée dans d'autres groupes de pays (40 %) (7,11).

I.3.2.2. En France

En France, en 2008, l'HTA était présente chez 27,7 % de la population générale avec une prévalence plus élevée chez l'homme : 33,5 % contre 22,5 % chez la femme (11,16,21).

I.4. Les maladies respiratoires chroniques

I.4.1. Définition

Les maladies respiratoires chroniques regroupent plusieurs affections dont les plus courantes sont l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Peuvent aussi être cités : la rhinite allergique, la sinusite, l'hypertension artérielle pulmonaire, la bronchiectasie, le syndrome d'apnée du sommeil (24).

I.4.2. Les chiffres

I.4.2.1. Dans le monde

Selon les estimations de l'OMS de 2004, 235 millions de personnes étaient asthmatiques, 64 millions avaient une BPCO. L'OMS prévoit que la BPCO deviendra la troisième cause de décès dans le monde en 2030 (24). La BPCO a fait 3,2 millions de morts en 2015, tandis que les cancers pulmonaires ont provoqué 1,7 million de décès (15,24).

I.4.2.2. En France

Les affections respiratoires chroniques représentaient 4 % de la mortalité en France en 2014 (21). La prévalence de la BPCO a été estimée à 4,1 % de la population en 2000, soit 1,7 million de personnes. La mortalité associée à cette pathologie était évaluée à 16 500 décès par an entre 2000 et 2012 (15). La population traitée notamment pour l'asthme, la BPCO et l'insuffisance respiratoire, s'élevait à 2,9 millions de personnes en 2011 (18).

I.5. L'Asthme

I.5.1. Définition

L'asthme est une maladie liée à l'inflammation chronique des bronches dont la gravité et la fréquence des crises varient d'une personne à l'autre. Elle se caractérise par des crises récurrentes où l'on observe des difficultés expiratoires et une respiration sifflante. L'asthme ne se guérit pas, mais une bonne prise en charge permet de juguler le trouble et de donner au patient asthmatique une bonne qualité de vie. L'asthme est sous-diagnostiqué et insuffisamment traité. Les causes principales sont les allergènes, le tabac et la pollution (25).

I.5.2. Les chiffres

I.5.2.1. Dans le monde

L'OMS estime le nombre d'asthmatiques à 235 millions dans le monde, avec 30 millions en Europe. L'asthme a tué 383 000 personnes dans le monde en 2015. C'est la maladie chronique la plus courante chez les enfants. La plupart des décès qui lui sont imputables surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (25).

I.5.2.2. En France

La prévalence est d'environ 3,5 millions, dont un tiers d'enfants. Le coût médical et sociétal total de l'asthme a été évalué à 1,5 milliard d'euros. L'asthme a causé environ 2000 décès en 1999. Toutefois, la mortalité a diminué depuis plusieurs décennies (1100 décès en 2005) (26).

I.6. L'addiction à l'alcool

I.6.1. Définition

L'addiction à l'alcool est une maladie chronique (27,28). Elle représente à la fois un problème de santé publique et un problème de société (29). La Société Française d'Alcoologie considère quatre catégories d'usage de l'alcool : l'usage simple (ou à faible risque), l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance (ou addiction). Les deux

dernières catégories correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, c'est à dire se traduisant par des conséquences visibles sur le plan social ou médical (30). La dépendance à l'alcool peut être définie comme un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs au cours desquels la consommation d'alcool devient prépondérante et prioritaire sur les autres comportements jusqu'alors prédominants chez un individu donné (28,31). Les médecins généralistes constituent un recours de première ligne dans la prise en charge d'un mésusage d'alcool. Ils auraient accueilli en 2009 environ 50 000 patients par semaine pour un sevrage alcoolique (32).

I.6.2. Conséquences et complications

Selon l'OMS, l'usage nocif d'alcool est en cause dans plus de 200 maladies et traumatismes telles que la cirrhose du foie, les cancers des voies aérodigestives supérieures et du foie, les maladies cardiovasculaires, la névrite optique, la polynévrite, les troubles psychiques, les accidents, les rixes et suicides et les troubles de la reproduction (31–33).

I.6.3. Les chiffres

I.6.3.1. Dans le monde

L'alcool est un facteur de risque croissant en charge de morbi-mortalité mondiale. Après le tabagisme et l'HTA, l'alcool est le troisième facteur de risque le plus important de morbidité et de mortalité prématurée (34). En 2004, 55 millions d'Européens (15 % de la population adulte) présentaient un mésusage d'alcool (31). En 2012, l'usage nocif de l'alcool a été à l'origine de 3,3 millions (5,9 %) de décès dans le monde (7). Le pourcentage de décès imputables à l'alcool était alors plus élevé chez les hommes (7,6 %) que chez les femmes (4 %). De 2002 à 2012, l'alcool a été responsable de cancers chez 770 000 personnes (5,5 % du nombre total de cancers) (35). Il existe une augmentation constante de l'usage de l'alcool dans la population féminine (33).
Selon l'OMS, les régions les plus touchées sont le Pacifique occidental, l'Europe, et l'Asie du Sud Est (33). La dépendance à l'alcool coûterait à l'Union Européenne 124 milliards d'euros par an (31).

I.6.3.2. En France

La consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France, après le tabagisme (36). Même si la consommation d'alcool a été divisée par 2 depuis les années 1970 (28), la France restait en 2011 le pays le plus grand consommateur mondial (8,8 millions de consommateurs réguliers) (32,37). Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool était évalué à 49 000 pour l'année 2009 dont environ un tiers par cancers et un quart par maladies cardiovasculaires (28). Ces décès sont très majoritairement masculins (75 %) (21). Les dépenses de santé liées à l'alcoolisation excessive ont été estimées à 17,6 milliards d'euros en 2012 (38).

I.6.4. Evolution des consommations

Mesurées dans les enquêtes en population générale adulte depuis les années 1990, les consommations régulières d'alcool sont depuis cette période en baisse continue chez les 18-75 ans (32). Il existe cependant une augmentation de la fréquence des épisodes de consommations importantes sur une courte durée, surtout chez les jeunes. Ce phénomène est aussi appelé *binge drinking* (32,36,39,40).

Le test AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test)* est un des questionnaires standardisés utilisé dans pour déterminer la probabilité d'un mésusage d'alcool. Ce questionnaire est utilisé en pratique clinique pour le dépistage des personnes en difficulté avec l'alcool dans de nombreux pays. Il est aussi utilisé en recherche clinique (29,31,40,41).

I.7. L'addiction au tabac

I.7.1. Définition

Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier. Sa combustion provoque la formation de plusieurs milliers de substances toxiques, de goudron et de monoxyde de carbone. On les retrouve dans toutes les formes fumées de tabac. Plus de 60 de ces substances ont été identifiées comme cancérigènes. La nicotine est le principal élément psychoactif du tabac (42).

L'addiction au tabac est une maladie chronique (32). Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté à contrôler la consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter la dose pour atteindre les mêmes effets qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur (42). En 2013, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'APA (*American Psychiatric Association*) apporte des modifications à la définition de l'addiction aux substances. Elle supprime les notions d'usage nocif (abus) et de dépendance pour les regrouper en un seul diagnostic de « troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un addictif ». Elle introduit aussi la notion de *craving*, qui peut être définie comme l'envie incontrôlable de s'adonner à la consommation d'un produit ou à un comportement, à un moment qui ne convient pas (32).

Il existe de multiples échelles permettant l'évaluation d'une probable addiction au tabac. Le questionnaire de Fagerström est le test le plus utilisé (32). La *Cigarette Dependance Scale* (CDS) est une échelle auto-administrée développée et validée en français par l'équipe suisse de Jean-François Etter. Elle en existe deux versions, l'une en 12 questions (CDS-12), l'autre en cinq questions (CDS-5) (43).

I.7.2. Les conséquences et les complications

Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes sur le plan collectif. Les maladies principalement liées au tabac sont les cancers des voies pulmonaires et aérodigestives supérieures (un cancer sur 4 est associé au tabac), les maladies cardiovasculaires (un décès cardio-vasculaire sur 10 dans le monde) et les maladies respiratoires (28,32,42,44).

I.7.3. Les chiffres

I.7.3.1. Dans le monde

Actuellement, six millions de personnes environ meurent des conséquences de la consommation de tabac. C'est la deuxième cause de mortalité mondiale et la première cause de mortalité évitable d'après l'OMS (7). Depuis 1980, la prévalence du tabagisme quotidien a diminué (41,2 % en 1980 *versus* 31,1 % en 2012) mais en raison de la croissance de la population, le nombre de fumeurs a augmenté (721 millions en 1980 *versus* 967 millions en 2012) (45). Certains pays luttent activement contre le tabac depuis plusieurs années. La prévalence de la consommation de tabac dans ses pays est en constante diminution : États-

Unis, Australie, Canada, etc. (7,46). Dans l'Union Européenne (UE), le tabac serait responsable de 770 000 décès par an dont 50 % des décès prématurés. La proportion des fumeurs dans l'UE a diminué depuis 2006. L'Eurobaromètre santé 2017 retrouvait une prévalence de la consommation de tabac stable depuis 2014 à 26 %. La Suède se classe comme le pays le moins consommateur de tabac (7% de fumeurs actuels), alors que la Grèce arrive en tête du classement (37 %) (47).

I.7.3.2. En France

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. En 2013, le tabagisme était à l'origine de 73 000 décès étaient attribuables au tabagisme en France (48). Cette mortalité touche principalement les hommes, mais décroît pour ces derniers depuis le milieu des années 1990 alors qu'elle progresse rapidement pour les femmes (32,49,50). Le tabac constitue la première cause de décès évitable (26, 30, 46, 47). En France, en 2016, 34,5 % des 15-75 ans fumaient du tabac dont 28,7 % quotidiennement. Après une baisse entre 2000 et 2005, puis une hausse entre 2005 et 2010, les prévalences du tabagisme quotidien et du tabagisme actuel sont restées stables entre 2010 et 2016 parmi l'ensemble des 15-75 ans. Cette stabilité était observée aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes (51). En 2017, la France est le quatrième pays de l'UE en termes de prévalences du tabagisme après la Grèce, la Bulgarie et la Croatie (47).
Les médecins généralistes ont un rôle croissant dans la prise en charge des fumeurs. Ils voient de plus en plus de patients dans le cadre d'un sevrage tabagique (32). La dépense publique engagée par l'État et l'Assurance maladie pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et la prévention des conduites addictives était estimée à 1,5 milliards d'euros en 2010 (32).

II. LES INÉGALITES SOCIALES DE SANTÉ

II.1. Définition de la santé

Dans sa constitution de 1946, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (53). En 1986, la charte d'Ottawa va compléter cette définition. La santé est aussi une « ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ». Cette charte reprend également les conditions nécessaires à la santé : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ». De l'introduction de cet aspect social de la santé naît le concept de « santé sociale » (54).

II.2. Définition de la précarité

Des mutations socioéconomiques sont survenues au cours des trois dernières décennies dans de nombreux pays industrialisés (55). Ces mutations seraient à l'origine d'un double processus de précarisation : la montée du chômage et le développement de formes particulières d'emploi (54).

Le processus de précarisation a également été décrit par J.Wrezinski en 1987 dans son rapport sur la pauvreté et la précarité économique. La précarité y était définie comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux» (56). Il ne faut pas confondre inégalités sociales et précarité : la précarité est observée chez seulement une partie de la population, elle concerne un sous-groupe dans une population. Le lien entre l'état de santé et la position sociale s'évalue quant à lui sur l'ensemble de la population. Les écarts d'une catégorie sociale à une autre qui définissent les inégalités sociales concernent l'ensemble de la population (57).

II.3. Définition des inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont définies comme des différences existant dans le domaine de la santé entre divers groupes sociaux d'une population (57). Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, selon le genre, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. Pour l'anthropologue Didier Bassin, les ISS sont « le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps » (58). Les ISS sont − d'après la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (OMS 2009) − des « différences au plan de la santé qui ne sont pas seulement inutiles et évitables, mais qui sont également considérés comme injustes et inéquitables » (59,60). En effet, malgré l'amélioration générale de l'état de santé des populations, on constate que les progrès ne profitent pas à tous de manière équitable : l'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées (58).
Dans tous les pays, la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la condition socioéconomique est basse, moins la santé est bonne. Ce gradient n'oppose pas uniquement les plus pauvres aux autres (55,58). Il s'agit d'un continuum permettant de décrire comment ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons (58,60,61). Les ouvriers et employés se déclarent ainsi en plus mauvais état de santé que les cadres et les professions intermédiaires. Déclarer une maladie est le plus souvent associé à un faible revenu, un plus faible niveau d'instruction, aux situations de chômage et d'inactivité, notamment pour les maladies chroniques (59).
On évalue le coût des ISS à 20 % des dépenses de santé au niveau européen (62,63).

Depuis une dizaine d'années, la réduction des ISS constitue le défi prioritaire des systèmes de santé dans la plupart des pays du monde, par la lutte contre les déterminants de santé défavorables (58,60,64).

II.4. Les déterminants des inégalités sociales de santé

On peut distinguer trois grandes familles de déterminants de l'état de santé d'une population : les comportements (mode de vie, tabac, alcool), les facteurs démographiques et socioéconomiques (sexe, âge, catégorie sociale, niveau d'études, éducation, situation vis-à-vis de l'emploi, profession, conditions de travail, conditions de logement, etc.) et le système de santé (par l'accès aux soins) (58). Ces déterminants sont explorés dans les études à l'aide d'indicateurs. Ceux-ci sont soit objectifs (ex : le sexe ; l'âge ; les données du Système

National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie ou SNIIRAM sur les consultations médicales ; le dernier diplôme obtenu), soit ressentis (ex : l'auto-évaluation de la satisfaction face à son niveau de revenu, l'état de santé perçue, la qualité de vie) (54,55,58,59,63).
Afin de mieux identifier les diverses populations en situation de difficulté socioéconomique, différents scores ont été développés, notamment le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres en Santé) (65–68).
Les mécanismes par lesquels ces déterminants produisent des inégalités de santé sont complexes et loin d'être tous élucidés (59). La recherche sur les ISS repose sur différents modèles théoriques explicatifs des mécanismes. Le modèle le plus abouti est celui développé par la commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Ce modèle est lui-même largement inspiré du modèle de production sociale de la maladie de Diderichsen et al. (5).

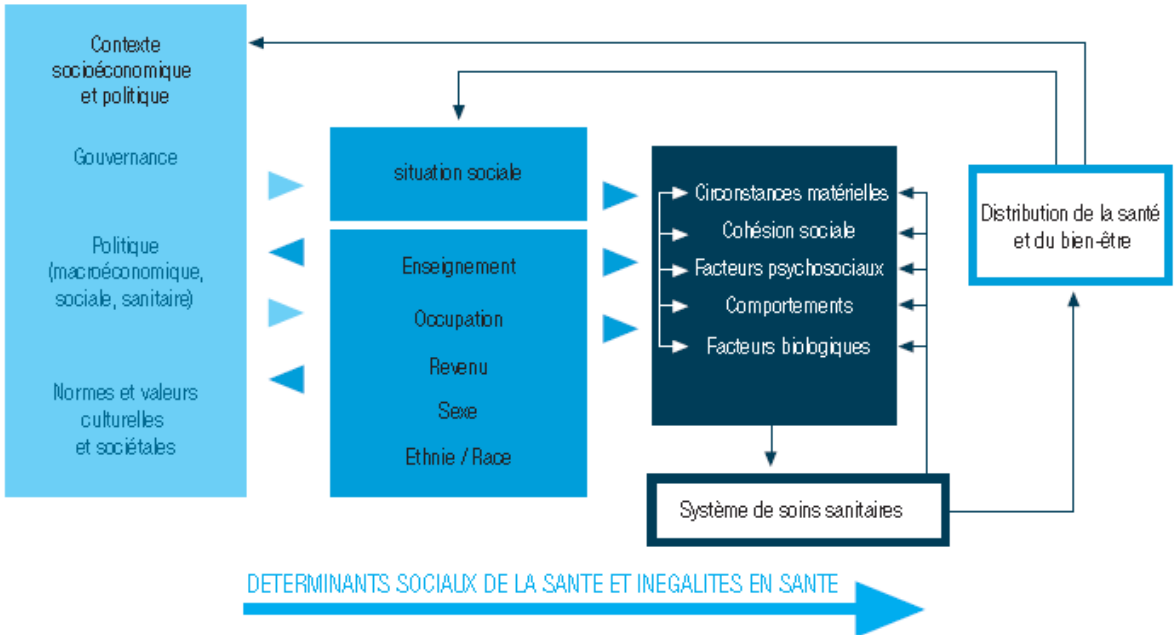


Figure 1 : Modèle de la commission des déterminants sociaux de la santé. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. OMS. 2008.

II.5. Historique et état des lieux des inégalités sociales de santé dans le monde

Dès le XVIIème siècle, John Graunt constatait de grandes différences de survie entre les classes sociales en Angleterre (69). En 1778, Moheau a aussi décrit des différences de mortalité entre les catégories sociales en faveur des populations les plus aisés à Genève (70). Différents travaux ont observé des inégalités sociales face à la mort au cours du XIXème siècle en Europe, notamment en Angleterre (71–75).
En 1982, le Black Report a permis de faire progresser les connaissances sur les ISS en Europe avec notamment la naissance du terme de « gradient social ». Le Black Report relatait que la santé d'un individu était étroitement liée à sa position sociale et qu'il existait des inégalités de santé et de mortalité en faveur des individus les plus instruits, ayant les professions les plus qualifiées et les revenus les plus importants dans les pays développés (28,60,63,76).

Mackenbach et al. ont décrit dans les années 90 un écart croissant de mortalité entre les différents groupes sociaux en comparant différents pays d'Europe (62,77). Marmot et al. ont lancé des recherches sur les ISS en Europe et aux Etats-Unis (78,79).
Les données américaines de la *National Health Interview Survey* (NHIS) entre 1986 et 2001 ont permis de mettre en évidence une corrélation positive entre éducation et revenu d'une part, et santé d'autre part, à tous les âges (80).
Actuellement, l'espérance de vie à la naissance au Japon ou en Suède est de plus de 80 ans ; elle est de 72 ans au Brésil ; 63 ans en Inde. Dans plusieurs pays africains (ex : Sierra Leone, République centrafricaine), elle est de moins de 50 ans (61).

II.6. Historique et état des lieux des inégalités sociales de santé en France

En 1830, Villermé a mis en évidence des différences de mortalité entre les différents arrondissements de Paris (81). Les inégalités sociales de mortalité en France sont connues depuis une cinquantaine d'années, depuis la mise en place par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) d'une enquête longitudinale dont le but était l'étude de la mortalité différentielle en 1954 (55). Les études effectuées depuis les années 1970 montrent que les ISS concernent de larges domaines de santé, comportements à risque et facteurs de risque (82,83).
La prise en compte des ISS dans la politique nationale de santé est récente en France. L'alerte est venue en 1987 du rapport Wresinski. En 1994 et en 1998, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) préconisait fortement d'agir sur les déterminants sociaux de santé. Dans la foulée, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont été créés puis, les Ateliers Santé Ville (ASV) sont devenus un outil de réduction des ISS. La création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010, posait la question des inégalités territoriales. La couverture maladie universelle (CMU) dans les années 2000 a été un moyen mis en place pour généraliser l'accès aux soins à toute la population française (58).
En France, la santé et l'espérance de vie se sont améliorées au cours des dernières décennies, mais les inégalités d'accès et de recours aux soins s'aggravent et continuent d'être socio économiquement marquées (57,59,68,84–87).
Les ISS seraient plus importantes en France qu'en Irlande, en Norvège ou en Italie (16,55,58,77).
Actuellement en France, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 7 ans de plus que les ouvriers. Chez les femmes, il y a 3 ans de différence d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvrières (56,68,83).
Les médecins généralistes sont des acteurs majeurs dans la lutte contre les ISS. Ils peuvent, en prêtant attention à la position sociale de leurs patients, tenir compte de ces ISS dans leurs pratiques de consultation au quotidien (2,57,58,88–92).

III. LIENS ENTRE LES ISS ET LES MALADIES CHRONIQUES

III.1. Généralités

Certains travaux ont cherché à vérifier la relation entre le statut social et l'état de santé. Ils ont mis en évidence que le lien de causalité pouvait aller dans les deux directions. Un mauvais état de santé pourrait avoir des conséquences sur les caractéristiques

socioéconomiques des individus telles que le statut d'emploi et le revenu. Certaines caractéristiques socioéconomiques telles que l'éducation pourraient avoir un impact sur l'état de santé (5,63).
Dans de nombreuses études, une relation a été mise en évidence entre la présence de maladies chroniques, certains déterminants comme le sexe, les comportements à risque et la position sociale (93–99). Les comportements à risque comme les consommations d'alcool ou de tabac seraient plus fréquents chez les populations les moins favorisées ; le recours aux soins serait moins fréquent (100–103). Cependant l'influence des comportements à risque pour expliquer les ISS reste discutée (63,103).
Le fait de ne pas accéder à une éducation aurait un impact sur l'apparition de maladies chroniques dans la majorité des pays développés (93). Les sujets les plus défavorisés atteints de maladies chroniques sous-utiliseraient le système de santé tandis que les sujets socialement plus aisés le surutiliseraient (104). Les patients les plus défavorisés se rendraient moins compte qu'ils sont plus à risque de maladies chroniques que les patients plus aisés (95).
En France, à âge égal et pour les personnes de même sexe, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont corrélées à la position sociale et au niveau d'études. Ces disparités seraient liées à un ensemble de facteurs (environnement, comportements socioculturels) (16). Les personnes en situation de précarité consulteraient moins souvent un médecin généraliste et se déclareraient plus souvent en mauvais état de santé (59,85,99).

III.2. ISS et maladies cardiovasculaires

Les travaux sur le lien entre ISS et les maladies cardiovasculaires sont nombreux (105–112). Les décès dus à une maladie cardiovasculaire survenaient majoritairement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en 2010. L'éducation, l'aspect culturel et les différences socioéconomiques semblaient jouer un rôle, en particulier chez les femmes (107). Certaines études ont décrit une relation entre le niveau de revenu, la catégorie socioprofessionnelle (CSP), la situation face au logement ou le niveau d'étude et une augmentation significative de la morbi-mortalité cardiovasculaire notamment par AVC ou pathologies coronariennes. En effet les personnes plus pauvres, locataires, appartenant à une CSP moins favorisée avaient un risque cardiovasculaire plus élevé (105–107,109–112). Dans leur revue narrative de la littérature de 2002, Gaudemaris et al. ont montré que dans les pays industrialisés, la mortalité cardiovasculaire était inversement liée à la CSP (113).
A contrario, Hosseinpoor et al. ont retrouvé en 2012 que la prévalence du diabète dans les pays à revenu faible ou intermédiaire était positivement associée à un niveau plus élevé de richesse et, dans une moindre mesure, à un niveau d'éducation plus élevé (98).

En France, il existait des différences en termes de mortalité cardiovasculaire selon les régions. Il y avait plus de décès par maladies cardio ou cérébrovasculaires dans le Nord-Pas-de-Calais qu'en région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2008 (16). Dans une autre étude réalisée entre 2006 et 2008, les sujets les plus défavorisés déclaraient deux fois plus de maladies coronariennes ou artéritiques et de diabète (85).

III.3. ISS et HTA

Les pays à revenu élevé ont une prévalence de l'HTA plus faible que celle enregistrée dans les autres groupes de pays. Le nombre de personnes hypertendues non diagnostiquées ou non traitées est aussi plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (11).
L'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le lieu de résidence, la CSP étaient les déterminants les plus étudiés : les personnes ayant un faible statut socioéconomique avaient une prévalence de l'HTA plus élevée (106,114,115).

En France, les résultats des études allaient dans le même sens (85,113,116). Carrère et al. en 2012 ont retrouvé au moyen d'une étude transversale que la précarité perçue était un indicateur fortement associé à l'HTA en population caribéenne, indépendamment des comportements à risque (116).

III.4. ISS et maladies respiratoires chroniques

L'existence d'ISS dans les maladies chroniques respiratoires n'est pas clairement établie (100,117). La prévalence de la BPCO serait plus importante dans les villes où la population sans diplôme est élevée (100). Les facteurs incriminés sont : des situations répétées de stress et l'exposition au tabac et à des environnements pollués, ou offrant moins de ressources (services, commerces, espaces verts…). Quelques études retrouvaient un lien entre les maladies respiratoires et certains déterminants comme le niveau d'éducation, la CSP ou le revenu (85,96,97). D'autres études trouvaient une relation entre l'exposition professionnelle à certains produits dans des activités industrielles et la morbi-mortalité pour les maladies respiratoires chroniques (100,108). Forastiere et al. ont montré en 2007 que les populations au niveau socioéconomique élevé, résidantes du centre-ville de Rome, étaient à la fois plus exposées à la pollution atmosphérique et moins atteintes de maladies respiratoires que des populations de la périphérie. Les indicateurs de la pollution atmosphérique, lorsqu'ils étaient combinés aux indicateurs socioéconomiques, n'apparaissaient plus comme explicatifs des différences (100,117).

III.5. ISS et asthme

Des études montraient que l'asthme était inversement associé à la richesse et l'éducation (98,100). Mais ce lien entre asthme et statut social n'a pas été retrouvé dans d'autres études (97).
En France, le projet PAISARC+ de 2011 (« Pollution Atmosphérique, Inégalités Sociales, Asthme, Risque Cardiaque : influence du contexte de vie ») a étudié le rôle des expositions environnementales dans les inégalités sociales de santé. Il s'est notamment intéressé au risque d'exacerbation de l'asthme induit par la pollution atmosphérique dans la communauté urbaine de Strasbourg. Elle n'a pas trouvé d'influence du niveau socioéconomique sur l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique (108).

III.6. ISS et troubles de l'usage d'alcool

La plupart des études retrouvent une association positive entre la prévalence de l'abus d'alcool et le statut socioéconomique : plus le statut socioéconomique est élevé, plus la proportion de consommateurs d'alcool est importante (101,118). Les personnes ayant un

statut socioéconomique plus faible (par exemple : un niveau d'éducation inférieur ou un plus faible niveau d'étude) semblent par contre plus vulnérables aux problèmes et aux conséquences de la consommation d'alcool. Cette vulnérabilité serait due au fait qu'ils sont moins en mesure d'éviter les conséquences négatives de leur comportement en raison d'un manque de ressources (33,119–122). Un statut socioéconomique faible est associé à une plus forte consommation à risque, surtout chez les hommes. Les femmes seraient plus à risque d'abus d'alcool dans les classes sociales les plus favorisées (101). Le *binge drinking* serait plus souvent observé chez les jeunes des milieux favorisés (123).

Le même constat est fait en France : une consommation d'alcool à risque apparait deux à trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. L'alcool serait responsable de l'augmentation de 25 % du risque de décès chez les hommes issus de groupes socioéconomiques défavorisés (31,36,40). En 2010, les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés étaient les plus exposés au risque d'alcoolisation excessive chronique. Les autres catégories étaient plus concernées par le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle. La prévalence d'une consommation à risque ponctuel et chronique était nettement plus élevée parmi les cadres femmes que dans les autres CSP (124,125). En revanche la non-consommation concernait surtout les catégories sociales peu aisés (126). Les résultats de l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense) de 2014 retrouvait une modification récente des comportements d'alcoolisation avec une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes (API) chez les jeunes français de 17 ans (127). Les résultats du Baromètre santé 2014 confirmait cette tendance avec des API surtout chez les femmes jeunes (36).

III.7. ISS et consommation de tabac

Des études ont comparé les prévalences du tabagisme en fonction de différents déterminants : le sexe, l'âge, l'éducation, la CSP, etc. Dans les études de Khang et Cho en Corée du Sud en 2006, de Thakur et al. en Inde en 2013 et de Verlato et al. en Italie en 2014, le niveau d'éducation était inversement associé au tabagisme. Les travailleurs manuels fumaient plus que ceux exerçant un travail non manuel, les plus défavorisées fumaient plus que les plus aisés (128–130).

Deux études ont comparé la prévalence du tabac en fonction du niveau de richesse. Elles trouvaient un lien significatif. Dans l'étude de Hosseinpoor et al. de 2012, les hommes les plus défavorisés étaient 2,5 fois plus susceptibles de fumer que les hommes les plus aisés ; il en était de même pour les femmes (en Europe surtout). Dans quelques pays d'Asie du Sud Est et du Pacifique oriental cependant, les femmes les plus aisés avaient un risque plus important de fumer que les femmes les plus défavorisées (131). Harper et al. en 2012 ont retrouvé une prévalence du tabagisme moins élevée en Afrique qu'en Asie du Sud Est, dans le pacifique Occidental et en Europe (132). Dans certains pays, la fréquence du tabagisme masculin était plus élevée chez les sujets les plus favorisés (en Géorgie, Mexique et en Mauritanie par exemple). Les européennes les moins favorisées étaient plus susceptibles de fumer, tout comme les femmes aisées d'Asie du Sud Est et du Pacifique occidental (132). Dans un autre travail mené en Nouvelle-Zélande, l'arrêt du tabac était plus important dans les groupes socioéconomiques les plus aisés (133).

La diminution de la prévalence du tabagisme au cours des décennies s'est fait au détriment d'une augmentation des inégalités sociales face au tabac. Pour tous les groupes d'âge, quel

que soit le sexe, les groupes les plus éduqués et les plus aisés ont connu des diminutions de prévalence du tabagisme plus accentuées que les groupes moins éduqués et plus défavorisés (58).

Dans toutes les enquêtes françaises menées depuis 1970, il est décrit des prévalences plus élevées du tabagisme chez les chômeurs, les ouvriers puis chez les artisans, commerçants, chefs d'entreprise et employés ; les niveaux les plus bas sont observés chez les cadres et les agriculteurs. Les sujets les plus défavorisés fument plus souvent et quantitativement plus. Sur le long terme, le tabagisme apparait en recul chez les hommes et plutôt stable chez les femmes. On note cependant une augmentation du tabagisme actuel ces dernières années, essentiellement chez les femmes de 45-64 ans, dans les CSP les plus basses et lorsque le niveau d'étude est plus faible (102,124,125,134–136).
L'analyse des données de l'enquête Baromètre santé 2010 retrouvait un lien entre dépendance à la nicotine et position sociale dans la population générale française. La dépendance à la nicotine était considérée comme forte surtout dans les classes sociales défavorisées (135). Le Baromètre Santé 2014 trouvait un maintien des inégalités sociales en matière de consommation de tabac. Les ouvriers restaient les plus nombreux à fumer quotidiennement (37,8 %). La prévalence du tabagisme quotidien était en baisse chez les employés (31,1 % à 29,2 % entre 2010 et 2014), alors que les agriculteurs exploitants fument plus qu'en 2010 (12,2 % *versus* 20,6 %). Elle était stable chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, chez les professions intermédiaires et chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Le fait d'être sans diplôme ou d'avoir un niveau de diplôme inférieur au bac était significativement associé au tabagisme quotidien. L'analyse par sexe montrait que la prévalence du tabagisme quotidien était stable chez les hommes et en baisse chez les femmes (50,137). Il n'y a à notre connaissance pas de données du Baromètre santé 2014 publiées au sujet de la relation entre position sociale et dépendance à la nicotine.

HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS

Les maladies chroniques sont un problème mondial de santé publique qui n'épargne pas la France. Si des ISS ont été décrites pour certaines d'entre elles (les maladies cardiovasculaires par exemple), il n'est pas établi avec certitude qu'il y ait une relation entre la position sociale et les maladies respiratoires chroniques. Les consommations de tabac et d'alcool sont des comportements à risque, susceptibles d'induire une maladie chronique qu'est l'addiction. Si dans la littérature, il a été décrit des ISS dans le mésusage d'alcool, la relation entre la position sociale et l'usage du tabac et ses troubles paraît plus complexe. En France, l'usage de tabac, la consommation à risque d'alcool et la survenue de maladies cardiovasculaires seraient plus fréquemment retrouvés en présence d'indicateurs socioéconomiques défavorables. Des facteurs comme l'âge, le sexe et l'environnement culturel influenceraient la relation entre ISS et maladies chroniques.

La question de recherche dans cette étude était la suivante : quelle est la relation entre les maladies chroniques et la position sociale en population adulte vue en médecine générale en Aquitaine ?
Notre hypothèse principale était que certains indicateurs socioéconomiques étaient associés à la présence de certaines maladies chroniques dans le milieu socio-culturel qu'est la région Aquitaine. Nous nous attendions aussi à des prévalences de troubles d'usage d'alcool et de tabac plus importantes que celles d'autres maladies chroniques. L'hypothèse était que ces troubles étaient plus fréquents en médecine générale que d'autres maladies, perçues plus facilement comme chroniques par les généralistes. Nous nous attendions en particulier à mettre en évidence un gradient social dans les troubles liés à l'usage d'alcool et de tabac.

L'objectif principal de notre étude était donc de décrire la relation entre des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, HTA, maladies respiratoires, asthme, troubles de l'usage de tabac et d'alcool) et des indicateurs socioéconomiques en population adulte vue en consultation de médecine générale en Aquitaine en 2015. L'objectif secondaire était de décrire les prévalences des maladies chroniques étudiées dans la même population.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

I. SCHÉMA D'ÉTUDE

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale descriptive, nichée dans le projet *e*-TAC. Le projet *e*-TAC était une étude observationnelle de cohorte, menée en cabinets de médecine générale de mai 2015 à novembre 2016 en Aquitaine avec une durée de suivi de 12 mois. L'analyse présentée ici portait sur les données recueillies à l'inclusion des patients dans le projet *e*-TAC, entre mai et octobre 2015. Ce recueil a été effectué par le remplissage par les patients volontaires d'un auto-questionnaire papier proposé dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale participant à l'étude. Le protocole de l'étude e-TAC est décrit de façon détaillé dans un article publié (138). L'étude e-TAC a reçu les avis favorables du CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche sur la Santé), de la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés) et du CPP (comité de protection des personnes).

II. POPULATION ÉTUDIÉE ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

II.1. Population cible

La population cible était les patients adultes consultant en médecine générale en Aquitaine en 2015.

II.2. Population source

La population source se composait de patients venus en consultation de médecine générale, quel que soit le motif, dans l'un des 8 cabinets de médecine générale de l'étude *e*-TAC pendant la période d'inclusion.

II.3. Échantillon

L'échantillon était constitué des sujets de la population source, répondant aux critères d'éligibilité de l'étude *e*-TAC.

II.4. Critères d'éligibilité

II.4.1. Critères d'inclusion

Tout patient de 18 ans ou plus, consentant à participer à l'étude *e*-TAC (ayant signé la fiche de consentement), capable de remplir le questionnaire seul et comprenant le français. Le patient devait être venu en consultation dans un des cabinets dans lesquels exerçaient un maître de stage universitaire de médecine générale (MSU) et son interne (IMG) participant à l'étude.
Le patient devait avoir déjà au moins une fois dans sa vie fumé du tabac, bu de l'alcool, consommé du cannabis ou utilisé une cigarette électronique.

II.4.2. Critères de non-inclusion

Tout patient sous sauvegarde de justice, vu en visite à domicile ou mineur. Les comorbidités somatiques et psychiatriques n'étaient pas des critères d'exclusion.

III. RECUEIL DES DONNÉES

III.1. Recueil

Les IMG proposaient aux patients de participer à l'étude deux demi-journées par semaine chez chacun de leur MSU jusqu'à l'atteinte du nombre de sujets nécessaire. L'outil de recueil des données d'inclusion était un auto-questionnaire papier proposé dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale participant à l'étude. Il comprenait 46 questions. Il a été conçu en se référant aux données de la littérature puis a été soumis à l'avis de généralistes et d'addictologues avant d'être relu par une spécialiste de la communication sociale. Il a été testé pendant une semaine au cours d'une étude pilote dans 2 cabinets de médecine générale : un cabinet d'un médecin généraliste qui exerce seul en ville et dans une maison de santé pluri-professionnelle rurale.

Le recueil de données était confidentiel : après avoir lu la note d'information, le patient remplissait la fiche de consentement et le questionnaire puis, il séparait lui-même la fiche du questionnaire pour les mettre dans deux boîtes distinctes. Ces boîtes étaient à disposition des patients dans la salle d'attente. Chaque questionnaire portait un numéro d'anonymisation.

III.2 Mesures étudiées

-<u>Mesure de dépendance probable au tabac et de la probabilité d'un usage problématique d'alcool</u> :
Le niveau de dépendance probable au tabac était évalué par le score au score au CDS-5. Un score ≥ 16 évoquait une dépendance probable au tabac.
Le mésusage d'alcool était évalué au travers de 3 mesures dans l'étude : le score de l'AUDIT-C, la déclaration d'API et la déclaration d'ivresse au cours des 12 derniers mois. Il y avait un usage problématique d'alcool au score de l'AUDIT-C lorsqu'il est ≥ 4 chez l'homme et ≥ à 3 chez la femme. Un score ≥ 10 chez la femme ou chez l'homme évoquait une dépendance probable à l'alcool. L'API correspondait à une consommation de 6 verres ou plus en une seule occasion. L'ivresse renvoyait à la perception qu'à l'usager d'alcool des effets de sa consommation, indépendamment du nombre de verres bus.

-<u>Mesure des déclarations de maladies chroniques</u> :
Il a été décidé d'étudier des maladies chroniques qui paraissaient fréquents en médecine générale d'après la littérature : les maladies cardiovasculaires (infarctus, AVC, artérites des membres inférieurs, embolie pulmonaire), les facteurs de risque cardiovasculaires (diabète, HTA), les maladies respiratoires (BPCO, emphysème), l'asthme, l'addiction au tabac et l'addiction à l'alcool.

-<u>Mesure des ISS</u> :
Dans la littérature, il existe de nombreux indicateurs pour explorer les ISS (55,66,139,140). Dans l'étude *e*-TAC, le nombre d'indicateurs a été volontairement limité pour ne pas porter

atteinte à la faisabilité et à l'acceptabilité de l'étude par la longueur du questionnaire. Une première sélection d'indicateurs a été faite à partir des recommandations du HCSP, du CMG et d'études françaises telles que la cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) (55,90,140,141). L'investigateur principal avait ensuite interrogé 3 médecins généralistes ayant travaillé sur le sujet des ISS pour avoir leur avis sur le « minimum d'indicateurs pertinents » : un de ces médecins généraliste avait travaillé à l'Université de Paris VI sur la cohorte SIRS ; un autre avait participé au travail sur les ISS effectué par le CMG ; le dernier travaillait à l'université de Grenoble sur les ISS, en collaboration avec le département de médecine générale de Lausanne.
Au final, les indicateurs choisis pour notre analyse étaient : la situation professionnelle, la CSP, le statut marital, le statut par rapport à l'emploi, le logement, l'auto-perception de sa situation financière actuelle et la zone de résidence (rurale ou urbaine). Les catégories socio-professionnelles étaient celles définies par l'INSEE. La zone de résidence était déterminée en fonction de l'adresse postale des patients. Toute commune de résidence de moins de 2000 habitants était classée en zone rurale.

-Autres mesures :
L'âge, le sexe, des informations sur les consommations de cigarette électronique et de cannabis étaient également recueillis à l'inclusion.

IV. ANALYSE DES DONNÉES

Les données nominatives et les données de santé avaient été saisies séparément, dans des fichiers EXCEL® distincts. Le logiciel SAS® (version 9.4) a été utilisé pour l'analyse statistique. Cette analyse était faite par l'investigateur principal, en insu des données nominatives.

En analyse univariable, les variables quantitatives étaient décrites par la médiane et son écart interquartile. Les variables catégorielles étaient décrites par l'effectif et la proportion. Les prévalences étaient décrites en pourcentage, avec leur intervalle de confiance à 95 %. Les analyses bivariables étaient faites avec le test de Student ou le test non-paramétrique de Wilcoxon pour les variables quantitatives, le test du Chi2 ou Fisher exact pour les variables catégorielles.

La relation entre chaque maladie chronique, l'addiction probable au tabac ou à l'alcool et chaque variable socioéconomique était décrite en analyse bivariable puis multivariable par des modèles de régression logistique multinomiale. L'analyse multivariable s'était faite par ajustement sur le sexe et l'âge en classes.

V. MON IMPLICATION PERSONNELLE

Dans l'étude *e*-TAC, mon rôle a été de parler de l'étude aux patients et de recueillir les auto-questionnaires papier en salle d'attente des deux praticiens chez qui j'étais en stage lors de mon dernier semestre d'internat de mai à novembre 2015. Une fois les questionnaires remplis par les patients, je remplissais une grille de pré-registre d'inclusion et vérifiais l'éligibilité de chaque patient. J'envoyais à la fin de chaque semaine les fiches de consentement et les auto-questionnaires dans 2 enveloppes distinctes à mes 2 référents. Un an plus tard, j'ai sollicité par téléphone et mail les patients inclus pour un nouveau recueil de données (données de suivi) dont j'ai aussi effectué la saisie.

Enfin, j’ai effectué la recherche documentaire nécessaire à la description du contexte, avec l’aide de ma directrice.

RÉSULTATS

I. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Cinq cent dix (510) patients ont rempli l'auto-questionnaire en salle d'attente.

Trente-sept patients ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude : 13 personnes étaient sous sauvegarde de justice, 7 personnes n'avaient jamais consommé (ni alcool, ni tabac, ni cannabis, ni cigarette électronique), 7 personnes étaient mineures, 3 personnes n'avaient pas précisé si une sauvegarde de justice était en cours ou non et 3 n'avaient pas signé la fiche de consentement. Il y a eu des problèmes d'anonymisation pour 2 sujets, et 2 questionnaires ont été glissés vides dans la boîte. Au total, 473 patients ont été inclus dans notre analyse.
Les inclus étaient statistiquement différents des exclus en matière de zone de vie : les exclus vivaient plus souvent en zone rural que les inclus (62,2 % *versus* 28,1 %, $p=10^{-4}$).

Il y avait plus de femmes (67,4 %) que d'hommes (32,6 %) dans l'échantillon.

L'âge des patients s'étendait de 18 à 90 ans, avec un âge médian de 42 ans et un écart interquartile (ITQ) de 33 à 55 ans (voir figure 2). La tranche d'âge la plus représentée était celle des 35-44 ans : ils représentaient 26,5 % de l'échantillon. Les hommes étaient plus âgés que les femmes dans l'échantillon avec un âge médian pour les hommes de 44 ans (ITQ : 33-59) et un âge médian pour les femmes de 41 ans (ITQ : 33-52), $p=9,3.10^{-3}$.

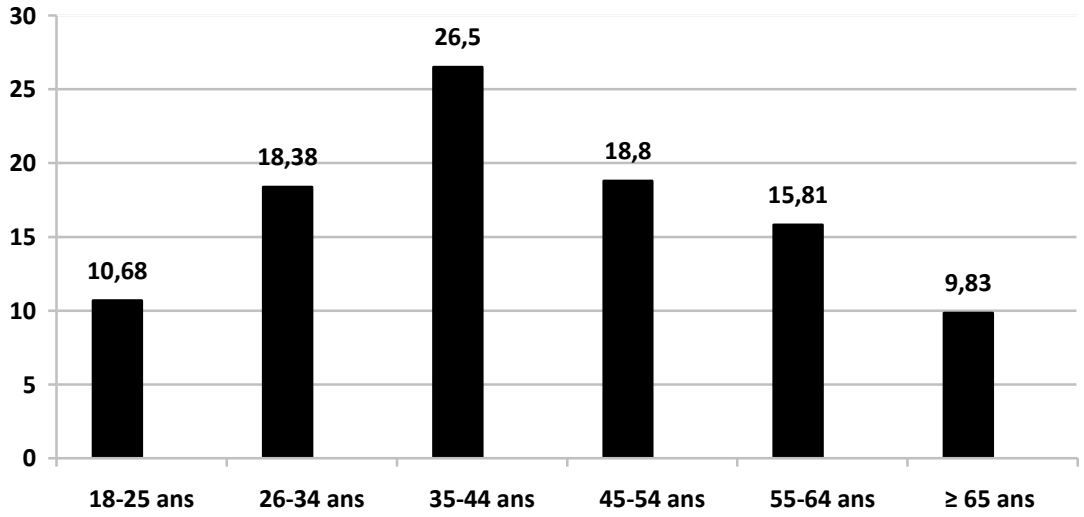


Figure 2 : Répartition en % des patients dans l'étude e-TAC selon l'âge, n=473

La description de l'échantillon est présentée dans le tableau I.

Tableau I : description des patients inclus dans l'étude e-TAC, n=473.

Caractéristiques	Effectif	%
Sexe		
Homme	152	32,6
Femme	314	67,4
Age (en classes)		
[18-25 ans]	50	10,8
[25-34 ans]	85	18,3
[35-44 ans]	123	26,5
[45-54 ans]	86	18,5
55 ans et plus	120	25,9
Zone de vie		
Rurale	132	28,1
Urbaine	338	71,9
Emploi		
Actif	295	64,8
Apprenti ou étudiant	18	3,9
Chômeur	33	7,3
Retraité	69	15,2
Parents au foyer ou en congé parental	19	4,2
Autre	21	4,6
Catégorie socio-professionnelle		
Agriculteur exploitant, artisan, commerçant, chef d'entreprise	29	6,9
Cadre, profession intellectuelle supérieure	74	17,6
Profession intermédiaire	51	12,1
Employé	228	54,3
Ouvrier	30	7,2
Sujet n'ayant jamais travaillé	8	1,9
Niveau d'études		
Primaire	11	2,5
Secondaire 1er cycle	83	18,5
Secondaire 2ème cycle	134	29,8
Supérieur	217	48,3
Autre	4	0,9
Situation financière ressentie		
Vous êtes à l'aise	57	12,6
Ça va	186	41,1
C'est juste il faut faire attention	163	36,1
Vous y arrivez difficilement	46	10,1
Statut face au logement		
Propriétaire	275	60,8
Locataire	142	31,4
Vous êtes hébergé chez quelqu'un	35	7,7
Statut marital		
Célibataire sans enfant	61	13,4
Célibataire avec enfants	26	5,7
En couple	334	73,6
Veuf ou divorcé	33	7,3

Près de deux tiers de l'échantillon avaient un emploi (65 %). Plus de la moitié (54 %) était employés, 18 % étaient cadres ou ayant une profession intellectuelle supérieure. Il n'y avait aucun exploitant agricole déclaré dans notre échantillon.

Presque la moitié des patients (48 %) avaient un niveau d'études supérieures ; 2,4 % des patients avaient un niveau d'études primaires.

Il y avait une différence statistiquement significative de l'emploi selon le sexe (p=0,0030) : les femmes étaient plus souvent en congé parental et les hommes plus souvent retraités. Il y avait aussi une association significative entre la CSP et le sexe ($p=4,507.10^{-7}$) : les hommes étaient plus souvent ouvriers et cadres supérieurs par rapport aux femmes. Les femmes étaient plus souvent employées.
La majorité de l'échantillon était propriétaire (61 %). Ils étaient majoritairement en couple (74 %). Il y avait une différence statistiquement significative du statut marital en fonction du sexe : les hommes étaient plus souvent célibataires sans enfants et les femmes plus souvent célibataires avec enfants (p=0,004).
La moitié des patients de l'échantillon (54 %) se sentaient « bien » ou « à l'aise » sur le plan financier et 36 % des cas se considéraient comme « juste ».

Au total, l'échantillon se composait principalement de femmes, était plutôt jeune avec 62 % de participants âgés de 25 à 54 ans. Les patients avaient un emploi dans deux tiers des cas, un niveau d'études supérieures pour la moitié d'entre eux. Un peu plus de la moitié se sentait « bien » ou « à l'aise » au niveau financier et un tiers se sentait « juste ».

II. LA DÉPENDANCE AU TABAC

La prévalence de l'expérimentation tabagique dans l'échantillon était de 86,5 % sans différence significative selon le sexe. L'âge médian d'initiation au tabac était de 15 ans (ITQ : 14-18). La moitié de l'échantillon étaient des fumeurs actuels (51 %), 167 patients étaient anciens fumeurs (41 %), et 34 se disaient non-fumeurs (8 %). Les caractéristiques de l'usage de tabac chez les fumeurs actuels sont présentées dans le tableau II.
Au total, 79 % des fumeurs actuels étaient des fumeurs quotidiens et 44 % de ces fumeurs actuels avait une dépendance probable au tabac d'après leur score CDS-5.

La majorité des fumeurs actuels étaient des fumeurs quotidiens. Ils se percevaient comme fortement dépendants et avaient un *craving* plus important que les fumeurs occasionnels (tableau II). Les fumeurs occasionnels se percevaient comme faiblement dépendants. Ils fumaient majoritairement 5 cigarettes/j ou moins. Ils pensaient que ce serait « très facile » ou « plutôt facile » d'arrêter le tabac pour deux tiers d'entre eux. Une dépendance probable au tabac (score CDS-5≥16) était statistiquement plus fréquente chez les fumeurs quotidiens que chez les fumeurs occasionnels.
Les fumeurs occasionnels avaient significativement moins envie d'arrêter de fumer que les fumeurs quotidiens. Ils déclaraient par contre un processus d'arrêt du tabac en cours plus souvent que les fumeurs quotidiens (tableau II).

Tableau II : description de la dépendance probable au tabac dans l'étude e-TAC en fonction de sa fréquence d'usage chez les fumeurs actuels, n=207.

Caractéristiques	**Fumeurs occasionnels**		**Fumeurs quotidiens**		**Total des fumeurs actuels**	**p-value**
	n	**%**	**n**	**%**	**n=207**	
Probabilité de dépendance au tabac						**$p<10^{-4}$**
CDS-5*<16	41	95,3	79	46,7	115	
CDS-5*≥16	2	4,6	90	53,2	92	
*Score médian (sur 25) au CDS-5**	6		16			
Médiane (ITQ)	(5,0-10,0)		(13,0-19,0)		-	**$p<10^{-4}$**
Score médian (sur 100) du degré ressenti de	10		80			
dépendance au tabac: médiane (ITQ)	(0-30,0)		(50,0-90,0)		-	**$p<10^{-4}$**
Degré de dépendance aux cigarettes auto-perçu, sur 100						
0-20	26	(72,2)	3	(2,2)	29	
21-40	2	(5,6)	15	(11,0)	17	
41-60	3	(8,3)	22	(16,1)	25	
61-80	3	(8,3)	44	(32,1)	47	
81-100	2	(5,6)	53	(38,7)	55	
Nombres de cigarettes fumées par jour en moyenne						**$9,9.10^{-20}$**
0 à 5	36	(92,3)	19	(11,6)	55	
6 à 10	2	(5,1)	48	(29,3)	50	
11 à 20	1	(2,6)	75	(45,7)	76	
21 à 29	0	(0,0)	19	(11,6)	19	
30 et plus	0	(0,0)	3	(1,8)	3	
Minutes après réveil de la première cigarette de la journée						**$3,6.10^{-8}$**
0 à 5 min	4	(11,1)	24	(14,7)	28	
6 à 15 min	1	(2,8)	40	(24,5)	41	
16 à 30 min	0	(0,0)	35	(21,5)	35	
31 à 60 min	3	(8,3)	23	(14,1)	26	
61 min et plus	28	(77,8)	41	(25,2)	69	
Auto évaluation de la capacité à l'arrêt total						**$4,8.10^{-16}$**
Impossible	1	(2,4)	3	(1,8)	4	
Très difficile	3	(7,3)	70	(42,7)	73	
Plutôt difficile	6	(14,6)	75	(45,7)	81	
Plutôt facile	16	(39,0)	15	(9,2)	31	
Très facile	15	(36,6)	1	(0,6)	16	
Besoin irrésistible de fumer après quelques heures passées sans fumer (craving)						**$1,3.10^{-16}$**
Pas du tout d'accord	21	(52,5)	3	(1,8)	24	
Plutôt pas d'accord	10	(25,0)	15	(9,2)	25	
Plus ou moins d'accord	6	(15,0)	45	(27,4)	51	
Plutôt d'accord	2	(5,0)	55	(33,5)	57	
Tout à fait d'accord	1	(2,5)	46	(28,1)	47	
Envie d'arrêter de fumer						**$<10^{-4}$**
Non	8	(21,6)	22	(13,4)	30	
Oui, d'ailleurs je suis en train d'essayer d'arrêter	11	(29,7)	31	(18,9)	42	
Oui, mais dans l'année	2	(5,4)	30	(18,3)	32	
Oui, mais plus tard	2	(5,4)	60	(36,6)	62	
Je ne sais pas	14	(37,8)	21	(12,8)	35	

*CDS-5: *Cigarette Dependance Scale 5-item*

III. LE MÉSUSAGE D'ALCOOL

Une personne sur 10 (11 %) ne buvait jamais d'alcool. La fréquence de consommation d'alcool variait significativement avec le sexe ($p<10^{-4}$). Les femmes consommaient de l'alcool « 1 fois/mois ou moins » plus souvent que les hommes : 29 % *versus* 12 %. Les hommes consommaient de l'alcool « 2 fois/semaine ou plus » plus souvent que les femmes : 47 % *versus* 20 %. Trois quarts des patients buvaient 1 ou 2 verres d'alcool au cours d'une journée ordinaire ; 1 % buvait plus de 6 verres au cours d'une journée ordinaire. Il y avait une association statistiquement significative entre le nombre de verres bus un jour ordinaire et le sexe ($p=1,69.10^{-4}$). Les femmes consommaient plus souvent que les hommes « 1 ou 2 verres d'alcool » au cours d'une journée ordinaire : 81 % contre 64 %. Les hommes consommaient plus de 6 verres /j plus souvent que les femmes : 3,5 % contre 0 %.

Deux patients sur 5 (41 %) avaient déjà eu au moins une fois une API dans leur vie ; 15,5 % faisait au moins une API/mois ; 5 % faisaient au moins une API/semaine.
Les hommes relataient plus fréquemment des API que les femmes :
-au moins une fois une API : 53 % *versus* 35 %, $p= 5.10^{-4}$;
-au moins une API dans le mois : 25 % *versus* 11 %, $p=10^{-4}$;
-au moins une API dans la semaine : 8,8 % *versus* 3,1 %, $p=9.10^{-3}$.
La proportion de sujets déclarant avoir déjà eu au moins une API dans leur vie était plus élevée chez les 18-25 ans : 65 %. Cette proportion diminuait significativement avec l'âge pour n'être que de 19 % chez les 65 ans et plus ($p<10^{-4}$).

Presqu'un tiers des patients (28 %) avait été ivre au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Les hommes avaient tendance à être plus souvent ivres que les femmes : 34 % *versus* 25 % ; la différence n'était cependant pas significative (p=0,0544). Les sujets de 18-25 ans étaient ceux ayant la prévalence la plus élevée d'ivresse au cours des 12 derniers mois (56 %). La prévalence de l'ivresse au cours de l'année écoulée diminuait significativement avec l'âge ($p<10^{-4}$). Elle concernait 2,6 % des sujets de 65 ans et plus.

Un AUDIT-C évoquant un mésusage d'alcool était trouvé chez 47 % de nos sujets. Le mésusage était significativement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (p=0,0185) : l'AUDIT-C était ≥4 chez 55 % des hommes et ≥3 chez 43 % des femmes. Par contre, 1 seul patient de notre échantillon avait un score à l'AUDIT-C ≥10. Il s'agissait d'un homme.

IV. LES AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Dans l'étude, les troubles liés à l'usage d'alcool ou de tabac étaient plus fréquemment rapportés que d'autres maladies chroniques comme l'HTA, l'asthme ou le diabète (Tableau III).

Tableau III : Prévalence des maladies chroniques dans l'étude e-TAC, n=473

Maladies chroniques	Effectif	%	IC 95 %*
Probable mésusage de l'alcool (AUDIT-C anormal[β])	218	46,8	43,3-51,4
Probable dépendance au tabac (CDS-5[†]≥16)	92	41,9	35,4-48,4
Hypertension artérielle	63	13,8	10,6-17,0
Asthme	62	13,6	10,4-16,7
Autres maladies respiratoires	30	6,6	4,3-8,8
Autres maladies cardiovasculaires	23	5,0	3,0-7,0
Cancers	16	3,5	1,8-5,2
Diabète	16	3,3	1,6-4,9

*IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %. [β] Un usage problématique d'alcool au score de l'AUDIT-C lorsqu'il est ≥ 4 chez l'homme et ≥ à 3 chez la femme. [†]CDS-5 : *Cigarette Dependance Scale 5-item.*

V. RELATION ENTRE LES INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES ET LES MALADIES CHRONIQUES

V.1. L'HTA et les autres maladies cardiovasculaires

En analyse bivariable, il y avait une association significative entre la présence déclarée d'HTA et certains indicateurs socioéconomiques (Tableau IV). Avant ajustement, la probabilité de déclarer une HTA était statistiquement plus significative chez les inactifs (retraités et parents en congé parental) et chez les propriétaires de leur logement. Après ajustement sur l'âge et le sexe, il n'y avait plus aucun indicateur statistiquement associé à la présence déclarée d'une HTA.

Du fait des faibles effectifs de patients déclarant un diabète (16 sujets) ou une autre maladie cardiovasculaire (23 sujets), il n'a pas été possible d'étudier dans cette analyse leur relation avec les indicateurs socioéconomiques.

V.2. L'asthme

Dans notre analyse bivariable, il y avait une association statistiquement significative entre la présence déclarée d'un asthme et le statut face au logement (Tableau V). Cette association disparaissait après ajustement sur l'âge et le sexe. Il n'y avait pas d'autres associations statistiquement significatives en analyse multivariable.

V.3. Les autres maladies respiratoires

Il n'existait aucun lien entre le fait de déclarer une maladie respiratoire autre que l'asthme et les indicateurs socio-économiques en analyses bivariable (Tableau VI) et multivariable. Par manque de puissance, la relation avec la situation financière ressentie n'a pas pu être explorée au cours de cette analyse.

Tableau IV : Relation entre la présence d'HTA et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473

Caractéristiques	OR brut	IC 95 %	p-value
Age (en classe)[a]			**$<10^{-4}$**
26-34 ans	1,72	0,17-17,00	
35-44 ans	4,23	0,52-34,02	
45-54 ans	6,35	0,79-51,24	
55-64 ans	26,56	3,46-203,94	
≥65 ans	19,09	2,38-153,29	
Sexe[b]			**$3,2.10^{-3}$**
Femmes	0,44	0,26-0,76	
Zone de vie[c]			0,4222
Rurale	0,77	0,42-1,44	
Emploi[d]			**$3,6.10^{-2}$**
Apprenti ou étudiant	0,45	0,06-3,50	
Chômeur	0,77	0,22-2,65	
Inactif (retraité, parent foyer, congé parental)	2,41	1,31-4,41	
Autres	1,81	0,57-5,68	
Catégorie socio-professionnelle[e]			0,5001
Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chef d'entreprise	1,12	0,11-11,7	
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	1,35	0,15-12,0	
Professions intermédiaires	1,9	0,21-17,35	
Employés	0,9	0,11-7,62	
Ouvriers	0,78	0,07-8,67	
Statut marital[f]			0,1674
Célibataire sans enfant	0,57	10,22-1,51	
Célibataire avec enfants	1,53	0,55-4,26	
Veuf (ve) ou divorcé(e)	2,05	0,87-4,84	
Conditions de logement[g]			**$2,3.10^{-2}$**
Locataires	0,37	0,18-0,75	
Autres	0,81	0,3-2,19	
Situation financière ressentie[h]			0,7483
Ca va	0,7	0,31-1,56	
C'est juste, il fait faire attention	0,81	0,36-1,82	
J'y arrive difficilement	0,57	0,18-1,81	

[a]Classe de référence=18-25 ans
[b]Classe de référence=Hommes
[c]Classe de référence=urbaine
[d]Classe de référence=actif
[e]Classe de référence=n'a jamais travaillé
[f]Classe de référence=en couple
[g]Classe de référence=propriétaire
[h]Classe de référence=je suis financièrement à l'aise

Tableau V : Relation entre la présence d'asthme et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473

Caractéristiques	OR brut	IC 95 %	p-value
Age (en classe)[a]			**$10,7.10^{-2}$**
26-34 ans	0,62	0,27-1,44	
35-44 ans	0,41	0,18-0,94	
45-54 ans	0,17	0,06-0,51	
55-64 ans	0,43	0,17-1,09	
≥65 ans	0,12	0,03-1,59	
Sexe[b]			0,9304
Femmes	1,03	0,58-1,82	
Zone de vie[c]			0,4233
Rurale	1,27	0,71-2,26	
Emploi[d]			0,0771
Apprenti ou étudiant	3,1	1,10-8,71	
Chômeur	1,38	0,54-3,54	
Inactif (retraité, parent foyer, congé parental)	0,53	0,23-1,24	
Autres	0,65	0,15-2,90	
Catégorie socio-professionnelle[e]			0,3851
Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chef d'entreprise	0,12	0,02-0,94	
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	0,2	0,04-1,01	
Professions intermédiaires	0,26	0,05-1,36	
Employés	0,27	0,06-1,19	
Ouvriers	0,18	0,03-1,19	
Statut marital[f]			0,0592
Célibataire sans enfant	1,75	0,86-3,56	
Célibataire avec enfants	2,63	1,04-6,65	
Veuf (ve) ou divorcé(e)	0,46	0,11-1,99	
Conditions de logement[g]			**$1,1.10^{-2}$**
Locataires	2,16	1,21-3,84	
Autres	2,72	1,12-6,58	
Situation financière ressentie[h]			0,1848
Ca va	0,65	0,27-1,60	
C'est juste, il fait faire attention	1,33	0,57-3,10	
J'y arrive difficilement	1,1	0,37-3,30	

[a]Classe de référence=18-25 ans
[b]Classe de référence=Hommes
[c]Classe de référence=urbaine
[d]Classe de référence=actif
[e]Classe de référence=n'a jamais travaillé
[f]Classe de référence=en couple
[g]Classe de référence=propriétaire
[h]Classe de référence=je suis financièrement à l'aise

Tableau VI : relation entre la présence de maladies respiratoires autres que l'asthme et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473

Caractéristiques	OR brut	IC 95 %	p-value
Age (en classe)[a]			0,515
26-34 ans	0,4	0,09-1,88	
35-44 ans	0,57	0,15-2,13	
45-54 ans	0,85	0,23-3,16	
55-64 ans	1,37	0,39-4,85	
≥65 ans	0,79	0,17-3,72	
Sexe[b]			0,2599
Femmes	1,65	0,69-3,93	
Zone de vie[c]			0,5426
Rurale	1,28	0,58-2,81	
Emploi[d]			0,8325
Apprenti ou étudiant	2,04	0,43-9,62	
Chômeur	1,05	0,23-4,78	
Inactif (retraité, parent foyer, congé parental)	1,41	0,57-3,52	
Autres	1,72	0,37-8,00	
Catégorie socio-professionnelle[e]			0,5206
Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chef d'entreprise	0,22	0,03-1,91	
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	0,17	0,03-1,14	
Professions intermédiaires	0,25	0,04-1,70	
Employés	0,18	0,03-0,99	
Ouvriers	0,21	0,02-1,84	
Niveau d'étude[f]			
Primaire			
Secondaire			
Supérieur			
Statut marital[g]			0,5862
Célibataire sans enfant	0,7	0,20-2,41	
Célibataire avec enfants	1,76	0,49-6,31	
Veuf (ve) ou divorcé(e)	0,42	0,05-3,23	
Conditions de logement[h]			0,4946
Locataires	0,72	0,31-1,67	
Autres	0,36	0,05-2,73	

[a]Classe de référence=18-25 ans
[b]Classe de référence=Hommes
[c]Classe de référence=urbaine
[d]Classe de référence=actif
[e]Classe de référence=n'a jamais travaillé
[f]Classe de référence=en couple
[g]Classe de référence=propriétaire
[h]Classe de référence=je suis financièrement à l'aise

V.4. La dépendance probable au tabac

Il existait une association statistiquement significative entre la dépendance probable au tabac (score CDS-5≥16) et certains indicateurs socioéconomiques en analyse bivariable (Tableau VII). Comparativement aux actifs, les chômeurs avaient une probabilité plus importante de présenter une dépendance probable au tabac. Ceux qui n'avaient jamais travaillé avaient une probabilité plus importante que les agriculteurs, les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise ou les professions intermédiaires d'avoir une dépendance au tabac. Enfin, comparativement à ceux étant propriétaires de leur logement, la probabilité d'avoir une dépendance au tabac était plus importante chez les locataires ou les autres (ceux qui vivaient chez quelqu'un, en squat, dans un foyer, dans la rue, etc.).

Après ajustement sur l'âge et le sexe, l'association entre la dépendance probable au tabac et ces variables restait statistiquement significative (Tableau VIII). Il n'y avait pas d'autres associations statistiquement significatives en analyse multivariable.

V.5. Le mésusage probable d'alcool

En analyse univariable, aucun facteur socio-économique n'était associé au mésusage probable d'alcool, sauf le sexe (Tableau IX). Il n'y avait aucune variable associée au mésusage d'alcool après ajustement, en analyse multivariable.

En résumé, cette analyse retrouvait après ajustement sur l'âge en classes et le sexe une association statistiquement significative entre la dépendance probable au tabac et certains indicateurs socioéconomiques (la CSP, le statut face à l'emploi et celui face au logement). Aucune association n'a été retrouvée en analyse multivariable entre les indicateurs socioéconomiques et l'asthme, les autres maladies respiratoires ou le mésusage d'alcool.

Tableau VII : relation entre la présence d'une dépendance probable au tabac et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473

Caractéristiques	OR brut	IC 95 %	p-value
Age (en classe)[a]			**$2,3.10^{-2}$**
26-34 ans	0,54	0,21-1,41	
35-44 ans	1,19	0,47-2,99	
45-54 ans	1,08	0,40-2,94	
≥55 ans	0,29	0,09-0,92	
Sexe[b]			0,806
Femmes	0,93	0,52-1,67	
Zone de vie[c]			0,8287
Rurale	0,94	0,53-1,66	
Emploi[d]			**3.10^{-2}**
Apprenti ou étudiant	1,39	0,36-5,41	
Chômeur	2,61	1,00-6,79	
Inactif (retraité, parent foyer, congé parental)	1,09	0,46-2,57	
Autres	8,7	1,84-41,19	
Catégorie socio-professionnelle[e]			**$7,2.10^{-3}$**
Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chef d'entreprise	0,08	0,01-0,92	
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	0,03	0,002-0,34	
Professions intermédiaires	0,06	0,005-0,64	
Employés	0,19	0,02-1,65	
Ouvriers	0,18	0,02-1,86	
Statut marital[f]			0,3457
Célibataire sans enfant	1,51	0,72-3,17	
Célibataire avec enfants	2,29	0,83-6,35	
Veuf (ve) ou divorcé(e)	1,14	0,35-3,78	
Conditions de logement[g]			**$1,4.10^{-2}$**
Locataires	2,12	1,19-3,76	
Autres	3,18	1,05-9,94	
Situation financière ressentie[h]			0,1411
Ca va	2,15	0,77-5,99	
C'est juste, il fait faire attention	2,83	1,03-7,74	
J'y arrive difficilement	3,57	1,11-11,48	

[a]Classe de référence=18-25 ans
[b]Classe de référence=Hommes
[c]Classe de référence=urbaine
[d]Classe de référence=actif
[e]Classe de référence=n'a jamais travaillé
[f]Classe de référence=en couple
[g]Classe de référence=propriétaire
[h]Classe de référence=je suis financièrement à l'aise

Tableau VIII : relation entre la présence d'une dépendance probable au tabac et la situation sociale dans l'étude e-TAC après ajustement, n=473

Caractéristiques	OR ajusté[g]	IC 95 %	p-value
Zone de vie[a]			0,6125
Rurale	0,86	0,55-1,66	
Emploi[b]			**0,0290**
Apprenti ou étudiant	1,21	0,26-5,66	
Chômeur	2,30	0,85-6,27	
Inactif (retraité, parent foyer, congé parental)	2,12	0,75-5,99	
Autres	11,26	2,08-60,94	
Catégorie socio-professionnelle[c]			**0,0132**
Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chef d'entreprise	0,12	0,009-1,47	
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	0,03	0,002-0,39	
Professions intermédiaires	0,06	0,005-0,78	
Employés	0,22	0,02-2,08	
Ouvriers	0,15	0,01-1,70	
Statut marital[d]			0,6763
Célibataire sans enfant	1,46	0,63-3,40	
Célibataire avec enfants	1,69	0,59-4,83	
Veuf (ve) ou divorcé(e)	1,16	0,30-4,53	
Conditions de logement[e]			**$4,5.10^{-3}$**
Locataires	2,77	1,42-5,34	
Autres	4,50	1,31-15,48	
Situation financière ressentie[f]			0,2276
Ca va	2,09	0,73-6,02	
C'est juste, il fait faire attention	2,78	0,98-7,89	
J'y arrive difficilement	3,06	0,90-10,42	

[a]Classe de référence=urbaine
[b]Classe de référence=actif
[c]Classe de référence=n'a jamais travaillé
[d]Classe de référence=en couple
[e]Classe de référence=propriétaire
[f]Classe de référence=je suis financièrement à l'aise
[g]ajustement sur l'âge en classes et le sexe

Tableau IX : relation entre la présence probable d'un mésusage d'alcool et la situation sociale dans l'étude e-TAC avant ajustement, n=473

Caractéristiques	OR brut	IC 95%	p-value
Age (en classe)[a]			0,2328
26-34 ans	0,75	0,37-1,51	
35-44 ans	0,56	0,29-1,09	
45-54 ans	0,5	0,25-1,02	
55-64ans	0,47	0,22-0,99	
≥65 ans	0,45	0,20-1,02	
Sexe[b]			**$2,5.10^{-2}$**
Femmes	0,64	0,43-0,95	
Zone de vie[c]			0,7462
Rurale	0,93	0,62-1,41	
Emploi[d]			0,205
Apprenti ou étudiant	1,64	0,62-4,34	
Chômeur	1,11	0,54-2,27	
Inactif (retraité, parent foyer, congé parental)	0,66	0,40-1,08	
Autres	0,52	0,20-1,33	
Catégorie socio-professionnelle[e]			0,8637
Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chef d'entreprise	1,79	0,36-8,90	
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	1,42	0,31-6,36	
Professions intermédiaires	1,11	0,24-5,18	
Employés	1,57	0,37-6,71	
Ouvriers	1,27	0,26-6,33	
Statut marital[f]			0,3409
Célibataire sans enfant	1,64	0,95-2,85	
Célibataire avec enfants	1,22	0,55-2,71	
Veuf(ve) ou divorcé(e)	0,95	0,46-1,97	
Conditions de logement[g]			0,1564
Locataires	1,04	0,69-1,57	
Autres	2,04	0,98-4,21	
Situation financière ressentie[h]			0,3625
Ca va	0,72	0,39-1,30	
C'est juste, il fait faire attention	0,91	0,50-1,66	
J'y arrive difficilement	1,21	0,55-2,64	

[a]Classe de référence=18-25 ans
[b]Classe de référence=Hommes
[c]Classe de référence=urbaine
[d]Classe de référence=actif
[e]Classe de référence=n'a jamais travaillé
[f]Classe de référence=en couple
[g]Classe de référence=propriétaire
[h]Classe de référence=je suis financièrement à l'aise

DISCUSSION

I. RÉSULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE

D'après notre étude, les troubles liés à l'usage d'alcool et de tabac étaient plus fréquemment déclarés que d'autres maladies chroniques cardiovasculaires ou respiratoires. L'étude retrouvait après ajustement sur le sexe et l'âge une association statistiquement significative entre la dépendance probable au tabac et certains indicateurs socioéconomiques : la CSP, le statut face à l'emploi et celui face au logement. La probabilité de déclarer une dépendance probable au tabac était plus importante quand ces indicateurs socioéconomiques étaient défavorables. Ces résultats suggèrent que la dépendance au tabac pourrait être influencée par certains déterminants socioéconomiques dans la population vue en médecine générale en Aquitaine en 2015.
Aucun lien entre les déterminants socioéconomiques étudiés et les maladies chroniques respiratoires, l'HTA ou le mésusage d'alcool n'a été observé dans nos analyses.
Concernant les maladies cardiovasculaires autres que l'HTA (dont le diabète), il n'a pas été possible d'étudier leur relation avec les indicateurs socioéconomiques par manque de puissance.

II. FORCES DE L'ÉTUDE

Nous avons eu grâce à la diffusion de l'auto-questionnaire dans 8 cabinets médicaux pendant 6 mois un nombre conséquent de patients inclus, nous permettant une analyse sur les données d'un échantillon de 473 patients.

Une étude pilote avait été organisée dans deux cabinets de médecine générale en Aquitaine pendant une semaine avant le début du projet, afin de vérifier le bon déroulement du recueil. Ce travail fait en amont a permis d'optimiser la faisabilité et l'acceptabilité de cette étude auprès des patients et des médecins généralistes.
L'auto-questionnaire a été élaboré après une revue de la littérature permettant une analyse exhaustive des facteurs à mesurer. Il a été relu par des médecins généralistes, un addictologue et une spécialiste de la communication sociale pour que les différents aspects du questionnaire (forme et fond) soient validés. Une dernière correction a été effectuée par le comité de pilotage de l'étude avant sa diffusion.
Pour une meilleure adhésion des patients, dans les salles d'attente des médecins, des flyers et des affiches explicatives faisaient la promotion de l'étude. Les internes chargés du recueil de données avaient été formés pour donner des informations complémentaires aux patients.

Dans l'étude *e*-TAC, les mesures de dépendance probable au tabac et de la probabilité d'un usage problématique d'alcool ont été évaluées par des scores validés : le CDS-5 et l'AUDIT-C.
Le nombre d'indicateurs des ISS a été volontairement limité pour ne pas que le questionnaire soit trop long, ce qui aurait pu en limiter l'acceptabilité. La sélection des indicateurs socioéconomiques a été faite à partir 1) d'une revue de la littérature, 2) des recommandations du HCSP ou du CMG sur les indicateurs qui devraient être étudiés en

épidémiologie ou en soins primaires et 3) après analyse des indicateurs recueillis dans des cohortes françaises déjà existantes telles que la cohorte française SIRS. Trois médecins généralistes ayant travaillé sur le sujet des ISS dans le cadre de projet de recherche ou pour le CMG ont ensuite été interrogés pour valider le choix des indicateurs.

Enfin, notre étude semble être la première qui se soit intéressée au lien entre la dépendance au tabac (et non pas simplement son usage) et les ISS en soins primaires en France.

III. LIMITES DE L'ÉTUDE

L'analyse présentée ici a quelques limites qui incitent à la prudence dans l'interprétation des résultats.

III.1. Population

Nous ne pouvons exclure un biais de sélection en lien avec la participation volontaire des patients au remplissage du questionnaire : les patients les plus concernés par le sujet principal de l'étude *e*-TAC (l'usage d'e-cigarette et de tabac en médecine générale) ont certainement répondu davantage que les autres. Cela a pu entrainer des estimations différentes de celles attendues au niveau des associations testées.

Il y avait 37 exclus dans notre étude. Ils étaient statistiquement différents des exclus : la majorité vivait en zone rurale sans qu'il semble y avoir de raison apparente.

Notre échantillon n'était peut-être pas représentatif de la population rencontrée en médecine générale en Aquitaine. L'échantillon comportait en majorité des femmes. Il était majoritairement jeune (entre 24 et 54 ans), avec un emploi, en couple, propriétaire pour plus de la moitié, avec une situation financière ressentie plutôt bonne en majorité. Etant donné ces éléments, on peut craindre un biais de sélection à l'inclusion, avec une sous-représentation des patients les plus défavorisées ou les plus préoccupés par leur santé (c'est le cas des femmes dans les études).

Les sujets inclus dans notre analyse devaient comprendre le français. Les patients migrants ne maîtrisant pas la langue française ne pouvaient donc pas participer à l'étude. Cela a certainement exclu certains patients aux conditions sociales défavorables.

III.2. Méthodes

Le questionnaire comprenait 46 questions, ce qui pouvait le rendre un peu fastidieux à remplir, malgré l'adhésion des patients lors de la phase pilote. De plus, les questions portant sur les ISS et les maladies chroniques étaient à la fin du questionnaire, ce qui a pu entrainer une diminution de la qualité des réponses.

Le remplissage du questionnaire étant sur un mode déclaratif, il existait certainement des erreurs dans le recueil (biais d'information). En effet, les patients pouvaient méconnaître leur statut face aux maladies demandées (par sous-diagnostic médical ou par désintérêt

personnel pour leur état de santé). Ce biais d'information a pu être à l'origine d'une sous-estimation des prévalences des maladies chroniques à l'étude.

Il n'y avait dans l'étude qu'un seul patient avec une dépendance probable à l'alcool d'après le score à l'AUDIT-C. Soit la prévalence de ce problème de santé a été sous-estimée du fait d'une sous-déclaration (par exemple du fait d'un biais de désirabilité sociale, par culpabilité ou par déni), soit le score AUDIT-C sous-estimait la dépendance probable à l'alcool.

Il se peut que les indicateurs socioéconomiques choisis pour l'étude ne soient pas les plus pertinents, malgré le temps consacré à leur sélection. Nous aurions par exemple pu utiliser un score comme le score EPICES utilisé dans les centres d'examen, mais non validé en médecine générale. Cependant, ce score évalue seulement la précarité et non les ISS dans leur globalité.
Nous aurions pu rajouter des questions afin d'explorer davantage la position sociale du patient, mais cela aurait entrainé un allongement trop important du questionnaire et de manière indirecte une altération de la participation des patients à l'étude.

Nous avons étudié les prévalences de certaines maladies chroniques et de certains indicateurs de la position sociale, mesurés en même temps à un instant donné. Cette étude transversale a pu mettre en évidence une relation entre les deux pour la dépendance probable au tabac. Elle n'avait pas pour objectif d'établir un lien causal ni une direction dans ces relations.

III.3. Résultats

Il est probable que nous manquions de puissance dans certaines sous-analyses de notre étude, du fait d'effectifs faibles. En effet, la relation entre les ISS et les maladies chroniques n'était pas l'objectif principal de l'étude *e*-TAC. Le nombre de sujets nécessaire pour l'étude ayant été calculé pour l'objectif principal de l'étude, il est possible que les effectifs aient été trop petits pour satisfaire les objectifs secondaires.
Notre étude excluait tout patient n'ayant jamais dans sa vie au moins bu de l'alcool, ou fumé du tabac, ou fumé du cannabis, ou vapoté : une surestimation des prévalences des usages d'alcool et de tabac était donc probable.

IV. COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC LA LITTÉRATURE

IV.1. Résultats principaux

Les résultats de notre étude suggèrent que la dépendance au tabac pourrait être influencée par certains déterminants socioéconomiques dans la population vue en médecine générale en Aquitaine en 2015. Les études précédemment réalisées sur les liens entre la consommation de tabac et des indicateurs socioéconomiques retrouvaient un gradient de santé. La prévalence du tabagisme était plus élevée dans les populations les moins éduquées, les plus défavorisées et appartenant à une CSP inférieure (51,128–131,133,134).
Dans l'étude Baromètre santé 2010, la dépendance forte à la nicotine était plus fréquente chez les fumeurs moins diplômés, les ouvriers et les chômeurs (135). Notre étude va donc dans le même sens que l'enquête Baromètre santé 2010.

Nos analyses ne retrouvaient pas de lien statistiquement significatif entre la présence déclarée d'HTA et certains indicateurs socioéconomiques. Au contraire, la littérature rapporte des prévalences d'HTA plus élevée chez les personnes au statut socioéconomique plus faible (85,106,113–116).
Il y avait une association entre la présence déclarée d'un asthme mais elle n'était pas significative après ajustement. Les résultats des études réalisées sur ce sujet restent divergents. Certaines retrouvent que l'asthme est inversement associé à la richesse et l'éducation (98,100), d'autres ne retrouvent pas de lien (97,108).
Ces résultats doivent être interprétés avec prudence : le schéma d'étude, le recrutement des patients et les différents biais retrouvés dans notre étude peuvent être à l'origine d'un échantillon pas toujours représentatif de la population.

Il n'existait aucun lien entre le fait de déclarer une maladie respiratoire autre que l'asthme et les indicateurs socioéconomiques. Dans la littérature, les résultats sont contradictoires (100,117).
Sur le plan du mésusage probable d'alcool, notre étude n'a retrouvé aucun lien statistiquement significatif alors que les études retrouvent généralement un gradient social. Les hommes issus de groupe socioéconomiques défavorisés seraient les plus exposés au mésusage d'alcool chronique, les femmes issues des catégories sociales plus élevées seraient plus à risque d'alcoolisation excessive aigue (31,35,40,122,125,126).
Nos résultats sont donc en contradiction avec la littérature. Notre étude manquait de puissance et les différents biais retrouvés n'ont pas permis de conclure à un lien entre les troubles liés à l'alcool et les conditions de vie défavorables des patients.

IV.2. Résultats secondaires

La prévalence du probable mésusage d'alcool dans notre échantillon était de 46,8 %. L'évaluation de la prévalence du mésusage ou de la dépendance à l'alcool est difficile à réaliser en France. Il existe un manque d'études épidémiologiques rigoureuses, et l'analyse des consommations déclarées d'alcool est parfois subjective, entraînant une confusion dans l'interprétation des conduites d'alcoolisation. Jusqu'à récemment, aucune méthode ne permettait d'estimer la prévalence du mésusage d'alcool en France. Elle pourrait être estimée à 20 % et la dépendance à l'alcool à 5 % (142,143). Néanmoins, ces données étaient anciennes (plus de 10 ans). Le test AUDIT-C semble être un outil qui permettrait de mieux identifier et classer les différentes types de consommation d'alcool, y compris les comportements à risque (126). Le Baromètre santé 2014 rapportait une consommation hebdomadaire d'alcool de 47,5 % en 2014 (36). Il y a possiblement eu une surestimation de la prévalence du mésusage d'alcool dans notre étude. Une autre hypothèse est que du fait du caractère confidentiel du recueil des données par auto-questionnaire anonymisé, les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool ont répondu davantage au questionnaire et plus librement, réduisant ainsi le phénomène de sous-déclaration.

La prévalence d'une probable dépendance au tabac était de 41,9 % dans notre échantillon.
D'après le Baromètre santé de 2010, 17,7 % des fumeurs réguliers âgés de 15 à 85 ans présentent des signes de dépendance physiologique forte à la nicotine et 34,2 % des signes de dépendance moyenne (mesurés avec le mini-test de Fagerström) (135). Il y a probablement eu une surestimation de la prévalence de dépendance probable au tabac dans

notre étude. Cela peut-être lié au score employé pour la mesure : les résultats auraient peut-être été différents avec le test de Fagerström ou le test CDS-12 plutôt que le CDS-5. De plus, comme pour l'alcool, les patients fumeurs ont pu être plus intéressés par l'étude et rassurés par son caractère confidentiel et peuvent avoir plus répondu.

La prévalence de l'HTA était de 13,8 % dans notre étude. En 2008, elle était de 27,7 % dans la population générale en France (21). La prévalence des autres maladies cardiovasculaires était de 5 % dans notre étude (contre 28 % dans la littérature) (21). La prévalence des cancers était de 3,5 % (contre 31 % d'après la littérature) (21).
Ces chiffres de prévalence étaient donc sous-estimés dans notre étude. Il existait probablement un biais de sélection du fait du caractère volontaire du remplissage du questionnaire, un biais d'information en lien avec la méconnaissance par le patient de son état de sujets atteints de maladies cardiovasculaires ou le sous-diagnostic médical, et un manque de puissance car les effectifs des sous-groupes de ces maladies chroniques étaient faibles.

En revanche, la prévalence de l'asthme était de 13,6 % dans notre étude. Elle était de 6 à 7 % dans la population générale française en 2009 (144). La prévalence des autres maladies respiratoires était de 6,6 % (contre 4 % selon la littérature) (21), celle du diabète de 3,3 % (contre 2 % d'après la littérature) (21).
Ces chiffres de prévalence étaient donc surestimés dans notre étude. Ceci peut être aussi expliqué par des biais de sélection et de mesure et par de faibles effectifs.

Par ailleurs, les prévalences estimées dans notre étude correspondaient aux prévalences de maladies chroniques en médecine générale en Aquitaine alors que nos chiffres de références correspondent aux prévalences en population générale française. La comparaison doit donc être prudente. L'idéal aurait été de comparer nos chiffres avec des prévalences des maladies chroniques en médecine générale en France, mais il ne semble pas y avoir de tels chiffres dans la littérature.

CONCLUSION

Il a été trouvé des ISS chez les patients probablement dépendants au tabac en médecine générale en Aquitaine. La dépendance au tabac était plus fréquente quand les déterminants socioéconomiques sont défavorables. La prévalence des autres maladies chroniques n'était pas influencée par les déterminants socioéconomiques dans notre étude mais du fait des limites de notre étude et de l'impossibilité de se comparer à des études régionales de référence, les résultats sont de toute façon à interpréter avec beaucoup de prudence.
Les prévalences du tabac et de l'alcool étaient supérieures aux autres maladies chroniques étudiées.

Perspectives de soins et de formation :
Le médecin généraliste est en première ligne pour la prise en charge du tabagisme et sa prévention. Nos résultats montrent qu'il est impératif qu'il tienne compte des caractéristiques socioéconomiques du patient dépendant au tabac lors de sa prise en charge. Il faut probablement passer plus de temps en consultation ou évaluer plus régulièrement et de façon proactive les patients ayant des difficultés sociales pour augmenter leur motivation au changement. Les formations médicales continues sur l'aide à l'arrêt du tabac devraient aussi intégrer ses notions afin d'aider les médecins à mieux accompagner les patients fumeurs dans une prise en charge.

Les médecins généralistes sont d'après l'OMS ou le CMG des acteurs majeurs dans le dépistage des maladies chroniques. Le dépistage précoce peut être difficile car chronophage pour les médecins généralistes mais semble être efficace en soins primaires notamment concernant le mésusage d'alcool (145,146). Les maladies chroniques étant un des motifs fréquents de consultation en médecine générale, il semble important de sensibiliser les médecins généralistes à prendre en compte les ISS dans la prise en charge des maladies chroniques.
Il serait également intéressant de travailler sur l'élaboration d'un score validé et facile d'usage en médecine générale d'évaluation des ISS.

Perspectives de recherche :
Notre étude a retrouvé un gradient social dans la dépendance au tabac en soins primaires en médecine générale en Aquitaine en 2015, mais pas de lien entre les ISS et les autres maladies chroniques à l'étude. A notre connaissance, une seule étude française publiée (le Baromètre santé 2010) s'était intéressée au sujet en population générale et retrouvait des résultats similaires aux nôtres.
Les études antérieures s'intéressaient surtout à l'usage du tabac. Or tous les fumeurs ne sont pas dépendants. Nos résultats ont besoin d'être confrontés à ceux d'études ultérieures, notamment d'études dont l'exploration des ISS serait l'objectif principal (ce qui n'était pas le cas de l'étude *e*-TAC). Il serait notamment intéressant de réaliser des études similaires dans d'autres régions françaises pour évaluer la généralisation possible de nos résultats.
Concernant les maladies chroniques autres que l'addiction : les mesures d'association entre l'HTA ou l'asthme et les ISS n'étaient pas significatives dans notre étude. Cependant, ces liens paraissent intéressants à explorer par la réalisation de nouvelles études.

Perspectives en termes de politiques nationales de santé :

En France, la lutte contre les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé restent toujours une priorité de santé publique depuis plusieurs décennies. Malgré des politiques de prévention, les progrès sociaux et médicaux, la prévalence des maladies chroniques est en constante progression et les inégalités sociales se creusent. Les plus défavorisés sont les plus touchés. De nouvelles politiques de prévention et de prise en charge des maladies chroniques doivent être entreprises en France en tenant compte des caractéristiques socioéconomiques des patients.

La lutte antitabac doit être poursuivie et améliorée. Des actions menées en France sont à saluer, bien qu'elles doivent être encore évaluées en termes d'efficacité (135) : le paquet neutre, la hausse du prix du paquet, le remboursement de la varénicline, la campagne nationale Moi(s) sans tabac, etc. Au vu de nos résultats, la prise en compte des caractéristiques socioéconomiques de chaque patient semble être primordiale afin d'inverser la tendance en France.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Thème de santé, Maladies Chroniques [Internet]. 2017 [cité 31 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

2. Collège de la Médecine Générale. Le Livre Blanc du Collège de la Médecine Générale, Les Maladies Chroniques [Internet]. 2014 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/sommaire.html

3. Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. Lancet. 2006;367(9510):550-1.

4. Collège de la Médecine Générale. Le Plan de Santé Personnalisé [PSP]. Un outil de la décision partagée [Internet]. 2014 [cité 23 nov 2016] p. 6p. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/PSP_CMG.pdf

5. Dray-Spira R. Maladies chroniques et emploi : impact en termes d'inégalités sociales de santé. Rev Epidémiol Sante Publique. 2013;61, Supplement 3:S146-51.

6. Assemblée générale des Nations Unies. Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. 2011 [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: http://www.un.org/fr/ga/ncdmeeting2011/

7. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. In Genève: OMS; 2014 [cité 26 nov 2016]. p. 16 pages. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149294/1/WHO_NMH_NVI_15.1_fre.pdf

8. Organisation mondiale de la santé. Centre des médias. Les 10 principales causes de mortalité [Internet]. 2017 [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/

9. Organisation mondiale de la santé. Les maladies chroniques et leurs facteurs de risque communs. In Genève: OMS; 2006 [cité 23 nov 2016]. p. 15 pages. Disponible sur: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/information/factsheets_FR_web.pdf?ua=1<

10. Organisation mondiale de la santé. Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020). In Genève: OMS; 2013 [cité 26 nov 2016]. p. 43 pages. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_7-fr.pdf

11. Organisation mondiale de la santé. Panorama mondial de l'hypertension. Un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale. In 2013 [cité 28 nov 2016]. p. 40 pages. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85334/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_fre.pdf?ua=1

12. World Health Organization. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. In Genève: WHO; 2009 [cité 13

janv 2016]. p. 48 pages. Disponible sur: http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/

13. Parekh AK, Goodman RA, Gordon C, Koh HK. Managing Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework for Improving Health Outcomes and Quality of Life. Public Health Rep. 2011;126(4):460-71.

14. Harris M, Jayasinghe U, Chan B, Proudfoot J, Crookes P, Zwar N, et al. Patient and practice characteristics predict the frequency of general practice multidisciplinary referrals of patients with chronic diseases: a multilevel study. Health Policy. 2011;140-5.

15. InVS. Maladies chroniques et traumatismes. Dossiers thématiques [Internet]. Santé Publique France. 2014 [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes

16. Danet S. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs de la loi de santé publique. Rapport 2011. Etudes Résultats. 2012;(805):1-8.

17. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. Milbank Q. 2005;83(4):731-57.

18. Assurance Maladie. Analyse médicalisée des dépenses de santé : éclairages sur la répartition des dépenses et les leviers d'amélioration pour le système de santé. [Internet]. 2013 [cité 16 nov 2016] p. 10p. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/23102013_DP_Analyse_medicalisee_des_depenses.pdf

19. Organisation mondiale de la santé. Thème de santé. Maladies cardiovasculaires [Internet]. OMS. 2016 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/fr/index.html

20. INSEE. Tableaux de l'Économie Française. Statistiques [Internet]. 2014 [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288353?sommaire=1288404

21. Organisation mondiale de la santé. Profil des pays pour les maladies non transmissibles (MNT). In 2014 [cité 28 nov 2016]. p. 1. Disponible sur: http://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1

22. Aouba A, Eb M, Rey G. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 2011;(22):249-55.

23. Santé Publique France. Dossiers Thématiques. Maladies cardio-neuro-vasculaires. [Internet]. 2010 [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-neuro-vasculaires

24. Organisation mondiale de la santé. Programmes et projets. Affections respiratoires chroniques [Internet]. 2017 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/respiratory/fr/

25. Organisation mondiale de la santé. Thème de santé. Asthme [Internet]. 2017 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/asthma/fr/

26. Tual S, Godard P, Bousquet J, Annesi-Maesano I. The decrease in asthma-related mortality in France. Rev Mal Respir. 2010;27(7):e1-5.

27. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis et tabac chez l'adulte. In Saint-Denis: HAS; 2014 [cité 7 janv 2016]. p. 2 pages. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf

28. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis et tabac chez l'adulte. In Saint-Denis: HAS; 2014 [cité 7 janv 2016]. p. 54 pages. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf

29. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Latil E, Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. Questions d'économie de la santé. 2005;97:1-8.

30. Société Française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie Addictologie. 2015;80 pages.

31. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. In Paris; 2008 [cité 7 janv 2016]. p. 141 pages. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf

32. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. In Saint-Denis: OFDT; 2013 [cité 7 janv 2016]. p. 399 pages. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf

33. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. In Genève: WHO; 2014. p. 392 pages.

34. Rehm J, Shield KD. Alcohol and Mortality. Alcohol Res Curr Rev. 2014;35(2):174-83.

35. Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatoński W, Hashibe M, et al. Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. Int J Cancer. 2016;138(6):1380-7.

36. Richard J, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions. 2015;(32):6 pages.

37. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 2013;(16-17-18):161-8.

38. Paille F, Renaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(24-25):440-9.

39. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les niveaux d'usage de produits psychoactifs en population adulte selon le sexe et l'âge. In Saint-Denis: OFDT; 2014 [cité 7 janv 2016]. p. 1. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3annexe.pdf

40. Beck F, Richard J, Guignard R. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. In OFDT; 2015 [cité 7 janv 2016]. p. 8 pages. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf

41. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med. 1998;158(16):1789-95.

42. INPES. Drogues et conduites addictives. In INPES; 2014 [cité 7 janv 2016]. p. 228 pages. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1573.pdf

43. Underner M, Le Houezec J, Perriot. Tests for evaluating tobacco dependence. Rev Mal Respir. 2012;(29):462-74.

44. Palle C. Drogues et addictions, données essentielles. Synthèse [Internet]. 2013 [cité 7 janv 2016] p. 16-31. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/0B2hzbvtQXm1NaTh5SzNBUkN1dGc/view

45. Freeman M, Fleming T, Robinson M. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. Am Med Assoc. 2014;311(2):183-92.

46. Bello P-Y, Benrekassa J. Journée Mondiale Sans Tabac. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 2015;(17-18):279-96.

47. European Commission. Special Eurobarometer 458. Report. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes [Internet]. 2017 [cité 2 oct 2017] p. 205 pages. Disponible sur: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/.../79003

48. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 2016;(30-31):528-40.

49. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2015;25(5):824-8.

50. Guignard R, Beck F, Richard J. La consommation de tabac en France en 2014: Caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions. 2015;(31):1-6.

51. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R. Tabac et e-cigarette en France: niveaux d'usage d'après les premiers résultats du baromètre santé 2016. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 2017;(12):214-22.

52. Beck F, Richard J, Guignard R. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances OFDT. 2015;8 pages.

53. Organisation mondiale de la santé. La définition de la santé de l'OMS [Internet]. 2017 [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/about/definition/fr/print.html

54. Labbé E, Moulin J-J, Gueguen R, Sass C. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale »: le score EPICES. Rev Ires. 2007;(53):3-49.

55. Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. In Paris: HCSP; 2009 [cité 11 janv 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113

56. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale [Internet]. Paris: Conseil économique et social; 1987 [cité 13 janv 2016] p. 1-113. Report No.: 6. Disponible sur: http://www.joseph-wresinski.org/Grande-pauvrete-et-precarite.html

57. INPES. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. In 2014 [cité 7 janv 2016]. p. 6 pages. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1538

58. Potvin L, Moquet M-J, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. In Saint-Denis: INPES; 2010. p. 380 pages.

59. Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. 2015;14-9.

60. Jacquet E. Mesures agrégées des inégalités sociales de santé et santé mentale: données de la cohorte SIRS 2009. [Paris]: Faculté de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.

61. Organisation mondiale de la santé. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. In Genève: OMS; 2008 [cité 7 janv 2016]. p. 260 pages. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69831/1/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

62. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet. 1997;349(9066):1655-9.

63. Bricard D. Construction des inégalités des chances en santé à travers les modes de vie [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris-Dauphine; 2013.

64. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. In Genève: OMS; 2008 [cité 16 nov 2016]. p. 149 pages. Disponible sur: http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf

65. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Sante Publique. 2006;18(4):513-22.

66. CETAF. Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie. In Saint-Etienne; 2005 [cité 7 janv 2016]. (Précarité et inégalités de santé). Disponible sur: http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/RE_precarite.pdf

67. Sass C, Moulin J-J, Guenguen R, Abric L. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 2006;(14):93-6.

68. Afrite A, Mousquès J, Bourgueil Y. Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé Le cas des centres de santé du projet Epidaure-CDS. IRDES. 2014;(63):1-44.

69. Graunt J. Natural and Political Observations Made Upon the Bills of Mortality. Am J Sociol. 1939;45(2):297-297.

70. Perrenoud A. L'inégalité sociale devant la mort à Genève au XVIIIe siècle. Population. 1975;30(1):221-43.

71. Antonovsky A. Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality. Milbank Q. 1967;45(2):31-73.

72. Drever F, Whitehead M. Health inequalities: decennial supplement. Lond Station Off [Internet]. 1997 [cité 15 mai 2017]; Disponible sur: http://www.popline.org/node/272322

73. Engels F. The Condition of the Working Class in England. Am J Public Health. 2003;93(8):1246-9.

74. Chadwick E. Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain. Lond Poor Law Comm. 1842;1-204.

75. Great Britain Commissioners for Inquiring into the State of Large Towns and Populous Districts GB. In: First Report of the Commissioners for Inquiring Into the State of Large Towns and Populous Districts [Internet]. Clowes; 1844 [cité 15 mai 2017]. p. 514 pages. Disponible sur: http://archive.org/details/firstreportcomm00britgoog

76. McMunn A, Nazroo J, Breeze E. Inequalities in health at older ages: a longitudinal investigation of the onset of illness and survival effects in England. Age Ageing. 2009;38(2):181-7.

77. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N Engl J Med. 2008;358(23):2468-81.

78. Marmot M, Allen J, Goldblatt P. A social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. Soc Sci Med. 2010;71(7):1254-8.

79. Marmot M, Wilkinson R, éditeurs. Social Determinants of Health. New York; 1999. 376 pages. (Oxford University Press).

80. Case A, Deaton AS. Broken Down by Work and Sex: How Our Health Declines. NBER. 2005;185-212.

81. Villermé L-R. De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris. Gallica. 1830;1-51.

82. Desplanques G. A 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement. Economie et Statistique. 1973;(49):3-19.

83. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Insee Première. 2011;(1372):1-4.

84. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Popul Sociétés. 2008;(441):1-4.

85. Allonier C, Boisguerin B, Le Fur P. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquètes ESPS 2006-2008. Questions d'économie de la santé. 2012;(173):8 pages.

86. Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. Insee Première. 2015;(1025):4 pages.

87. Apouey B. Les disparités sociales de santé perçue au cours de la vie : le cas de la France (2004-2012). Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. Bulletin Epidemiologique hebdomadaire. 2015;(24-25):456-65.

88. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France. Le rôle de la médecine générale. Rev Épidémiologie Santé Publique. 2013;(61):193-8.

89. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer. 2009;20(85):22-6.

90. Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? In Neuilly-sur-Seine: CMG; 2014 [cité 7 janv 2016]. p. 30 pages. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version3.0.pdf

91. Adam C. Santé et vulnérabilités sociales : le point de vue du médecin généraliste. Humanitaire. 2013;36:44-51.

92. Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, Guessous I, Panese F, Herzig L, et al. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. PloS One. 2014;9(4):e94006.

93. Smith W, Anderson E, Salinas D, Horvatek R. A meta-analysis of education effects on chronic disease: The causal dynamics of the Population Education Transition Curve. Soc Sci Med. 2015;127:29-40.

94. Enroth L, Raitanen J, Hervonen A, Jilha M. Do Socioeconomic Health Differences Persist in Nonagenarians? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2013;68(5):837-47.

95. Macyntire S, McKay L, Ellaway A. Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health. Soc Sci Med. 2014;60:313-7.

96. Earle-Richardson G, Scribani M, Scott E, May J, Jenkins P. A Comparison of Health, Health Behavior, and Access Between Farm and Nonfarm Populations in Rural New York State. J Rural Health. 2015;31(2):157-64.

97. Matthews S, Manor O, Power C. Social inequalities in health: Are there gender differences? Soc Sci Med. 1999;48(1):49-60.

98. Hosseinpoor AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, et al. Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: Results from the World Health Survey. BMC Public Health. 2012;12:474.

99. Chauvin P, Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Doc Onzus. 2009;(1):105 pages.

100. Baudet-Michel S, Aschan-Leygonie C. Les inégalités de santé respiratoire entre les villes. Dimensions socio-économiques et environnementales. Métropolitiques. 2014;1-5.

101. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels—Results from an international study. Eur J Public Health. 2013;23(2):332-9.

102. Obadia Y. Cigarette et inégalités sociales : le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés. Regard Santé. 2009;(20):4 pages.

103. Fierdepied S, Gésine S, Baubet T. Mode relationnel, addictions et précarité sociale. Psychotropes. 2014;20:47-69.

104. Xie X, Wu Q, Hao Y, Yin H, Fu W, Ning N, et al. Identifying Determinants of Socioeconomic Inequality in Health Service Utilization among Patients with Chronic Non-Communicable Diseases in China. PLoS One. 2014;9(6).

105. Woodward M, Oliphant J, Lowe G. Contribution of contemporaneous risk factors to social inequality in coronary heart disease and all causes mortality. Prev Med. 2003;36:561-8.

106. Kim D, Kawachi I, Vander Hoorn S, Ezzati M. Is inequality at the heart of it? Cross-country associations of income inequality with cardiovascular diseases and risk factors. Soc Sci Med. 2008;66:1719-32.

107. Modesti PA, Agostoni P, Agyemang C, Basu S, Benetos A, Cappuccio FP, et al. Cardiovascular risk assessment in low-resource settings: a consensus document of the European Society of Hypertension Working Group on Hypertension and Cardiovascular Risk in Low Resource Settings. J Hypertens. 2014;32(5):951-60.

108. Kihal W, Pedrono G, Weber C, Bard D. PAISARC+ project: Air pollution, social inequalities, asthma and cardiac risk. Env Risque Santé. 2011;10:207-10.

109. Bassanesi SL, Azambuja MI, Achutti A. Premature mortality due to cardiovascular disease and social inequalities in Porto Alegre: from evidence to action. Arq Bras Cardiol. 2008;90(6):370-9.

110. Pande RL, Creager MA. Socioeconomic Inequality and Peripheral Artery Disease Prevalence in US Adults. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2014;7(4):532-9.

111. Malki N, Koupil I, Eloranta S, Weibull CE, Tiikkaja S, Ingelsson E, et al. Temporal Trends in Incidence of Myocardial Infarction and Ischemic Stroke by Socioeconomic Position in Sweden 1987–2010. PLoS One. 2014;9(8).

112. Pabayo R, Kawachi I, Gilman S. US State-level income inequality and risks of heart attack and coronary risk behaviors: longitudinal findings. Int J Public Health. 2015;60:573-88.

113. de Gaudemaris R, Lang T, Hamici L, Dienne E, Chatellier G. Facteurs socioprofessionnels, contraintes de l'environnement professionnel et maladies cardiovasculaires. Ann Cardiol Angéiologie. 2002;51(6):367-72.

114. Fateh M, Emamian MH, Asgari F, Alami A, Fotouhi A. Socioeconomic inequality in hypertension in Iran. J Hypertens. 2014;32(9):1782-8.

115. Christiani Y, Byles JE, Tavener M, Dugdale P. Assessing socioeconomic inequalities of hypertension among women in Indonesia's major cities. J Hum Hypertens. 2015;29(11):683-8.

116. Carrère P, Atallah A, Lang T, Lepage B, Inamo J. HTA et précarité perçue en population précaire guadeloupéenne : l'enquête PHAPPG. Ann Cardiol Angéiologie. 2012;61(3):134-9.

117. Forastiere F, Stafoggia M, Tasco C, Picciotto S, Agabiti N, Cesaroni G, et al. Socioeconomic status, particulate air pollution, and daily mortality: differential exposure or differential susceptibility. Am J Ind Med. 2007;50(3):208-16.

118. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil: Interactions of gender, ethnicity and social class. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(3):214-22.

119. Karriker-Jaffe KJ, Roberts SCM, Bond J. Income inequality, alcohol use, and alcohol-related problems. Am J Public Health. 2013;103(4):649-56.

120. Jirapramukpitak T, Abas M, Tangchonlatip K, Punpuing S. The effect of asset-based wealth inequality on problem drinking among rural Thai elders: A prospective population-based cohort study. Soc Sci Med. 2014;100:107-14.

121. Søndergaard G, Osler M, Andersen A-MN, Andersen PK, Dalton SO, Mortensen LH. Alcohol-related morbidity and mortality within siblings. Addiction. 2015;110(3):451-60.

122. Hart A. Assembling interrelations between low socioeconomic status and acute alcohol-related harms among young adult drinkers. Contemp Drug Probl Interdiscip Q. 2015;42(2):148-67.

123. Sanchez ZM, Locatelli DP, Noto AR, Martins SS. Binge drinking among Brazilian students: A gradient of association with socioeconomic status in five geo-economic regions. Drug Alcohol Depend. 2013;127(1-3):87-93.

124. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. In 2011. p. 340 pages.

125. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Andler R, Richard J, Beck F, Arwidson P. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés: une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. Bulletin Epidemiologie Hebdomadaire. 2016;(16-17):304-12.

126. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque? Questions d'économie de la santé. 2008;(129):1-6.

127. La mutuelle des étudiants. Consommation d'alcool, accès aux soins, vie affective et sexuelle : la santé des étudiants, un enjeu de premier plan. 4ème Enquête Nationale sur la Santé des Etudiants. In Ivry-sur-Seine: LMDE; 2015. p. 1-2.

128. Khang Y-H, Cho H-J. Socioeconomic inequality in cigarette smoking: Trends by gender, age, and socioeconomic position in South Korea, 1989-2003. Prev Med Int J Devoted Pract Theory. 2006;42(6):415-22.

129. Thakur JS, Prinja S, Bhatnagar N, Rana S, Sinha DN. Socioeconomic inequality in the prevalence of smoking and smokeless tobacco use in India. Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2013;14(11):6965-9.

130. Verlato G, Accordini S, Nguyen G, Marchetti P, Cazzoletti L, Ferrari M, et al. Socioeconomic inequalities in smoking habits are still increasing in Italy. BMC Public Health. 2014;14.

131. Hosseinpoor AR, Parker LA, Tursan d'Espaignet E, Chatterji S. Socioeconomic Inequality in Smoking in Low-Income and Middle-Income Countries: Results from the World Health Survey. PLoS One. 2012;7(8).

132. Harper S, McKinnon B. Global socioeconomic inequalities in tobacco use: internationally comparable estimates from the World Health Surveys. Cancer Causes Control CCC. 2012;23 Suppl 1:11-25.

133. Barnett R, Pearce J, Moon G. Community inequality and smoking cessation in New Zealand, 1981–2006. Soc Sci Med. 2009;68(5):876-84.

134. Merson F, Perriot J. Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. Sante Publique. 2011;23(5):359-70.

135. Guignard R, Beck F, Richard J, Paretti-Watel P. Le tabagisme en France: analyse de l'enquête baromètre santé 2010. In Saint-Deni: INPES; 2013. p. 56 pages.

136. Peretti-Watel P. Impact du statut socio-économique sur le tabagisme. Concours Médical. 2015;137(1):25.

137. INPES. Questionnaire du baromètre santé DOM 2014. In Saint-Denis: INPES; 2014 [cité 7 janv 2016]. p. 40 pages. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-DOM-2014/pdf/barometre-sante-DOM-2014-questionnaire.pdf

138. Kinouani S, Castéra P, Laporte C, Pétrègne F, Gay B. Factors and motivations associated with use of e-cigarette among primary care patients in a prospective cohort study: e-TAC study protocol. BMJ Open. 2016;6(6):e011488.

139. Haut Conseil de la Santé Publique. Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans le domaine du cancer. In Paris: HCSP; 2013 [cité 7 janv 2016]. p. 8 pages. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=361

140. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C, Inspection générale des affaires sociales. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. France; 2011 [cité 13 janv 2016] p. 1-124. (Inspection générale des affaires sociales). Report No.: Insee. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000580/index.shtml

141. Cadot E, Martin J, Chauvin P. Inégalités sociales et territoriales de santé: l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2011;(8-9):88-91.

142. Lahmek P, Aubin H-J. Alcoolodépendance : épidémiologie, prévention. Encycl Méd Chir Traité Médecine Akos. 2003;7-0990.

143. Thomas M. Le mésusage de l'alcool [Internet]. Hepatoweb. 2007 [cité 3 oct 2017]. Disponible sur: http://hepatoweb.com/Alcool-mesusage.php

144. Delmas M-C, Fuhrman C. L'asthme en France : synthèse des données épidémiologiques descriptives. Rev Mal Respir. 2010;27(2):151-9.

145. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine. 2006;302-6.

146. Castéra P, Maurat F, Fleury B, Demeaux J-L. Peut-on repérer « en routine » les mésusages d'alcool ? Médecine. 2007;330-4.

ANNEXES

I. ANNEXE 1 : AUTO-QUESTIONNAIRE PAPIER DE L'ÉTUDE *e*-TAC

Numéro d'anonymisation:

Avec ou sans fumée?

TESTEZ-VOUS !

Fiche de consentement

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance (mm/aaaa) : .....
Adresse : .....
.....
Ville : .....
Code postal : .....
Mail : .....@.....
Téléphone : 05 ...../ 06 .....

J'accepte de participer à l'étude e-TAC.
Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués.
J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

A..... Le 2015

Signature du patient

L'e-cigarette et vous

1. Avez-vous une mesure de protection: tutelle, curatelle, sauvegarde de justice? (un seul choix possible)

☐ Non ☐ Oui

2. Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique au moins une fois dans votre vie? (un seul choix possible)

☐ Non *SI NON, passez directement à la question 13*
☐ Oui

3. A quel âge avez-vous essayé la cigarette électronique pour la première fois ?
…….. ans

4. Pour quelle(s) raison (s) l'avez-vous essayée? (plusieurs choix possibles)

☐ Pour arrêter de fumer du tabac
☐ Pour diminuer ma consommation de tabac mais sans arrêter complètement
☐ Parce que quelqu'un m'a proposé d'essayer
☐ Parce que la cigarette électronique est moins nocive pour ma santé
☐ Par curiosité
☐ A cause du goût
☐ Pour faire comme quelqu'un de mon entourage : ami, parent, frère, sœur, collègue
☐ Autre Précisez : ……
☐ Je ne sais pas

5. Utilisez-vous la cigarette électronique occasionnellement ou régulièrement? (un seul choix possible)

☐ Non *SI NON, passez directement à la question 13*
☐ Oui

6. A quelle fréquence utilisez-vous en moyenne la cigarette électronique? (un seul choix possible)

☐ Tous les jours
☐ Moins d'une fois par jour
☐ Moins d'une fois par semaine
☐ Moins d'une fois par mois

Numéro d'anonymisation:

7. Pour quelle(s) raison(s) l'utilisez-vous actuellement? (plusieurs choix possibles)

- ☐ Pour arrêter de fumer du tabac
- ☐ Pour diminuer ma consommation de tabac mais sans arrêter complètement
- ☐ Parce que vapoter coûte moins cher que fumer
- ☐ Parce que la cigarette électronique est moins nocive pour ma santé
- ☐ Parce qu'il est possible de vapoter dans des endroits où fumer est interdit
- ☐ Pour être soulagé d'une envie de fumer dans certaines circonstances
- ☐ Pour m'éviter de sortir quand j'ai envie de fumer
- ☐ Pour ne pas recommencer à fumer
- ☐ Parce qu'elle a meilleur goût que le tabac
- ☐ Pour tirer quelques bouffées sans être obligé de terminer une cigarette
- ☐ Pour ne pas déranger les gens avec qui je me trouve
- ☐ Pour limiter les inconvénients associés au tabac : mauvaise haleine, odeur du tabac sur les vêtements, coloration des dents, etc.
- ☐ Autre Précisez : .....
- ☐ Je ne sais pas

8. Avez-vous votre propre cigarette électronique ? (un seul choix possible)

- ☐ Oui et je n'utilise que la mienne
- ☐ Oui mais j'utilise aussi celles des autres
- ☐ Non, je n'utilise que celles des autres

9. Quel type de cigarette électronique avez-vous ? (un seul choix possible)

- ☐ Avec nicotine
- ☐ Sans nicotine
- ☐ Les deux
- ☐ Je ne sais pas

10. Dans quel(s) endroit(s) utilisez-vous habituellement la cigarette électronique? (plusieurs choix possibles)

- ☐ A votre domicile
- ☐ Au travail (ou dans des réunions professionnelles)
- ☐ Au lycée ou à l'université
- ☐ A l'intérieur des restaurants et sur leurs terrasses couvertes et/ou fermées
- ☐ A l'intérieur des cafés ou des bars et sur leurs terrasses couvertes et/ou fermées
- ☐ A l'intérieur des boîtes de nuit et sur leurs terrasses couvertes et/ou fermées
- ☐ Dans la voiture ou dans les transports publics
- ☐ A l'extérieur
- ☐ Autre Précisez : .....

11. Quand utilisez-vous le plus votre cigarette électronique ? (un seul choix possible)

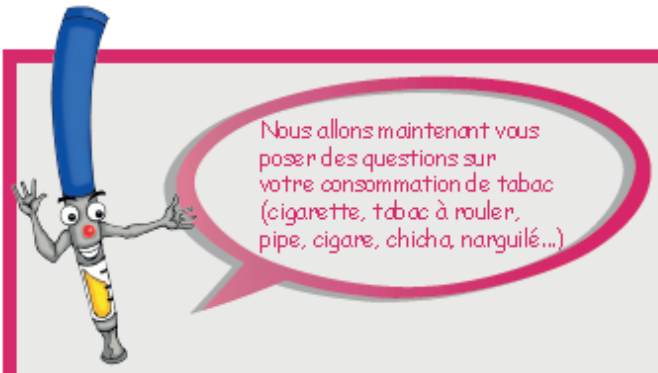
- ☐ En semaine (de lundi à vendredi)
- ☐ Le weekend (samedi et/ou dimanche)
- ☐ Les deux

Numéro d'anonymisation:

12. Combien de mg/ml de nicotine contient l'e-liquid que vous utilisez actuellement ? (un seul choix possible)

0 ☐ — 4 ☐ — 6 ☐ — 8 ☐ — 11 ☐ — 12 ☐ — 16 ☐ — 18 ☐ — 19,9 ☐

☐ Autre dosage Précisez : .....mg/ml
☐ Je ne sais pas



Le Tabac et vous

13. Avez-vous déjà essayé de fumer du tabac (cigarettes, cigares, pipes, tabac à rouler, cigarillos, chicha, etc.) au moins une fois dans votre vie ? (un seul choix possible)
☐ Non *SI NON, passez directement à la question 25*
☐ Oui

14. A quel âge avez-vous essayé de fumer du tabac pour la première fois ?
.... Ans

15. Avez-vous fumé du tabac au cours des 30 derniers jours ? (un seul choix possible)
☐ Non
☐ Oui

16. êtes vous fumeur actuellement (de façon occasionnel ou régulière)? (un seul choix possible)
☐ Non, je ne fume plus *Passez directement à la question 25*
☐ Non, je n'ai jamais fumé *Passez directement à la question 25*
☐ Oui

17. En moyenne, à quelle fréquence fumez-vous du tabac actuellement? (un seul choix possible)
☐ Tous les jours
☐ Moins d'une fois par jour
☐ Moins d'une fois par semaine
☐ Moins d'une fois par mois

Numéro d'anonymisation:

18. Indiquez sur la frise par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance aux cigarettes :

0 ⇨ je ne suis absolument pas dépendant des cigarettes

100 ⇨ je suis extrêmement dépendant des cigarettes

0 100

19. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? (un seul choix possible)

0-5 ☐ 6-10 ☐ 11-20 ☐ 21-29 ☐ 30 et + ☐

20. D'habitude, combien de minutes après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? (un seul choix possible)

0-5 ☐ 6-15 ☐ 16-30 ☐ 31-60 ☐ 61 et + ☐

1/4 d'heure 1/2 d'heure 1 heure

21. Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait (un seul choix possible)

Impossible ☐ Très difficile ☐ Plutôt difficile ☐ Plutôt facile ☐ Très facile ☐

22. Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec l'affirmation suivante : « Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer » (un seul choix possible)

Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plus ou moins d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐

23. Utilisez-vous la cigarette électronique tout en continuant de fumer actuellement ? (un seul choix possible)

- ☐ Oui et j'utilise plus souvent la cigarette électronique que le tabac
- ☐ Oui et j'utilise aussi souvent la cigarette électronique que le tabac
- ☐ Oui et j'utilise plus souvent le tabac que la cigarette électronique
- ☐ Non, je n'utilise pas de cigarette électronique

24. Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? (un seul choix possible)

- ☐ Non
- ☐ Oui, d'ailleurs je suis en train d'essayer d'arrêter
- ☐ Oui, mais dans l'année
- ☐ Oui, mais plus tard
- ☐ Je ne sais pas

L'alcool et vous

25. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool (vin, bière, whisky, vodka, téquila, etc.) ? (un seul choix possible)

Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou +
☐	☐	☐	☐	☐

26. Combien de verres contenant de l'alcool buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez ? (un seul choix possible)

1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou +
☐	☐	☐	☐	☐

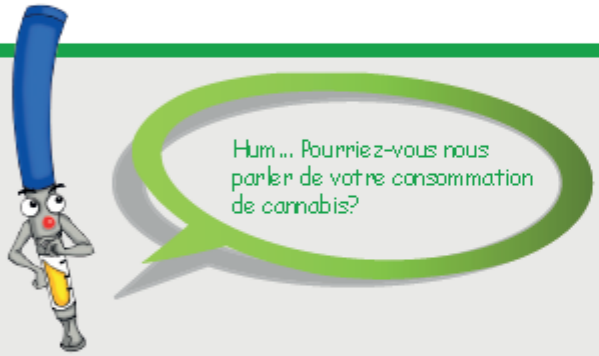
Numéro d'anonymisation:

27. Avec quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres (ou plus) d'alcool en très peu de temps, lors d'une même occasion ? (un seul choix possible)

Jamais	Moins 1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
☐	☐	☐	☐	☐

28. Avez-vous été ivre au cours des 12 derniers mois ? (un seul choix possible)

☐ Non
☐ Oui



Le cannabis et vous

29. Avez-vous déjà consommé du cannabis, au moins une fois dans votre vie (shit, haschich, herbe, marijuana, etc.) ? (un seul choix possible)

☐ Non *SI NON, passez directement à la question 38*
☐ Oui

30. A quel âge avez-vous consommé du cannabis pour la première fois ?
…. Ans

31. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis? (un seul choix possible)

☐ Non *SI NON, passez directement à la question 38*
☐ Oui

32. Combien de fois en avez-vous consommé en moyenne au cours des 12 derniers mois?
…. fois

Numéro d'anonymisation:

33. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul (e) au cours des 12 derniers mois? (un seul choix possible)

☐ Non
☐ Oui

34. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis au cours des 12 derniers mois? (un seul choix possible)

☐ Non
☐ Oui

35. Des amis ou des membres de votre famille vous-ont-ils déjà-dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois? (un seul choix possible)

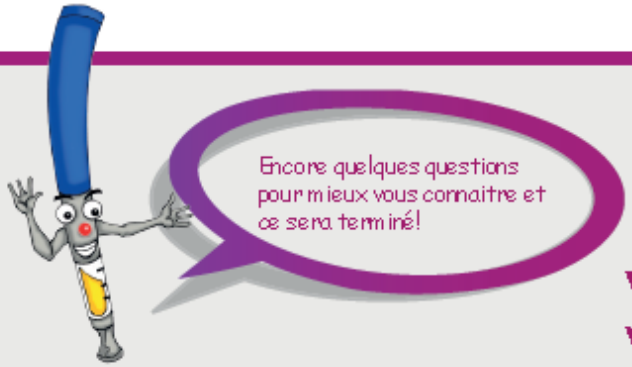
☐ Non
☐ Oui

36. Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation de cannabis sans y arriver au cours des 12 derniers mois? (un seul choix possible)

☐ Non
☐ Oui

37. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois : dispute, accident, mauvais résultats à l'école, etc.? (un seul choix possible)

☐ Non
☐ Oui



Votre situation sociale et votre santé

38. Quel âge avez-vous ?

…. Ans

39. Vous êtes (un seul choix possible)

☐ Un homme
☐ Une femme

Numéro d'anonymisation:

40. Quelle est votre situation professionnelle en ce moment ? Si vous avez plusieurs emplois, la question concerne votre emploi principal (un seul choix possible)

- ☐ Vous avez un emploi
- ☐ Vous êtes apprenti (ou en stage rémunéré)
- ☐ Vous êtes étudiant (en formation ou en stage non rémunéré)
- ☐ Vous êtes chômeur
- ☐ Vous êtes retraité
- ☐ Vous êtes une femme/ un homme au foyer
- ☐ Vous êtes en congé parental à temps plein
- ☐ Vous êtes en invalidité (avec ou sans pension)
- ☐ Autre. Précisez.....

41. au sujet de cet emploi principal, quel est (ou était) votre profession? (un seul choix possible)

- ☐ Agriculteurs exploitants
- ☐ Artisans, commerçants ou chefs d'entreprise
- ☐ Cadres ou professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions Intermédiaires
- ☐ Employés
- ☐ Ouvriers
- ☐ Vous n'avez jamais travaillé

42. Jusqu'à quel niveau d'études avez-vous été (dernière classe fréquentée)? (un seul choix possible)

- ☐ Jamais été à l'école
- ☐ Enseignement primaire
- ☐ Enseignement secondaire 1er cycle (de la 6ème à la 3ème)
- ☐ Enseignement secondaire deuxième cycle (de la seconde à la terminale)
- ☐ Enseignement supérieur
- ☐ Autre. Précisez.....

43. Vous êtes actuellement (un seul choix possible)

- ☐ Célibataire sans enfants
- ☐ Célibataire avec enfants
- ☐ Veuf (ve)
- ☐ En couple (marié, remarié, pacsé ou en concubinage)
- ☐ Divorcé (e)

44. Au sujet de votre logement, vous êtes actuellement

- ☐ Propriétaire
- ☐ Locataire
- ☐ Vous êtes hébergé chez quelqu'un
- ☐ Autres (vous vivez en foyer, dans un squat, etc.)

Numéro d'anonymisation:

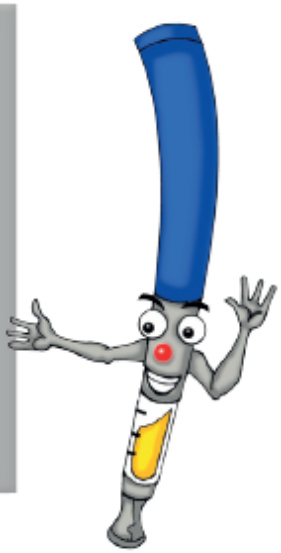
45. Vous diriez qu'au niveau financier, actuellement (un seul choix possible)

- ☐ Vous êtes à l'aise
- ☐ Ca va
- ☐ C'est juste, il faut faire attention
- ☐ Vous y arrivez difficilement

46. Avez-vous (ou avez-eu) une des maladies suivantes (plusieurs choix possibles)

- ☐ La migraine
- ☐ Une hypertension artérielle
- ☐ Un diabète
- ☐ Une maladie du cœur ou des vaisseaux : infarctus, AVC, artérites des membres inférieures, embolie pulmonaire, etc.
- ☐ Une maladie psychiatrique : dépression, anxiété, troubles bipolaires, etc.
- ☐ Des troubles du sommeil
- ☐ Un asthme
- ☐ Une autre maladie respiratoire : bronchite chronique obstructive (BPCO), emphysème,
- ☐ Un cancer
- ☐ Autres Précisez……..

Encore une fois, merci d'avoir répondu à nos questions ! Vos réponses vont permettre de mieux comprendre les patients qui consultent en médecine générale.
Si vous êtes intéressés par les résultats, dîtes-le à votre médecin. Nous les lui enverrons à la fin de l'étude.
Nous comptons sur vous dans 1 an pour le questionnaire de suivi !
N'oubliez pas de mettre votre fiche de consentement et votre questionnaire dans les boîtes prévues en salle d'attente.
Bonne fin de journée



université de BORDEAUX

Département de Médecine Générale

CGEA

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ABSTRACT

Title: Chronic diseases and health social inequalities in primary healthcare.

Introduction: Chronic diseases are responsible for a growing share of global morbidity and mortality. There is a social health gradient in the prevalence of some chronic diseases, but it is not clearly defined for all of them.
We aimed at describing the relationship between some chronic diseases (cardiovascular diseases, hypertension, respiratory diseases, asthma, tobacco addiction, alcohol abuse) and some socio-economic indicators within an adult population in general practice.

Methods: Descriptive cross-sectional observational study conducted in 2015 at 8 general practice offices in Aquitaine. The method of data collection was through a paper questionnaire which volunteer patients could complete while in the waiting room. Logistic multiple regression analysis has been carried out to determine the relationship between the prevalence of chronic diseases and the surveyed socio-economic indicators.

Results: 473 patients were included in the study. 46.8% had a probable alcohol misuse, 41.9 % a probable tobacco addiction. 13.8 % suffered from high blood pressure ; 13.6 % mentionned asthma and 6.6 % another respiratory disease ; 5 % a cardiovascular disease different from hypertension or diabetes. In multivariate analysis there was an association between probable dependence on tobacco and a number of socio-economic indicators. In our analysis no link could be noticed between the socio economic characteristics observed and respiratory diseases or hypertension.

Conclusion: Probable tobacco addiction seems to be following a social gradient for patients in general practice: it might be more frequent when socio-economic indicators are unfavourable.

Keywords: Chronic disease. Social health inequalities. Tobacco addiction. Primary healthcare.

RÉSUMÉ

Titre : Maladies chroniques et inégalités sociales de santé en soins primaires.

Introduction : Les maladies chroniques sont responsables d'une part croissante de la morbimortalité mondiale. Il existe un gradient social de santé dans la prévalence de certaines maladies chroniques mais non clairement défini pour toutes. Notre objectif était de décrire la relation entre des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, HTA, maladies respiratoires, asthme, dépendance au tabac et mésusage d'alcool) et des indicateurs socioéconomiques, en population adulte de médecine générale.

Méthodes : Étude observationnelle transversale descriptive réalisée en 2015 dans 8 cabinets de médecine générale en Aquitaine. Le mode de recueil était un questionnaire papier rempli en salle d'attente par des patients volontaires. Une analyse par régression logistique multivariable a été réalisée pour estimer la relation entre la prévalence des maladies chroniques et les indicateurs socioéconomiques à l'étude.

Résultats : 473 patients ont été inclus. 46,8 % avait un probable mésusage d'alcool ; 41,9 % une probable dépendance au tabac ; 13,8 % étaient hypertendus ; 13,6 % déclaraient un asthme ; 6,6 % une autre maladie respiratoire ; 5 % une maladie cardiovasculaire autre que l'HTA ou le diabète. En analyse multivariable, il existait une association entre la dépendance probable au tabac et certains indicateurs socioéconomiques. Aucun lien entre les déterminants socioéconomiques étudiés et les maladies respiratoires ou l'HTA n'a été observé dans nos analyses.

Conclusion : La dépendance probable au tabac paraît suivre un gradient social chez les patients de médecine générale : elle pourrait être plus fréquente quand les indicateurs socioéconomiques sont défavorables.

Mots-clés : Maladies chroniques. Inégalités sociales de santé. Tabagisme. Soins primaires.

DISCIPLINE : *médecine générale*

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux

146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex