



20 000 VOLONTAIRES POUR LA RECHERCHE MÉDICALE

# Inserm

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale

dossier de presse

Paris, le 24 novembre 1999

## Les dix ans de la cohorte Gazel

L'opération 20 000 volontaires pour la recherche médicale lancée il y a dix ans par l'Inserm et les services médicaux d'Électricité et Gaz de France a permis de fournir des informations précieuses sur la santé – bonne ou mauvaise – dans notre pays.

La cohorte épidémiologique Gazel, dont la direction scientifique est assurée par Marcel Goldberg (Unité 88 Inserm), a vu le jour en janvier 1989 grâce à la participation de 20 624 agents d'EDF-GDF, âgés de 35 à 50 ans, à l'aide technique des services médicaux d'EDF-GDF, et à la collaboration de la Caisse centrale d'activités sociales. La cohorte compte aujourd'hui 20 147 personnes dont l'état de santé est évalué annuellement par un questionnaire très détaillé.

La fidélité des volontaires, la grande stabilité professionnelle des agents d'EDF et GDF, leur répartition sur l'ensemble du territoire (ruraux, urbains, exposition à des pollutions particulières...) et la diversité des métiers exercés au sein de l'entreprise (techniciens, administratifs, chercheurs...) fait de Gazel un outil épidémiologique inestimable pour étudier la répartition et l'évolution des problèmes de santé affectant cette population. Gazel est une sorte d'observatoire qui permet de repérer l'apparition de certaines maladies et d'en identifier les causes, c'est-à-dire les facteurs individuels ou environnementaux (consommation d'alcool, conditions de travail, par exemple) susceptibles de modifier leur incidence.

Cet outil puissant équivaut, en équipement, aux télescopes ou aux accélérateurs de particules d'autres disciplines. Il est mis au service de chercheurs extérieurs qui, moyennant des enquêtes complémentaires, étudieront des questions spécifiques. Une vingtaine de projets originaux, français et étrangers, dont quelques-uns sont présentés à l'occasion de la journée scientifique (voir programme en annexe), ont ainsi été sélectionnés et sont en cours. Ils balaient des sujets aussi divers que les facteurs professionnels de la lombalgie, la somnolence diurne et l'absentéisme, le traitement des dépressions, les traitements hormonaux de la ménopause ou l'effet de la pollution sur le système respiratoire.

Les moyens d'étude de la cohorte sont renforcés par la mise sur pied dans le nord-est de la France d'une banque de matériel biologique. Cette banque, longtemps repoussée faute de moyens, s'appuie sur les centres d'examen de santé de la Sécurité sociale. Dès janvier le recueil de données biologiques standardisées (échantillons de sang conservés à -196°C dans l'azote liquide) sera étendu aux régions centre et ouest. Les échantillons de la banque permettront d'associer, par exemple, un marqueur biologique à des facteurs de risques, à des conditions de travail, à l'exposition à des polluants ou à l'alimentation, mais aussi de déterminer, par des études rétrospectives, si certaines altérations observées au cours d'un cancer sont des causes ou des conséquences de la maladie.

Des études utilisant ce nouveau matériel sont déjà entamées. Une équipe belge, en toxicologie industrielle et médecine du travail, a découvert un nouveau marqueur de toxicité, la protéine de la cellule de Clara. Elle utilise actuellement ce marqueur dans une enquête réalisée au sein de la cohorte Gazel pour étudier l'effet de la pollution atmosphérique sur l'appareil respiratoire.

Les dix ans de la cohorte Gazel marquent un tournant. La mise à disposition des indicateurs biologiques de santé ouvre de nouvelles perspectives qui apporteront aux études épidémiologiques menées grâce à Gazel encore plus de précision.



20 000 VOLONTAIRES POUR LA RECHERCHE MÉDICALE

## Santé et classes sociales : des inégalités inexplicables

### Une comparaison franco-anglaise

Il est connu que l'espérance de vie et la morbidité varient avec le niveau socio-économique. On meurt plus tôt et en moins bonne santé lorsque l'on est pauvre que lorsque l'on appartient à une classe sociale favorisée. Certaines hypothèses sont régulièrement avancées sur les facteurs de risques qui pourraient expliquer cette tendance, notamment les conditions socio-économiques qui ont prévalu dans l'enfance, les comportements (comportement alimentaire, consommation de tabac, notamment) et l'environnement psychosocial (personnel et au travail).

La comparaison de la cohorte Gazel et d'une cohorte de fonctionnaires et hauts fonctionnaires anglais (Whitehall II) montre que ces facteurs ne contribuent en fait que très partiellement à rendre compte de l'inégalité socio-économique en matière de santé. Certains facteurs de risques comme les indices de surcharge pondérale, le contexte professionnel ou les conditions de vie dans l'enfance, présentent bien la relation attendue en fonction des classes sociales, mais sont insuffisants à expliquer l'inégalité en matière de santé.

D'autres facteurs interviennent de façon très différente selon les classes sociales, d'une cohorte à l'autre, et peuvent même présenter des tendances opposées, ce qui les rend peu utilisables pour expliquer les inégalités observées. Par exemple, **la consommation d'alcool est plus élevée dans les couches sociales supérieures de la cohorte Whitehall II, alors que l'on observe la tendance inverse dans la cohorte Gazel. Et si l'on mange plus sainement et que l'on fume moins dans les couches sociales plus élevées de Whitehall II, dans la cohorte Gazel ni l'alimentation ni la consommation de tabac ne varie selon la position dans la hiérarchie sociale.**

Bien que les cohortes française et anglaise ne soient pas directement comparables (statuts sociaux des volontaires différents), on peut néanmoins affirmer que l'explication du niveau de santé selon la position sociale et les cultures fait intervenir des facteurs autres que socio-économiques. Mais ils restent à explorer.

### Contact

**Rebecca Fuhrer**

UCL Medical School, Londres

Tél : 00 44 171 391 16 85/1681

Fax : 00 44 171 813 0242/0280

Mél : [r.fuhrer@public-health.ucl.ac.uk](mailto:r.fuhrer@public-health.ucl.ac.uk)



20 000 VOLONTAIRES POUR LA RECHERCHE MÉDICALE

## Ménopause et cosmétiques attention au mélange des genres

Le traitement hormonal substitutif (THS) œstroprogestatif est efficace pour prévenir la perte osseuse (ostéoporose) susceptible de survenir après la ménopause. Aucun consensus n'existe cependant aujourd'hui concernant sa prescription. Des enquêtes françaises et étrangères ont déterminé que l'existence de bouffées de chaleur gênantes, une hystérectomie dans le passé et le niveau socio-économique de la patiente (produits remboursés seulement de 30 à 60 % selon les préparations) étaient des facteurs importants présidant à la mise en place d'un traitement substitutif.

Une étude réalisée sur la cohorte Gazel entendait explorer l'influence du contexte social et culturel sur la décision de débuter un tel traitement. La représentation (négative ou positive) de cette période de la vie chez les femmes au-dessus de 45 ans a-t-elle une influence sur la décision de prendre un THS ? L'habitude de se préoccuper de son corps (usage de cosmétiques, pratique d'un sport) et l'attente des patientes vis-à-vis du traitement (lutte contre l'ostéoporose, les bouffées de chaleur et le vieillissement, retour des règles, préservation de la féminité...) jouent-elles un rôle dans cette décision ?

**Il est frappant de constater que les pratiques cosmétiques, indépendamment des revenus, interviennent dans la prise de THS.** Autrement dit, les femmes qui font un grand usage des cosmétiques sont aussi celles étant le plus souvent traitées. Cette attitude est cohérente avec le fait que ce sont également celles qui attendent du traitement un effet contre le vieillissement.

Cette association entre le THS et des préoccupations d'ordre esthétique peut paraître étonnante dans la mesure où les études réalisées jusqu'à présent n'ont montré qu'un effet mineur du THS sur la peau. Il semble néanmoins que cette idée soit souvent véhiculée par les médias et l'industrie pharmaceutique, quand elle ne l'est pas aussi par certains médecins. Une telle observation peut susciter l'inquiétude étant donné qu'elle souligne le risque de banalisation d'un traitement dont les effets à long terme sont encore mal connus, en particulier concernant les risques de cancer du sein.

### Contact

**Virginie Ringa**

Unité 149 Inserm « recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants », Paris

Tél : 01 45 59 50 07/5090

Fax : 01 45 59 50 89

Mél : ringa@vjf.inserm.fr



20 000 VOLONTAIRES POUR LA RECHERCHE MÉDICALE

## Le versant caché de la dépression

Comment est traitée une dépression et quelle est son évolution ? La cohorte Gazel fournit une occasion inespérée d'étudier une maladie dans la durée et de répondre à ces questions.

En menant une étude spécifique à la dépression, des chercheurs d'EVAL (bureau d'études, d'évaluation médicale et médico-sociale) ont ainsi pu constituer trois sous-groupes de la cohorte Gazel et les suivre sur plusieurs années : des dépressifs chroniques, des personnes ayant fait un premier trouble dépressif dans l'année (épisode inaugural) et un groupe témoin.

Les résultats du premier questionnaire montrent que, parmi les personnes dépressives, celles souffrant de dépression chronique sévère reçoivent plus souvent un traitement spécifique, c'est-à-dire qu'elles sont suivies par un psychiatre et/ou prennent des antidépresseurs. Quatre ans après, la moitié de ces patients dépressifs chroniques le sont restés. Autrement dit, ils ne sont pas sortis de la maladie.

Les personnes présentant un premier épisode dépressif sont, pour leur part, traitées de façon non spécifique par des anxiolytiques ou des somnifères et des arrêts de travail « tout venant ». Lorsque ces patients sont revus quatre ans plus tard, deux évolutions complètement opposées sont observées : ceux qui avaient fait un épisode dépressif inaugural et qui présentaient des critères de gravité (idées suicidaires, par exemple) sont devenus chroniques et reçoivent seulement à ce moment-là un traitement adapté. Ceux qui n'avaient pas de critères de gravité ne présentent plus d'épisode dépressif. Ils ont retrouvé des consommations de soins ainsi que des taux d'arrêts de travail proches de ceux des témoins.

**En fait, les personnes traitées en 1994 pour un épisode dépressif vont plus mal quatre ans après**, toutefois ce sont aussi celles qui présentaient les troubles les plus graves. La mise en place d'un traitement spécifique apparaît donc surtout comme une reconnaissance (un marqueur) de la gravité de la dépression.

Ces résultats soulignent la chronicité de la dépression, un aspect mal apprécié dans les études classiques fondées sur les entrées dans les systèmes de soins. Il faut néanmoins noter que cette chronicité pourrait être propre à la population étudiée (plus de 45 ans), les patients plus jeunes étant susceptibles de se remettre plus facilement d'un épisode dépressif isolé.

Les données de l'étude posent également la question de la stratégie thérapeutique à adopter, en particulier dans le cas des épisodes inauguraux, pour prévenir les rechutes. Il serait important d'évaluer l'information donnée aux patients sur leur maladie et de les aider à gérer ces problèmes au quotidien.

### Contacts

**Yves Charpak et Anne Duburcq**

EVAL

Tél : 01 41 87 95 20

Fax : 01 41 87 95 21

Mél : [eval@eval.fr](mailto:eval@eval.fr)



**Institut national  
de la santé et de la recherche médicale**

## **L'Inserm et ses partenaires : un pacte pour la santé**

**L'Inserm est au service de la santé de tous** et contribue par la recherche, à mieux connaître et améliorer la santé humaine.

L'Institut se doit non seulement de favoriser le progrès des connaissances biomédicales, mais aussi veiller à accélérer les processus permettant de les transformer en actions concrètes pour la santé.

Les activités de partenariat de l'Inserm se situent au cœur de cette préoccupation puisqu'il s'agit, à travers des coopérations avec divers acteurs de santé, de réunir les conditions véritables d'un partage des connaissances et des méthodologies issues des laboratoires Inserm. **Ces actions ont pour objectif d'améliorer la prévention, la gestion et la prise en charge des risques en santé.**

Aujourd'hui, les partenariats de l'Inserm se développent aussi bien en direction des pouvoirs publics et d'organismes investis de mission de service public (ministères, agences de santé, caisses d'assurance maladie, établissements hospitaliers, entreprises publiques...) que vers le monde industriel.

A l'instar de la cohorte « Gazel », les collaborations entre plusieurs équipes se développent.

**L'Inserm, EDF et GDF ont ainsi signé un accord-cadre** visant à élargir le partenariat dans de nouveaux domaines d'intérêt communs. Les trois établissements publics souhaitent approfondir leurs implications communes dans la santé, en particulier, en milieu professionnel.

### **Contact**

Nathalie Christophe

Tél : 01 44 23 60 97

Fax : 01 45 70 76 81

Mél : [presse@tolbiac.inserm.fr](mailto:presse@tolbiac.inserm.fr)