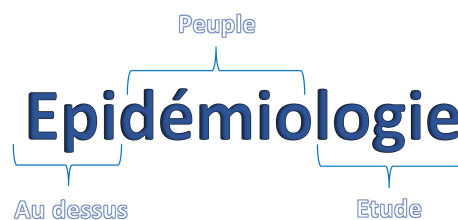

Étude de l'impact de l'activité professionnelle sur la santé perçue des sujets de la cohorte EPP3.

INSERM U970 PARCC (Paris Centre Cardiovasculaire)
E04 : Integrative Epidemiology of Cardiovascular Diseases

01/04/2019 - 31/08/2019



Odélia Guedj
M1 Mathématiques en Interaction
Université Evry Val d'Essonne

Dr Jean Philippe Empana
Research Director, MD, PhD
INSERM U970 PARCC

Table des matières

Introduction	1
Remerciements	1
Citations	1
1 Contexte	2
1.1 L’Inserm U970 Équipe 4	2
1.2 L’étude Parisienne Prospective 3 (EPP3)	2
2 Bref aperçu de l’épidémiologie	4
2.1 Histoire et définition	4
2.2 Notions de base, vocabulaire	5
2.3 Principaux biais et indicateurs de l’épidémiologie	6
3 Description et explication des données	8
3.1 Variable d’exposition : Activité Professionnelle	8
3.1.1 Codage manuel	9
3.1.2 ACM et CAH	11
3.1.3 Comparaisons des deux codages	18
3.2 Variable d’intérêt : Self Rated Health (SRH)	23
3.3 Variables d’ajustement et facteurs de confusion	24
3.4 Gestion des données manquantes	27
4 Statistiques	29
4.1 Flowchart	29
4.2 Analyses univariées	29
4.3 Analyses multivariées	33
4.3.1 Régression logistique	33
4.3.2 Sélection et diagnostique du modèle	42
4.4 Analyse en sous-groupes	42
4.4.1 Dépression/Tentative de Suicide	42
4.4.2 Maladies Cardio - Vasculaires	42
4.4.3 Score précarité	42
4.4.4 Âge	42
5 Perspectives	43
5.1 Le monde professionnel	43
5.2 Plus value perso	43
5.3 Les données : théorie vs pratique	43
6 Annexes	45
7 Bibliographie	45

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué au succès de ce stage.

Tous d'abord, merci au Dr Jean Philippe Empana de m'avoir fait confiance en m'accueillant dans son équipe. J'y ai énormément appris tant en sur le plan statistique que sur le plan humain. J'ai découvert avec beaucoup de plaisir le monde de la recherche où j'espère un jour me faire une place ! Merci d'avoir toujours pris le temps de répondre à mes questions et surtout de m'avoir laissé assez de liberté pour que je découvre des choses par moi même.

Je tiens également à remercier Marie Lê Hoang, Ingénieur d'étude à l'INSERM qui a gentiment accepté de faire circuler mon CV dans l'unité et grâce à qui j'ai eu la chance d'avoir 3 propositions de stages.

Un grand merci à toute l'équipe 4 de l'unité pour ces 5 mois passés ensemble : des heures de discussions méthodologie, statistiques, éthique et médecine. Des heures à dompter des bouts de codes capricieux qui ne font pas ce qu'on leur demande. Merci pour cette ambiance de travail dans la bonne humeur : Bamba Gaye (MD, Phd), Marie-Aude Penet (MD), Prunelle Getten (MD), Willy Sutter (MD, PhD), Delphine Lavignasse (PhD), Anouk Asselin (Ms), Marie-Cécile Perrier(Ms), Lucile Ofredo (Ms), Radia B(ARC) ainsi que tous les apprentis chercheurs de passage.

Enfin, merci à Mme Agathe Guilloux et Mme Marie Luce TAUPIN, Enseignants Chercheurs à l'Université d'Évry Val d'Essonne pour leur aide durant cette année un peu particulière. Merci pour votre compréhension et pour le temps que vous m'avez accordé.

Citations

Nous ne devons pas laisser croire que tout progrès scientifique peut être réduit à des mécanismes, des machines, des rouages, quand bien même de tels mécanismes ont eux aussi leur beauté.

Madame Curie, Ève Curie, éd. Gallimard, 1938

The new form of the problem can be described in terms of a game which we call the 'imitation game.'

It is played with three people, a man (A), a woman (B), and an interrogator (C) who may be of either sex.

The interrogator stays in a room apart front the other two. The object of the game for the interrogator is to determine which of the other two is the man and which is the woman. He knows them by labels X and Y, and at the end of the game he says either "X is A and Y is B" or "X is B and Y is A."

The interrogator is allowed to put questions to A and B...

We now ask the question, "What will happen when a machine takes the part of A in this game?" Will the interrogator decide wrongly as often when the game is played like this as he does when the game is played between a man and a woman?

These questions replace our original, "Can machines think?"

Mechanical Intelligence : Collected Works of A.M. Turing

Introduction

Les retraités : leur nombre, leur âge, le montant de leur pension est un sujet récurrent des derniers mandats présidentiels Français.

Les récentes législations(9)concernant le recul de l'âge légal du départ à la retraite se sont vues opposer de violentes résistances qui posent la question de la santé des individus actifs par rapport à celle des retraités(10).

La santé perçue, Self Rated Health en Anglais, est une mesure subjective de la santé des individus souvent utilisée en santé publique.

Cette mesure est effectuée grâce à une question directe aux individus : Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez vous votre santé (avec 0 : très mauvaise et 10 excellente).

La santé perçue est décrite dans la littérature comme un indicateur consistant de mortalité(1-2) ayant des liens fort avec la santé mentale(3) et le contexte socio-économique des individus(4-5).

Si la santé perçue reflète assez bien la santé objective d'individus(6), il est important de souligner que sa nature subjective en fait un outils plus puissant encore puisqu'il permet de prendre en compte des critères psychologiques et sociaux comme les habitudes alimentaires, l'historique familial ou les disposition à la sur/sous évaluation d'un risque.

Cet outils a été utilisé dans l'étude de la cohorte GAZEL pour mettre en évidence l'hypothèse suivante(7) : les individus actifs voient leur santé perçue augmenter après avoir pris leur retraite. Pour ce faire les investigateurs disposaient de plusieurs points de mesure avant et après la retraite des sujets de la cohorte GAZEL.

L'objectif de mon stage était de m'inspirer des hypothèse de l'étude décrite ci-dessus pour montrer que la santé perçue des individus de l'Etude Parisienne Prospective 3(8) est impactée par leur activité professionnelle.

1 Contexte

1.1 L'Inserm U970 Équipe 4

L'INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale est un établissement public de recherche créé en 1964 par le ministre de la Santé Raymond Marcellin dont la Santé Publique et l'Epidémiologie est un des domaine de spécialité.

L'INSERM est constitué de plusieurs dizaines d'unités réparties sur l'ensemble du territoire français et dont le siège se trouve rue Tolbiac dans le 13^{ème} arrondissement de Paris.

J'ai effectué mon stage au PARCC (Paris Centre Cardiovasculaire) : une unité mixte de recherche de l'INSERM (U970) située dans le bâtiment recherche de l'hôpital George Pompidou (Rue Leblanc Paris 15) depuis 2009.

Cette unité est composée d'une dizaine d'équipes ayant une "vocation¹ internationale dans le domaine de la recherche fondamentale et translationnelle sur les maladies cardiovasculaires, à partir d'approches multiples combinant biochimie, biologie cellulaire et moléculaire, imagerie moléculaire, physiologie intégrative, pharmacologie, génétique et épidémiologie".

Durant mon stage j'ai intégré l'équipe 4 : Integrative Epidemiology of Cardiovascular Diseases, co-dirigée par le Dr Jean Philippe Empana et le Dr Xavier Jouven dont les sujets de recherche peuvent être résumés en quatre points :

1. CEMS : Centre d'Expertise de la Mort Subite. Il s'agit de la création d'une base de données recensant de façon exhaustive les événements de mort subite de Paris et de la petite couronne.
2. Approche multi-marqueurs à la détection de nouveaux facteurs de risque aux maladies cardiovasculaires.
3. Épidémiologie des maladies cardiovasculaires dans les pays en voie de développement.
4. The Paris Transplant Group : Epidémiologie de l'immuno-atherosclerosis.

Ma recherche est incluse dans le deuxième point ci dessus.

L'équipe est composée de médecins, de statisticiens, d'attachés de recherche clinique (ARC) et d'étudiants (thèse de science, stage M1/M2, post-doc).

On y trouve une grande diversité de nationalités, de parcours, de spécialités donnant une vue d'ensemble sur le monde de la recherche en santé/bio-statistiques et créant une émulsion qui m'a beaucoup profité.

1.2 L'étude Parisienne Prospective 3 (EPP3)

EPP3(8) est une étude prospective de cohorte en population générale comptant $n = 10157$ sujets. Ces dernier ont été recrutés dans des centres IPC (centres d'exams de santé conventionnés par l'assurance maladie) entre Juin 2008 et Décembre 2011.

1. Site Web de l'Hôpital Européen George Pompidou

Pour entrer dans l'étude, les sujets doivent avoir entre 50 et 75 ans.

Les données sont récoltées via des questionnaires envoyés tous les deux ans qui, à l'exception du questionnaire d'inclusion sont élaborés à l'INSERM U970 équipe 4.

Le questionnaire d'inclusion provient de l'IPC. Il contient une partie socio-administrative, des questions sur l'environnement professionnel des sujets ainsi que sur leurs habitudes de vie (alimentation, tabac, alcool). Une autre partie du questionnaire traite des antécédents médicaux des sujets, tant familiaux que personnels, de leur état de santé actuel et de leurs prescriptions médicamenteuses. La dernière partie traite du bien-être des sujets : on y trouve des questions sur leur stress perçu, leur équilibre mental ainsi que leur nutrition.

Le but de l'étude est la recherche de facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires.

Dans chacun des questionnaires il est demandé aux sujets de déclarer leurs hospitalisations en détaillant le motif d'hospitalisation, le nom de l'hôpital, du service où ils ont été traités ... Chaque hospitalisation déclarée est appelée événement.

Pour s'assurer de la validité des déclarations des sujets, un protocole de validation d'événement a été mis en place : régulièrement un certain nombre d'événements sont extraits de la base. Pour chaque événement, on contacte l'hôpital pour qu'il transmette au responsable de l'étude les comptes-rendus hospitaliers (CRH) de l'événement en question. Ensuite les CRH sont lus par un médecin qui valide, invalide ou corrige le diagnostic déclaré par le sujet.

L'étude EPP3 est une étude longue, il est prévu que le suivi dure 20 ans (10 questionnaires à raison d'un tous les deux ans).

Elle a déjà donné lieu à la publication de plus d'une vingtaine d'articles dans des revues prestigieuses comme le JACC (Journal of the American College of Cardiology) ou le JAMA (Journal of the American Medical Association).

2 Bref aperçu de l'épidémiologie

2.1 Histoire et définition

Épidémiologie vient des mot grecs "epi" : au-dessus, "demio" : peuple. Ainsi la définition étymologique de l'épidémiologie est l'étude des peuples.

Si l'on tente de donner une définition plus précise de ce qu'est l'épidémiologie on se retrouve vite enseveli sous le nombre de possibilités.

Le dictionnaire Larousse propose la définition suivante : *Science qui étudie, au sens des populations (humaines, animales voir végétales), la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent.*

Cependant deux autres définition méritent d'être citées pour leur pertinence (préférence subjective bien entendu). Celle Mac Mahon : *Étude de la distribution et des déterminants d'une maladie dans des populations humaines, et application des résultats de cette étude dans la lutte contre cette maladie*, et celle de Jenicek : *L'épidémiologie est un raisonnement et une méthode propres au travail objectif en médecine et dans d'autres sciences de la santé, appliqués à la description des phénomènes de santé, à l'explication de leur étiologie, et à la recherche des méthodes d'intervention les plus efficaces.*

Ce cocasse problème de définition est cependant assez sérieux pour que des épidémiologistes décident de mener leur enquête(11) sur les définitions données à leur discipline entre 1978 et 2017. Ils en répertorient 102 et identifient 5 termes présent dans plus de la moitié des définitions répertoriées : "population", "étude", "santé", "maladie" et "distribution".

Ils observent également une augmentation des mots "contrôle" et "santé" dans les définitions entre 1978 et 2017. Il est à noter que les définitions autorisées à être incluses dans l'étude sont soit en Anglais soient des définitions nationales traduites en Anglais.

Les 5 mots cités précédemment rendent assez bien compte de ce qu'est réellement la discipline, preuve que l'étude menée sur ses définitions n'était pas vaine puisqu'elle permet de comprendre en profondeur ce qu'est l'épidémiologie (santé, maladie, étude), en quoi elle se détache de la médecine (population, distribution) et pourquoi elle est utile (contrôle, maladie).

Forts de ces éclaircissements, nous pouvons sans trop nous tromper, faire l'hypothèse que l'épidémiologie est aussi vieille que la médecine. Depuis la discipline a beaucoup évolué, s'adaptant aux nouveaux défis posés par l'apparition de maladies.

Dans un article de médecine science publié en 2016 (12), Philippe Bizouarn identifie 4 aires distinctes de l'épidémiologie.

La première appelée statistiques sanitaires repose sur la théorie des miasmes (émanations fétides du sol, de l'air, de l'eau) et occupe la deuxième moitié du 19^{ème} siècle.

La seconde, ère des maladies infectieuses, s'étend de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle à la deuxième moitié du 20^{ème} siècle. Elle rejette la théorie des miasmes au profit de la théorie des germes avec la découverte du microbe. Un exemple historique d'étude épidémiologique de cette ère est celle que J.Snow effectue en 1954 afin de mettre en évidence le mode de propagation du choléra. Il découvre un lien fort entre le nombre de cas de choléra dans une zone et la distribution d'eau qui la dessert. Il arrive à prouver qu'une des pompes d'eau occasionne le plus grand nombre de cas de choléra, la fait retirer et endigue ainsi l'épidémie. L'eau est alors communément admise comme voie de propagation de la maladie.

La troisième ère de l'épidémiologie identifiée par P.Bizouarn (deuxième moitié du 20^{ème} siècle

jusqu'au début du 21^{ème}) est celle des maladies chroniques dont une des études les plus connues est celle de Dull et Hill datant de 1950 sur le cancer bronchopulmonaire.

Enfin il appelle la dernière ère, l'ère de l'éco-épidémiologie caractérisée par la recherche et l'analyse des associations entre plusieurs "facteurs de risques" (par exemple l'exposition à une maladie, le tabac, l'alcool...) et les "issues" (maladies) sans rechercher systématiquement de "lien causal" entre un des facteurs et les issues.

2.2 Notions de base, vocabulaire

L'épidémiologie utilise des méthodes statistiques afin de décrire une maladie ou d'en rechercher les causes. Cependant, le vocabulaire utilisé diffère quelque peu de celui utilisé en mathématiques. Ainsi la variable à expliquer Y est souvent appelée variable d'intérêt. De plus en épidémiologie les variables explicatives, ou covariables, sont classées dans plusieurs groupes :

- Il y a d'une part la variable d'exposition c'est à dire la variable explicative principale.
- Les facteurs de confusions : ce sont les covariables qui sont incluses de façon (quasi) systématiques dans les modèles statistiques pour des raisons cliniques. Ces variables sont décrites dans la littérature et varient selon la branche médicale. On y retrouve souvent l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle des sujets ainsi que leur habitudes de vie : tabac, alcool, score de dépression, statut marital...
Les facteurs de confusion sont des variables à la fois liées au facteur de risque et à la variable d'intérêt.
- Enfin les autres variables explicatives sont appelées variables d'ajustement : il s'agit d'autres facteurs pouvant participer, avec la variable d'exposition, à l'explication de la variable d'intérêt.

L'épidémiologie a deux champs principaux d'application :

- L'épidémiologie classique qui décrit et mesure de phénomènes de santé dans une population. Elle a pour but l'élaboration de stratégies de santé publique.
- L'épidémiologie clinique dont les études se concentrent sur des populations de patients en vue d'améliorer les connaissances d'une maladie ou de tester l'efficacité d'un traitement.

L'épidémiologie se décompose en trois branches :

1. L'épidémiologie descriptive qui consiste en l'étude de la fréquence et de la répartition de phénomènes de santé. Elle permet de formuler des hypothèses quant aux causes de ces phénomènes.
2. L'épidémiologie analytique dont le but est de vérifier les hypothèses susmentionnées. Elle recherche les liens entre l'exposition à un facteur et la survenue d'un phénomène de santé.
3. L'épidémiologie évaluative qui mesure l'efficacité d'une intervention (thérapeutique ou de prévention) sur le phénomène de santé.

Une étude épidémiologique peut se faire deux manières :

- En observant les effets sur une population de l'exposition de facteurs de risques : on parle d'observation.

- En contrôlant les conditions d'exposition à ces facteurs de risque : on parle d'étude expérimentale.

L'étude est dite randomisée si le hasard seul est responsable de l'appartenance d'un sujet à un groupe. On parle d'une étude ouverte quand le traitement est connu des sujets et des investigateurs, en simple aveugle quand seuls les investigateurs connaissent le traitement et en double aveugle lorsque ni les sujets ni les investigateurs ne connaissent le traitement.

Cependant les études expérimentales sont presque toujours irréalisables car non éthiques : une étude expérimentale sur le lien entre le tabac et l'apparition d'un cancer du poumon supposerait en effet d'exposer une partie de la population étudiée au tabac puis d'étudier les conséquences sur leur poumon.

Lorsque l'on fait de l'épidémiologie descriptive on peut faire deux sortes d'études :

- Étudier la *prévalence* d'un phénomène de santé, c'est à dire la fréquence de survenue de ce phénomène dans une certaine population à un temps donné. Dans ce type d'étude l'évolution temporelle n'existe pas, c'est une mesure effectuée à un temps donné : on parle d'*étude transversale*.
- Étudier l'*incidence* d'un phénomène de santé, c'est à dire étudier les modifications de l'état de santé d'un ou de plusieurs groupes de sujets sur une période donnée. Ici c'est bien l'évolution dans le temps d'un état qui importe : on parle d'*étude longitudinale*.

Par ailleurs lorsque le but de l'étude épidémiologique est à visée étiologique on dénombre deux grandes familles d'étude :

- *L'étude de cohorte* : Étude d'un groupe de personnes étant ou pouvant être exposé à un facteur de risque. C'est l'étude épidémiologique la plus exhaustive.
- *L'étude cas-témoin* : elle étudie la comparaison entre deux groupes : les malades appelés cas et les non-malades appelés témoins. Le but est de déterminer si la réponse à l'exposition à un facteur est similaire dans les deux sous-groupes et ainsi d'établir un lien facteur/maladie.

Une étude peut être *prospective* si l'information concernant l'exposition des sujets à un facteur est recueillie avant la survenue d'un phénomène de santé, ou *rétrospective* si l'information concernant l'exposition des sujets à un facteur est recueillie après la survenue d'un phénomène de santé chez certains sujets.

2.3 Principaux biais de l'épidémiologie

Un biais est une erreur de méthodologie commise le plus souvent durant l'inclusion des sujets dans l'étude et conduisant à une mauvaise estimation des paramètres étudiés.

Il en existe 3 principaux :

- Le *biais de sélection* : Intervient lors de la constitution de l'échantillon d'enquête. C'est le biais induit par la manière dont les sujets sont choisis au sein de la population.
- Le *biais de mesure* : due à une mauvaise mesure du facteur d'exposition.
- Le *biais de confusion* : due à la mauvaise analyse de la relation d'un facteur avec une issue. Un tel facteur est appelé facteur de confusion.

3 Description et explication des données

Le but de cette analyse est d'établir l'existence d'un lien entre l'activité professionnelle des sujets et la manière dont ils perçoivent leur santé. Si cette dernière fait l'objet d'une question claire dans le questionnaire d'inclusion, ce n'est pas le cas de l'activité professionnelle. J'ai ainsi dû créer une nouvelle variable en extrayant de l'information de plusieurs questions grâce à des méthodes de classifications non supervisées.

La description des méthodes utilisées à la mise en forme de l'ensemble des variables utiles à l'analyse fait l'objet de cette section.

3.1 Variable d'exposition : Activité Professionnelle

Dans le questionnaire d'inclusion, 3 questions traitent de l'activité professionnelle des sujets (Question 1,2,3 du questionnaire IPC en annexe). Ces 3 questions ont été codées en 4 variables catégorielles :

- Adm12 : Êtes-vous
 - 6NNNNN contrat emploi-solidarité, intérim, CDD
 - N5NNNN chômeur depuis + de 6 mois
 - NN4NNN chômeur depuis - de 6 mois
 - NNN3NN à la recherche d'un emploi
 - NNNN2N jeune en cours de formation
 - NNNNN1 étudiant
- Adm12a : Êtes-vous
 - JXXX en formation professionnelle
 - X9XX au foyer
 - XX8X retraité(e)
 - XXX7 pré-retraité(e)
- Adm11 : Depuis quand n'exercez-vous plus d'activité professionnelle ?
 - 0 en activité
 - 1 moins d'un an
 - 2 1 an
 - 3 2 ans
 - 4 3 ans ou +
 - 5 jamais travaillé
- Adm10 : Si vous travaillez quelle est votre profession ?
 La réponse à cette question est du texte libre. Après la récupération des questionnaires par l'IPC, un code à deux chiffres est attribué à chaque grand groupe de profession.

L'encodage de la variable Adm10 introduit une première source potentielle d'erreur du fait de la difficulté d'interpréter du texte libre d'une part et des possibles erreurs de "classification humaine" d'autre part. J'ai été confronté à ces dernières lors du codage de ma variable d'exposition. Nous y reviendrons au paragraphe suivant. Il faut également noter qu'un des sujets a un code travail de 88 et que ce code ne correspond à aucune des professions de la liste IPC (en annexe).

Une autre difficulté est due à la possibilité qu'ont les sujet de cocher plusieurs réponses par question. Il en résulte un grand nombre de classes dans chaque variable ce qui a compliqué le codage de la variable activité professionnelle.

3.1.1 Codage manuel

L'objectif du projet étant d'étudier l'impact de l'activité professionnelle sur la santé perçue des sujets, il faut tout d'abord résumer l'information contenue dans les 3 variables citées précédemment en une seule variable.

J'ai donc créer une variable catégorielle nommée *activpro* qui comporte 5 classes :

- R pour retraités
- T pour travailleur
- C pour chômeur
- I pour inactif
- NSP pour ne sait pas (cas "inclassables")

Pour cela j'ai fait le choix de me baser de manière successive sur les variables Adm12a puis Adm11 puis Adm12 puis Adm10. La raison en est simple : c'est la variables Adm12a qui propose la réponse "Retraités", or c'est la catégorie qu'il m'intéresse le plus d'étudier. Ensuite la variable Adm11 nous indique si le sujet travaille encore OU depuis combien de temps il a cessé de travailler. La variable Adm12 discrimine les chômeurs. Enfin, la variable Adm10 est utile pour vérifier la cohérence des différentes réponse des sujets ou bien de trancher dans des cas où les autres variables ne fournissent pas d'informations suffisantes.

Par exemple, il y a 57 individus pour lesquels les variables Adm12 et Adm12a ne sont pas renseignées et qui déclarent ne plus travailler depuis moins d'un an ou plus (c'est à dire qu'ils ont cochés les cases 1,2,3,4 ou 5 du questionnaire). Il est possible que ces sujets soient au chômage, à la retraite ou qu'ils n'aient jamais travaillé.

	Codes
Retraités	71 72 73 74 75 76 77 78
Chômeurs	91 92 93 94 95 96
Inactifs	81 82 84 85 86
Ne sait pas	88
Travailleurs	Le reste

Règle de décision :

Les sujets indiquant qu'ils sont à la retraite et qu'ils travaillent sont classés en tant que travailleurs et ce, même si leur code travail (c'est à dire la variable Adm10) est de type "Ancien X" (codes 71 à 78 de la liste IPC) car il est possible de percevoir une pension de retraite et de continuer à travailler (par exemple en tant qu'expert).

Or ce qui est intéressant pour l'étude est la santé perçue des sujets ne travaillant plus du tout. Il vaut donc mieux classer ceux qui complètent leur retraite avec un emploi en tant que travailleurs qu'en tant que retraités.

Ainsi, sont étiquetés inactifs les sujets n'ayant jamais travaillé, ou déclarant être au foyer ou ayant un code travail parmi les deux suivants : 85/86. Ces codes correspondent à des individus inactifs non retraités respectivement de moins de 60 ans et de plus de 60 ans.

Si les variables Adm12 OU Adm10 indiquent que le sujet est chômeur (en incluant la simple recherche d'emploi), il est classé en chômeur.

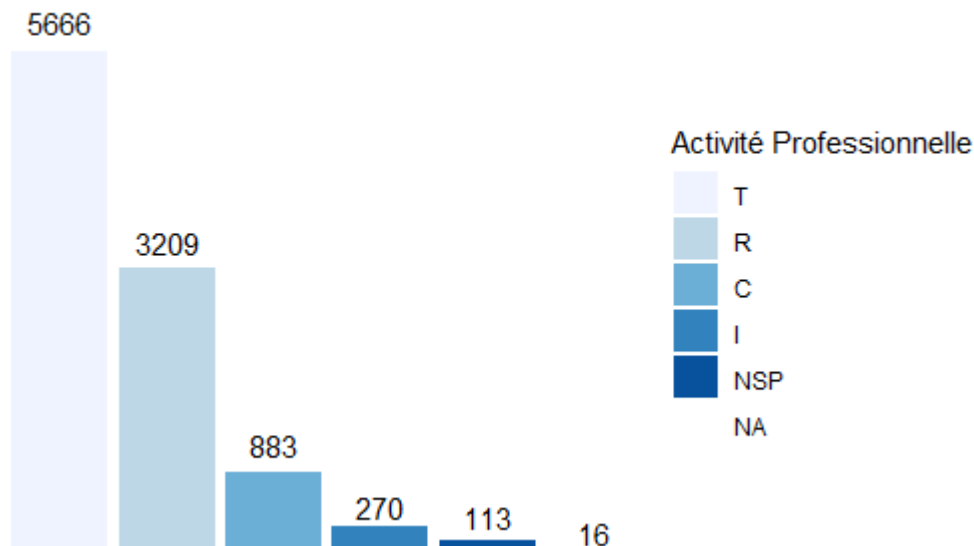
En effet, on peut raisonnablement faire l'hypothèse que la précarité induite par la recherche d'un emploi occasionnera une plus mauvaise santé perçue.

On classe retraités tous les sujets n'ayant aucun indicateur de chômage ou d'activité professionnelle et n'étant pas inactifs.

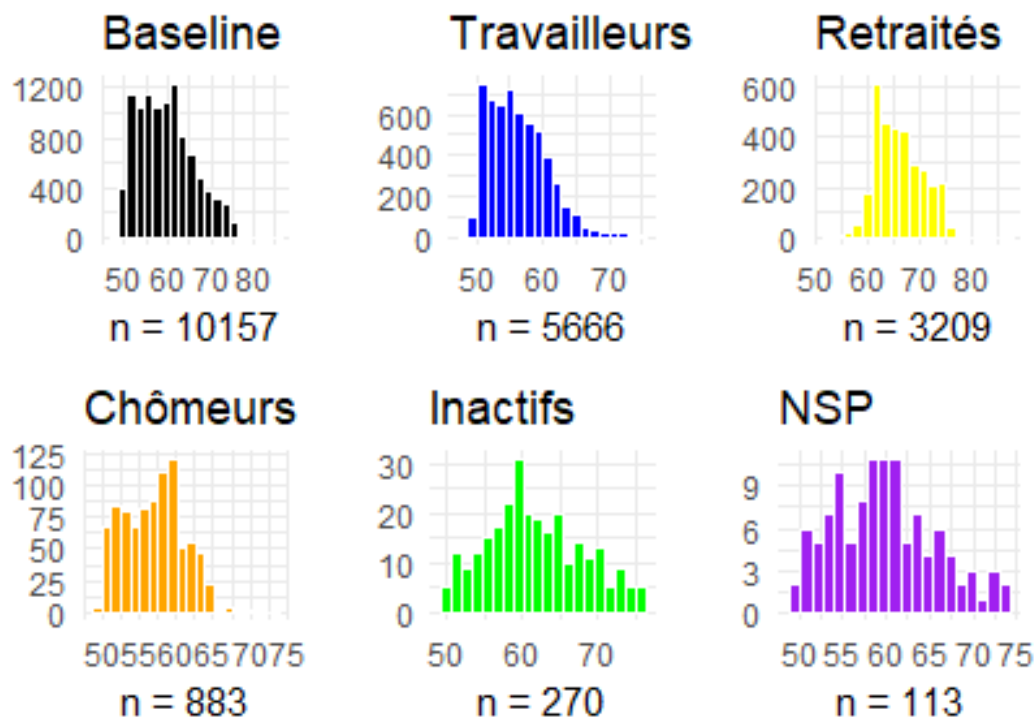
Enfin, le reste est classé comme travailleurs.

Malgré toutes les étapes de la classification et la minutie des vérifications, il existe un certain nombre de cas "impossibles" à classer car les informations d'un sujet pour les différentes variables sont contradictoires. Ces sujets sont étiquetés NSP.

Finalement on obtient la répartition suivante :



Pour vérifier la cohérence des classes obtenues on peut tracer les distributions de l'âge dans chaque classe.



On remarque que 1116 sujets classés Travailleurs ont moins de 60 ans (on peut raisonnablement supposer que l'âge de la retraite est 60 ans car les sujets de la cohorte ont, à l'inclusion, un âge compris entre 50 et 75 ans). De même, 134 sujets sont classés en tant que Retraités et ont moins de 60 ans.

Ceci peut s'expliquer soit par une erreur de classification : ayant effectué cette dernière à la main il y a un risque non négligeable que je n'ai pas appliqué exactement le même critère de jugement pour chacun des cas. Il peut aussi ne pas s'agir d'une erreur, dans ce cas les données sont ainsi et on veillera simplement à garder cela à l'esprit lorsque nous interpréterons les résultats des tests statistiques ultérieurs.

3.1.2 ACM et CAH

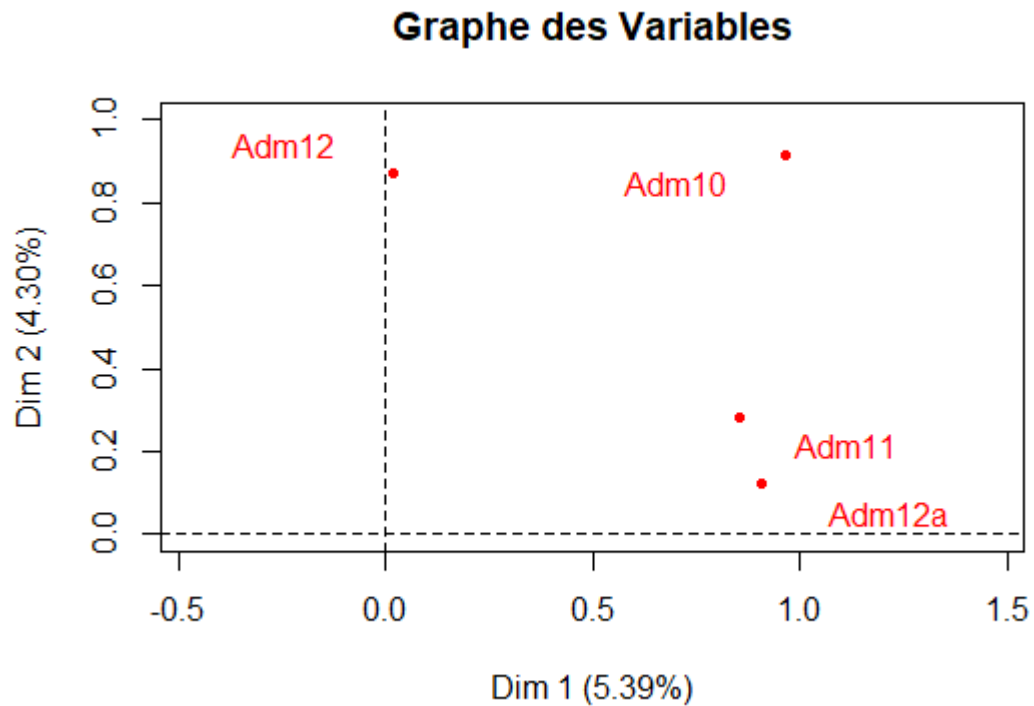
Pour vérifier la cohérence des résultats présentés au paragraphe précédent, j'ai effectué une Classification Ascendante Hiérarchique sur une base de données constituée des quatre variables utilisées pour la classification "manuelle" : Adm12a, Adm11, Adm12 et Adm10.

J'ai également veillé à supprimer les individus ($n = 29$) ayant une valeur manquante pour l'une de ces quatre variables. Les résultats de l'ACM sont rassurants, dans le sens où l'emplacement des quatre variables qui nous intéressent dans le plan factoriel correspond à l'intuition qu'on en avait à savoir :

- Les variables Adm12a et Adm11 apportent globalement la même information, cohérent puisque Adm12a et Adm11 discriminent les retraités et les travailleurs.

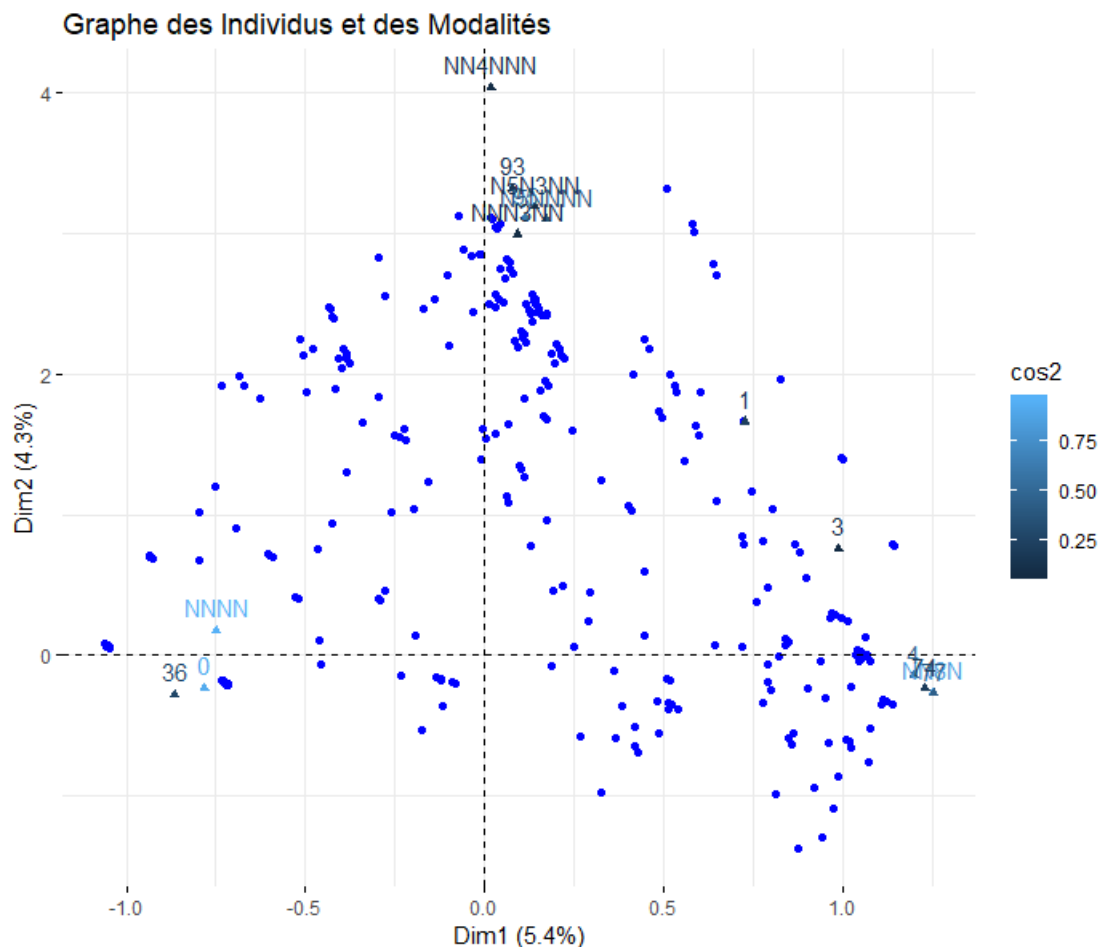
- Adm12 et Adm10 sont sur le même plan horizontal : elles discriminent les chômeurs (avec les codes travail 91 à 96).
- Adm12a, Adm10 sont dans le même plan vertical : elles discriminent les inactifs.

On s'attend donc à ce que la CAH effectuée sur les résultats de l'ACM produise une classification proche de celle effectuée à la main.



NB : Les faibles pourcentages d'inertie sont tout à fait normaux dans le cadre d'une ACM. En effet, comme l'explique Jérôme Pagès dans son livre "Analyse factorielle multiple avec R", si les variables étaient toutes identiques dans le cas d'une ACP la première dimension aurait 100% d'inertie alors que dans une ACM la première dimension aurait au maximum $\frac{100}{(nb_{modalités}-1)}$ % d'inertie.

Sur le graphe suivant on affiche les individus ainsi que les 15 modalités ayant la plus grande contribution. Ces 15 modalités sont affichées selon un gradient de couleur en fonction de leur \cos^2 .



On voit de façon assez claire trois groupes distincts : le premier en bas à droite est certainement celui des sujets retraités, on y retrouve les modalités 1,3,4 de Adm11 (ne travaille plus depuis resp, moins de 1 an, deux ans, trois ans et plus), 74 de Adm 10 (Ancien cadre), NN8N de Adm12a (Retraité).

Le groupe en haut correspond sans doute aux chômeurs puisque les modalités NNN3NN, NN4NNN et N5N3NN de Adm12 (resp. A la recherche d'un emploi, Chômeur depuis moins de 6 mois et A la recherche d'un emploi + Chômeur depuis 6 mois) et 93 de Adm10 (cadres et professions intellectuelles chômeurs).

Enfin le dernier groupe est celui en bas à gauche, il représente sûrement les travailleurs puisque la modalité 0 de Adm11 s'y trouve (Travaille) ainsi que 36 de Adm10 (Cadres) et NNNN de Adm12a. La présence de cette dernière modalité fait sens puisqu'elle représente les individus n'ayant rien coché dans la variable Adm12a doit les choix étaient pré-retraités, retraités, personne au foyer, en

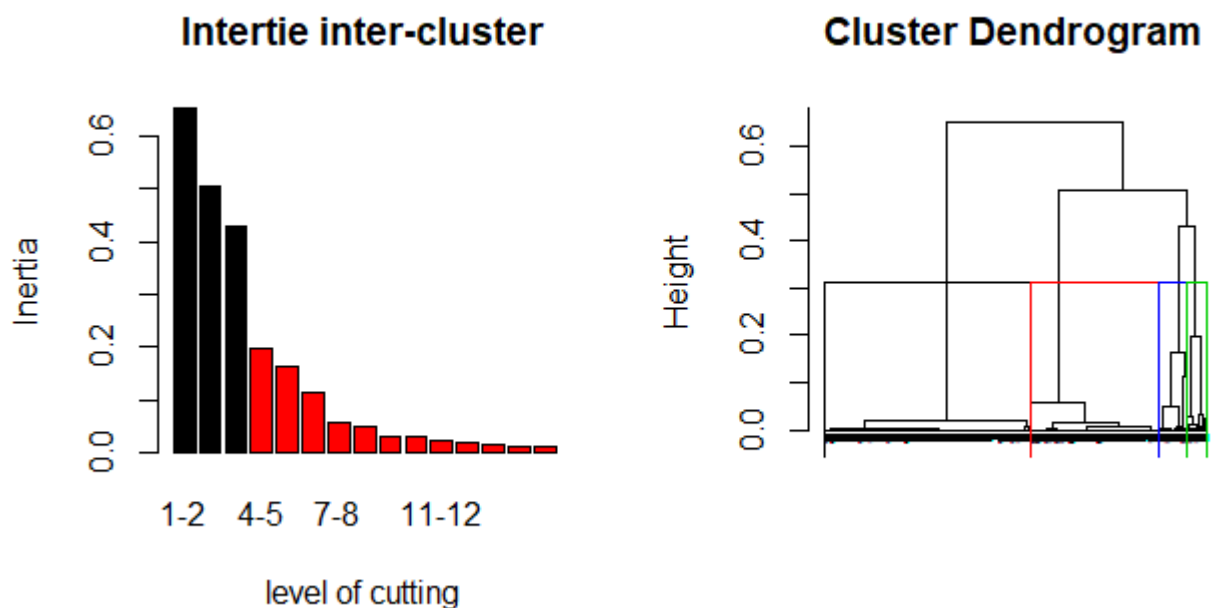
formation professionnelle. Or si ces sujets travaillent, aucune de ces catégories ne les concerne.

Il reste deux choses qu'il me semble pertinent de relever : l'ACM semble particulièrement discriminer les cadres, on les retrouve dans les chômeurs, les retraités et les travailleurs. Ceci s'explique probablement par le fait que les modalités 36, 74 et 93 (resp Cadres d'entreprises, Anciens cadres et Cadres et professions intellectuelles chômeurs) représentent à elles seules 3848 sujets (sur 10157 sujets dans la base globale et 10128 dans la base ayant permis l'ACM).

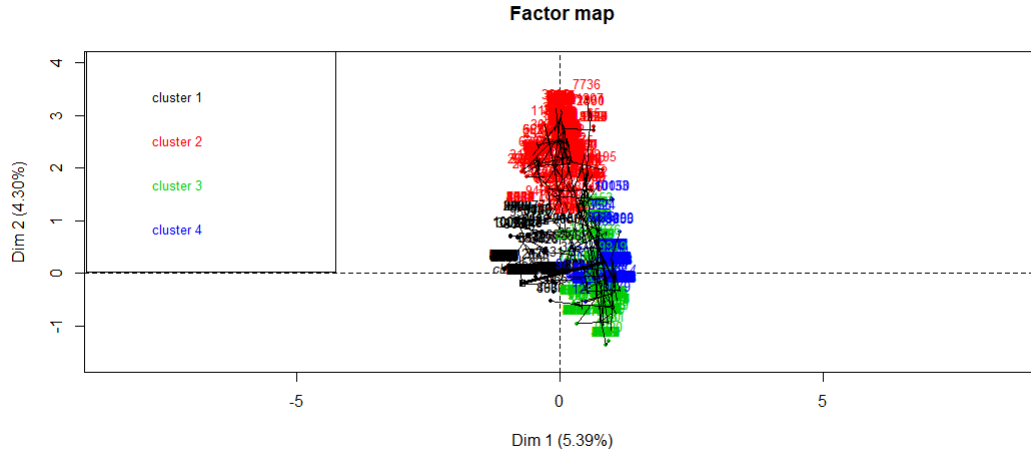
La deuxième chose à noter est l'absence d'un quatrième groupe qui aurait représenté les inactifs. Une explication possible est la faible proportion de ces sujets dans la base. En effet lors de la classification manuelle on n'avait étiqueté "que" 270 sujets comme inactifs.

La question que je me suis ensuite posée est celle de l'allure qu'aurait ma classification si elle était effectuée par un algorithme. De plus, il serait intéressant d'analyser la classification des individus que je n'ai pas su classer. Pour cela j'ai effectué une Classification Ascendante Hiérarchique avec le package FactomineR de R en choisissant la distance du chi-deux et le critère d'agrégation de Ward.

Ajouter formule distance du khi2 et explication maths du critère d'agrégation de Ward.



Le graphe d'inertie semble indiquer que le nombre idéal de clusters est 4 ce qui est bon signe puisque l'idée était de répartir tous les sujets en 4 groupes : travailleurs, retraités, chômeurs et inactifs.



Pour pouvoir interpréter les Cluster obtenus par la CAH il est indispensable de comprendre quelles sont les modalités qui contribuent le plus à chaque Cluster.

Pour cela on cherche à déterminer si la forte présence d'une modalité dans un Cluster est due au hasard. Dans le cas contraire cela signifie que la modalité est représentative du Cluster.

On effectue le test suivant pour chaque modalité dans chaque Cluster :

H_0 : La proportion de la modalité m dans le Cluster c est due au hasard.

H_1 : La proportion de la modalité m est anormalement élevée/basse dans le Cluster c .

Ainsi sous H_0 on a :

$$\frac{n_{mc}}{n_c} = \frac{n_m}{n} \quad (1)$$

où :

n_{mc} est le nombre de sujet du Cluster c présentant la modalité m ,

n_c est le nombre de sujets dans le Cluster c ,

n_m est le nombre de sujets présentant la modalité m ,

n est le nombre total d'individus.

Sous H_0 : $n_{mc} = \frac{n_m \cdot n_c}{n}$

Or le rapport $\frac{n_{mc} \cdot n}{n_m \cdot n_c}$ suit une loi hypergéométrique.

Soit N_{mc} la variable aléatoire représentant le nombre d'individus de la modalité m dans le Cluster c .

$$N_{mc} \underset{H_0}{\sim} \mathcal{H}(n, n_c, \frac{n_m}{n}) \quad (2)$$

La fonction `catdes()` du package `FactoMineR` nous résume les résultats de ce test pour chaque modalité dans chacun des Clusters en classant les modalités dans l'ordre décroissant de leur contribution au Cluster. Seuls les test significatifs sont affichés.

Dans les résultats affichés juste après, la première colonne correspond au nom de la modalité, la deuxième calcule le rapport $\frac{n_{mc}}{n_m}$, la troisième le rapport $\frac{n_m}{n_c}$, la quatrième le rapport $\frac{n_{mc}}{n}$.

La cinquième colonne est le calcul de la p-valeur :

$$\mathbb{P}_{H0}(N_{mc} \geq n_{mc,obs}) = \mathbb{P}_{\mathcal{H}(n,n_c,\frac{n_m}{n})}(N_{mc} \geq n_{mc,obs}) \quad (3)$$

Enfin, la dernière colonne est la valeur de la statistique de test calculée. Lorsqu'elle est positive la modalité à laquelle elle est associée est sur représentée dans le Cluster et lorsqu'elle est négative le modalité en question est sous représentée dans le Cluster.

Par souci de lisibilité nous n'afficheront que les modalités surreprésentée dans chaque cluster :

Cluster 1	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Adm12a=NNNN	87.25	99.91	61.73	0	Inf
Adm11=0	92.41	99.29	57.92	0	Inf
Adm10=36	99.88	46.21	24.94	0	Inf
Adm10=54	99.62	14.41	7.80	3.80e-217	31.45
Adm12=NNNNNN	57.94	97.60	90.82	7.30e-155	26.51
Adm10=51	100	9.03	4.87	1.12e-137	24.98
Adm10=32	99.78	8.19	4.42	3.78e-122	23.50
Adm10=61	100	6.01	3.24	9.09e-91	20.20
Adm10=56	100	3.86	2.08	3.58e-58	16.08
Adm10=66	100	3.59	1.94	4.94e-54	15.48
Adm10=47	99.28	2.53	1.37	2.75e-36	12.58
Adm10=48	100	2.20	1.18	3.43e-33	12.00
Adm10=55	100	1.41	0.76	1.70e-21	9.52
Adm12=6NNNNN	80.52	2.27	1.52	4.19e-12	6.93
Adm10=41	100	0.77	0.41	4.99e-12	6.91
Adm10=46	100	0.51	0.28	2.97e-08	5.54

Les modalités de la variable Adm10 sur représentées dans le **Cluster 1** correspondent toutes à des codes travail de sujet qui travaillent.

La modalité la plus présente dans ce Cluster est Adm12a = NNNN, c'est à dire les sujets n'ayant coché aucune modalité de cette variable. Cela fait sens puisqu'aucune des modalités possibles ne traitaient d'une activité professionnelle.

Enfin les modalités de la variable Adm12 représentées dans le Cluster 1 sont NNNNNN c'est à dire ceux n'ayant rien coché et 6NNNNN : en contrat emplois-solidarité / intérim / CDD.

Cluster 2	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Adm12=N5NNNN	99.74	45.49	3.79	0	Inf
Adm10=95	98.52	71.14	6.00	0	Inf
Adm10=93	100	17.93	1.49	1.42 e-169	27.76
Adm12=N5N3NN	100	17.81	1.48	2.05 e-168	27.66
Adm12a=NNNN	12.59	93.47	61.73	1.89 e-108	22.12
Adm11=1	37.58	28.38	6.28	1.39 e-103	21.61
Adm12=NNN3NN	90.65	11.52	1.06	1.38 e-94	20.63
Adm12=NN4NNN	100	7.13	0.59	2.13 e-66	17.21
Adm10=96	82.95	8.67	0.87	7.22 e-65	17.01
Adm12=NN43NN	100	4.99	0.41	1.65 e-46	14.32
Adm12a=NNN7	55.56	5.94	0.89	6.43 e-31	11.56
Adm11=2	26.68	13.18	4.11	3.20 e-30	11.42
Adm11=3	24.17	14.61	5.03	5.04 e-29	11.18
Adm10=94	100	1.31	0.11	1.23 e-12	7.10
Adm12=65NNNN	78.57	1.31	0.14	3.63 e-10	6.27
Adm12=6NN3NN	70	0.83	0.099	2.66 e-06	4.70
Adm11=4	10.34	32.54	26.16	1.61 e-05	4.31
Adm12=65N3NN	100	0.48	0.04	4.75 e-05	4.07
Adm12=6NNNNN	17.53	3.21	1.52	2.14 e-04	3.70
Adm12=6N43NN	100	0.36	0.03	5.73 e-04	3.44
Adm12a=JNNN	66.67	0.24	0.03	2.01 e-02	2.32

Dans le **Cluster 2**, les codes travail présents sont 94/93/94 : ils correspondent aux sujets chômeurs. De plus la modalité la plus représentée dans ce Cluster est Adm12 = N5NNNN : sujes chômeurs depuis plus de 6 mois.

Toutes les autres modalités de Adm12 présentent dans le Cluster concernent également des chômeurs. Concernant la variable Adm11, les modalités présentes sont 1,2,3,4 c'est à dire les sujets ne travaillant plus depuis au moins ? moins d'un an.

On remarque aussi que certains sujets en formation professionnelle (Adm12a = JNNN) sont inclus dans le Cluster.

Cluster 3	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Adm12a=N9NN	99.41	81.49	3.37	0.00 e+00	Inf
Adm10=85	98.25	67.55	2.82	0.00 e+00	Inf
Adm10=86	85.00	28.61	1.38	3.76 e-149	26.01
Adm11=5	94.23	11.78	0.51	1.36 e-65	17.10
Adm11=4	8.72	55.53	26.16	2.07 e-38	12.96
Adm12a=NNN7	36.67	7.93	0.89	2.67 e-23	9.94
Adm12=NNNNNN	4.47	98.80	90.82	2.73 e-12	6.99
Adm12a=N9N7	100.00	1.68	0.07	1.88 e-10	6.37
Adm12a=N98N	66.67	1.44	0.09	3.57 e-07	5.09

Dans le **Cluster 3** la modalité la plus significativement représentée est Adm12a = N9NN : les personnes au foyer. On trouve également des sujet se déclarant en pré retraite (Adm12a = NNN7/N9N7

ou à la retraite (Adm12a = N98N).

Les seules modalités de la variables Adm10 dans ce cluster sont 85/86 ce qui semble indiquer que le Cluster correspond à celui des inactifs.

Enfin on remarque que plus de 94 % des personnes déclarant n'avoir jamais travaillé sont dans le Cluster (Adm11 = 5).

Cluster 4	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Adm12a=NN8N	99.09	99.50	33.81	0.00 e+00	Inf
Adm11=4	79.84	62.02	26.16	0.00 e+00	Inf
Adm10=77	98.62	62.73	21.42	0.00 e+00	Inf
Adm10=74	99.57	34.19	11.56	0.00 e+00	Inf
Adm12=NNNNN	36.99	99.77	90.82	1.99 e-159	26.90
Adm11=3	72.89	10.88	5.06	7.49 e-77	18.55
Adm11=2	69.23	8.45	4.11	1.43 e-51	15.11
Adm11=1	57.70	10.76	6.28	1.32 e-37	12.82
Adm10=78	100.00	2.05	0.69	5.01 e-34	12.16
Adm10=75	100.00	0.79	0.27	1.60 e-13	7.38

Enfin pour le **Cluster 4** on s'attend à trouver des sujets retraités. En effet, la modalité la plus significativement représentée est Adm12a = NN8N : sujets retraités.

Les codes travail intervenant (Adm10 sont 77/74/78/75 : uniquement des codes de la forme "Ancien *profession*". En outre on ne trouve dans ce cluster aucun individu déclarant travailler (Adm11 = 0 ou Adm12 = 6NNNN).

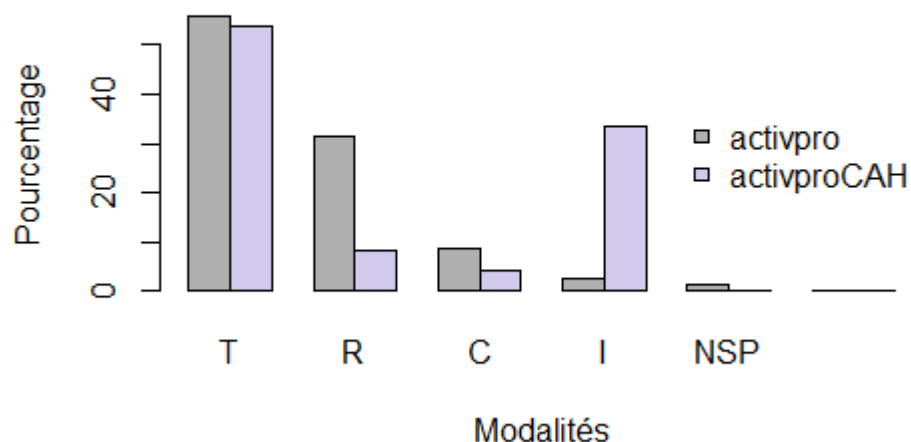
On peut alors conclure que le **Cluster 1** correspond aux travailleurs, le **Cluster 2** aux chômeurs, le **Cluster 3** aux inactifs et le **Cluster 4** aux retraités.

On remarque que l'emplacement des Clusters dans le plan factoriel (cf graphe) correspond à l'emplacement des variables dans ce même plan et que nous avons commenté plus haut.

3.1.3 Comparaisons des deux codages

Étudions les différences entre la classification manuelle et la Classification Ascendante Hiérarchique. Tout d'abord on classe comme NA tous les sujets qui avaient une valeurs manquante pour au moins une des quatre variables ayant servies à la classification (n = 29).

On a alors :



	T	R	C	I	NSP	NA
activpro	5666	3209	883	270	113	16
activproCAH	5460	3410	842	416	0	29
Différence	206	-201	41	-146	113	-13

Il y a 509 sujets pour lesquels les deux classifications ne correspondent pas. Sur un total de 10157 cela représente 5,01 % des sujets.

On remarque que la classification Ascendante Hiérarchique a tendance à classer plus facilement les sujets en Retraités et en Inactifs et la classification manuelle en Travailleurs. Une raison simple à cette différence est sans doute la volonté d'être le plus restrictifs possible quant à la classification manuelle des retraités.

Le nombre de valeurs manquantes n'est pas le même pour les deux classifications pour une raison simple : les 16 NA de la classification manuelle sont des sujets pour lesquels TOUTES les variables nécessaires à la classification (Adm12a, Adm11, Adm12 et Am10) étaient manquantes alors que j'ai dû, pour activproCAH, classer en NA les sujets pour lesquels AU MOINS UNE des 4 variables étaient manquantes afin de pouvoir réaliser l'ACM.

Il peut également être intéressant d'étudier la manière dont les sujets classés NSP ($n = 113$) par la classification manuelle ont été classés par la CAH :

R	I	C	T	Total
5	77	0	31	113

Sur quels critères la CAH s'est-elle basée pour classer ces 113 sujets ? Pour le comprendre on s'intéresse aux trois modalités dans lesquels elle a répartis les NSP (I,R,T) en construisant des Tableaux de Burt.

Par souci de lisibilité j'ai choisis de n'inclure dans les tableaux de Burt que les modalités contenant un nombre de sujets non nul.

Les cases en rouge correspondent simplement aux tableaux de contingences usuels (croisement des variables deux à deux).

Le tableaux est évidemment "symétrique", j'ai choisi de n'en remplir que la partie inférieure.

INACTIFS

	N98N	N9NN	0	4	NNN3NN	NNNNN	77	85	86
N98N	1	∅							
N9NN	∅	76							
0	0	76	76	∅					
4	1	0	∅	1					
NNN3NN	1	0	0	1	1	∅			
NNNNN	0	76	76	0	∅	76			
77	0	2	2	0	0	2	2	∅	∅
85/86	1	74	74	1	1	74	∅	58	17

1 : 1 sujet déclare être au foyer et à la retraite (Adm12a = "N98N"), ne plus travailler depuis au moins 3 ans (Adm11 = 4) et a un code travail correspondant à un inactif non retraité (Adm10 + 85/86). Le classer en Inactifs a donc du sens.

2 : 2 sujets déclarent être au foyer (Adm12a = N9NN), travailler (Adm11 = 0) et ont un code travail correspondant à un retraité (Adm10 = 77 : Ancien employé). Toutes les variables sont contradictoires. Classer ces sujets en Inactifs n'est pas pertinent.

3 : 74 sujets présentent les même caractéristiques que ceux expliqués précédemment à l'exception de la variable Adm10 qui indique que les sujets sont inactifs non retraités. De même, les classer en inactifs n'est pas pertinent.

De manière générale on remarque que déclarer être "au foyer" est très discriminant pour la classification en tant qu'inactifs surtout si cette modalité est couplée avec un code travail 85 ou 86.

RETRAITES

	N98N	NN87	NN8N	0	4	NNNNNN	32/36	77
N98N	1	∅	∅					
NN87	∅	1	∅					
NN8N	∅	∅	3					
0	1	1	0	2	∅			
4	0	0	3	∅	3			
NNNNNN	1	1	3	2	3	5		
32/36	0	0	3	0	3	1	2	∅
77	1	1	0	2	0	2	∅	2

1 : 1 déclare être à la retraite et au foyer (N98N) avec un code de travail correspondant bien à un retraité (77). Cependant il déclare également travailler (0). La CAH le classe en retraité malgré tout mais ce choix n'est pas judicieux.

2 : 3 sujets se déclarent à la retraite (NN8N), ne travaillant plus (Adm11 = 3) et ont un code travail qui correspond à des travailleurs (Adm10 = 32/36). Leur classification en Retraité n'est pas aberrante. Il est possible que ces sujets n'aient pas lu la liste des codes travail jusqu'à la fin (là où ceux concernant les retraités se trouvent) et qui expliquerait qu'ils aient indiqué par ce code qu'ils travaillent (32/36).

3 : 1 sujet déclare être retraité et pré retraité (NN87), travailler (Adm11 = 0) et a un code travail de 77. Il y a une certaine forme de cohérence à l'ensemble des choix de ce sujet mais on ne peut pas le classer en tant que Retraité à cause de Adm11 = 0.

TRAVAILLEURS

	NNN7	NNNN	0	1	3	4	NNNNNN	32/36/47/48/ 51/54/55/56	85/86	88
NNN7	1	∅								
NNNN	∅	30								
0	0	12	12	∅	∅	∅				
1	0	1	∅	1	∅	∅				
3	0	1	∅	∅	1	∅				
4	1	16	∅	∅	∅	17				
NNNNNN	1	30	12	1	1	171	31			
32/36/47/48/ 51/54/55/56	1	18	0	1	1	17	19	19	∅	∅
85/86	0	11	11	0	0	0	11	∅	11	∅
88	0	1	1	0	0	0	1	∅	∅	1

1 : 1 sujet se déclare pré retraité (NNN7), travaille (Adm11 = 0) et a un code travail correspondant à quelqu'un ayant encore une activité professionnelle. On peut accepter la classification en travailleur de ce sujet par la CAH.

2 : 11 sujets ne cochent aucune case pour Adm12a (soit ils ont oublié cette question soit aucun des choix ne les satisfont ce qui correspondrait à des personnes qui travaillent puisque ce choix n'est pas proposé dans Adm12a). En outre ils déclarent travailler (Adm11 = 0), mais leur code travail est incohérent : 85/86 correspond à des inactifs.

3 : 1 sujet travaille et a un code travail qui vaut 88. Ce code n'est pas présent dans la liste, il s'agit probablement d'une faute de frappe.

4 : Enfin, 18 sujets déclarent ne plus travailler (Adm11 = 1/3/4) mais ont un code travail indiquant qu'ils ont encore une activité professionnelle. Ces sujets ne peuvent pas être classés comme des travailleurs.

A présent que les deux classifications sont établies et clairement expliquées, il y a lieu de se demander si utiliser l'une ou l'autre dans un futur modèle changera les résultats.

Autrement dit construisons un test permettant de vérifier si les deux distributions de la variable activpro sont similaires.

Test du Khi deux d'ajustement

Il s'agit de vérifier si les écarts d'effectifs entre activpro et activproCAH sont "trop" importants pour chacune des classes.

Étant donné que la CAH classe TOUS les individus, la classe NSP de activproCAH est vide. Or le test du χ^2 d'ajustement n'est applicable que si toutes les classes contiennent au moins 5 sujets.

Puisque nous nous intéressons particulièrement aux Travailleurs, Retraités et Chômeurs, on rassemble les inactifs, les NSP et les NA dans une classe "AUTRE".

On a alors :

	T	R	C	Autre
activpro	5666	3209	883	299
activproCAH	5460	3410	842	445

Notations :

k : nombre de modalités.

ϕ_i : probabilité qu'un individus soit dans la classe i de la distribution observée.

ϕ_{hi} : probabilité qu'un individu soit dans la classe i de la distribution théorique.

O_i : nombre d'individus observés dans la modalité i .

A_i : nombre d'individus attendus dans la modalité i .

On a : $\forall i \in \llbracket 1, k \rrbracket, A_i = n\phi_{hi}$

Hypothèses :

$$\begin{aligned} H_0 : \forall i \in \llbracket 1, k \rrbracket, \phi_i &= \phi_{hi} \\ H_1 : \exists i \in \llbracket 1, k \rrbracket tq \phi_i &\neq \phi_{hi} \end{aligned} \quad (4)$$

Statistique de test :

$$Q = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - A_i)^2}{A_i} \quad (5)$$

D'après le Théorème de pearson :

$$\begin{aligned} Si \forall i \in \llbracket 1, k \rrbracket, A_i &\geq 5 : \\ Q &\xrightarrow{H_0} \chi^2(k-1), n \rightarrow +\infty \end{aligned} \quad (6)$$

Application numérique :

$Q_{obs} = 69.52$ Au niveau de confiance 95 % le χ^2 à 3 degrés de liberté vau 12.84.

On rejette donc H_0 .

On ne peut pas conclure que les deux variables ont une distribution similaire. Cependant après avoir observé la manière dont les sujets "inclassables" ont été classés par la CAH il semble préférable de se baser sur la classification manuelle de l'activité professionnelle des sujets de l'étude. En analyse de sensibilité nous feront tourner le modèle final sur les données classifiées par la machine.

3.2 Variable d'intérêt : Self Rated Health (SRH)

La santé perçue est décrite dans la littérature comme un bon indicateur de la mortalité. Il s'agit d'une mesure subjective puisque le sujet s'auto-évalue : il est son propre témoin.

Dans le questionnaire d'inclusion il est demandé au sujets d'indiquer par une note comprise entre 0 et 10 leur état de santé tel qu'il le ressent : 0 pour mauvais et 10 pour excellent.

Globalement les sujets de la cohorte EPP3 s'estiment en bonne santé avec une médiane à 7.

En choisissant ce cut off on crée une variable binaire de santé perçue :

0	1	NA
4390	5741	26

Test du χ^2 d'indépendance entre la santé perçue et l'activité professionnel des sujets de la cohorte EPP3.

On note :

X la v.a qualitative à l modalités.

Y le v.a qualitative à c modalités.

$\forall (i, j) \in \llbracket 0, 5 \rrbracket \times \llbracket 0, 11 \rrbracket :$

$n_{i,j}$ = Nombre de sujets présentant la modalité i de la variable X et la modalité j de la variable Y .

$n_{i.} = \sum_{j=1}^c n_{ij}$: nb total individus dans la classe i de la v.a X .

$n_{.j} = \sum_{i=1}^l n_{ij}$: nb total d'individus dans la classe j de la v.a Y .

$n = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c n_{ij}$: nb total d'individus.

On teste $H_0 : X \perp Y$ contre $H_1 = \overline{H_0}$

Statistique de test :

$$Q = \frac{\sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c (n_{ij} - \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n})^2}{\frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n}} \quad (7)$$

On a :

$$Q \underset{H_0}{\sim} \chi^2((l-1)(c-1)) \quad (8)$$

On pose :

$$e_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n} \quad (9)$$

C'est l'effectif théorique sous H_0 c'est à dire le nombre de sujets présentant les modalités i et j (resp. des v.a X et Y) auxquelles on s'attend sous H_0 .

Règle de décision :

Si $Q_{calc} \geq Q_{th}$ on rejette H_0 (où Q_{th} est le quantile de la loi du χ^2 à $(l-1)(c-1)$ degrés de libertés pour un niveau de confiance α fixé).

Le test du χ^2 d'indépendance n'est applicable que lorsque $\forall (i, j) \in \llbracket 1, l \rrbracket \times \llbracket 1, c \rrbracket : e_{ij} \geq 5$ et $n_{ij} \geq 50$.

Application numérique :

Le tableau de contingence des variables *activpro* et *srh* présente des cases dont les effectifs sont inférieurs à 5. Pour effectuer le test on se base donc sur la version binarisée de la variable de santé perçue.

On pose :

X v.a qualitative à 11 modalités représentant la santé perçue des sujets.

Y v.a qualitative à 5 modalités représentant l'activité professionnelle des sujets.

On trouve $Q_{calc} = 31.71$ et $\chi^2_{4, \alpha=5\%} = 9.49$ donc on rejette H_0 avec une **p-valeur de** $2.19 \cdot 10^{-6}$. Autrement dit il existe un lien fort entre l'activité professionnelle et la santé perçue des sujets de la cohorte EPP3.

Lorsque l'on fait le test avec la variable *activproCAH* plutôt que *activpro* (en retirant la classe NSP puisqu'elle est évidemment vide) on obtient également une p-valeur significative ($Q_{calc} = 21.51$, $Q_{th} = 7.81$ et $p = 8.24 \cdot 10^{-6}$).

3.3 Variables d'ajustement et facteurs de confusion

Rappelons qu'un facteur de confusion est une variable à la fois liée à l'exposition et à la variable d'intérêt. Notre variable d'exposition est l'activité professionnelle des sujets et la variable d'intérêt leur santé perçue.

Le facteur de confusion le plus évident est donc l'âge du sujet puisque celui-ci est déterminant dans l'exercice d'une activité professionnelle mais joue également un rôle dans la perception qu'ont les sujets de leur santé.

Les autres variables d'ajustement sont choisies en se basant sur la littérature : sexe, alcool, tabac, score de dépression, statut marital, indice de masse corporelle, diabète, activité sportive et niveau d'éducation.

Rappelons que l'indice de masse corporelle est le rapport entre le poids et la taille carrée des individus.

Le score de dépression est quant à lui la somme de 13 variables binaires :

1. En ce moment ma vie me semble vide.
2. J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête.
3. Je suis sans énergie.
4. Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire.
5. Je suis déçu(e) et dégoûté(e) de moi-même.
6. Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit.
7. J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire.
8. En ce moment je suis triste.
9. J'ai l'esprit moins clair que d'habitude.
10. J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent.
11. Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude.
12. Je suis sans espoir pour l'avenir.

13. En ce moment je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens.

On considère qu'un sujet est déprimé si son score de dépression est supérieur ou égal à 7 ou s'il déclare prendre des antidépresseurs.

J'ai également choisi d'ajouter quelques autres variables qui m'ont semblé pertinentes : maladie cardiovasculaire, cancer et indice de précarité de vie.

Le score EPICE est un score Evaluant de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de santé) prenant en compte diverses informations :

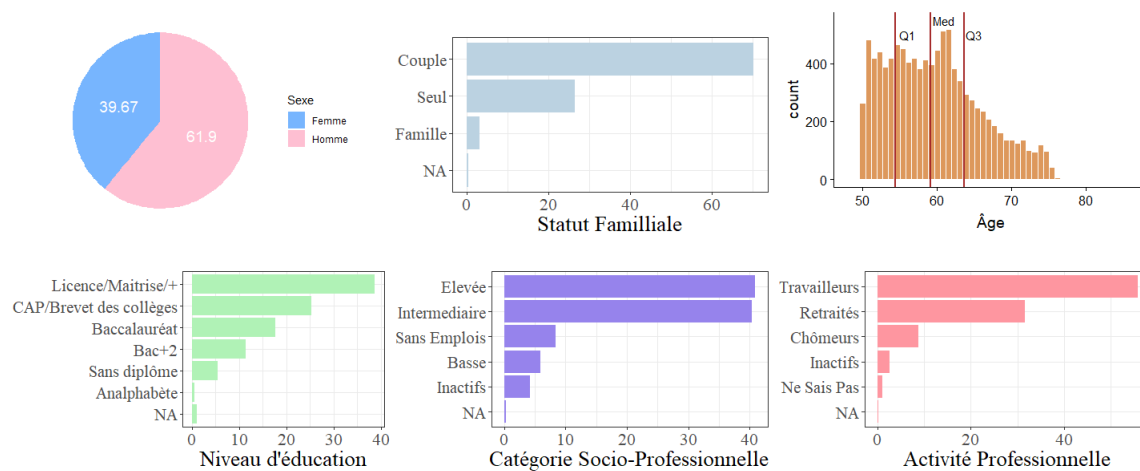
1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?
coeff = 10,06
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) coeff = -11,83
3. Vivez-vous en couple ? coeff = -8,28
4. Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?
coeff = -8,28
5. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
coeff = 14,80
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
coeff = -6,51
7. Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?
coeff = -7,10
8. Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
coeff = -7,10
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants.
coeff = -9,47
10. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
coeff = -9,47
11. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?
coeff = -7,10

Lorsque la réponse à une des questions est oui on ajoute le coefficient correspondant au score constant qui vaut 75.14.

On considère un seuil de 30.17 au delà duquel le sujet est considéré comme vulnérable tout âge confondus. Ce seuil n'a évidemment de sens que si les 13 questions sont renseignées.

Voici une description visuelle de la cohorte EPP3 en fonction des variables préalablement citées :

1. Variables Socio-Administratives



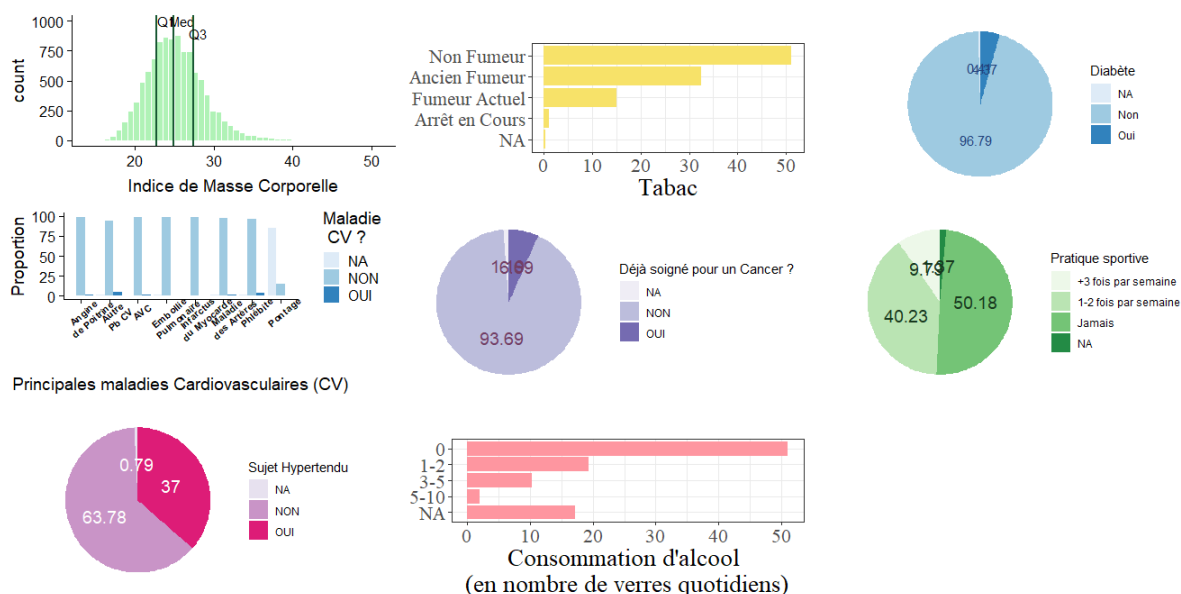
On observe ainsi que la cohorte EPP3 est masculine à plus de 60 %. De plus, près de 70 % des individus déclarent vivre en couple, tandis que 30 % déclarent vivre seuls et moins de 10 % en famille.

Sans surprise, l'histogramme des âges nous indique que les sujets sont globalement âgés de 50 à 75 ans (c'était un des critères d'inclusion). 50 % de la population a moins de 59 ans et 75 % moins de 63. Il n'est donc pas étonnant d'observer un peu plus de 25 % de Retraités contre un peu moins de 60 % de Travailleurs Actifs.

Il est à noter que la distribution de l'âge ne semble pas suivre une loi normale. Cette hypothèse est confirmée après un test de Shapiro effectué sur des échantillons aléatoires d'individus de 5000 sujets.

Enfin, la cohorte EPP3 se situe majoritairement dans les catégories socio-professionnelles élevée et intermédiaires. Ils semblent de plus avoir un bon niveau d'éducation, puisqu'à peine moins de 6 % se déclarent sans diplômes.

2. Variables Santé Physique

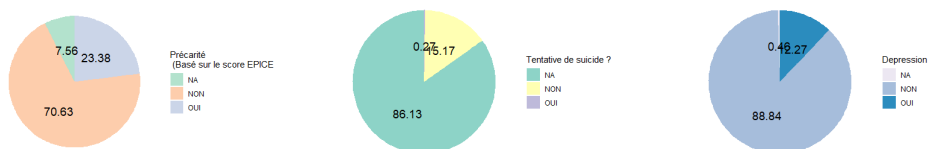


La cohorte EPP3 est dans l'ensemble en bonne santé puisque globalement non diabétique (> 96 %) et non cancéreuse (> 96%).

De plus une large majorité des sujets ne fume pas ou plus tandis que 70 % déclarent boire au plus 2 verres d'alcool par jours (tout alcool confondus).

Cependant une part non négligeable des sujets est hypertendue mais très peu d'individus déclarent être atteint d'une maladie cardiovasculaire.

3. Variables Santé Psychique



Enfin, on observe que très peu d'individus sont dépressifs mais que plus de 20 % sont en situation de précarité.

3.4 Gestion des données manquantes

Ci dessous, le tableau du nombre de données manquantes pour chacune des variables de l'analyse.

Nb Na	% NA	Variables
8613	84.80	Tentative de Suicide
8612	84.79	Pontage/Angioplastie/Stent
1744	17.17	Alcool (Nb de verres)
756	7.44	Score Epice de Précarité
137	1.35	Sport
134	1.32	Maladies Cardiovasculaires
119	1.17	Cancer
108	1.06	Niveau d'Education
79	0.78	Hypertension Arterielle
74	0.73	Maladie des Artères
68	0.67	Autre Pb Cardiaque
68	0.67	Phlébite
68	0.67	Embolie Pulmonaire
66	0.65	AVC
65	0.64	Angine de Poitrine
58	0.57	Infarctus du Myocarde
46	0.45	Depression
42	0.41	Situation Familiale
41	0.40	Diabète
30	0.30	Catégorie Socio-Professionnelle
29	0.29	Activité Professionnelle (CAH)
26	0.26	Santé Perçue Binaire
20	0.20	Tabac
16	0.16	Activité Professionnelle (clasif Manuelle)
1	0.01	Âge
0	0.00	nepp3
0	0.00	Sexe
0	0.00	Indice de Masse Corporelle(Classes)

On remarque un taux élevé de données manquantes pour les variables Tentative de Suicide et Pontage/Angioplastie/Stent (presque 85 %).

Plutôt que de supprimer totalement ces variables nous effectuerons plus loin une analyse en sous groupes en comparant l'impact de l'activité professionnelle sur la santé perçue des individus ayant fait une TS et ceux qui n'en n'ont pas fait. La même démarche sera effectuée pour les pathologies cardiovasculaires.

4 Statistiques

4.1 Flowchart



4.2 Analyses univariées

Afin d'avoir une première idée des variables significativement liées à la santé perçue on effectue une régression logistique entre la santé perçue binarisée des sujets (on coupe à la médiane : si la santé perçue est $>$ à 7 on la considère comme bonne) et chacune des variables explicatives. J'ai choisis de catégoriser les 3 variables continues (IMC, âge et score épice de précarité afin de rendre l'interprétation des résultats plus évidente). Ainsi l'âge a été découpé en quartiles. Pour l'indice de masse corporelle, après discussion avec des médecins j'ai fixé à 25 le seuil de normalité et à 30 le seuil de sur poids. Au delà de 30 on parle d'obésité.

Enfin, le score de précarité a un seul officiel, comme expliqué plus haut les sujets ayant un score supérieur à 30.17 sont considéré en situation de précarité.

Ici insérer equations du modèle logit avec rappel sur méthode de calcul de l'estimateur, quels tests sont effectués, interprétation OR ...

TABLE 1: Summary descriptives table by groups of 'srhBin'

	0 N=4390	1 N=5741	OR	p.ratio
Activité Professionnelle :				
Travailleurs	2446 (55.7%)	3213 (56.0%)	Ref.	Ref.
Retraités	1315 (30.0%)	1892 (33.0%)	1.10 [1.00;1.20]	0.042
Chômeurs	424 (9.66%)	458 (7.98%)	0.82 [0.71;0.95]	0.007
Inactifs	142 (3.23%)	128 (2.23%)	0.69 [0.54;0.88]	0.003
Ne Sais Pas	63 (1.44%)	50 (0.87%)	0.60 [0.41;0.88]	0.008
Activité Professionnelle (CAH) :				
Travailleurs	2364 (53.9%)	3089 (53.9%)	Ref.	Ref.
Chômeurs	403 (9.19%)	438 (7.64%)	0.83 [0.72;0.96]	0.013
Inactifs	210 (4.79%)	206 (3.59%)	0.75 [0.61;0.92]	0.005
Retraités	1408 (32.1%)	2000 (34.9%)	1.09 [1.00;1.19]	0.059
Sexe :				
Hommes	2424 (55.2%)	3750 (65.3%)	Ref.	Ref.
Femmes	1966 (44.8%)	1991 (34.7%)	0.65 [0.60;0.71]	0.000
Situation Familiale :				
Couple	2929 (66.8%)	4180 (73.1%)	Ref.	Ref.
Famille	134 (3.06%)	188 (3.29%)	0.98 [0.78;1.23]	0.881
Seul	1320 (30.1%)	1354 (23.7%)	0.72 [0.66;0.79]	<0.001
Âge :				
≤ 54	1134 (25.8%)	1395 (24.3%)	Ref.	Ref.
]54,59]	1140 (26.0%)	1393 (24.3%)	0.99 [0.89;1.11]	0.906
]59,63]	1051 (23.9%)	1482 (25.8%)	1.15 [1.03;1.28]	0.016
	1065 (24.3%)	1470 (25.6%)	1.12 [1.00;1.25]	0.042
Éducation :				
CAP/Brevet des collèges	1212 (27.9%)	1354 (23.8%)	Ref.	Ref.
Analphabète	26 (0.60%)	24 (0.42%)	0.83 [0.47;1.45]	0.508
Bac+2	485 (11.2%)	662 (11.6%)	1.22 [1.06;1.41]	0.005
Baccalauréat	812 (18.7%)	977 (17.2%)	1.08 [0.95;1.22]	0.230
Licence/Maitrise/+	1500 (34.5%)	2435 (42.8%)	1.45 [1.31;1.61]	<0.001
Sans diplôme	313 (7.20%)	239 (4.20%)	0.68 [0.57;0.82]	<0.001
Catégorie Socio-Professionnelle :				
Intermédiaire	1908 (43.5%)	2186 (38.1%)	Ref.	Ref.
Basse	300 (6.84%)	294 (5.13%)	0.86 [0.72;1.02]	0.076
Élevée	1541 (35.2%)	2605 (45.4%)	1.48 [1.35;1.61]	0.000
Inactifs	219 (5.00%)	207 (3.61%)	0.83 [0.68;1.01]	0.059
Sans Emplois	416 (9.49%)	441 (7.69%)	0.93 [0.80;1.07]	0.302
Indice de Masse Corporelle :				
Normal	2080 (47.4%)	3105 (54.1%)	Ref.	Ref.
Obésité	551 (12.6%)	427 (7.44%)	0.52 [0.45;0.60]	0.000
Sur-poids	1759 (40.1%)	2209 (38.5%)	0.84 [0.77;0.91]	<0.001

continued on next page

TABLE 1 – *continued from previous page*

	0 N=4390	1 N=5741	OR	p.ratio
Tabac :				
Non Fumeurs	2269 (51.7%)	2919 (50.9%)	Ref.	Ref.
Ancien Fumeurs	1327 (30.2%)	1979 (34.5%)	1.16 [1.06;1.27]	0.001
Arrête en Cours	61 (1.39%)	49 (0.85%)	0.62 [0.43;0.91]	0.015
Fumeurs	733 (16.7%)	790 (13.8%)	0.84 [0.75;0.94]	0.002
Diabète :				
Non	4132 (94.3%)	5537 (96.7%)	Ref.	Ref.
Oui	250 (5.71%)	187 (3.27%)	0.56 [0.46;0.68]	<0.001
Infarctus du Myocarde :				
Non	4336 (99.3%)	5708 (99.8%)	Ref.	Ref.
Oui	31 (0.71%)	14 (0.24%)	0.35 [0.18;0.64]	0.001
Angine de Poitrine :				
Non	4318 (98.9%)	5687 (99.5%)	Ref.	Ref.
Oui	49 (1.12%)	28 (0.49%)	0.43 [0.27;0.69]	<0.001
Pontage :				
Non	569 (99.5%)	960 (99.7%)	Ref.	Ref.
Oui	3 (0.52%)	3 (0.31%)	0.59 [0.10;3.46]	0.542
Autre problème cardiovasculaire :				
Non	4072 (93.3%)	5481 (95.9%)	Ref.	Ref.
Oui	294 (6.73%)	232 (4.06%)	0.59 [0.49;0.70]	<0.001
Maladie des artères :				
Non	4257 (97.6%)	5672 (99.3%)	Ref.	Ref.
Oui	104 (2.38%)	40 (0.70%)	0.29 [0.20;0.41]	<0.001
Phlébite :				
Non	4178 (95.7%)	5560 (97.3%)	Ref.	Ref.
Oui	189 (4.33%)	152 (2.66%)	0.60 [0.49;0.75]	<0.001
Embolie Pulmonaire :				
Non	4330 (99.2%)	5691 (99.6%)	Ref.	Ref.
Oui	35 (0.80%)	23 (0.40%)	0.50 [0.29;0.85]	0.010
Accident Vasculaire Cérébral :				
Non	4306 (98.7%)	5677 (99.3%)	Ref.	Ref.
Oui	58 (1.33%)	40 (0.70%)	0.52 [0.35;0.78]	0.002
Activité Sportive :				
Jamais	2531 (58.4%)	2480 (43.7%)	Ref.	Ref.
1-2 fois par semaine	1524 (35.2%)	2496 (44.0%)	1.67 [1.54;1.82]	0.000
≥ 3 fois par semaine	277 (6.39%)	702 (12.4%)	2.59 [2.23;3.01]	0.000
Hypertension Artérielle :				
Non	2564 (58.9%)	3801 (66.7%)	Ref.	Ref.
Oui	1792 (41.1%)	1898 (33.3%)	0.71 [0.66;0.78]	<0.001
Consommation d'alcool :				
0	2262 (63.7%)	2922 (60.1%)	Ref.	Ref.
>10	22 (0.62%)	14 (0.29%)	0.49 [0.25;0.96]	0.038

continued on next page

TABLE 1 – *continued from previous page*

	0 N=4390	1 N=5741	OR	p.ratio
1-2	759 (21.4%)	1205 (24.8%)	1.23 [1.11;1.37]	<0.001
3-5	418 (11.8%)	618 (12.7%)	1.14 [1.00;1.31]	0.051
5-10	88 (2.48%)	102 (2.10%)	0.90 [0.67;1.20]	0.465
Cancer :				
Non	3997 (91.9%)	5364 (94.5%)	Ref.	Ref.
Oui	354 (8.14%)	315 (5.55%)	0.66 [0.57;0.78]	<0.001
Scors EPICE de précarité :				
Situation non précaire	2827 (69.5%)	4230 (79.5%)	Ref.	Ref.
Situation précaire	1240 (30.5%)	1094 (20.5%)	0.59 [0.54;0.65]	0.000
Tentative de Suicide :				
Non	562 (97.7%)	946 (98.6%)	Ref.	Ref.
Oui	13 (2.26%)	13 (1.36%)	0.59 [0.27;1.31]	0.195
Dépression :				
Non	3533 (80.7%)	5344 (93.4%)	Ref.	Ref.
Oui	847 (19.3%)	377 (6.59%)	0.29 [0.26;0.33]	0.000

On remarque un lien significatif entre l'activité professionnelle et la santé perçue et ce, que l'on considère la classification manuelle ou la classification ascendante hiérarchique de la variable activ-pro. Ainsi, les retraités ont une santé perçue de 10 % supérieure aux travailleurs tandis que la srh des chômeurs est 40 % moins bonne et celle des inactifs 30 %

Le groupe des individus non classés manuellement (NSP) s'apparente aux inactifs en terme de baisse de santé perçue. Ce résultat est cohérent avec l'observation faite plus haut : la CAH classe majoritairement ces individus en inactifs.

Les femmes ont une santé perçue de 35 % inférieure à celle des hommes. On peut peut-être expliquer

cela par le fait que les grossesses rendent la santé des femmes plus fragile. De plus certaines études montrent que les femmes sont plus enclines à la dépression que les hommes. Or la santé perçue des sujets dépressifs est de 70 % inférieure à celle des sujets non dépressifs. (ajouter en ref article qui prouve le lien entre sexe et dépression).

Un résultat intéressant est le lien entre la santé perçue et l'entourage du sujet. Les individus déclarant vivre seuls ont une santé perçue significativement inférieure à celle des sujets en couple.

Il aurait été éclairant de pouvoir tester cette liaison plus en profondeur, par exemple en demandant aux individus de noter leur sentiment de bonheur au quotidien et d'ensuite coupler ces résultats avec le fait de vivre en couple ou non.

Sans surprise on observe que les sujets ayant une catégorie scio-professionnelle basse se perçoivent en moins bonne santé que ceux de la classe intermédiaire (de même que les inactifs comme nous l'avons déjà vu grâce à la variable d'activité pro), tandis que les sujets d'une csp élevée voient leur santé perçue augmentée de 50 %. On peut facilement imaginer que plus on descend dans les catégories socio-professionnelle pro, plus l'accès au soin dans son sens le plus large (ne serait-ce que l'accès à l'information de santé et à la prévention) est difficile.

Dans le même ordre d'idée les sujets de la cohorte se perçoivent en meilleure santé lorsqu'ils ont eu un parcours éducatif plus long. Ainsi les détenteurs d'un BAC+2 ont une santé perçue de 22 %

supérieure à ceux ayant un CAP ou le brevet du collège. Cette augmentation passe à 45 % pour les détenteurs d'une licence ou d'un diplôme supérieur. Toutefois les sujets ne sachant ni lire ni écrire voient leur santé perçue baisser de plus de 20 % par rapport aux diplômés d'un CAP ou d'un Brevet des collèges.

A l'exception des pontages, toutes les maladies cardiovasculaire occasionnent une baisse significative de la santé perçue des sujets qui en sont atteints. Ceci est particulièrement vrai pour l'infarctus du myocarde (baisse de 65 %) et les maladies des artères (baisse de 71 %).

La non significativité de la variable de pontage avec la santé perçue est sans doute due aux très faible nombre de sujet déclarant avoir subi cette intervention.

Si l'on reste dans les variables décrivant la santé réelle des sujets de l'étude, observons que les fumeurs ont une santé perçue de plus de 15 % inférieure à celle des non fumeurs. Il est intéressant de remarquer que les anciens fumeurs s'estiment en meilleur santé que ceux qui sont con fumeur (augmentation de 20 %). Cela s'explique peut-être par le fait que ces individus ont vu un réel effet de l'arrêt du tabac sur leur corps et qu'ils s'estiment, par conséquent, en très bonne santé à présent qu'ils ne fument plus.

Ce qui paraît étonnant par contre c'est que les sujets déclarant être en période de sevrage ont une baisse de santé perçue plus importante que les les fumeurs par rapport aux sujets non fumeurs. La difficulté psychologique de l'arrêt de la cigarette ainsi que la prise de poids qui le suit souvent sont des explications probables.

L'un des résultats les plus étonnant de cette analyse est celui concernant la consommation quotidienne d'alcool (en nombre de verres).

Tout d'abord on peut remarquer sans surprise que par rapport aux sujets abstinents, ceux consommant au moins 10 verres d'alcool par jour ont une santé perçue diminuée de moitié. Cependant, toujours par rapport aux abstinents, on trouve chez les sujets buvant entre 1 et 2 verres d'alcool par jour une augmentation de plus de 20 % de la santé perçue. On peut expliquer ce phénomène par le plaisir de boire un verre entre amis ou avec son conjoint. S'il est impossible de vérifier que les individus déclarant boire 1 à 2 verres par jour boivent seuls ou avec des amis ou de la famille, on peut cependant remarquer que la grande majorité de ces individus vivent en couple et qu'ils sont pour la plupart non dépressifs (ils ont donc probablement moins tendance à s'isoler et ont donc une vie sociale développée).

couple	1472	0	1767
famille	61	1	196
seul	426	NA	3

4.3 Analyses multivariées

4.3.1 Régression logistique

A présent que les analyses univariées sont faites, construisons un modèle explicatif. On sélectionne les variables pour lesquelles un lien significatif avec la santé perçue a été établi en univarié à savoir toutes sauf les variables pontage et tentative de suicide.

J'ai choisi de construire plusieurs modèle selon un groupement de variable qui faisait sens.

TABLE 2: Mod

	Modèle 1			Modèle 2		
	OR	IC	p	OR	IC	p
Intercept	1.52	[1.43; 1.62]	<2.2e-16	1.44	[1.33; 1.57]	<2.2e-16
Activité Professionnelle :						
Travailleurs	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Retraités	1.15	[1.05; 1.26]	0.002	1.06	[0.94; 1.20]	0.36
Chômeurs	0.82	[0.71; 0.95]	0.006	0.81	[0.70; 0.94]	0.004
Inactifs	0.88	[0.68; 1.13]	0.30	0.84	[0.65; 1.08]	0.18
Ne Sais Pas	0.68	[0.47; 0.99]	0.048	0.66	[0.45; 0.97]	0.03
Sexe :						
Hommes	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Femmes	0.65	[0.6; 0.71]	<2.2 e-16	0.65	[0.6; 0.71]	<2.2 e-16
Âge :						
<54.5				Ref.	Ref.	Ref.
[54.5; 59.1]				1.04	[0.93; 1.16]	0.53
[59.1; 63.7]				1.18	[1.04; 1.34]	0.008
[63.7; 86.2]				1.13	[0.97; 1.31]	0.11

Le premier modèle ne prend en compte que le sexe comme variable d'ajustement. L'activité professionnelle est toujours significativement liée à la santé perçue : en effet, toute chose égale par ailleurs les chômeurs ont une santé perçue de 20 % moins bonne tandis que les retraités ont une santé perçue augmentée de près de 15 %.

On observe également que le lien sexe - santé perçue est maintenu même en ajoutant la variable d'activité professionnelle : il semblerait que les femmes s'estiment en moins bonne santé que les hommes (de 40 %).

Nous avons précédemment établi que l'âge était un facteur de confusion évident pour le lien entre la santé perçue et l'activité professionnelle. Le modèle suivant nous aide à nous en rendre compte :

TABLE 3: Modèle 2

	OR	IC	p
Intercept	1.44	[1.33; 1.57]	<2.2e-16
Activité Professionnelle :			
Travailleurs	Ref.	Ref.	Ref.
Retraités	1.06	[0.94; 1.20]	0.36
Chômeurs	0.81	[0.70; 0.94]	0.004
Inactifs	0.84	[0.65; 1.08]	0.18
Ne Sais Pas	0.66	[0.45; 0.97]	0.03
Sexe :			
Hommes	Ref.	Ref.	Ref.
Femmes	0.65	[0.6; 0.71]	<2.2 e-16
Âge :			
<54.5	Ref.	Ref.	Ref.
[54.5; 59.1]	1.04	[0.93; 1.16]	0.53
[59.1; 63.7]	1.18	[1.04; 1.34]	0.008
[63.7; 86.2]	1.13	[0.97; 1.31]	0.11

On observe en effet que si le lien entre la Santé Perçue et le Sexe reste significatif, l'âge semble "cacher" celui entre la srh et de l'Activité Professionnelle puisque la classe d'âge [59; 63] devient significative (augmentation de 20 %) : précisément la classe d'âge où l'âge de la retraite est susceptible de se trouver. D'ailleurs on constate que plus de 40 % des sujets de cette classe sont retraités.

Le troisième modèle considère toutes les variables traitant de la forme physique du sujet.

TABLE 4: Modèle 3

	OR	IC	p
Intercept	1.53	[1.34; 1.75]	3.99e-10
Activité Professionnelle :			
Travailleurs	Ref.	Ref.	Ref.
Retraités	1.06	[0.92; 1.22]	0.41
Chômeurs	0.84	[0.71; 0.99]	0.034
Inactifs	0.92	[0.68; 1.24]	0.57
Ne Sais Pas	0.69	[0.44; 1.10]	0.12
Sexe :			
Hommes	Ref.	Ref.	Ref.
Femmes	0.60	[0.55; 0.7]	<2.2 e-16

continued on next page

TABLE 4 – *continued from previous page*

	OR	IC	p
Âge :			
<54.5	Ref.	Ref.	Ref.
[54.5; 59.1]	1.01	[0.89; 1.15]	0.85
[59.1; 63.7]	1.14	[0.99; 1.31]	0.077
[63.7; 86.2]	1.10	[0.93; 1.31]	0.27
Alcool (Nombre de verres quotidiens)			
0	Ref.	Ref.	Ref.
1-2	1.13	[1.01; 1.27]	0.03
3-5	1.04	[0.90; 1.21]	0.59
5-10	0.88	[0.65; 1.19]	0.39
>10	0.54	[0.27; 1.08]	0.09
Tabac			
Non fumeur	Ref.	Ref.	Ref.
Ancien fumeur	1.08	[0.98; 1.20]	0.14
Arrêt en cours	0.52	[0.33; 0.80]	0.004
Fumeur	0.83	[0.73; 0.95]	0.007
Diabète			
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.68	[0.54; 0.86]	0.001
Hypertension Artérielle			
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.75	[0.68; 0.83]	9.8e-09
Indice de Masse Corporelle			
Normal	Ref.	Ref.	Ref.
Surpoids	0.81	[0.72; 0.89]	2.10e-05
Obésité	0.60	[0.51; 0.70]	4.57e-10
Activité Sportive			
	Ref.	Ref.	Ref.
1-2 fois par semaine	1.56	[1.42; 1.72]	2.2e-16
≥ 3 fois par semaine	2.38	[2.01; 2.82]	2.2e-16

Sans surprise, on observe que les variables d'ajustement usuellement citées par la littérature sont significatif à savoir : être diabétique, avoir de l'hypertension, fumer et ne pas pratiquer régulièrement de sport rends les sujets plus susceptibles de se décrire en mauvaise santé.

Nous retrouvons dans ce modèle l'étonnant résultat de l'augmentation de la santé perçue chez les sujets buvant 1 à 2 verres d'alcool par jour par rapport à ceux qui n'en boivent pas. Plus étonnant encore la classe "boire plus de 10 verres par jour" est aussi significative. Il est hautement probable que les sujets ayant remplis un nombre quotidien de verre d'alcool supérieur à 10 se soient trompés ou aient mal compris la question.

On observe également que le troisième modèle a un critère d'Akaike bien plus bas que les modèles 1 et 2 :

- Modèle 1 : AIC = 13 741.48
- Modèle 2 : AIC = 13 738.94
- Modèle 3 : AIC = 10 831.67

Il semble donc que l'ajout des variables proposés par la littérature permet bien de mieux expliquer la santé perçue.

Le quatrième modèle ne prends que très peu de variables en compte. Il se veut représentatif de la santé psychologique des sujets qui sont alors décrits par : leur Activité Professionnelle, leur sexe, leur classe d'âge et une variable binaire de dépression qui comme expliqué plus haut combine plusieurs sources d'information : la déclaration des sujets (c'est à dire leur réponse à la question avez vous été diagnostiqué comme dépressif), le score de dépression dont le calcul a été expliqué ne détail dans une précédente partie, et la prise ou non d'antidépresseurs.

TABLE 5: Modèle 4

	OR	IC	p
Intercept	1.57	[1.44; 1.71]	<2.2 e-16
Activité Professionnelle :			
Travailleurs	Ref.	Ref.	Ref.
Retraités	1.09	[0.96; 1.24]	0.18
Chômeurs	0.86	[0.74; 0.99]	0.04
Inactifs	0.86	[0.66; 1.11]	0.25
Ne Sais Pas	0.68	[0.46; 1.01]	0.0
Sexe :			
Hommes	Ref.	Ref.	Ref.
Femmes	0.73	[0.67; 0.80]	<7.04 e-13
Âge :			
<54.5	Ref.	Ref.	Ref.
[54.5; 59.1]	1.04	[0.93; 1.16]	0.51
[59.1; 63.7]	1.17	[1.03; 1.33]	0.02
[63.7; 86.2]	1.09	[0.94; 1.27]	0.25
Dépression			
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.32	[0.28; 0.36]	<2.2 e-16

On constate, par la petitesse de la p-valeur, qu'être en état de dépression diminue de près de 70 % la façon dont on perçoit notre santé, toutes choses égales par ailleurs.

Nous effectueront dans la section suivante une analyse en sous groupe chez les individus dépressifs et non dépressifs.

Le modèle 5 quant à lui ne prends en compte que les variables renseignant le niveau social des sujets : quel est leur niveau d'éducation, leur catégorie socio-professionnelle, sont ils en couple, seul, en famille, pratiquent ils une activité sportive régulière,... ?

TABLE 6: Modèle 5

	OR	IC	p
Intercept	0.96	[0.84; 1.09]	0.56
Activité Professionnelle :			
Travailleurs	Ref.	Ref.	Ref.
Retraités	1.09	[0.95; 1.24]	0.22
Chômeurs	0.48	[0.71; 3.22]	0.31
Inactifs	0.84	[0.52; 1.35]	0.47
Ne Sais Pas	0.63	[0.37; 1.04]	0.07
Sexe :			
Hommes	Ref.	Ref.	Ref.
Femmes	0.71	[0.65; 0.78]	<5.31 e-13
Âge :			
<54.5	Ref.	Ref.	Ref.
[54.5; 59.1]	1.05	[0.94; 1.18]	0.40
[59.1; 63.7]	1.15	[1.01; 1.31]	0.03
[63.7; 86.2]	1.12	[0.96; 1.30]	0.17
Catégorie Socio-Professionnelle			
Intermédiaire	Ref.	Ref.	Ref.
Basse	0.99	[0.79; 1.24]	0.91
Élevée	1.25	[1.11; 1.41]	0.00
Inactifs	0.99	[0.66; 1.51]	0.99
Sans Emplois	0.63	[0.29; 1.331]	0.24
Alcool (Nombre de verres quotidiens)			
0	Ref.	Ref.	Ref.
1-2	1.13	[1.01; 1.27]	0.03
3-5	1.04	[0.90; 1.21]	0.59
5-10	0.88	[0.65; 1.19]	0.39
>10	0.54	[0.27; 1.08]	0.09
Éducation			
CAP/ Brevet des Collèges	Ref.	Ref.	Ref.
Analphabète	0.97	[0.55; 1.73]	0.93
Sans diplômes	0.73	[0.60; 0.88]	0.001
Baccalauréat	1.01	[0.89; 1.15]	0.86
Bac +2	1.13	[0.98; 1.32]	0.09
Licence/Maîtrise/+	1.18	[1.0; 1.32]	0.006
Entourage			
Couple	Ref.	Ref.	Ref.
Famille	1.01	[0.80; 1.29]	0.89
Seul	0.82	[0.74; 0.89]	3.21e-05
Activité Sportive			
	Ref.	Ref.	Ref.

continued on next page

TABLE 6 – *continued from previous page*

	OR	IC	p
1-2 fois par semaine	1.60	[1.46; 1.74]	2.2e-16
≥ 3 fois par semaine	2.56	[2.20; 2.99]	2.2e-16

Tout d'abord en terme de performance du modèle l'AIC est meilleurs que celui de tous les modèles (AIC = 13 087.79) vus jusqu'à présent sauf le modèle 3 qui comportait les variables "médicales". Les OR confirment les tendances observées lors des analyses univariées a savoir : être seul abime la perception de notre santé alors qu'avoir des diplôme l'augmente.

Les deux derniers modèles incluent toutes les variables utilisés dans les modèles de 1 à 5 sauf l'âge pour le modèle 7.

TABLE 7: Modèle 6, AIC = 10 440.47

	OR	IC	p
Intercept	1.37	[1.15; 1.63]	0.000
Activité Professionnelle :			
Travailleurs	Ref.	Ref.	Ref.
Retraités	1.18	[1.02; 1.38]	0.025
Chômeurs	1.25	[0.54; 3.05]	0.61
Inactifs	0.91	[0.52; 0.58]	0.73
Ne Sais Pas	0.71	[0.39; 1.30]	0.27
Sexe :			
Hommes	Ref.	Ref.	Ref.
Femmes	0.76	[0.68; 0.85]	<9.55 e-07
Âge :			
<54.5	Ref.	Ref.	Ref.
[54.5; 59.1]	1.01	[0.89; 1.16]	0.83
[59.1; 63.7]	1.09	[0.94; 1.27]	0.23
[63.7; 86.2]	1.04	[0.87; 1.24]	0.67
Alcool			
0	Ref.	Ref.	Ref.
1-21.10	[0.5; 1.24]	0.098	
3-5	1.04	[0.89; 1.20]	0.64
5-10	0.98	[0.72; 1.35]	0.92
>10	0.98	[0.72; 1.35]	0.92
Tabac			
Non fumeur	Ref.	Ref.	Ref.
Ancien fumeur	1.11	[0.99; 1.23]	0.06
Arrêt en cours	0.56	[0.36; 0.88]	0.012
Fumeur	0.91	[0.79; 1.04]	0.17
Diabète			

continued on next page

TABLE 7 – *continued from previous page*

	OR	IC	p
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.71	[0.56; 0.89]	0.005
Hypertension Artérielle			
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.77	[0.69; 0.85]	2.88e-07
Indice de Masse Corporelle			
Normal	Ref.	Ref.	Ref.
Surpoids	0.82	[0.74; 0.91]	0.000
Obésité	0.61	[0.52; 0.73]	1.089e-08
Activité Sportive			
	Ref.	Ref.	Ref.
1-2 fois par semaine	1.46	[1.33; 1.62]	3.560e-14
≥ 3 fois par semaine	2.39	[2.01; 2.85]	<2.2e-16
Dépression			
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.71	[0.55; 0.89]	0.005
Catégorie Socio-Professionnelle			
Intermédiaire	Ref.	Ref.	Ref.
Basse	0.99	[0.79; 1.24]	0.91
Élevée	1.25	[1.11; 1.41]	0.00
Inactifs	1.12	[0.69; 1.831]	0.64
Sans Emplois	0.82	[0.33; 1.951]	0.66
Éducation			
CAP/ Brevet des Collèges	Ref.	Ref.	Ref.
Analphabète	1.33	[0.50; 3.49]	0.56
Sans diplômes	0.70	[0.55; 0.88]	0.003
Baccalauréat	1.01	[0.88; 1.17]	0.88
Bac +2	1.06	[0.89; 1.25]	0.53
Licence/Maîtrise/+	1.12	[0.99; 1.28]	0.08
Entourage			
Couple	Ref.	Ref.	Ref.
Famille	0.96	[0.73; 1.26]	0.75
Seul	0.87	[0.78; 0.98]	0.02

TABLE 8: Modèle 7, AIC = 10 437.2

	OR	IC	p
Intercept	1.40	[1.19; 1.64]	5.88e-05

continued on next page

TABLE 8 – *continued from previous page*

	OR	IC	p
Activité Professionnelle :			
Travailleurs	Ref.	Ref.	Ref.
Retraités	1.22	[1.09; 1.36]	0.000
Chômeurs	1.27	[0.54; 3.09]	0.58
Inactifs	0.93	[0.53; 1.60]	0.79
Ne Sais Pas	0.73	[0.39; 1.32]	0.29
Sexe :			
Hommes	Ref.	Ref.	Ref.
Femmes	0.76	[0.68; 0.85]	<1.26 e-06
Alcool			
0	Ref.	Ref.	Ref.
1-2	1.11	[0.99; 1.24]	0.08
3-5	1.04	[0.89; 1.21]	0.61
5-10	0.99	[0.72; 1.35]	0.93
>10	0.98	[0.72; 1.35]	0.92
Tabac			
Non fumeur	Ref.	Ref.	Ref.
Ancien fumeur	1.11	[0.99; 1.23]	0.06
Arrêt en cours	0.56	[0.36; 0.88]	0.011
Fumeur	0.90	[0.79; 1.04]	0.14
Diabète			
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.71	[0.56; 0.90]	0.005
Hypertension Artérielle			
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.77	[0.69; 0.85]	3.13e-07
Indice de Masse Corporelle			
Normal	Ref.	Ref.	Ref.
Surpoids	0.83	[0.75; 0.91]	0.000
Obésité	0.61	[0.52; 0.73]	1.12e-08
Activité Sportive			
	Ref.	Ref.	Ref.
1-2 fois par semaine	1.46	[1.33; 1.61]	3.74e-14
≥ 3 fois par semaine	2.39	[2.01; 2.85]	<2.2e-16
Dépression			
Non	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	0.34	[0.30; 0.40]	<2.2e-16
Catégorie Socio-Professionnelle			
Intermédiaire	Ref.	Ref.	Ref.
Basse	0.98	[0.78; 1.24]	0.89
Élevée	1.25	[1.11; 1.41]	0.00

continued on next page

TABLE 8 – *continued from previous page*

	OR	IC	p
Inactifs	1.11	[0.69; 1.831]	0.66
Sans Emplois	0.82	[0.33; 1.93]	0.65
Éducation			
CAP/ Brevet des Collèges	Ref.	Ref.	Ref.
Analphabète	1.33	[0.51; 3.51]	0.56
Sans diplômes	0.70	[0.56; 0.89]	0.003
Baccalauréat	1.01	[0.88; 1.17]	0.88
Bac +2	1.06	[0.89; 1.25]	0.51
Licence/Maîtrise/+	1.13	[0.99; 1.29]	0.08
Entourage			
Couple	Ref.	Ref.	Ref.
Famille	0.95	[0.72; 1.26]	0.71
Seul	0.87	[0.78; 0.98]	0.02

On remarque que retirer l'âge du modèle fait légèrement baisser l'AIC, cependant nous garderons cette variable dans le modèle car il s'agit d'une variable abondamment documentée et décrite comme indispensable dans la littérature.

Toutes les liaisons significatives sont retrouvées dans ces deux modèles.

Le modèle 6 est donc le modèle final, nous en feront le diagnostique dans la partie suivante.

4.3.2 Sélection et diagnostique du modèle

Dans le modèle final : on enlève les individus avec verre d'alcool sup à 10 on enlève le gars qui a 86 ans on ajoute une interaction entre csp et activpro car csp est basée sur adm10 (ou alors on fait une régression ridge) les variables obligatoires : activpro évidemment, sexe, âge, alcool, tabac, diabète, hta ; bmi, sporteducation, entourage, csp avec interaction. On ne met pas cancer ni cvd ni dépression ni score précarité pour faire les analyses en sous groupe. Ensuite on regarde effet levier outliers... avec distances de cook.

Quand le modèle est fixé, on vérifie les hypothèses égarder et analyser les résidus.

4.4 Analyse en sous-groupes

on applique le modèle précédent en comparant à chaque fois deux populations : celle qui possède un certain critère et celle qui ne le possède pas.

4.4.1 Dépression/Tentative de Suicide

4.4.2 Maladies Cardio - Vasculaires

4.4.3 Score précarité

4.4.4 Âge

5 Perspectives

5.1 Le monde professionnel

le travail d'équipe
 la collaboration
 le monde de la recherche
 reviewer un article, le soumettre... la procédure à suivre
 la conciliation de personnes venant de plein de formations différentes : éviter le jargon, se rendre intelligible par des gens qui ne sont pas du métiers : vulgarisation mega intéressante, permet de se rendre compte si on a vraiment compris un sujet ou pas : stat quest is the best.
 le privé versus le public : en parler dans les fac pour que les étudiants aient le choix et qu'ils ne se retrouvent pas au pieds du mur!!

5.2 Plus value perso

raisonnement epidemio
 pubmed scihub
 github
 amélioration significative en R et latex
 travail d'équipe, collaboration avec médecins, statisticiens...
 lecture critique d'articles
 esprit plus aiguisé sur la pertinence des choses à faire : ok ce graphe est beau mais donne t il de l'information ?
 ggplot2 trop cool mais un peu compliqué à utiliser
 Appris l'existence de R shiny : super cool
 ait écrit une super fonction pour graphe pour un article!!
 récupération des crh : travail compliqué est peu intéressant mais m'a donné l'occasion de comprendre comment marche une étude : doc officiels, cnil, consentement patients : enrichissement de la culture gé!
 suis allée au archives
 appris l'existence du métier d'arc
 recherche en biostat = trop coooollll veut faire ça!!!
 Ici décrire perspective d'avenir dans le domaine.

5.3 Les données : théorie vs pratique

Traitement des NA très important
 il faut apprendre à les gérer
 construire des cours théorique dessus!!!
 apprendre à la fac à travailler sur des données moins propres
 faire le tour des méthodes d'imputation les plus connues

Conclusion

Conclusion on verra à la fin :

Reste à faire : Intro

Sous partie sur la définition du sujet

Peut-être un peu plus d'histoire sur U970, demander quelques anecdotes "historiques" à Jean Philippe.

Rédiger toute la partie 2, les trois quart sont fait dans le doc word, à compléter.

Il faut aussi mettre la méthode maths de l'ACM

Dans la partie sur la CAH : ajouter les equations maths de distance chi2 et critère de ward.

Appliquer consolidation par k means et adapter la rédaction qui suit (la ou on décrit le résultats sur le classf qui vont forcément changer puisqu'on ajoute une autre méthode de classif)

Décrire la méthode des k means. Préciser qu'on perd la hiérarchisation mais que cela permet de rendre la CAH plus stable. Expliquer que utiliser le k means en premier n'était pas une bonne idée car il fallait déterminer x0 et que je n'avais aucune idée de comment faire un choix pertinent.

(en plus k means très sensible à l'initialisation : pas cool)

Ajouter dans la description des variables d'ajustement que j'avais l'intention de créer une variable de pénibilité au travail mais qu'il y avait trop de données manquantes pour aller au bout.

(peut-être en analyse en sous groupes?)

Dans la partie gestion des données manquantes, si j'ai le temps, tenter de faire de l'imputation en analyse de sensibilité. De toute façon il faut faire un compareGroups sur la ppo totale et pop-exclus.

S Il faut également, dans la partie statistique inclure un récap sur ce qu'est la régression logistique au niveau maths et aussi le régression ridge)

Il faut aussi rédiger la conclusion et l'intro : en dernier car si plan change légèrement, galère à remanier.

Dernières choses : mettre ne annexe le questionnaire ipc et la feuille d'évaluatoion de Jean Philippe.

Ne pas oublier de rediger la bibliographie.

6 Annexes

7 Bibliographie