

ÉDITO

- De nouvelles questions sur votre activité physique **p 1-2**

RÉSULTATS

- Situations difficiles durant l'enfance : une influence à l'âge de la retraite ? **p 2-4**
- Incontinence urinaire et qualité de vie **p 5-6**

PRÉVENTION

- Le stress au travail reconnu comme facteur de risque cardiovasculaire **p 6-7**

COURRIER DES LECTEURS

p 8

55

JOURNAL D'INFORMATION DE LA COHORTE GAZEL - JANVIER 2017, N°55

Gazel

20 000 volontaires pour la recherche médicale

ÉDITO

Vous l'avez peut-être déjà remarqué... le questionnaire de cette année comporte 16 pages, alors que celui de l'an dernier se limitait à 12.

A l'origine de ce changement, trois pages sur l'alimentation, et deux sur l'activité physique. L'alimentation n'est pas une thématique nouvelle dans la cohorte Gazel, même si ce thème n'est pas abordé chaque année. Sur l'activité physique, c'est un questionnaire validé et très complet qui a été retenu, pour aborder une dimension de la vie quotidienne importante du fait de ses liens étroits avec la santé.

Manger, bouger...

Des nouvelles questions cette année

Comme cela est déjà arrivé par le passé, nous vous demandons donc cette année de remplir un questionnaire un peu plus long que d'habitude. Il comporte des questions posées chaque année, d'autres déjà posées au moins une fois. Ce qui est particulièrement développé cette année porte sur l'alimentation et sur l'activité physique.

Parmi les questions qui ne sont pas nouvelles, vous retrouverez un questionnaire sur la qualité de vie (appelé CASP-19, il s'agit d'un questionnaire différent de celui de Nottingham utilisé dans l'étude présentée

dans ce journal, page 5) et des questions sur les activités sociales qui avaient déjà été posées en 2009 et 2013. Les questions sur les difficultés (à porter des charges, se baisser, etc.) sont désormais posées chaque année, car l'impact de ces difficultés peut être important sur la santé et la qualité de vie.

Des données fines sur votre activité physique...

Trois pages sont consacrées à l'alimentation, ce qui n'est pas complètement nouveau. Les informations déjà apportées par la cohorte Gazel sur l'alimentation ont été nombreuses. Par exemple, on sait maintenant que la consommation de

légumes augmente avec l'âge et après le passage à la retraite, une explication étant que prendre ses repas à la maison amène à s'alimenter plus sainement. Il aurait été possible de reprendre cette année, sans aucune modification, les questions sur l'alimentation qui avaient été posées il y a trois ans, mais le choix a été fait d'apporter quelques petits changements, de façon à assurer la comparabilité avec les questions « alimentation » de la cohorte Constances. Ceci permettra, entre autres, des comparaisons entre des populations d'âges variés. Et l'alimentation (comme l'obésité) reste un sujet d'actualité...

Sur l'activité physique, les trois courtes questions posées ces dernières années (question 52, page 12) ont été largement complétées avec l'introduction du questionnaire IPAQ (pour *International Physical Activity Questionnaire*), qui distingue les activités intenses, les activités modérées, la marche, ainsi que le temps passé assis. Ce questionnaire, auquel les participants à la cohorte Constances répondent aussi, est un « classique » sur cette thématique. Ce questionnaire, né en 1998, et ses versions traduites en différentes langues ont fait l'objet de nombreuses validations. Il a été utilisé dans le monde entier.

... pour de futures études aux objectifs très variés !

Disposer de données fines sur l'activité physique sera utile pour progresser dans différents domaines : la pratique d'une activité physique de loisirs est associée à une meilleure santé, mais les relations entre les deux sont complexes, et évaluer l'activité physique peut servir des objectifs variés, comme le montrent les thématiques des publications internationales qui ont utilisé cet outil : liens entre activité physique et obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, et aussi troubles du sommeil ou dépression ; niveau d'activité en présence d'une maladie chronique ou après une intervention (par exemple, la pose d'une prothèse de hanche). L'avantage de la cohorte Gazel est que beaucoup de ces questions peuvent être abordées grâce aux informations multiples déjà disponibles, en particulier sur la santé.

Nous avons préféré conserver les courtes questions sur l'activité physique (question 52) de façon à comparer les réponses de cette année à celles de l'an dernier. De façon récurrente, il faut choisir : remplacer complètement des questions par d'autres, ou garder des questions un peu redondantes. Les choix effectués cette année devraient permettre un enrichissement mutuel des données des deux cohortes Constances et Gazel ●

❖ RÉSULTATS

Dépression : un vécu difficile durant l'enfance a-t-il encore une influence à l'âge de la retraite ?

La dépression est une maladie chronique et invalidante, et ce d'autant plus chez les personnes âgées chez qui elle a un retentissement fonctionnel plus important et se complique plus fréquemment (troubles intellectuels...). Il existe également plus de freins à sa prise en charge, parmi lesquels la tendance à banaliser la tristesse passé un certain âge. Identifier les facteurs qui pourraient influencer sur les symptômes dépressifs chez la personne âgée est donc un enjeu important pour les prendre en charge précocement.

Parmi ces facteurs, le passage à la retraite peut avoir une influence sur les symptômes dépressifs. La retraite est en effet un événement majeur qui implique la confrontation à de nombreux changements (réseau amical, statut social, ressources financières) et nécessite la réorganisation de la vie quotidienne autour d'autres investissements. Certaines études

ont montré que les symptômes dépressifs avaient tendance à s'améliorer après le départ à la retraite, entre autres du fait du soulagement des contraintes professionnelles, tandis que d'autres ont montré au contraire une aggravation. Il existe probablement des facteurs individuels qui peuvent rendre compte de ces différences de résultats. Par exemple, une étude

réalisée dans Gazel a déjà mis en évidence que certains traits de personnalité pouvaient atténuer l'amélioration des symptômes dépressifs après la retraite. Par ailleurs, il est connu que le vécu de certains événements négatifs dans l'enfance, tels qu'une séparation, des difficultés financières ou l'exposition à des violences, rend plus vulnérable à la dépression à l'âge adulte.

Dans cette étude, une équipe de chercheurs de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, à Paris, a tenté de déterminer l'influence de tels événements de vie durant l'enfance sur l'évolution de la symptomatologie dépressive après le passage à la retraite.

Cette recherche a été réalisée sur 9242 participants à Gazel (7052 hommes et 2190

Tableau : répartition des participants par groupes d'exposition aux événements négatifs durant l'enfance.

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6
Nombre de participants (%)	2 099 (22,7)	1 146 (12,4)	2 111 (22,8)	1 136 (12,3)	1 217 (13,2)	1 533 (16,6)
Evènement de vie négatif avant l'âge de 17 ans						
Avez-vous été séparé(e) de votre mère pendant un an ou plus durant votre enfance ?	0	0	0	0	819	249
Vous avez passé 4 semaines ou plus à l'hôpital	0	0	0	0	476	136
Vos parents ont divorcé	0	0	0	0	65	359
Votre père et/ou mère étai(en)t au chômage, alors qu'ils auraient souhaité travailler	0	0	0	0	1	214
Vous avez été victime de violences de la part d'un proche	0	0	0	0	19	182
Vos parents se disputaient ou se battaient	0	0	0	0	9	1185
Vous avez vécu dans un orphelinat ou dans une institution du même type	0	0	0	0	135	70
Votre famille avait de continuel problèmes financiers	0	0	0	1136	309	769
Dans votre domicile, les toilettes étaient situées à l'extérieur	0	0	2111	729	561	826
Vos parents n'avaient pas de voiture	0	1146	1222	845	660	909

femmes) ayant rempli en 2004 un questionnaire sur le vécu d'événements négatifs survenus avant l'âge de 17 ans (voir tableau). Une méthode statistique a permis de regrouper ces participants selon des profils homogènes d'exposition à ces événements. Ces groupes ont ensuite été classés arbitrairement selon l'impact croissant supposé sur les symptômes dépressifs de l'exposition à ces événements de vie.

- **Le groupe 1** correspondait aux participants n'ayant été exposés à aucun événement de vie négatif durant leur enfance (parmi ceux recherchés).
- **Les groupes 2 à 4** présentaient une exposition croissante aux difficultés financières durant l'enfance, mais sans aucun autre événement de vie négatif.
- **Les participants du groupe 5** rapportaient spécifiquement une séparation précoce d'avec leur mère durant leur enfance, indépendamment de la présence ou non de difficultés financières.
- **Les participants du groupe 6** avaient été principalement exposés à des conflits interpersonnels durant l'enfance.

Les chercheurs ont étudié l'influence de l'appartenance à l'un ou l'autre de ces groupes sur la différence d'intensité de symptômes dépressifs avant et après la retraite. Les symptômes dépressifs

étaient évalués à l'aide d'un ensemble de 20 questions posées régulièrement dans Gazel (l'échelle « CES-D »). Le codage des réponses à cet ensemble de questions permet de calculer un score pouvant aller de 0 à 60. Un score supérieur à 16 chez les hommes et à 23 chez les femmes témoigne d'un « état » dépressif.

Ces questions étant posées environ tous les 3 ans dans Gazel, les chercheurs ont pu calculer la différence des scores obtenus avant et après la retraite.

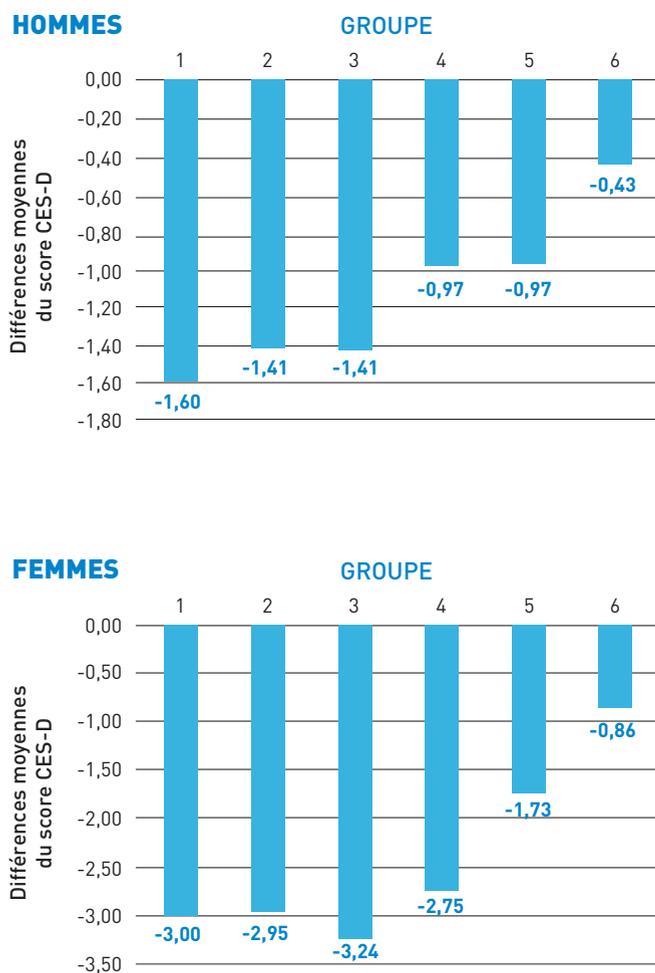
Les analyses ont tenu compte d'autres facteurs pouvant influencer les résultats, tels que l'âge au moment du départ à la retraite, l'âge lors de la passation du questionnaire d'événements de vie dans l'enfance, le statut marital, la catégorie professionnelle, la consommation d'alcool et l'état de santé perçu avant le départ à la retraite. D'autre part, étant donné qu'il existe des différences entre les deux sexes concernant la vulnérabilité à la dépression et l'impact des événements de vie négatifs sur la dépression, hommes et femmes ont été étudiés séparément.

Les participants étaient âgés en moyenne de 56 ans lors du passage à la retraite. Les hommes étaient cadres pour 40 % d'entre eux, vivaient en couple dans 89 % des cas et 24 % présentaient un état dépressif avant le passage à la retraite. Les femmes étaient techniciennes ou commerciales pour 70 % d'entre elles, vivaient en couple

dans 70 % des cas et 25 % présentait un état dépressif avant le passage à la retraite.

La figure ci-dessous présente les différences moyennes de scores dépressifs dans chacun des groupes entre avant et après le passage à la retraite, et en tenant compte des autres facteurs pouvant influencer l'intensité des symptômes dépressifs. Ces différences négatives indiquent que les symptômes dépressifs avaient tendance, en moyenne, à s'améliorer après la retraite, avec cependant des variations en fonction des groupes.

Figure : différences moyennes des scores de symptômes dépressifs (avant/après la retraite), en fonction de l'appartenance aux différents groupes.



Chez les hommes n'ayant vécu aucun événement négatif dans l'enfance (ce groupe constituant la référence) on observait une amélioration moyenne de 1,60 point du score dépressif après le passage à la retraite. Les hommes des groupes 2 et 3 avaient une amélioration moins importante, mais la différence n'était pas significative sur le plan statistique. En revanche, pour les participants des groupes 4 à 6, l'amélioration du score après le passage à la retraite était significativement plus faible.

Chez les femmes, l'amélioration des symptômes dépressifs était significativement plus faible pour celles des groupes 5 et 6 que pour celles du groupe 1. Les participantes du groupe de référence avaient en effet une amélioration moyenne de 3 points contre seulement 0,86 points pour celles du groupe 6.

En considérant uniquement les participants qui présentaient un état dépressif avant leur passage à la retraite, la probabilité de ne plus être dépressif après la retraite était réduite de 39 % pour les hommes du groupe 6 par rapport à ceux du groupe 1. Elle était réduite de 57 % pour les femmes du groupe 6 et de 54 % pour les femmes du groupe 5, par rapport à celles du groupe 1.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence un effet persistant de l'exposition à des événements de vie négatifs dans l'enfance sur les symptômes dépressifs, et cela près de 40 années plus tard. Chez les hommes, les difficultés financières durant l'enfance, du moins lorsqu'elles sont subjectivement perçues comme telles, de même que l'exposition à une séparation précoce ou à de la violence, limitent les bénéfices de la retraite sur l'amélioration des symptômes dépressifs. Chez les femmes, seules l'exposition à une séparation précoce ou à de la violence avaient un impact négatif sur ces bénéfices. Quel que soit le sexe, avoir été exposé à de la violence avant l'âge de 17 ans était associé à une réduction des chances de voir son état dépressif se résoudre après la retraite pour les personnes qui étaient cliniquement déprimés avant.

Ces résultats vont inciter les médecins à être plus vigilants lors du passage à la retraite chez les sujets qui ont vécu une séparation parentale ou de la violence durant leur enfance. Contrairement à la population générale, ils risquent de tirer moins de bénéfices de la retraite comme facteur d'amélioration des symptômes de dépression. Leur passage à la retraite devra donc être particulièrement suivi, notamment au travers d'un accompagnement médical et psychologique ●



Incontinence urinaire et qualité de vie :

un impact différent entre hommes et femmes

L'incontinence urinaire (IU) est une perte involontaire d'urine, diurne ou nocturne. C'est un symptôme qui peut toucher les hommes et les femmes, mais ses mécanismes diffèrent selon le sexe, en particulier du fait des différences anatomiques. Les facteurs de risque à l'origine de l'IU diffèrent également selon le sexe.

Peu de données épidémiologiques existent en France mais on estime que l'IU toucherait au moins 2,5 millions de personnes ; 15 à 20 % des personnes âgées de plus de 60 ans ont une incontinence et le risque est deux fois plus élevé pour les femmes (15-30 %) que pour les hommes. Chez les hommes, l'IU s'inscrit dans un tableau clinique multiple comprenant des troubles de la fonction sexuelle, alors que chez les femmes il s'agit plus souvent d'un symptôme isolé.

L'IU ne met pas en péril la vie des personnes, mais elle peut affecter leur qualité de vie. Une étude a montré que les sujets âgés atteints d'IU sont plus déprimés et ont un plus mauvais ressenti de leur état de santé que les sujets indemnes. Après la cinquantaine, de nombreuses autres affections chroniques peuvent aussi jouer sur la qualité de vie, mais sur certains aspects, l'impact négatif de l'IU dépasse celle d'autres maladies graves comme le diabète (par exemple, pour l'isolement social chez les hommes).

Des chercheurs de l'unité 1018 de l'Inserm ont analysé les liens entre l'incontinence urinaire, d'autres maladies chroniques et la qualité de vie liée à la santé, et ont recherché des différences concernant ces liens

entre les hommes et les femmes.

Cette étude a porté sur les participants de la cohorte qui avaient plus de 50 ans en 2006. Cette année-là, 14 500 personnes ont répondu au questionnaire annuel, dont 10 723 hommes et 3 777 femmes. La qualité de vie a été mesurée par l'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham (ou NHP, pour Nottingham Health Profile). Cet indicateur est un ensemble de questions conçues pour mesurer le retentissement des problèmes de santé sur le plan physique, émotionnel et social. Régulièrement posé dans Gazel (dernièrement en 2006 et 2010), il est constitué de 38 questions qui abordent différents aspects de la qualité de vie et permet aux chercheurs d'estimer plusieurs composantes ou « dimensions » de cette qualité de vie liée à la santé (la douleur, l'énergie ou tonus, la mobilité physique, le sommeil, l'isolement social, les réactions émotionnelles).

En 2006, 817 participants ont coché « Perte involontaire d'urine » dans la liste des maladies des 12 derniers mois : 292 hommes (2,7%) et 525 femmes (13,9%), soit un symptôme déclaré 6 fois plus par les femmes que par les hommes.

Globalement, et sans tenir compte spécifiquement de l'IU, les femmes déclarent une qualité de vie moins bonne que les hommes pour toutes les dimensions.

L'IU est associée à une qualité de vie moins bonne chez les femmes comme chez les hommes, surtout dans les dimensions « Tonus », « Isolement social » et « Mobilité

physique », et ceci même quand on prend en compte le rôle des autres maladies.

L'altération de la qualité de vie en cas d'IU est plus importante chez les hommes que chez les femmes dans presque toutes les dimensions (sauf « Mobilité physique » et « Sommeil »), et ce même quand on prend en compte d'autres pathologies chroniques.

Les pathologies psychiques sont celles qui ont le plus d'impact sur la majorité des dimensions de la qualité de vie, mais dans certaines dimensions comme l'« Isolement social », l'IU a, chez les hommes uniquement, un impact plus important que celui de maladies plus graves comme le diabète.

L'un des résultats majeurs de cette étude est que, si les femmes rapportent globalement plus souvent une altération de la qualité de vie ou des pathologies chroniques, c'est pourtant chez les hommes que l'association entre qualité de vie et IU (et d'autres pathologies chroniques) est la plus forte. Ceci suggère que l'impact de l'incontinence sur la qualité de vie est plus important chez les hommes que chez les femmes.

Il est possible que ce résultat vienne du fait que les hommes ne déclarent certains symptômes, comme l'incontinence, que lorsqu'ils considèrent ces symptômes très gênants, alors que les femmes déclareraient des symptômes même légers. Mais il se peut aussi que l'impact de l'IU soit réellement plus important chez les hommes que chez les femmes.

Chez les hommes, un impact en termes d'isolement social plus important que pour le diabète.

Stress au travail et maladies cardiovasculaires : de la recherche à la prévention...

Une hypothèse pour interpréter ce résultat est que ce n'est pas seulement l'effet physiopathologique de la maladie qui jouerait un rôle dans l'altération de la qualité de vie, mais que l'aspect social, les représentations de la maladie (de ce qui est « féminin » ou « masculin »), interviendraient aussi. En effet, à l'appui de cette hypothèse, on peut remarquer que les pathologies « féminines » (c'est -à-dire plus fréquente chez les femmes) comme les troubles chroniques du transit intestinal ou la dépression ont plus de retentissement chez les hommes que chez les femmes, tandis que les pathologies « masculines » comme l'angine de poitrine ont plus de retentissement chez les femmes.

Il est possible que chez les femmes, l'IU soit liée - dans leur esprit - à la grossesse, et par conséquent soit vécue, même si cette incontinence entraîne une gêne, comme une sorte de signe « positif » de féminité. A l'inverse, chez les hommes, l'IU atteindrait leur virilité ou l'image qu'ils en ont, et c'est pourquoi ils vivraient ce symptôme plus difficilement que les femmes.

Ces résultats soulèvent de nouvelles questions, qu'il serait très intéressant d'explorer en interrogeant des hommes et des femmes sur la façon dont ils vivent certaines pathologies, comme l'incontinence •

Il y a quelques années, nous vous avons annoncé dans ce journal (n°46, juillet 2012) la mise en place du groupe de recherche (intitulé IPD-WORK) regroupant 13 cohortes européennes, dont Gazel, et ayant pour thématique le stress au travail et ses effets à long terme sur la santé. Ces travaux ont porté leurs fruits.

Après la mise en évidence du rôle du stress professionnel sur le risque d'accident cardiaque, ces résultats font désormais l'objet d'une diffusion et de recommandations auprès des professionnels de santé.

QU'ENTEND-ON PAR STRESS PROFESSIONNEL ?

Le stress professionnel survient en particulier lorsqu'une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre. Aujourd'hui, deux principaux questionnaires sont utilisés pour étudier ces facteurs de stress dans les études épidémiologiques, tous deux posés dans Gazel lorsque les volontaires étaient encore pour la plupart en activité.

Celui de Karasek (du nom du chercheur l'ayant développé) permet de mettre en évidence des tensions entre une trop forte charge psychologique (contraintes liées à l'accomplissement des tâches, aux tâches imprévues, aux interruptions, aux demandes contradictoires...) et une faible latitude pour y faire face (autonomie, possibilité d'utiliser et de développer ses compétences et qualifications). Un faible soutien social, défini par l'aide et la reconnaissance des collègues et du supérieur hiérarchique, peut encore aggraver les conséquences de ce déséquilibre.

Un autre type de tensions concerne celles entre les efforts fournis au travail (pouvant être liés aux contraintes professionnelles de temps, aux interruptions, aux responsabilités, à la charge physique et à une exigence croissante de la tâche) et les récompenses obtenues en retour (estime, perspectives de promotion et de salaire, stabilité de la situation de travail).

A côté de ces déséquilibres, la violence psychologique au travail, le harcèlement moral (inscrit dans le code du travail et le code pénal depuis 2001), et plus récemment encore la notion de « justice organisationnelle » (perception du salarié sur la façon dont il est traité dans l'entreprise) sont d'autres facteurs potentiels de stress, mais dont les conséquences sur la santé sont encore insuffisamment étudiées même si on peut penser qu'ils aient des effets comparables.

Travail et bien-être : une question d'équilibre ?



QUELS EFFETS SUR LA SANTÉ ?

Aujourd'hui, les liens entre ces facteurs de risque « psychosociaux » au travail et divers aspects de la santé sont largement reconnus, notamment pour ce qui concerne les affections musculo-squelettiques, les troubles mentaux, la santé perçue, la qualité de vie, ou encore l'absentéisme pour raison de santé.

Dans le domaine cardiovasculaire, on admet aujourd'hui que les effets du stress au travail sont indépendants des autres facteurs de risque de la maladie coronarienne, avec un risque augmenté, pour les personnes exposées, de 20 à 50 %. L'étude du groupe IPD-WORK (voir encadré), à laquelle Gazel a contribué, est l'une des plus importantes dans ce domaine. Ses résultats font qu'aujourd'hui, le rôle causal du stress au travail sur la maladie coronarienne est très largement admis.

Les mécanismes qui peuvent expliquer le rôle du stress professionnel chronique vis-à-vis de la maladie coronarienne sont vraisemblablement multiples, à la fois directs (par dérèglement de certaines voies hormonales et du système nerveux autonome, développement d'une hypertension artérielle) et indirects, via l'augmentation des

facteurs de risque classiques liés au mode de vie : tabac, alcool, mauvaise alimentation, manque de sommeil...

LA PRÉVENTION

Le stress professionnel chronique est donc désormais reconnu - grâce aux travaux épidémiologiques - comme un facteur de risque à part entière. Sa prévention passe bien évidemment par la médecine du travail, laquelle a pris de nombreuses initiatives ces dernières années pour identifier et réduire ces risques, mais également par les médecins généralistes et les cardiologues.

A ce sujet, un *Guide de recommandations européennes pour la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique* vient de paraître, dont les recommandations vont être reprises dans un prochain numéro de *La lettre du Cardiologue* afin de sensibiliser ces praticiens au rôle qu'ils doivent jouer auprès de leurs patients, en prenant en compte leurs conditions de travail.

Ceci constitue un excellent exemple du passage de la recherche épidémiologique vers les pratiques de prévention ●

L'ÉTUDE IPD-WORK

Cette étude a regroupé les données individuelles de 197 473 participants inclus dans 13 cohortes de 7 pays (Belgique, Danemark, Finlande, France, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse).

La moyenne d'âge des participants était de 42 ans et la population étudiée comportait autant de femmes que d'hommes. Le stress au travail était évalué dans ces cohortes par le même questionnaire, celui de Karasek, étudiant le déséquilibre entre demande psychologique et latitude décisionnelle. La proportion d'individus exposés au stress au travail était de 15,3 %.

Sur une période de 7 ans de suivi en moyenne, 2 358 événements coronariens (obstruction aiguë des artères coronaires pouvant aller jusqu'à l'infarctus) ont été recensés.

Le risque relatif global de l'exposition au stress était de 1,23 [intervalle de confiance à 95 % [1,10-1,37]], soit une augmentation de risque de 23 %, sur l'ensemble des cohortes. Un grand nombre de facteurs associés étaient pris en compte. Fait important : à niveau égal d'exposition au stress et aux autres facteurs de risque, on retrouvait une augmentation du risque comparable dans toutes les cohortes, et ceci quel que soit le pays, l'âge, le sexe, ou la catégorie professionnelle.

La proportion des événements coronariens pouvant être attribués au stress professionnel était de 3,4 %, ce qui correspond pour la France chaque année à environ 3 400 à 4 000 infarctus du myocarde qui pourraient être évités par des mesures de prévention du stress au travail. Il faudrait y ajouter les cas induits par d'autres facteurs de risque, tels que le tabac, l'alcool, le surpoids et le manque d'exercice physique, qui sont partiellement occasionnés par le stress professionnel, comme cela a été également confirmé dans le cadre des analyses d'IPD-WORK.





« Je ne souhaite plus participer à la cohorte Gazel... »

Comme vous le savez, la participation à la cohorte repose sur le volontariat. Et bien entendu ceux qui le souhaitent peuvent décider de se retirer du projet à tout moment, sans avoir à en justifier la raison et sans aucune conséquence pour eux.

On peut cesser de participer à Gazel de différentes façons.

- Tout d'abord vous pouvez tout simplement ne pas répondre au questionnaire que nous vous envoyons chaque année. Ceci arrive assez fréquemment, puisque le taux annuel de réponse varie entre 70 et 75 % chaque année. Cependant, ce ne sont pas les mêmes volontaires qui ne renvoient pas leur questionnaire chaque année, et l'immense majorité d'entre vous répondent à notre questionnaire de façon plus ou moins régulière : seuls 2,5 % des participants à l'origine en 1989 n'a plus jamais renvoyé de questionnaire. Sachez que votre participation, même irrégulière, reste importante pour les chercheurs.
- Vous pouvez aussi demander à ne plus recevoir de questionnaire. Il suffit d'en faire la demande par écrit et nous vous enlèverons de la liste des envois. Toutefois, sans autre précision de votre part, nous conservons toutes les données vous concernant pour les utiliser dans les recherches qui sont conduites dans Gazel. Nous continuons également de recueillir des données auprès d'autres sources : données de remboursement de soins ou d'hospitalisation notamment.
- Enfin vous pouvez demander à vous retirer entièrement de Gazel, y compris pour les données que nous possédons déjà. Dans ce cas, il est nécessaire d'en faire la demande par courrier en précisant explicitement que vous souhaitez que les données déjà en notre possession soient détruites. Pour nous assurer que c'est bien vous qui en faites la demande, nous vous demandons de joindre à votre courrier une photocopie de votre carte d'identité. Vous recevrez en retour une confirmation de destruction de vos données.

Depuis maintenant plus de 27 ans que Gazel existe l'ensemble des volontaires a fait preuve d'une grande fidélité à ce projet qui a fourni déjà de très nombreux résultats de recherche médicale : seule une petite centaine d'entre vous a décidé d'abandonner la cohorte définitivement, ce qui montre un grand intérêt.

Nous tenons à vous rappeler régulièrement vos droits, mais évidemment nous ne souhaitons pas que vous cessiez de participer à Gazel !



Toute l'équipe
Gazel
vous souhaite

*une
excellente
année*

2017



JOURNAL GAZEL N°55
ont participé à
la rédaction
de ce numéro :

**Inserm UMS 011 –
Equipe Gazel**
Sébastien Bonenfant
Sophie Bonnaud
Mireille Cœuret-Pellicer
Marcel Goldberg
Annette Leclerc
Sylvie Lemonnier
Anna Ozguler

Ariane Quesnot
Angel Serrano
Marie Zins

Inserm U1018
Virginie Ringa
Dina Dinova
**APHP - Hôpital Européen
Georges Pompidou**
Guillaume Airagnes

Secrétariat de Gazel
Sophie Launay

Conception Graphique
www.ateliermaupoux.com

Impression
Atelier IMS

Crédit photographique
EDF-GDF
© CCat82 - Istock

Courrier des lecteurs
Inserm UMS 011
3 bis passage de la Fontaine
94800 Villejuif

ISSN : 1771 - 3307
www.gazel.inserm.fr