

**Perception et utilisation du système de soins,  
inégalités sociales de recours**

## SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	5
Les postulats d'une enquête menée auprès des <i>philistins</i> .....	6
Pourquoi cette deuxième extraction ? .....	8
Exposé rapide des résultats .....	13
 <b><i>PERCEPTION ET UTILISATION DU SYSTÈME DE SOINS</i></b>	 <b>19</b>
 <i>MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE</i>	 21
Base de sondage .....	21
L'origine et la nature des données nominatives recueillies .....	22
La durée et les modalités d'organisation de la recherche .....	23
 LES QUATRE BASSINS DE VIE	 25
 <b><i>RÉSULTATS</i></b>	 <b>33</b>
<b>Représentations des ménages vis-à-vis du système de soins</b> .....	<b>35</b>
L'état de santé régional	35
La qualité des soins dans la région	37
Place du médecin généraliste	38
Consultation en ville ou en établissement hospitalier	39
Coût des soins	40
Conclusion	42
<b>Habitudes des ménages vis-à-vis du système de soins</b> .....	<b>43</b>
Habitudes devant des problèmes généraux	44
Habitudes face à des symptômes spécifiques	53
Habitudes pour des difficultés d'ordre psychologique	66
Habitudes lors de motifs de recours hospitalier	69
Habitudes dans le domaine de la prévention	79
Habitudes pour les soins des personnes âgées	86
Conclusion	89
<b>Comportements des personnes vis-à-vis du système de soins</b> .....	<b>91</b>
Prise en compte et perception de la santé	91
Recours global annuel	93
Recours à l'hospitalisation	95
Recours à des spécialistes	107
Dernier recours aux soins	111

<b><i>RECOURS DES MÉNAGES AU SYSTÈME DE SOINS PAR CATÉGORIES SOCIALES</i></b>	<b>119</b>
Attribution d'une catégorie sociale à un individu et à tous les membres d'un foyer : un problème <i>a priori</i> simple mais aux conséquences importantes	121
Peu d'artisans et une minorité d'agriculteurs...	123
Les recours au système de soins	124
Les recours aux soins par catégories sociales	125
Conclusion	151
<b><i>ANNEXES</i></b>	<b>153</b>
<i>Annexe 1 : Données descriptives externes des bassins de vie</i>	155
<i>Annexe 2 : Questionnaires</i>	159
<i>Annexe 3 : Description de l'échantillon</i>	175
<b><i>BIBLIOGRAPHIE</i></b>	<b>183</b>

*« Il incombe aux régions de travailler sur  
les modalités de révélation des besoins  
et d'évaluation du fonctionnement  
du système de soins ».*

Gérard de Pourvouille.

## *I N T R O D U C T I O N*

En 1996, alors que la régionalisation du système de santé avait à peine un an, le Conseil régional et ses services mandatèrent l'Observatoire régional de la santé afin de mener l'enquête « Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins » –Rhcp2s– dont la seconde extraction est présentée ici<sup>1</sup>.

De quoi s'agissait-il ? Cette enquête menée auprès de 1 400 ménages devait décrire quelles étaient les attitudes de la population devant le système de soins régional. Pour la première fois, les liens existant entre les infrastructures sanitaires devaient pouvoir être observés et analysés non pas en interne, depuis les services ou les professionnels, mais depuis l'extérieur, c'est-à-dire à partir de l'expression de ces relations recueillie à domicile auprès de la population.

Six mois de réflexion et d'analyse bibliographique furent nécessaires à la mise sur pied de l'enquête, l'équipe des chargés d'étude de l'Ors bénéficiant de la très précieuse collaboration du Professeur Jean-Louis Salomez et d'une partie des universitaires de son service hospitalier. L'enquête fut enfin lancée le 15 octobre 1997 et fut close le 15 janvier 1998.

---

<sup>1</sup> La première extraction a été publiée par l'Ors en 1999 :

Lacoste O., Sampil M., Spinosi L. *La population et le système de soins*. Lille : ORS, 1999, 119 p. et annexes.

## Les postulats d'une enquête menée auprès des *philistins*<sup>2</sup>

Rhcp2s est aujourd'hui une base de données solide, dont l'utilité nous semble incomparable. S'il est encore impossible de dresser le bilan de l'ensemble des conclusions et des informations que l'on pourrait en extraire, il convient d'en exposer, le plus clairement possible, les postulats initiaux.

Le premier d'entre eux est qu'il existe des **comportements familiaux**<sup>3</sup>. Certes, la nature et la fréquence des contacts avec le système de soins varient selon le sexe ou l'âge des personnes, mais il semble certain qu'au-delà de ces différences individuelles<sup>4</sup>, l'approche par ménage et non pas par individu a une légitimité pleine et entière. Ceci explique pourquoi Rhcp2s a sélectionné les personnes enquêtées en fonction de leur appartenance familiale.

Le deuxième postulat est qu'il existe de **fortes hétérogénéités au sein de la population**<sup>5</sup>, insuffisamment connues, dans les fréquences et les contacts ayant lieu avec le système de soins. C'est bien entendu cet axe que Rhcp2s retient comme principal phénomène à décrire et analyser.

Le troisième fondement est que les contacts avec le **système de soins** ne peuvent être compris que comme **un tout**. Ce qui préside aux contacts entre population et système de soins n'est pas tant le besoin de recourir à tel ou tel professionnel ou structure, que l'existence perçue d'un motif de recours. Rhcp2s s'est donné les moyens de proposer aux enquêtés des motifs de recours et de les

---

<sup>2</sup> Étymologiquement, le terme *philistin* qualifie *la personne n'ayant pas fréquenté les universités*. Ce sens s'est maintenu, par exemple dans la langue allemande où l'on retrouve le terme *philister*.

<sup>3</sup> L'Insee ou le Credes, pour ne citer que des organismes français, sollicitent eux aussi les ménages.

<sup>4</sup> Un enfant sera plus souvent en contact avec un pédiatre, une femme avec un gynécologue, une personne âgée aura plus souvent recours aux soins qu'une personne entre 15 et 30 ans...

<sup>5</sup> Différences selon les âges, le sexe, les catégories sociales, les lieux de résidence, le statut matrimonial, le niveau de diplômes, selon la couverture sociale, les moyens de transports, la distance d'accès aux soins, selon la mobilité sociale, selon la perception de l'état de santé, selon les recours réels ou les recours supposés...

réaffecter aux **segments**<sup>6</sup> cités par les répondants. La variabilité de ces segments pouvait aller depuis l'établissement hospitalier jusqu'au « rebouteux ». Dans cette même logique de recherche de la globalité des contacts entre système de soins et population, le champ du soin **curatif** n'a pas été isolé de l'espace de la **prévention**.

Enfin, le quatrième postulat est que les **réponses** faites aux enquêteurs ont été **sincères**<sup>7</sup>. En l'état actuel de nos exploitations statistiques, il nous semble même que la qualité et la pertinence des réponses émises atteignent très souvent des degrés d'**exactitude**, de **justesse**, mais aussi de  **finesse**, que nous ne pouvions qu'espérer lors du lancement de l'enquête. Cette qualité qui nous semble primordiale, sera pointée au fil du texte suivant.

À l'heure où, dans le Nord – Pas-de-Calais comme ailleurs, le monde de la santé publique s'émeut du besoin de mise en place d'une **démocratie sanitaire**<sup>8</sup>, il est certain que Rhcp2s, parce qu'elle fut menée en **population générale**, permet dès aujourd'hui d'entendre quels peuvent être les **souhais**, mais aussi les **difficultés** concrètes des **habitants**, individus ou familles, du Nord – Pas-de-Calais. Cette enquête qui fut réalisée auprès de personnes non expertes, certes, de personnes n'ayant pas fréquenté les universités, que nous préférons qualifier pour ce motif de **philistins** plutôt que de l'emphatique **profanes**<sup>9</sup>, devrait trouver, dans ce cadre et en toute logique, sa place entière et alimenter bon nombre de **débats publics**.

---

<sup>6</sup> On entend par segment un groupe de professionnels, un type d'établissement ou de service.

<sup>7</sup> « L'accessibilité » au questionnaire, c'est-à-dire sa compréhension, a été l'un des soucis constants qui a guidé la rédaction des questionnaires proposés aux répondants. La présence d'une enquêtrice offrait la possibilité de fournir des explications complémentaires « à la demande de l'enquêté » selon un protocole rigoureusement établi.

<sup>8</sup> Voir à ce sujet l'excellent numéro 2 de la *Revue des Affaires Sociales*, d'avril-juin 2000 ou le numéro 92 de la revue *Hérodote* consacré à la Géopolitique de la santé.

<sup>9</sup> Nous préférons *philistins* à *profanes* car qualifier de profane la « population générale » infère implicitement que les professionnels de la santé, les experts, soient *de facto* placés par nous en des positions quasi sacrées, assurément peu compatibles avec un débat démocratique.

## Pourquoi cette deuxième extraction ?

Lors de la conception de cette enquête il fut retenu que la « **base de sondage** », c'est-à-dire le mode de choix et de répartition des ménages enquêtés permettant à l'échantillon d'être représentatif de la population régionale, devait être **territorialisée**.

Pour ce faire, la population fut retenue en fonction de sa commune de résidence. Celle-ci fut sélectionnée non seulement en fonction de **quatre grands territoires** isolés par l'Ors (la Métropole, le Bassin minier, le Littoral et les espaces résiduels), mais en retenant aussi le type de la commune en regard de la **typologie en zones urbaines**, mise au point par l'Insee en 1996 (commune urbaine, périurbaine, multipolarisée, rurale). Or, parallèlement, l'Agence régionale de l'hospitalisation mettait sur pied, avec le soutien des services de l'Insee, la délimitation de ses *Bassins de vie*, bien connus de tous aujourd'hui (voir carte).

Afin de répondre au mieux aux souhaits des acteurs du système de soins, il a été convenu entre l'Ors et les services de la région que cette deuxième extraction devait, dans la mesure du possible, représenter les **résultats** sur la **base des Bassins de vie** de l'Arh. Le nombre de ménages inclus dans l'enquête et la plasticité du plan de sondage territorialisé n'ont pas nécessité que des redressements statistiques soient opérés avant publication, les ménages interrogés se trouvant être aussi représentatifs de la population de chaque bassin de vie.

Outre ces considérations techniques et territoriales, l'Ors et les services de la région ont été sensibles aux **nombreuses sollicitations** qui leur furent adressées par le **monde hospitalier** à propos de cette enquête. Les mondes de la médecine de ville ou de la prévention y trouveront, par conséquent, des résultats dont l'organisation spatiale répond moins à leurs préoccupations actuelles. Pour autant, il nous semble important de signaler qu'à ce jour les acteurs hospitaliers se sont, bien plus que les autres, inquiétés des résultats obtenus à partir de Rhcp2s. Nombreuses

furent les demandes adressées à l'Ors au cours des derniers mois à propos des besoins non satisfaits<sup>10</sup> de la population.

Enfin, cette deuxième extraction présente, pour l'ensemble de la région, les résultats de cette enquête en fonction des **catégories socio-professionnelles** des ménages et des personnes. En outre, **les non-recours** ont plus particulièrement été analysés puisque cette problématique est l'une des hypothèses émises à propos des liens unissant état de santé dégradé et sous-recours aux soins.

---

<sup>10</sup> Dans une certaine mesure, Rhcp2s conforte et complète les résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes, réalisée chaque année à la demande de l'Arh.



# Les Bassins de vie et les secteurs d'enquête initiaux





## Exposé rapide des résultats

Le lecteur attentif pourra utilement se reporter à l'analyse détaillée des résultats de l'enquête Rhcp2s développés dans les pages qui suivent.

Dans une large mesure, cette deuxième extraction valide plus encore les résultats obtenus. En bien des points, elle confirme l'existence dans la population du Nord – Pas-de-Calais de phénomènes relevés dans d'autres enquêtes<sup>11</sup>. Ponctuellement, cependant, la matérialisation de phénomènes nouveaux ou peu décrits s'est produite.

Parmi les principaux points, on retiendra :

### Dans la première partie

- Le **mauvais état de santé** est connu de la population. Cette perception se vérifie à l'échelle régionale ou à celle des bassins de vie. On peut penser qu'un lien **existe dans l'esprit de la population avec le système de soins** puisque les secteurs où la satisfaction sur la qualité des soins est moindre, surdéclarent le mauvais état de santé régional. Ces mêmes secteurs moins satisfaits et plus pessimistes dans leur appréciation de l'état de santé régional sont ceux où l'état de santé connu est le moins bon.
- La fonction carrefour du **médecin généraliste** est fort bien perçue par la population. Celle-ci déclare tenir compte de son avis. En outre, il est perçu comme connaissant bien les spécialistes de ville et les médecins hospitaliers.
- Le généraliste est un segment dont la part de recours varie fortement non seulement selon les motifs mais aussi selon les bassins de vie.

---

<sup>11</sup> Voir bibliographie.

*Perception et utilisation du système de soins,  
inégalités sociales de recours  
Rhcp2s - II*

**Tableau 1**

Le généraliste segment de recours			
Motif de consultation	Bassin plus déclarant	Bassin moindre déclarant	Moyenne régionale
Dépistage ou information sur le sida	69 % Hainaut	49 % Littoral	62 %
Otite de l'enfant	63 % Artois	53 % Littoral	57 %
Syndrome dépressif	58 % Littoral	47 % Hainaut	51 %
Syndrome grippal	55 % Artois	39 % Hainaut	47 %
Mal de dos	51 % Artois	36 % Métropole	44 %
Arrêt ou réduction d'alcool	53 % Métropole	13 % Littoral	43 %
Frottis ou mammographie	43 % Hainaut	29 % Littoral	36 %
Acné de l'adolescent	40 % Hainaut	25 % Métropole	32 %
Contraception	34 % Artois	28 % Métropole	31 %
Suivi de grossesse	22 % Littoral	13 % Hainaut	18 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

- C'est dans le bassin de vie **Littoral** que le généraliste oriente le plus souvent ses patients vers d'autres segments du système de soins.

**Tableau 2**

Le généraliste recommandant le professionnel de santé spécialisé			
Motif de consultation	Littoral	Bassin moindre déclarant	Moyenne régionale
Mal de dos	65 %	43 % Métropole	54 %
Arrêt ou réduction d'alcool	52 %	38 % Artois	45 %
Chirurgie cardiaque	57 %	19 % Métropole	30 %
Cancérologie	53 %	25 % Métropole	34 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

- Le sur-recours aux **consultations hospitalières** se retrouve dans les deux **bassins de vie les plus en difficulté** (Artois et Hainaut).
- L'ampleur des **non-recours aux soins** est évidente. Celle-ci pourrait, éventuellement, être l'une des marques du relatif sous-recours aux soins, relevé dans la région par rapport aux indices nationaux.

- **La fréquence des non-recours aux soins** s'accroît lorsque le symptôme a été concrètement rencontré dans la famille. Ceci laisse à penser qu'en cas de besoin de santé, soit les comportements de la population ne sont pas adaptés, soit ce sont les réponses apportées par le système de soins régional qui ne le sont pas. Manifestement, l'adéquation de l'un à l'autre est perfectible.

**Tableau 3**

Les non-recours aux soins			
Motif de consultation	Motif effectif	Motif supposé	Différence <i>a posteriori/a priori</i>
Prise en charge d'un ascendant	20 %	46 %	- 26 %
Contraception	6 %	13 %	- 7 %
Otite d'un enfant	0 %	0 %	0 %
Syndrome dépressif	46 %	33 %	13 %
Acné d'un adolescent	24 %	9 %	15 %
Syndrome grippal	52 %	37 %	15 %
Mal de dos	36 %	12 %	24 %
Arrêt ou réduction d'alcool	43 %	9 %	34 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

- **L'inadéquation est majeure** lorsqu'une personne déclare avoir voulu arrêter de boire de **l'alcool** ou diminuer sa consommation et, dans une moindre mesure, en cas de dorsalgie, syndrome grippal, acné, ou d'un syndrome dépressif.
- **Cette inadéquation ne se constate pas** à propos des **recours aux soins des enfants** et pour ce qui relève de la propre décision des ménages, c'est-à-dire la naissance et la contraception.
- Les contacts **population/prévention** sont **globalement décevants**. La pénétration auprès de la population est perfectible, elle s'apparente à un motif de recours aux soins très spécialisés.

- 72 % des ménages n'ont pas bénéficié d'un dépistage du sida. **96 % déclarent n'avoir reçu aucune information à propos de la prévention du sida.**
- Une très forte majorité des personnes pensent que leur propre état de santé est bon, voire très bon. **Cette perception personnelle vient en décalage** avec l'état de santé connu et global de la région.
- **7 % de la population** n'a jamais recouru aux soins au cours de l'année.
- **7 % des personnes** ont eu un problème de santé **reconnu par elles-mêmes**, qui n'a **pas été pris en charge**.
- **24 % des personnes** déclarent avoir été **hospitalisées** dans l'année.
- Ce sont **les plus diplômées** mais aussi les cadres et professions intermédiaires qui sont **les moins hospitalisés**.
- Les hospitalisations les plus souvent prises en charge **dans le bassin de vie de résidence** des personnes sont les **urgences**.
- Les hospitalisations les plus souvent prises en charge **hors du bassin de vie de résidence** des personnes ont lieu en **psychiatrie**.
- Les **généralistes** et **spécialistes orientent** dans les mêmes proportions vers **l'hôpital**, mais ceci varie beaucoup d'un bassin de vie à l'autre.
- Les **femmes** recourent **plus aux spécialistes** que les hommes.
- Les **gynécologues** sont les **plus consultés** avec les **ophtalmologues**.
- Ce sont les **psychiatres** qui **voient le plus un même malade**.
- Les **ophtalmologistes, dermatologues et Orl** sont les spécialistes dont les cabinets se trouvent le plus souvent **dans la commune de leurs patients**.
- Pour **le choix du spécialiste**, le **généraliste** est à l'**origine du choix des personnes**, et plus particulièrement les gastro-entérologues, cardiologues, rhumatologues, neurologues.
- Pour l'ophtalmologiste, le pédiatre et le dermatologue, c'est **l'entourage** qui est à l'origine du choix des personnes.

- Les motifs principaux de ne plus rencontrer un professionnel sont une **compétence insuffisante** et un **éloignement trop grand**.

Dans la seconde partie

- Le **recours global aux soins** varie peu.
- Toutefois, un **gradient social** se dessine entre les cadres (ayant fortement recours) et les ouvriers (moindres consommateurs).
- **Ces différences par Csp se gomment** lorsque l'on examine les recours en fonction de la Csp de **l'homme** référent du ménage.
- On ne relève **aucune différence sociale de recours aux soins** pour les **enfants** en fonction de la Csp de la personne de référence.
- En revanche, de **très nettes différences** de recours aux soins se dessinent chez les **femmes**.
- Lorsque l'on regarde la Csp **personnelle des femmes**, il y a des gradients sociaux, visibles dans le recours aux soins, dont la marque est plus nette que celle de la personne de référence (généralement l'homme) du ménage.
- Le **non-recours** est très important chez les **femmes ouvrières**.
- Le **recours au généraliste** n'a, en définitive, **pas de variation par Csp**.
- Le **sous-recours au spécialiste** des **ouvrières n'est pas dû à la seule appartenance sociale**.
- Des **effets de substitution** intersegmentaires (entre recours au généraliste et recours au spécialiste) s'observent selon les Csp.
- **La position sociale n'explique pas tout**, il y a des cofacteurs qui influencent les différences sociales observables.



*PERCEPTION ET UTILISATION  
DU SYSTÈME DE SOINS*



## MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

### Base de sondage

La population concernée est l'ensemble des ménages privés de la région Nord — Pas-de-Calais, à l'exclusion des personnes résidant en institution qui regroupent essentiellement une population plus âgée et représentent environ 1 % des ménages de la région.

L'enquête repose sur une base de sondage hiérarchique à deux degrés. Le premier degré correspond aux aires géographiques que sont les communes. Le deuxième degré s'applique à des ménages situés à l'intérieur des communes sélectionnées au premier degré d'échantillonnage.

L'utilisation d'une base hiérarchique comprenant un degré correspondant à des communes a été adoptée pour deux raisons :

- la première, liée à la nécessité d'avoir recours à une sectorisation typologique et pragmatique des communes de la région, correspondant aux Bassins de vie du Nord — Pas-de-Calais (Artois, Hainaut, Littoral, Métropole) ;
- la deuxième, liée à la nécessité, le cas échéant, de comparaison avec d'autres régions françaises en recourant à la typologie Zau des communes élaborée par l'Insee (urbain, périurbain, multipolarisé, rural).

Une base de sondage correspondant à des communes permet, par ailleurs, une concentration de l'échantillon des ménages, ce qui facilite la collecte des données au point de vue organisationnel. La liste complète des communes de la région Nord — Pas-de-Calais, avec leurs caractéristiques, constitue la base de sondage. Elle couvre l'ensemble de la population des ménages échantillonnés. Les principales caractéristiques des communes sont : leur localisation, leur taille, leur nombre de ménages et leur population.

De plus, dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la définition suivante du ménage : « le ménage comprend l'ensemble des occupants d'un même logement quels que soient les liens qui les unissent ainsi que les personnes qui ont leur résidence personnelle dans le logement mais qui, au moment de l'enquête, séjournent dans un pensionnat, un hôtel, une caserne, etc. ».

Les communes de la base de sondage ont été regroupées par stratification selon les deux typologies : typologie Zau et typologie Bassin de vie. Cette stratification par croisement des deux typologies a permis d'obtenir 16 strates constituant les Premières unités d'échantillonnage (PUE) selon le type. Cette stratification principale nous a permis de fixer le nombre de communes dans les strates. Ce nombre varie de 0 à 529 communes selon les strates.

Nous avons ensuite examiné la taille de la population (effectif et pourcentage) dans chaque strate par rapport à la population régionale, ce qui assure l'obtention d'une précision correspondant au poids (en population) de chacun de ces territoires. Le nombre de ménages enquêtés dans chaque strate ou territoire délimité a été déterminé proportionnellement au poids en population de la strate.

En prenant la distribution de la population de la région selon les premières unités d'échantillonnage, nous avons obtenu une population marginale, la plus petite de taille égale à 5,79 % de la population totale. Cette population nous a servi de référence pour le calcul du nombre total de ménages à échantillonner. Sachant que le nombre de ménages minimum par strate a été fixé à 80, l'enquête devait porter sur 1 382 ménages.

Chaque enquêtrice était chargée du recueil des données auprès de tous les ménages d'une même commune, ce qui permet l'obtention de données homogènes en qualité (ou en défaut) liée à l'enquêtrice pour chaque commune. Cette qualité (ou ce défaut) est toujours identique pour les communes confiées à la même enquêtrice.

À l'intérieur des strates, les communes retenues, au nombre de sept, ont été tirées au sort indépendamment d'une strate à l'autre. La taille de l'échantillon des ménages de chaque strate a été calculée, dans une première étape, en fonction du poids de la strate parmi l'ensemble des strates, puis, dans une deuxième étape, le nombre de ménages dans chaque commune retenue était fixé proportionnellement au poids de la commune par rapport à l'ensemble des communes retenues dans la strate. Pour les strates ne totalisant pas plus de sept communes, l'ensemble de la strate a été retenu.

## L'origine et la nature des données nominatives recueillies

Les données ont été recueillies à partir d'un entretien directif à domicile auprès d'une ou deux personnes de chaque ménage tiré au sort. Les personnes interrogées étaient, selon la constitution du ménage :

- la personne elle-même, si celle-ci vivait seule ou avec des enfants ;
- l'un des deux adultes du ménage ou les deux conjointement si possible, s'il s'agissait d'un couple avec ou sans enfants ;
- la ou les personnes actives ou en âge d'être en activité en cas de présence de plusieurs générations.

Avec l'accord de l'intéressé, le numéro de téléphone était recueilli pour le contrôle des enquêtrices mais il n'a servi ni à la saisie, ni à l'analyse, d'ailleurs aucune donnée nominative n'a été saisie.

Les questions étaient posées à partir de deux questionnaires présentés comme suit (cf. annexe) :

### ➤ Questionnaire « Ménage »

Données bio-démographiques :

- numéro de téléphone facultatif ;
- nombre de personnes ;
- date du dernier emménagement ;
- lieux de résidence actuel et depuis 1975 ;
- emplois à la génération précédente ;
- questions générales sur les représentations du système de soins ;
- mises en situation à partir d'exemples de recours.

### ➤ Questionnaire « Personne »

Données bio-démographiques :

- sexe, année et lieu de naissance ;
- lien de parenté avec le répondant ;
- état matrimonial ;
- activité et profession ;
- qualifications et diplômes ;
- régime de Sécurité sociale – Mutuelle – AMG – 100 % ;
- aides sociales éventuelles (RMI, FNS, AAH, API) ;
- perception de l'état de santé ;
- perception de la fréquence des recours aux soins ;
- problèmes de santé non suivis de recours depuis un an ;
- recours récents :
  - ✓ le dernier motif de recours dans l'année précédente,
  - ✓ les recours à des spécialistes depuis un an,
  - ✓ les hospitalisations ayant eu lieu les deux dernières années.

### La durée et les modalités d'organisation de la recherche

Le recueil de données s'est déroulé pendant trois mois et a été assuré par sept enquêtrices temps plein. Les informations recueillies ont été codées par les chargés d'études, puis saisies par des internes de santé publique sur le logiciel File Maker Pro® avec contrôle logique.

L'analyse des données est de type descriptif, de type univarié et multivarié, avec comparaison de variables (en utilisant  $\text{Chi}^2$ , comparaison de moyennes, analyse de variance, avec un risque d'erreur à 5 %). Les logiciels utilisés pour l'analyse sont Epi-info® et Jmp®.

L'enquête a été menée entre le 15 octobre 1997 et le 15 janvier 1998.

1 383 ménages composés de 1 à 11 personnes ont été enquêtés sur 2 284 ménages sollicités, soit un taux de réponses de 61 %.

Au total, l'étude porte sur 1 383 ménages et 4 025 personnes.



## LES QUATRE BASSINS DE VIE

Le découpage des régions en secteurs sanitaires a été institué par la loi hospitalière du 31 décembre 1970. La région Nord – Pas-de-Calais compte actuellement 11 secteurs hétérogènes (de 180 000 à 1 300 000 habitants). Cependant, des espaces plus larges semblaient mieux adaptés pour mener à bien la planification et la recomposition de l'offre de soins hospitaliers de recours. L'Agence régionale de l'hospitalisation a regroupé un à quatre secteurs autour d'infrastructures routières importantes, afin de constituer les quatre bassins de vie : ARTOIS, HAINAUT, LITTORAL ET MÉTROPOLE.

Selon la circulaire DH/EO/98/N°192 du 26 mars 1998, relative à la révision des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, « Il importe en effet de repérer les territoires à l'intérieur desquels s'organisent les circulations de la population. Cette dernière se déplace pour travailler, pour faire ses achats, pour se détendre et pour recevoir des soins. Ces déplacements dessinent des bassins de vie ».

ARTOIS	HAINAUT	LITTORAL	MÉTROPOLE
SECTEURS SANITAIRES	SECTEURS SANITAIRES	SECTEURS SANITAIRES	SECTEUR SANITAIRE
Arras Béthune Lens Douai	Cambrai Maubeuge - Avesnes Valenciennes	Calais - St Omer Boulogne - Montreuil Dunkerque	Lille et la Métropole lilloise

### DÉMOGRAPHIE

#### Les agglomérations, zones de fortes densités

- *Densité de la population*

La carte régionale met en évidence le caractère disparate des densités de peuplement. De façon logique, les populations sont concentrées autour des grandes agglomérations de la région : Lille, Préfecture de Région ; les grands ports du Littoral ainsi que les principales villes du Bassin Minier (Béthune, Lens, Douai et Valenciennes). Le caractère métropolitain de Lille et de ses environs rend le bassin de vie Métropole attractif : 32 % de la population vit sur 12 % de la superficie régionale. La densité moyenne du bassin y atteint 772 habitants/km<sup>2</sup>.

- *Population : population régionale 3 966 125 habitants (1990)*

	Population	%
ARTOIS	1 135 557	29 %
HAINAUT	760 965	19 %
LITTORAL	791 998	20 %
MÉTROPOLE	1 277 605	32 %

Pour tous les bassins, une structure de population similaire

Les quatre bassins de vie présentent une distribution de population par âge et par sexe comparable. C'est pourquoi, seules les données régionales figurent dans les documents 5 et 6. Les fortes proportions de plus de 65 ans se retrouvent surtout dans les zones rurales, que les jeunes semblent quitter pour les agglomérations. Le Nord – Pas-de-Calais est d'ailleurs l'une des régions les plus jeunes de France et le phénomène de vieillissement, observé dans la plupart des pays industrialisés, semble moins soutenu que dans le reste du territoire français, mais il sera massif dans les années à venir.

**CONTEXTE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL**

Avec un taux de chômage régional de 15,3 %, le Nord – Pas-de-Calais est loin devant la moyenne nationale (11,5 %). La structure du marché de l'emploi est caractéristique des zones en situation socio-économique difficile : faible qualification, forte proportion d'ouvriers pour peu de cadres, un emploi sur dix considéré comme précaire. Toutefois, l'évolution du taux de chômage régional est similaire à la tendance observée au niveau national. Cette réalité globale cache des disparités infrarégionales et au sein d'un même bassin assez importantes.

- Revenu moyen net par foyer fiscal (francs en 1994)

	Revenu moyen net par foyer fiscal
ARTOIS	70 460,7
HAINAUT	69 891,5
LITTORAL	75 051,9
MÉTROPOLÉ	86 333,1
RÉGION	76 430,8

Artois : entre industrie et agriculture

Le Bassin Minier s'étend aussi sur le bassin de vie de l'Artois, englobant les villes de Béthune, Lens et Douai. Cette zone a, elle aussi, été fortement marquée par le déclin de l'industrie minière et de la sidérurgie et la situation socio-économique de ces populations est très déprimée. Le sud du bassin, notamment le secteur d'Arras, bénéficie d'une agriculture très florissante.

Hainaut : une situation disparate

Le bassin de vie du Hainaut présente des situations disparates. Sur le nord du bassin (de Valenciennes à Maubeuge), s'étend une partie du Bassin Minier. Cette zone a été durement touchée par l'effondrement quasi simultané de l'extraction minière et de la sidérurgie. Les taux de chômage sont les plus élevés de la région Nord – Pas-de-Calais et les populations sont parmi les plus sinistrées du territoire. Les autres secteurs de ce bassin, excentrés des villes, sont plus ruraux et connaissent une situation sociale globalement plus favorable.

Littoral : une situation avantageuse

Le bassin du Littoral bénéficie d'une situation avantageuse le long des côtes de la Mer du Nord et de la Manche. Les trois grands ports Dunkerque – Calais – Boulogne constituent une plate-forme industrialo-portuaire classée parmi les trois sites portuaires français. Mais aujourd'hui, ce secteur n'est plus aussi dynamique et la situation des villes de Calais et de Boulogne se dégrade peu à peu (taux de chômage respectifs de 16,4 % et 15,9 %). Les secteurs de la Flandre intérieure, de l'Audomarois (Saint-Omer) et des collines de l'Artois (situées entre Montreuil-sur-Mer et Arras) sont plus ruraux et la situation de l'emploi est plus favorable grâce au maintien d'une industrie et d'une agriculture actives.

Métropole : autour d'une Préfecture

Même si le bassin de vie Métropole semble être le plus favorisé (le revenu moyen net par foyer fiscal y est le plus élevé), les disparités sont aussi très larges. En effet, la ville de Lille, Préfecture de la région, n'échappe pas aux problèmes rencontrés par toutes les grandes agglomérations françaises et leurs banlieues. Le centre-ville fournit de nombreux emplois à ses résidents, moins touchés par les problèmes liés au chômage (secteur tertiaire prédominant, sièges d'entreprise...). Mais cette zone attire aussi de nombreux chômeurs provenant d'autres secteurs de la région, qui s'installent en banlieue de la ville. La précarité des populations résidant dans ces vastes secteurs urbains a des conséquences sanitaires. À cela, il faut ajouter que la circonscription lilloise et la vallée de la Lys (Armentières) font face depuis plus de vingt ans au déclin de l'industrie textile. C'est pour ces raisons que le taux de chômage de la Métropole lilloise est élevé (17,1 % sur Roubaix / Tourcoing), tout comme le nombre d'allocataires en situation difficile (+ de 97,5 %).

▪ Taux de chômage par zone d'emploi

Taux de chômage national 11,5 %

Taux de chômage régional 15,3 %

	Taux de chômage par zone d'emploi
ARTOIS	15,45 %
Lens	18,7 %
Béthune / Bruay	14,7 %
Douaisis	17,5 %
Arrageois	11 %
HAINAUT	17,5 %
Valenciennes	19,4 %
Sambre / Avesnois	17,2 %
Cambrasis	16 %
LITTORAL	14 %
Dunkerque	14,4 %
Saint-Omer	12,6 %
Calaisis	16,4 %
Boulonnais	15,9 %
Berck / Montreuil	11,1 %
MÉTROPOLE	13 %
Lille	13,2 %
Roubaix / Tourcoing	17,1 %
Flandre / Lys	8,6 %

**MORTALITÉ**

La région Nord – Pas-de-Calais est au 1<sup>er</sup> rang national pour le taux de mortalité générale. L'influence des facteurs comportementaux (consommation de tabac, d'alcool...) et environnementaux (conditions de vie, de travail...) sur l'espérance de vie est connue. Au sein de la région, deux bassins de vie présentent une surmortalité globale importante, l'Artois et le Hainaut. Ces deux bassins ont en commun des difficultés économiques et sociales liées au déclin de la mine et de la sidérurgie.

Les indices comparatifs de mortalité<sup>12</sup> (Icm) permettent d'éliminer les effets de structures d'âges. Lorsque la France est la référence (100), l'indice comparatif de mortalité générale du Nord – Pas-de-Calais est de 128 pour les hommes (soit en moyenne, 28 % de surmortalité par rapport à la moyenne française) et de 118 pour les femmes. L'écart est encore plus prononcé lorsque l'on s'intéresse à la mortalité prématurée (survenant avant 65 ans), puisque l'Icm est de 132 pour les hommes et de 128 pour les femmes. La région présente la plus forte mortalité prématurée de France pour les deux sexes (un décès sur 4 lui est attribuable). Les principales causes de décès prématurés sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, les accidents, les pathologies liées à l'alcoolisme, mais aussi les suicides.

▪ *Indices comparatifs de mortalité toutes causes*

	Icm toutes causes	
	Hommes	Femmes
ARTOIS	104,05	100,91
HAINAUT	104,15	105,99
LITTORAL	98,93	99,36
MÉTROPOLE	94,23	95,94

Mortalité par suicides

Si la région Nord – Pas-de-Calais n'est pas la première pour le taux de mortalité par suicides, la situation est préoccupante (Icm par rapport à la France : 124). En effet, on recense près de 1000 décès par suicides dans la région, soit 2 fois plus que par accidents de la circulation. Ce problème majeur souligne la nécessité de mettre en œuvre une politique de santé favorisant une meilleure prévention et une prise en charge efficace des tentatives de suicides, afin d'éviter les récives. Les récives suicidaires sont un exemple frappant de décès prématuré évitable. Le tableau ci-après, où l'indice 100 est la région Nord – Pas-de-Calais, montre qu'il existe une sous-mortalité significative dans le bassin Métropole (90,95 chez l'homme et 90,14 chez la femme) par rapport aux trois autres bassins. Or, actuellement, la répartition de l'offre de soins en psychiatrie est très inégale sur la région et favorise nettement le bassin Métropole. Ce facteur « offre de soins » n'est pas le seul en cause, mais c'est un facteur sur lequel il est possible d'agir.

▪ *Indices comparatifs de mortalité par suicides*

	Icm par suicides	
	Hommes	Femmes
ARTOIS	103,95	102,08
HAINAUT	106,03	105,03
LITTORAL	102,99	107,96
MÉTROPOLE	90,95	90,14

<sup>12</sup> L'indice comparatif de mortalité (Icm) ou taux standardisé de mortalité est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans chaque bassin au nombre de décès qui seraient observés si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux régionaux (Icm Région Nord – Pas-de-Calais = 100).

## Mortalité par tumeurs

### La pathologie tumorale

En France, la pathologie tumorale, 2<sup>e</sup> motif d'hospitalisation, représente 10 % de la totalité des séjours et est responsable du quart des admissions en affections de longue durée (Ald)<sup>13</sup>. C'est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité entre 35 et 64 ans et la 2<sup>e</sup> pour l'ensemble de la population. L'alcool et le tabac seraient responsables de plus de 30 % des cancers. Enfin, il existe un gradient Nord-Sud ; la région Nord – Pas-de-Calais présente ainsi des indices comparatifs de mortalité très importants avec 125 pour le Nord et 129 pour le Pas-de-Calais. C'est la région française la plus touchée par le cancer, tant pour les hommes que pour les femmes. Au sein de la région, les indices comparatifs de mortalité (Icm) par tumeurs dans les quatre bassins de vie (cf. tableau ci-dessous), montrent une surmortalité chez les femmes en Métropole (104,5).

#### ▪ Indices comparatifs de mortalité par tumeurs

	Icm par tumeurs	
	Hommes	Femmes
ARTOIS	99,26	98,82
HANAUT	100,23	97,10
LITTORAL	101,68	97,20
MÉTROPOLÉ	99,48	104,55

### Le cancer du poumon

Le cancer du poumon est un véritable problème de santé publique compte tenu de sa fréquence et de sa gravité et il domine la mortalité tumorale masculine. Le tabac est le principal facteur de risque de cancer du poumon (risque multiplié jusqu'à 20). La région Nord – Pas-de-Calais, qui cumule ces deux facteurs, présente une surmortalité maximale chez les hommes (Icm 139). Par contre chez les femmes, on constate une sous-mortalité régionale (Icm 87). Le tableau ci-après compare les quatre bassins de vie de la région. Il indique une surmortalité en Métropole pour les hommes (105) encore plus marquée chez les femmes (116). On peut remarquer la sous-mortalité féminine notable dans l'Artois (85).

Le cancer du côlon-rectum, 2<sup>e</sup> cause de mortalité tumorale dans les deux sexes, nécessite aussi la mise en œuvre de fortes actions de dépistage.

#### ▪ Indices comparatifs de mortalité par cancers du poumon, des bronches et de la trachée

	Icm par cancers du poumon, des bronches et de la trachée	
	Hommes	Femmes
ARTOIS	96,20	84,93
HANAUT	102,59	101,84
LITTORAL	94,61	95,75
MÉTROPOLÉ	105,52	116,05

<sup>13</sup> Affections de longue durée (Ald) : liste des pathologies prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

### Le cancer du sein

Le cancer du sein est une cause importante de mortalité féminine et il est responsable d'un décès sur 5 par tumeurs. L'Icm de la région par rapport à la France est de 117. Le tableau qui suit montre qu'il existe une surmortalité par cancers du sein dans le bassin Métropole (107,4), expliquant, pour partie, la surmortalité globale par tumeurs dans ce bassin. Les trois autres bassins se situent en dessous de la moyenne régionale. La surmortalité constatée en Métropole peut être liée aux facteurs de risque de la pathologie (haut niveau socio-économique, intellectuels, cadres, faible nombre d'enfants...).

#### ▪ Indices comparatifs de mortalité par cancers du sein chez la femme

	Icm par cancers du sein Femmes
ARTOIS	97,25
HAINAUT	98,31
LITTORAL	94,03
MÉTROPOLE	107,41

### Le cancer des Voies aéro-digestives supérieures (Vads)

Le cancer des Vads, pour lequel la France est classée au 1<sup>er</sup> rang européen, tient une place préoccupante dans la région Nord – Pas-de-Calais : l'Icm pour les hommes est de 177. Et si ce cancer touche surtout les hommes, les femmes de la région ne sont pas épargnées (Icm 141). L'apparition de ces tumeurs est fortement liée à la consommation d'alcool, endémique dans la région, et à celle du tabac. Mais une telle surmortalité est aussi le reflet d'un retard considérable au diagnostic et d'une prise en charge tardive, dramatique dans ce type de pathologie. Elle met en évidence la carence du système de soins et de prévention. Les Icm des quatre bassins de vie montrent qu'il existe une surmortalité importante par cancers des Vads dans le bassin Littoral (105).

#### ▪ Indices comparatifs de mortalité par cancers des Vads (gorge) chez l'homme

	Icm par cancers des Vads Hommes
ARTOIS	102,53
HAINAUT	100,02
LITTORAL	105,07
MÉTROPOLE	94,25

### Mortalité liée à l'alcool

La consommation d'alcool est directement responsable d'autres pathologies entraînant une surmortalité dramatique dans la région, notamment chez la femme, ce sont les cirrhoses et les psychoses alcooliques. Les Icm régionaux de ces pathologies sont, de loin, les plus élevés de France, avec 175 pour les hommes et 236 pour les femmes. Plus encore que le tabac, la consommation excessive d'alcool est liée à un contexte socio-économique peu favorable : taux de chômage élevé, précarité... C'est ainsi que les Icm liés à l'alcool dans les quatre bassins de vie de la région (cf. tableau ci-après), montrent une nette surmortalité pour les hommes et les femmes dans le Hainaut (112,70 et 118,23) ainsi que dans l'Artois (109,34 et 108,57).

En matière de pathologies addictives, la région connaît aussi une situation particulière face à la toxicomanie, en partie, en raison de la proximité des « frontières du Nord de l'Europe ». Elle présente les taux d'interpellation (156/100 000 habitants) et de prise en charge de toxicomanes (54/100 000 habitants) les plus élevés de France (respectivement 90 et 35/100 000 habitants).

▪ Indices comparatifs de mortalité liée à l'alcool

	Icm / alcool	
	Hommes	Femmes
ARTOIS	109,34	108,57
HAINAUT	112,70	118,23
LITTORAL	96,95	80,64
MÉTROPOLÉ	84,90	92,68

Autres causes de mortalité

*Mortalité par maladies pulmonaires*

Principal facteur de risque du cancer du poumon, le tabac est aussi responsable d'une surmortalité importante par bronchites chroniques obstructives et maladies pulmonaires obstructives ainsi que par cardiopathies ischémiques. Il serait responsable d'un décès sur 10 entre 35 et 49 ans et d'un décès sur 5 entre 50 et 64 ans. La mortalité masculine de la région Nord – Pas-de-Calais est la plus élevée de France pour les pathologies imputables, au moins en partie, au tabac. L'Icm de la région (par rapport à la France) par bronchites chroniques obstructives et maladies pulmonaires obstructives est à 127 chez la femme et à 170 chez l'homme, surmortalité liée au cumul des facteurs : tabac et pathologies professionnelles minières. Le tableau qui suit montre qu'il existe une importante surmortalité dans le bassin du Hainaut (Icm 115 pour l'homme et 110 pour la femme) par rapport aux trois autres bassins de la région.

▪ Indices comparatifs de mortalité par maladies pulmonaires

	Icm / maladies pulmonaires	
	Hommes	Femmes
ARTOIS	109,34	108,57
HAINAUT	112,70	118,23
LITTORAL	96,95	80,64
MÉTROPOLÉ	84,90	92,68

*Mortalité par maladies cardio-vasculaires*

Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux dominent les maladies cardio-vasculaires. Ils entraînent une mortalité et une morbidité considérables. Ces pathologies représentent la 1<sup>ère</sup> cause de décès en France comme dans tous les pays industrialisés. Elles sont responsables d'une surmortalité régionale importante, en particulier chez les hommes (Icm 130). De nombreux facteurs sont incriminés dans ces pathologies dont en premier lieu le tabac, mais aussi l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Or, tous ces facteurs ont des prévalences très élevées dans la région, en rapport avec les mauvaises habitudes alimentaires et un recours aux soins tardif voire absent. La surmortalité observée dans la région est encore plus prononcée dans le bassin du Hainaut comme le souligne le tableau ci-dessous, alors que la mortalité par maladies cardio-vasculaires dans le bassin Métropole se situe en dessous de la moyenne régionale.

▪ *Indices comparatifs de mortalité par maladies cardio-vasculaires*

	Icm / maladies cardio-vasculaires	
	Hommes	Femmes
ARTOIS	99,54	99,97
HANAUT	107,26	109,79
LITTORAL	102,00	102,71
MÉTROPOLE	94,49	92,52

*Mortalité par accidents de la circulation*

La région Nord – Pas-de-Calais présente les Icm par accidents de la circulation les plus bas de France (avec la région Ile-de-France), ceci en raison de sa forte urbanisation. Par contre, la région a des taux de mortalité par chutes accidentelles élevés. Les accidents de la circulation sont plus fréquents en milieu urbain mais plus graves (plus souvent mortels) en milieu rural, en particulier sur les routes départementales. Le tableau ci-contre montre une nette surmortalité dans les bassins Littoral et Artois, où il existe de vastes secteurs ruraux. La faible mortalité observée dans le bassin Métropole est liée à son urbanisation et à sa petite superficie.

▪ *Indices comparatifs de mortalité par accidents de la circulation*

	Icm / accidents de la circulation	
	Hommes	Femmes
ARTOIS	114,55	99,97
HANAUT	90,60	96,91
LITTORAL	118,99	114,72
MÉTROPOLE	81,35	92,83

## *R É S U L T A T S*

Tous les tableaux sont établis sur la base des pourcentages de réponses qui sont exposés uniquement en cas de différence significative avec un risque d'erreur inférieur à 5 %.



## Représentations des ménages vis-à-vis du système de soins

Quelques questions d'ordre général ont été posées afin de connaître quelle perception ont les habitants de la région de leur système de soins de proximité. Cette partie explore donc divers aspects tels que la qualité des soins, la place du médecin généraliste, les pratiques lors des consultations, le coût des soins...

### L'état de santé régional

**Tableau 1**

<i>Estim ez-vous que la santé des habitants de la région est..</i>	
(N = 1383)	
très mauvaise	1 %
mauvaise	41 %
bonne	33 %
très bonne	1 %
ne sait pas	24 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Il apparaît clairement que les personnes interrogées connaissaient au préalable la médiocrité de l'état de santé régional. Majoritairement, les répondants estiment que la santé dans la région est mauvaise.

**Tableau 2**

	<i>Estim ez-vous que la santé des habitants de la région est..</i>		
	Bonne ou très bonne	Mauvaise ou très mauvaise	Ne sait pas
Artois (N=438)	36 %	47 %	17 %
Hainaut (N=244)	26 %	35 %	39 %
Littoral (N=273)	34 %	45 %	22 %
Métropole (N=428)	36 %	41 %	23 %
Ensemble (N=1 383)	34 %	43 %	24 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Le Hainaut se distingue nettement des autres bassins de vie par la proportion de ménages ne sachant qualifier l'état de santé des habitants de la région (39 % contre 20 % en moyenne dans les autres bassins de vie). Parmi les ménages qui se sont prononcés, ceux qui pensent que la santé des habitants de la région est mauvaise sont un peu plus représentés que les autres (+ 25 %), de façon moindre dans la Métropole, où la santé est effectivement meilleure que dans le reste de la région.

## La qualité des soins dans la région

**Tableau 3**

<i>Comment pensez-vous que l'on est soigné dans le Nord - Pas-de-Calais? (N = 1383)</i>	
très mal	2 %
mal	14 %
bien	64 %
très bien	8 %
ne sait pas	12 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La majorité des répondants déclarent être satisfaits de la qualité des soins. Toutefois, si 3 personnes sur 4 pensent que l'on est bien soigné dans la région, elles ne sont qu'1 sur 12 à considérer que l'on y est très bien soigné.

**Tableau 4**

	<i>Comment pensez-vous que l'on est soigné dans le Nord - Pas-de-Calais?</i>		
	Mal ou très mal	Bien ou très bien	Ne sait pas
Artois (438)	21 %	73 %	7 %
Hainaut (244)	13 %	68 %	19 %
Littoral (273)	12 %	77 %	11 %
Métropole (428)	13 %	73 %	14 %
Ensemble (N=1 383)	15 %	73 %	12 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

C'est encore dans le Hainaut que le taux de ménages ne se prononçant pas est le plus fort (19 % contre 11 % en moyenne dans les autres bassins de vie). Dans le Littoral, il y a 6,4 fois plus de ménages satisfaits du système de soins régional que d'insatisfaits, ils ne sont que 3,5 fois plus nombreux dans l'Artois.

## Place du médecin généraliste

Tableau 5

<i>Tenez-vous compte de l'avis de votre médecin généraliste pour consulter un autre professionnel de santé ? (N = 1383)</i>	
oui	88 %
non	10 %
ne sait pas	2 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Dans près de 90 % des cas, les personnes interrogées ont déclaré tenir compte de l'avis de leur médecin généraliste pour consulter un médecin spécialiste.

Il n'y a pas de différence significative concernant la prise en compte de l'avis du médecin généraliste entre les quatre bassins de vie.

Tableau 6

<i>Pensez-vous que votre médecin généraliste connaît les médecins spécialistes des alentours ? (N = 1383)</i>	
oui	90 %
non	2 %
ne sait pas	8 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les ménages sont également très nombreux à dire que leur médecin connaît les spécialistes des alentours, et ce en proportion équivalente dans les quatre bassins de vie.

Tableau 7

<i>Pensez-vous que votre médecin généraliste connaît les médecins de l'hôpital le plus proche ? (N = 1383)</i>	
oui	70 %
non	7 %
ne sait pas	23 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La certitude est moins forte en ce qui concerne la connaissance qu'auraient les médecins généralistes des médecins de l'hôpital le plus proche.

**Tableau 8**

	<i>Pensez-vous que votre médecin généraliste connaît les médecins de l'hôpital le plus proche ?</i>		
	Oui	Non	Ne sait pas
Artois (438)	71 %	7 %	22 %
Hainaut (244)	77 %	3 %	20 %
Littoral (273)	79 %	4 %	16 %
Métropole (428)	60 %	10 %	30 %
Ensemble (N=1 383)	70 %	7 %	23 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les répondants de la Métropole considèrent bien moins souvent que les autres que leur propre généraliste connaît les médecins de l'hôpital. À l'opposé, le bassin de vie Littoral qui recouvre le moins de grandes communes, répond nettement plus positivement. La pluralité locale de l'offre de soins hospitaliers, élevée en Métropole et plus réduite dans les autres bassins de vie, pourrait être responsable de ces différences dans les réponses.

## Consultation en ville ou en établissement hospitalier

**Tableau 9**

<i>En cas de besoin, où allez-vous spontanément pour une consultation ? (N = 1383)</i>	
en ville	94 %
en établissement hospitalier	4 %
ne sait pas	2 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

En dehors de situations d'urgence, 94 % des ménages ont l'habitude de consulter un professionnel de santé installé en ville plutôt que de consulter à l'hôpital ou en clinique.

Tableau 10

	<i>En cas de besoin, où allez-vous spontanément pour une consultation ?</i>		
	En ville	En établissement hospitalier	Ne sait pas
Artois (438)	90 %	6 %	4 %
Hainaut (244)	94 %	4 %	2 %
Littoral (273)	98 %	2 %	0 %
Métropole (428)	96 %	3 %	1 %
Ensemble (N=1 383)	94 %	4 %	2 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les répondants de l'Artois déclarent nettement plus de consultations spontanées à l'hôpital. À l'opposé se trouve le Littoral.

## Coût des soins

Tableau 11

<i>Le prix que vous payez joue-t-il un rôle dans votre façon de vous soigner ?</i> (N = 1383)	
oui	16 %
non	82 %
ne sait pas	2 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La somme à payer influe peu sur la façon de se soigner. Pour les personnes prises en charge à 100 %, bénéficiant de l'aide médicale gratuite ou appartenant au régime minier, il était plus délicat de répondre à ces questions sur le coût des soins.

Tableau 12

	<i>Le prix que vous payez joue-t-il un rôle dans votre façon de vous soigner ?</i> (N = 1383)		
	Oui	Non	Ne sait pas
Artois (438)	13 %	82 %	5 %
Hainaut (244)	16 %	83 %	1 %
Littoral (273)	16 %	83 %	1 %
Métropole (428)	18 %	82 %	0 %
Ensemble (N=1 383)	16 %	82 %	2 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La proportion d'assurés sociaux affiliés au régime minier plus élevée dans l'Artois explique sans doute une moindre représentation des ménages sensibles au coût des soins et une plus forte représentation de ceux n'ayant pu répondre.

**Tableau 13**

<i>Considérez-vous que vous êtes correctement remboursés de vos dépenses de santé ? (N = 1383)</i>	
oui	72 %
non	24 %
ne sait pas	3 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Bien que le nombre de personnes influencées par le coût des soins dans leur façon de se soigner soit faible, 1 personne sur 4 pense cependant que le remboursement est insuffisant.

**Tableau 14**

	<i>Considérez-vous que vous êtes correctement remboursés de vos dépenses de santé ? (N = 1383)</i>		
	Oui	Non	Ne sait pas
Artois (438)	70 %	24 %	6 %
Hainaut (244)	76 %	20 %	3 %
Littoral (273)	77 %	22 %	1 %
Métropole (428)	70 %	29 %	1 %
Ensemble (N=1 383)	72 %	24 %	3 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les répondants du Littoral et du Hainaut sont les plus satisfaits du remboursement des soins. Le taux d'insatisfaction le plus élevé se situe en Métropole.

**Tableau 15**

<i>La Sécurité sociale (assurance maladie) connaît-elle des problèmes budgétaires actuellement ? (N = 1383)</i>	
oui	83 %
non	5 %
ne sait pas	12 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

En parallèle, les habitants interrogés semblent conscients des difficultés budgétaires de l'assurance maladie.

Tableau 16

	<i>La Sécurité sociale (assurance maladie) connaît-elle des problèmes budgétaires actuellement? (N = 1383)</i>		
	Oui	Non	Ne sait pas
Artois (438)	81 %	6 %	12 %
Hainaut (244)	81 %	5 %	14 %
Littoral (273)	81 %	5 %	14 %
Métropole (428)	88 %	4 %	7 %
Ensemble (N=1 383)	83 %	5 %	11 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les répondants de la Métropole sont les plus sensibilisés aux difficultés de financement de la Sécurité sociale.

## Conclusion

Les ménages interrogés reconnaissent, *a priori*, une place centrale à leur médecin généraliste lorsqu'il s'agit de recourir aux soins. L'opinion lui confère donc une fonction de « passerelle » au sein des différents segments du système de soins. Cette fonction est confortée par la connaissance supposée par les ménages, d'acteurs proches, tels que les médecins spécialistes et hospitaliers.

La qualité des soins est jugée très positivement par une grande majorité de répondants, mais est sensiblement sous-appréciée dans l'Artois et peu perçue dans le Hainaut.

Les ménages sont informés de l'état de santé régional : plus nombreux sont ceux qui le décrivent en termes négatifs. Il semble qu'au plan collectif la population régionale soit sensible aux informations délivrées par les médias régionaux. Toutefois, cette appréciation pourrait relever aussi d'une réelle perception des phénomènes locaux intervenant dans l'environnement immédiat des ménages. En effet, il est frappant de constater que les ménages de la Métropole estiment plus que les autres que la santé des habitants de la région est bonne, or, c'est dans ce même bassin de vie que sont affectés des indicateurs de santé globalement les plus positifs.

Le coût financier des soins est cité dans 16 % des réponses comme facteur influençant les recours aux soins. Par ailleurs, 24 % des ménages sont insatisfaits du montant des remboursements. La connaissance des problèmes structurels de la protection sociale est moins présente dans l'Artois, le Hainaut et le Littoral.

---

## *Habitudes des ménages vis-à-vis du système de soins*

---

Il a été demandé au responsable du ménage de se « mettre en situation » dans 15 motifs de recours aux soins différents, afin d'explorer l'utilisation de tous les segments du système de soins : médecine de ville (générale / spécialisée), soins hospitaliers (aigus / chroniques, médicaux / chirurgicaux / obstétricaux / psychiatriques), médecine préventive (information, dépistage), en tenant compte de toutes les classes d'âge : enfants, adolescents, adultes (dont femmes en âge de procréer), personnes âgées.

Dans chaque cas, il s'agissait d'abord de savoir si oui ou non une personne du ménage avait rencontré ce motif de soins au cours des cinq années précédentes. Si la situation avait existé, il suffisait ensuite de répondre aux questions selon les faits. En revanche, si la situation n'avait jamais eu lieu, la personne devait imaginer ce qu'elle (ou une autre personne de son ménage) aurait fait dans un tel cas.

Deux types de recours sont donc exposés et comparés : les recours réels ou « effectifs » et les recours supposés ou « non effectifs ». Le but de cette démarche est de se rendre compte des ressemblances ou des différences entre l'utilisation du système de soins pour des problèmes vécus et la conception de son utilisation pour des problèmes non vécus.

Comme dans l'analyse des représentations, l'analyse des habitudes s'attache aussi à comparer les résultats selon les quatre bassins de vie : l'Artois, le Hainaut, le Littoral et la Métropole.

## Habitudes devant des problèmes généraux

### ➤ SYNDROME GRIPPAL CHEZ L'ADULTE

Dans 90 % des ménages, un adulte a déjà présenté des symptômes évocateurs d'un syndrome grippal (fièvre, toux, maux de tête).

**Tableau 17**

Un adulte du ménage a-t-il déjà eu de la fièvre, une toux, mal à la tête ?	A-t-il (aurait-il) recouru à un professionnel de santé ?		
	Médecin généraliste	Autre professionnel de santé	Non-recours
oui (N=1 257)	46 %	2 %	52 %
non (N=125)	59 %	4 %	37 %
Ensemble (N=1 382)	47 %	2 %	51 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Si près de 2 ménages sur 3 pensent qu'ils auraient recours à un professionnel de santé en cas de fièvre, toux ou mal de tête chez l'adulte, moins de la moitié a effectivement eu recours au système de soins pour ce type de syndrome.

Dans 47 % des cas, les ménages consultent ou consulteraient un médecin généraliste, dans seulement 2 % des cas, un médecin spécialiste (oto-rhino-laryngologiste, pneumologue...), l'hôpital ou un pharmacien.

**Tableau 18**

	A-t-il (aurait-il) recouru à un professionnel de santé pour de la fièvre, une toux, mal à la tête ?		
	Médecin généraliste	Autre professionnel de santé	Non-recours
Artois (N=438)	55 %	3 %	42 %
Hainaut (N=243)	39 %	1 %	60 %
Littoral (N=273)	52 %	2 %	45 %
Métropole (N=428)	40 %	1 %	59 %
Ensemble (N=1 382)	47 %	2 %	51 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les proportions entre recours et non-recours sont inversées dans la Métropole et le Hainaut par rapport aux deux autres bassins de vie. Dans les premiers, 40 à

41 % des ménages ont (ou auraient) recours au système de soins pour de tels symptômes ; ils sont 54 à 58 % dans le Littoral et dans l'Artois.

Les différences entre recours supposés et recours réels pour soigner un syndrome grippal ne sont pas significatives dans les différents bassins de vie pris séparément.

➤ MAL DE DOS CHEZ L'ADULTE

*Comportement en cas de mal de dos chez un adulte*

**Tableau 19**

<i>Un adulte du ménage a-t-il déjà eu mal au dos ?</i>	<i>A-t-il (aurait-il) recouru à un professionnel de santé ?</i>			
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Autre professionnel de santé	Non-recours
oui (N=1 116)	37 %	15 %	12 %	36 %
non (N=267)	75 %	6 %	7 %	12 %
Ensemble (N=1 383)	44 %	13 %	11 %	31 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Chez 81 % des ménages interrogés, un adulte a déjà souffert de mal de dos. Ces personnes n'ont pas fait appel à un professionnel de santé dans 36 % des cas, alors que 12 % seulement des ménages qui n'ont jamais eu mal au dos pensent qu'ils ne recourraient pas aux soins si cela leur arrivait.

Toutefois, ceux qui ont souffert d'un mal de dos font plus souvent appel aux médecins spécialistes (15 % *versus* 6 %, rhumatologues dans 83 % des cas) ou aux autres professionnels de santé (12 % *versus* 7 %, masseurs-kinésithérapeutes dans 62 % des cas), et moins souvent à leur médecin généraliste (37 % *versus* 75 %).

Les personnes des ménages n'ayant pas recouru à un professionnel de santé pour soigner un mal de dos, ont « attendu que cela passe » dans 56 % des cas, les autres se sont soignées elles-mêmes.

**Tableau 20**

	A-t-il (aurait-il) recouru à un professionnel de santé pour soigner un mal de dos ?			
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Autre professionnel de santé spécialisé	Non-recours
Artois (N=438)	51 %	13 %	11 %	26 %
<i>réels (N=333)</i>	41 %	16 %	11 %	32 %
<i>supposés (N=105)</i>	81 %	2 %	9 %	9 %
Hainaut (N=244)	43 %	9 %	9 %	39 %
<i>réels (N=208)</i>	37 %	9 %	11 %	44 %
<i>supposés (N=36)</i>	78 %	8 %	3 %	11 %
Littoral (N=273)	47 %	14 %	13 %	26 %
<i>réels (N=219)</i>	39 %	16 %	15 %	30 %
<i>supposés (N=54)</i>	78 %	9 %	4 %	9 %
Métropole (N=428)	36 %	14 %	14 %	36 %
<i>réels (N=356)</i>	31 %	16 %	14 %	40 %
<i>supposés (N=72)</i>	64 %	4 %	14 %	18 %
Ensemble (N=1 383)	44 %	13 %	12 %	31 %
<i>Ensemble réels (N=1 116)</i>	37 %	15 %	13 %	36 %
<i>Ensemble supposés (N=267)</i>	75 %	5 %	8 %	12 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Dans les quatre bassins de vie, la proportion de ménages ayant eu mal au dos ne varie pas significativement, cependant les habitudes de recours aux soins n'y sont pas semblables et le recours supposé diffère toujours significativement du recours réel.

#### ✓ Recours réels

On constate que les ménages du Hainaut et de la Métropole recourent moins souvent au système de soins pour un mal de dos et ce davantage dans les faits que dans les mises en situation (40 à 44 % de non-recours contre 30 à 32 %). Les habitants du Hainaut, dans la réalité, recourent le moins aux médecins spécialistes ou aux autres professionnels de santé, à l'opposé, ceux de la Métropole s'adressent moins qu'ailleurs aux médecins généralistes.

#### ✓ Recours supposés

Dans les mises en situation de mal de dos, dans la Métropole, le non-recours est à peu près deux fois plus fréquent et le recours aux généralistes moins fréquent que dans les autres bassins de vie. Les ménages de l'Artois et de la Métropole seraient très peu nombreux à recourir aux spécialistes en cas de mal de dos, dans les deux autres bassins de vie, ce sont les autres professionnels de santé qui seraient très peu sollicités.

*Origine du choix d'un professionnel de santé spécialisé*

Nous avons interrogé les ménages sur l'origine du recours à un professionnel spécialisé pour apprécier, en particulier, l'« effet passerelle », c'est-à-dire le rôle des professionnels de santé, et notamment celui du médecin généraliste, dans le recours aux soins spécialisés. Dans l'exemple du mal de dos, nous entendons par soins spécialisés les recours aux médecins rhumatologues, radiologues, chirurgiens, ainsi qu'aux masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs.

**Tableau 21**

Qui vous a recommandé le professionnel de santé spécialisé*...	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
...qui vous a soigné (N = 299)	57 %	43 %
...qui vous soignerait (N = 28)	28 %	72 %
Ensemble (N = 327)	54 %	46 %

\* rhumatologue, chirurgien orthopédiste, masseur-kinésithérapeute...

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les résultats montrent que, dans les faits, les ménages suivent plus souvent l'avis de leur médecin généraliste que lorsqu'ils sont mis en situation. Les patients ayant bénéficié de soins spécialisés ont été adressés dans 57 % des cas par leur médecin généraliste, les autres ont suivi les conseils de leur entourage, parfois d'un autre professionnel de santé, ou bien se sont orientés seuls. Les proportions sont inversées chez les ménages mis en situation qui se fieraient davantage à leur entourage qu'à leur médecin.

**Tableau 22**

	Qui vous a recommandé le professionnel de santé spécialisé* qui vous a (aura)t soigné ?	
	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
Artois (N=100)	56 %	44 %
Hainaut (N=45)	60 %	40 %
Littoral (N=74)	65 %	35 %
Métropole (N=115)	43 %	57 %
Ensemble (N=334)	54 %	46 %

\* rhumatologue, chirurgien orthopédiste, masseur-kinésithérapeute...

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

L'orientation vers un spécialiste est rarement recommandée par le médecin généraliste dans la Métropole (43 %) et fréquemment dans le Littoral (65 %).

Pourtant les proportions de ménages s'adressant à des professionnels de santé spécialisés sont équivalentes dans les deux bassins de vie.

### ➤ UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

**Tableau 23**

	<i>Utilisez-vous un moyen contraceptif? Si oui, lequel?</i>				
	Pilule	Stérilet	Préservatif	Autre	Non
Artois (N=267)	42 %	10 %	7 %	5 %	36 %
Hainaut (N=137)	33 %	11 %	4 %	7 %	45 %
Littoral (N=172)	37 %	20 %	4 %	8 %	31 %
Métropole (N=262)	37 %	17 %	6 %	6 %	33 %
Ensemble (N=838)	38 %	15 %	6 %	6 %	35 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

61 % des ménages ont répondu aux questions concernant l'usage et la prescription éventuels d'un moyen contraceptif, les autres n'étant pas concernés (ménages sans femme en âge de procréer). Parmi les ménages concernés, 65 % utilisent un moyen contraceptif.

L'utilisation de contraceptifs varie selon les secteurs. C'est dans le Hainaut que la proportion de ménages utilise le moins souvent un moyen contraceptif (55 % contre 64 à 69 % dans les autres bassins de vie).

Les deux moyens contraceptifs les plus utilisés sont la contraception orale pour 33 à 42 % des ménages concernés, et le stérilet dont l'utilisation varie selon les territoires puisqu'elle concerne 10 à 11 % seulement des ménages de l'Artois et du Hainaut, 17 à 20 % dans les autres bassins. Le préservatif n'est adopté que par 4 à 7 % des ménages, d'autres moyens de contraception, tels que diaphragme, spermicide..., par 5 à 8 % des ménages. À l'heure actuelle, ces autres moyens de contraception n'ont plus beaucoup d'intérêt. Si l'utilisation de la pilule et la mise en place du stérilet semblent importantes, l'adoption du préservatif, en revanche, est très faible malgré les nombreuses campagnes de prévention menées pour promouvoir son utilisation.

*Comportement en cas d'utilisation d'une contraception*

Le recours au système de soins varie sensiblement selon le moyen contraceptif utilisé et aussi selon que le ménage prend ou ne prend pas de contraception.

**Tableau 24**

Moyen contraceptif utilisé	A-t-elle (aurait-elle) recouru à un professionnel de santé pour une demande de contraception ?		
	Médecin généraliste	Gynécologue	Non-recours
Pillule (N=316)	42 %	57 %	0 %
Stérilet (N=121)	10 %	90 %	0 %
Autre (N=47)	21 %	72 %	6 %
Préservatif (N=38)	11 %	24 %	66 %
Total moyens (N=522)	30 %	64 %	6 %
Aucun moyen (N=263)	32 %	55 %	13 %
Ensemble (N=785)	31 %	61 %	8 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les professionnels de santé sont sollicités dans 92 % des cas : le gynécologue dans 61 % des cas, et le généraliste dans 31 % des cas.

On remarque que les contraceptifs oraux sont prescrits, dans 57 % des cas, par un gynécologue tandis que le stérilet l'est dans 90 % des cas. L'utilisation de préservatifs se fait sans recours aux soins dans 66 % des cas.

Entre les situations réelles et supposées, le recours au système de soins pour une demande de contraception varie significativement. Ainsi, le non-recours serait plus de deux fois plus fréquent parmi les ménages n'utilisant pas de moyen contraceptif au moment de l'enquête (13 % *versus* 6 %). De plus, ces ménages consulteraient un gynécologue moins souvent que les autres (55 % *versus* 64 %).

Cependant, si la différence entre les recours réels et supposés est significative sur l'ensemble des ménages interrogés, ce n'est pas le cas dans tous les bassins de vie.

Tableau 25

	A-t-elle (aura-t-elle) recouru à un professionnel de santé pour une demande de contraception ?		
	Médecin généraliste	Gynécologue	Non-recours
Artois (N=241)	34 %	55 %	11 %
<i>réels (N=162)</i>	33 %	62 %	6 %
<i>supposés (N=79)</i>	37 %	42 %	22 %
Hainaut (N=129)	33 %	59 %	9 %
<i>réels (N=72)</i>	32 %	63 %	6 %
<i>supposés (N=57)</i>	33 %	54 %	12 %
Littoral (N=163)	31 %	67 %	2 %
<i>réels (N=116)</i>	33 %	65 %	3 %
<i>supposés (N=47)</i>	26 %	72 %	2 %
Métropole (N=253)	28 %	62 %	9 %
<i>réels (N=173)</i>	27 %	65 %	8 %
<i>supposés (N=80)</i>	31 %	58 %	11 %
Ensemble (N=786)	31 %	61 %	8 %
<i>Ensemble réels (N=523)</i>	31 %	63 %	6 %
<i>Ensemble supposés (N=263)</i>	32 %	55 %	13 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Il n'y a que dans l'Artois que la différence entre recours réels et supposés est statistiquement significative. Le non-recours est près de quatre fois plus fréquent chez les ménages mis en situation de besoin de contraception, au détriment du recours au gynécologue, nettement inférieur (42 % *versus* 63 %) par rapport aux ménages utilisant un moyen contraceptif au moment de l'enquête. Dans le Hainaut, le non-recours est, comme dans l'Artois, plus fréquent chez les ménages mis en situation, la différence est cependant non significative. Dans le Littoral et la Métropole, les comportements réels et supposés sont très similaires.

### Origine du choix du gynécologue

Tableau 26

	Qui vous a recommandé le gynécologue qui vous a (aura) prescrit votre contraception ?	
	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
Ensemble (N=474)	12 %	88 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Parmi les femmes ayant consulté un gynécologue pour un simple conseil ou la prescription d'une contraception, c'est le plus souvent quelqu'un de la famille ou un ami qui leur a recommandé le professionnel. Ce n'est que dans près d'une fois sur dix que le gynécologue a été indiqué par le médecin généraliste. Que la contraception soit réelle ou supposée, on ne constate pas de différence dans les réponses, il en est de même selon la zone géographique du ménage.

### ➤ CONCLUSION

Dans le cas d'un syndrome grippal chez l'adulte, 53 % des ménages déclarent n'avoir pas eu recours aux soins. Cette constatation remet en cause soit la notion de soins de confort au sein de la population régionale, soit de façon plus incertaine, la perception que les personnes ont des symptômes grippaux. Par ailleurs, le recours au médecin spécialiste est exceptionnel, et ce dans les quatre territoires.

Cette même constatation d'un non-recours aux soins se retrouve dans le cas d'une douleur dorsale pour laquelle 36 % des ménages n'ont pas recouru aux soins. Toujours pour ce même motif de recours, 27 % des ménages ayant eu mal au dos ont consulté un professionnel de santé spécialisé, alors que 13 % seulement des ménages n'ayant pas rencontré ce motif estiment devoir faire appel à un professionnel spécialisé. On constate là un « effet passerelle », c'est-à-dire un recours au spécialiste sur avis du généraliste.

Cependant, cet « effet passerelle » fonctionne inégalement selon les motifs de recours aux soins et selon les aires géographiques. Il est plus explicite pour le mal de dos –les ménages n'ayant jamais eu mal au dos ne penseraient pas souvent à consulter directement un spécialiste si cela se présentait– que pour la demande de contraception qui se ferait plus volontiers directement auprès d'un gynécologue sans attendre l'avis du médecin généraliste.

De même, cet « effet passerelle » fonctionne inégalement selon les aires géographiques. Pour un mal de dos par exemple, il s'avère plus marqué dans le Littoral, entraînant ainsi un recours aux spécialistes plus fréquemment que dans l'Artois ou dans le Hainaut. Sans « effet passerelle » apparent, le recours aux spécialistes est cependant aussi fréquent dans la Métropole que dans le Littoral.

L'utilisation d'un moyen contraceptif varie fortement selon les secteurs. Les ménages de la Métropole et du Littoral ont un peu plus recours au stérilet que les autres. Les familles du Hainaut sont celles qui recourent le moins à la contraception et au stérilet.

Le décalage entre le non-recours supposé et le non-recours réel n'est pas dans le même sens selon les motifs de recours. Ainsi pour un syndrome grippal ou un mal de dos, le non-recours réel est supérieur au supposé. Les réponses du style « si ça m'arrivait je ne me soignerais pas ou je me soignerais tout seul » sont significativement moins fréquentes que le type de réponses suivant « oui j'ai eu ce problème mais je n'ai pas vu de professionnel de santé » (37 % *versus* 52 % dans le cas d'un syndrome grippal et 12 % *versus* 36 % dans le cas d'un mal de dos). Or pour une demande de contraception, c'est exactement l'inverse. Les personnes qui pensent qu'elles n'auraient pas recours aux soins pour utiliser un moyen contraceptif sont significativement plus fréquentes que celles qui, dans la réalité, recourent aux soins pour la prescription d'un contraceptif (13 % *versus* 6 %).

## Habitudes face à des symptômes spécifiques

### ➤ L'OTITE CHEZ L'ENFANT

Dans l'analyse de cette question, nous avons pris en compte les ménages ayant des enfants mineurs (0 à 17 ans), soit 748 ménages (54 % des ménages). Cependant, 588 ménages seulement ont répondu (43 %). Chez 64 % des répondants, un enfant a déjà souffert d'une otite, sans différence significative entre les différents bassins de vie.

#### Types de professionnels impliqués dans le traitement de l'otite chez l'enfant

**Tableau 27**

	A-t-il (aura-t-il) recouru à un professionnel de santé pour une otite chez l'enfant?			
	Médecin généraliste	Orl	Pédiatre	Non-recours
Ensemble (N=588)	57 %	38 %	5 %	0 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La totalité des ménages soignent (ou soigneraient) leur enfant devant un problème d'otite. Ces soins sont toujours prodigués par des médecins, en tête desquels vient le généraliste (57 %) suivi du spécialiste (43 %). Parmi les spécialistes, l'oto-rhino-laryngologiste (Orl) est le plus cité (38 % de l'ensemble des professionnels cités), le pédiatre, quant à lui, n'est cité que par 5 % des ménages confrontés à une telle affection.

**Tableau 28**

	A-t-il (aura-t-il) recouru à un professionnel de santé pour une otite chez l'enfant?		
	Médecin généraliste	Spécialiste	Non-recours
Artois (N=171)	63 %	37 %	0 %
<i>réels (N=114)</i>	64 %	36 %	0 %
<i>supposés (N=57)</i>	61 %	39 %	0 %
Hainaut (N=93)	54 %	46 %	0 %
<i>réels (N=61)</i>	46 %	54 %	0 %
<i>supposés (N=32)</i>	69 %	31 %	0 %
Littoral (N=133)	53 %	47 %	0 %
<i>réels (N=81)</i>	48 %	52 %	0 %
<i>supposés (N=52)</i>	60 %	40 %	0 %
Métropole (N=195)	55 %	45 %	0 %
<i>réels (N=129)</i>	53 %	47 %	0 %
<i>supposés (N=66)</i>	61 %	39 %	0 %
Ensemble (N=592)	57 %	43 %	0 %
<i>Ensemble réels (N=385)</i>	54 %	46 %	0 %
<i>Ensemble supposés (N=207)</i>	62 %	38 %	0 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Pour les types de professionnels sollicités, il n'existe pas de différence entre les ménages des différents bassins de vie. Les recours réels et supposés sont presque partout similaires.

Il n'y a que dans le Hainaut où la différence entre recours réels et supposés est significative. Ainsi, les ménages ayant eu à soigner un de leurs enfants pour une otite ont consulté le plus souvent un spécialiste (Orl ou pédiatre), ceux qui ont été mis en situation consulteraient un généraliste dans plus de deux tiers des cas. Dans le bassin de vie Littoral, les recours réels ou supposés varient dans le même sens que dans le Hainaut mais de façon moins marquée et donc non significative. Dans l'Artois et la Métropole, qu'il soit réel ou supposé, le recours s'oriente toujours plus souvent vers le médecin généraliste.

*L'origine du contact avec le professionnel impliqué dans le traitement de l'otite chez l'enfant*

**Tableau 29**

<i>Qui vous a recommandé le professionnel de santé spécialisé*...</i>	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
...qui vous a soigné (N=176)	61 %	39 %
...qui vous soignerait (N=80)	45 %	55 %
Ensemble (N=256)	56 %	44 %

\* Orl, pédiatre

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Ce sont les médecins généralistes qui, dans plus de la moitié des cas, recommandent une consultation chez un Orl ou un pédiatre pour la prise en charge d'une otite. Cette orientation par le médecin généraliste est plus fréquente chez les ménages ayant eu un enfant souffrant d'otite que chez ceux dont aucun enfant n'a connu cette affection (61 % *versus* 45 %). En revanche, l'orientation ne varie pas selon le bassin de vie du ménage.

### ➤ L'ACNÉ JUVÉNILE

S'agissant des problèmes d'acné, seuls 38 % des ménages ont répondu à la question. Parmi ces 38 % de réponses, un enfant du ménage a déjà eu de l'acné au cours de l'adolescence dans 55 % des cas. La fréquence, dans les ménages, d'un problème d'acné chez un enfant n'est pas différente selon l'aire géographique.

Types de professionnels impliqués dans le traitement de l'acné juvénile

Tableau 30

Un adolescent du ménage a-t-il déjà eu de l'acné ?	A-t-il (aura-t-il) recouru à un professionnel de santé ?			
	Dermatologue	Médecin généraliste	Autre professionnel de santé	Non-recours
oui (N=286)	39 %	28 %	8 %	24 %
non (N=222)	50 %	37 %	5 %	9 %
Ensemble (N=508)	44 %	32 %	7 %	17 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Dans les ménages ayant connu un problème d'acné, 24 % n'ont jamais eu recours à un professionnel de santé (19 % disent s'être soignés eux-mêmes, et 5 % ne pas s'être soignés du tout). L'attitude qui consisterait à ne pas recourir au système de soins est peu fréquente (9 %) dans les ménages ne connaissant pas le problème d'acné chez un enfant. Les ménages ayant été confrontés à un problème d'acné chez un enfant ont effectivement sollicité un dermatologue dans 39 % des cas, un médecin généraliste dans 28 % des cas. Ceux dont les enfants n'ont pas connu ce problème d'acné, souhaiteraient s'adresser aux mêmes types de professionnels (50 % pour le dermatologue, 37 % pour le généraliste). Les recours à d'autres professionnels de santé se font auprès des pharmaciens plus de neuf fois sur dix.

Tableau 31

	A-t-il (aura-t-il) recouru à un professionnel de santé pour un problème d'acné ?			
	Dermatologue	Médecin généraliste	Autre professionnel de santé	Non-recours
Artois (N=179)	45 %	36 %	9 %	9 %
réels (N=89)	43 %	34 %	10 %	13 %
supposés (N=90)	47 %	39 %	9 %	6 %
Hainaut (N=91)	36 %	40 %	2 %	22 %
réels (N=50)	38 %	30 %	4 %	28 %
supposés (N=41)	34 %	51 %	0 %	15 %
Littoral (N=87)	41 %	29 %	6 %	24 %
réels (N=55)	31 %	27 %	9 %	33 %
supposés (N=32)	59 %	31 %	0 %	9 %
Métropole (N=151)	48 %	25 %	7 %	21 %
réels (N=92)	40 %	23 %	9 %	28 %
supposés (N=59)	59 %	27 %	5 %	8 %
Ensemble (N=508)	44 %	32 %	7 %	18 %
Ensemble réels (N=286)	39 %	28 %	8 %	24 %
Ensemble supposés (N=222)	50 %	37 %	5 %	9 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Si l'on regarde, en fonction des territoires, le recours au système de soins pour un problème d'acné, on constate que c'est dans l'Artois que les ménages ont le plus souvent recours au système de soins. Dans ce bassin de vie, comme dans le Hainaut, la différence entre recours réels et supposés n'est pas significative.

En dehors du Hainaut, le recours se fait plus fréquemment auprès du dermatologue que du généraliste, surtout dans la Métropole (48 % *versus* 25 %). Les recours supposés diffèrent significativement des recours réels, avec trois fois plus de non-recours réels que supposés, au détriment du dermatologue qui est moins souvent consulté dans les faits, surtout sur le Littoral (31 % *versus* 59 %).

*L'origine du contact avec le dermatologue impliqué dans le traitement de l'acné juvénile*

**Tableau 32**

<i>Qui vous a recommandé le dermatologue ...</i>	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
...qui vous a soigné (N=110)	42 %	58 %
...qui vous soignerait (N=107)	26 %	74 %
Ensemble (N=217)	34 %	66 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Interrogés sur l'origine du contact avec les dermatologues qui prennent en charge les soins de l'acné, les ménages n'attribuent ce contact aux médecins généralistes que dans un tiers des cas.

Il semblerait cependant que les ménages ayant un enfant avec de l'acné suivent plus souvent les recommandations du médecin généraliste pour s'adresser à un dermatologue que les ménages n'ayant pas eu de problème d'acné (42 % *versus* 26 %).

Lorsque l'on examine l'origine de ces contacts en fonction des bassins de vie, il n'y a pas de différence significative entre les ménages des différents territoires régionaux.

➤ LE SUIVI DE LA GROSSESSE

**Tableau 33**

Avez-vous un enfant de moins de six ans ?	Nombre de ménages	%
Oui	261	19 %
Non	575	42 %
Ménage non concerné *	547	40 %
Ensemble	1 383	100 %

\* Ménage sans mère en âge de procréer

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les questions se rapportant au suivi de la grossesse nous ont permis de distinguer deux groupes parmi les répondants : le premier groupe, constitué des « ménages concernés », et le deuxième des « ménages non concernés ».

Un « ménage concerné » est un ménage qui se caractérise par la possibilité de procréer et/ou d'avoir un enfant de moins de six ans.

Un « ménage non concerné »<sup>14</sup> est un ménage dans lequel il n'existe pas d'enfant de moins de six ans et dont la femme n'est plus en âge de procréer (âge supérieur à 49 ans).

**Tableau 34**

	Avez-vous un enfant de moins de six ans ?		
	Oui	Non	Ménage non concerné *
Artois (N=438)	19 %	38 %	43 %
Hainaut (N=244)	16 %	39 %	45 %
Littoral (N=273)	19 %	50 %	31 %
Métropole (N=428)	20 %	42 %	38 %
Ensemble (N=1 383)	19 %	42 %	40 %

\* Ménage sans mère en âge de procréer

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Sur le plan géographique, la répartition des ménages est statistiquement différente selon les secteurs. Ainsi, c'est dans le Hainaut que les ménages concernés

<sup>14</sup> Pour les responsables de ménage de sexe masculin, vivant seuls (avec ou sans enfant), le refus de répondre à la question entraîne, systématiquement, le classement de leur ménage dans le groupe des « non concernés ».

sont le moins représentés (55 %) et dans le Littoral qu'ils le sont le plus (69 %). En revanche, parmi les ménages concernés, le pourcentage de ceux ayant un enfant de moins de six ans ne varie pas selon les bassins de vie.

Dans cette approche du suivi de la grossesse, il semble logique de ne pas prendre en compte dans l'analyse les ménages dits « non concernés ». Ainsi, pour rechercher une différence, si toutefois elle existe, entre les ménages ayant un enfant de moins de six ans et ceux ayant la possibilité d'en avoir, nous n'avons retenu et analysé que les réponses des « ménages concernés ».

L'échantillon analysé est donc constitué de 836 ménages se répartissant en 261 ménages avec un enfant de moins de six ans (31 %) et 575 ménages sans enfant de moins de six ans mais ayant la possibilité d'en avoir (69 %).

#### *Suivi de la grossesse dans les ménages concernés*

Toutes les questions relatives à l'item de grossesse n'ont été posées qu'aux ménages concernés. En fait, seulement 233 ménages sur les 575 n'ayant pas d'enfant ou ayant des enfants de plus de six ans, ont répondu aux questions sur le suivi de grossesse. Il est probable que beaucoup de ménages ne se soient pas sentis concernés par ces questions alors que la mère était encore en âge de procréer. Tous les ménages ayant un enfant de moins de six ans ont répondu, si bien qu'au total, le nombre de répondants pour cet item est de 489 sur 836 ménages concernés (58 %).

#### *Types de professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse*

**Tableau 35**

	<i>Qui la suivie au cours de la grossesse / Qui la suivrait si le était enceinte ?</i>		
	<i>Maternité et Pmi</i>	<i>Gynécologue de ville</i>	<i>Généraliste</i>
Ensemble (N=489)	41 %	41 %	18 %

*Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000*

Parmi les 489 réponses concernant le type de suivi de la grossesse, aucune ne mentionne un non-suivi par un professionnel de santé. D'après l'analyse, trois types de professionnels sont (ou seraient) impliqués dans ce suivi : le personnel de santé de la maternité –publique ou privée– et de la Pmi (41 %), le gynécologue de ville (41 %) et le médecin généraliste (18 %). Les types de professionnels sollicités ne diffèrent pas selon que les ménages ont ou n'ont pas d'enfant de moins de six ans.

**Tableau 36**

	Qui la suivie au cours de la grossesse / Qui la suivrait si elle était enceinte ?		
	Maternité et Pmi	Gynécologue de ville	Généraliste
Artois (N=133)	44 %	35 %	21 %
<i>réels (N=81)</i>	49 %	30 %	21 %
<i>supposés (N=52)</i>	37 %	42 %	21 %
Hainaut (N=82)	40 %	46 %	13 %
<i>réels (N=38)</i>	45 %	53 %	3 %
<i>supposés (N=44)</i>	36 %	41 %	23 %
Littoral (N=120)	32 %	47 %	22 %
<i>réels (N=52)</i>	29 %	46 %	25 %
<i>supposés (N=68)</i>	34 %	47 %	19 %
Métropole (N=154)	46 %	39 %	15 %
<i>réels (N=85)</i>	42 %	42 %	15 %
<i>supposés (N=69)</i>	51 %	35 %	14 %
Ensemble (N=489)	41 %	41 %	18 %
<i>Ensemble réels (N=256)</i>	42 %	41 %	17 %
<i>Ensemble supposés (N=233)</i>	40 %	41 %	19 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Selon le bassin de vie d'habitation des ménages, il n'y a que dans le Hainaut que les recours réels diffèrent des recours supposés. En effet, près d'un ménage sur quatre pense que la grossesse serait suivie par le médecin généraliste, dans les faits cela ne se vérifie que dans 3 % des cas. Ailleurs, les différences entre types de professionnels et entre recours réels et supposés ne sont pas assez importantes pour être significatives.

*L'origine du contact avec le professionnel impliqué dans le suivi de la grossesse*

Parmi les ménages interrogés sur l'origine du contact avec leur gynécologue pour le suivi d'une grossesse, 13 % d'entre eux seulement l'imputent au médecin généraliste, sans différence entre les recours réels et supposés.

**Tableau 37**

	Qui vous a recommandé le gynécologue * qui vous a (aura) soigné ?	
	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
Artois (N=102)	8 %	92 %
Hainaut (N=69)	22 %	78 %
Littoral (N=94)	9 %	91 %
Métropole (N=130)	15 %	85 %
Ensemble (N=395)	13 %	87 %

\* Gynécologue de ville, de la maternité ou de la Pmi

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Selon le bassin de vie, l'on constate une différence d'origine du contact avec le professionnel. Dans les communes de la Métropole et du Hainaut, pour environ 15 à 22 % des ménages, le contact émane de l'avis du généraliste, à l'opposé dans l'Artois et dans le Littoral, cela ne concerne que 8 à 9 % des ménages. Cette tendance est la même que l'on s'intéresse aux grossesses effectives ou non effectives.

➤ TENTATIVES D'ARRÊT OU DE DIMINUTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Le résultat obtenu (dans 7 % des ménages où quelqu'un de la famille a arrêté ou diminué la consommation d'alcool) ne reflète probablement pas le nombre de familles ayant (ou ayant eu) un problème lié à l'alcool dans la région.

**Tableau 38**

	<i>Que l'un du ménage a-t-il déjà essayé de diminuer ou d'arrêter sa consommation d'alcool ?</i>	
	Oui	Non
Artois (N=434)	6 %	94 %
Hainaut (N=243)	12 %	88 %
Littoral (N=273)	5 %	95 %
Métropole (N=427)	6 %	94 %
Ensemble (N=1 377)	7 %	93 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Dans le Hainaut, il y a proportionnellement deux fois plus de ménages ayant déclaré qu'une personne du foyer avait tenté d'arrêter ou de diminuer sa consommation de boissons alcoolisées.

*Types de professionnels impliqués dans les tentatives d'arrêt ou de diminution de la consommation de boissons alcoolisées*

L'étude montre que les ménages ne connaissant pas réellement pour eux-mêmes un problème d'alcool se feraient, le cas échéant, plus souvent soigner (91 %) que ceux qui y sont réellement confrontés (57 %). Dans le cadre d'un arrêt ou d'une diminution de la consommation d'alcool, trois catégories de professionnels sont (ou seraient) sollicitées par les ménages : le médecin généraliste (43 %), les professionnels de santé spécialisés –alcoologues, psychiatres, psychologues...– (27 %) et les personnels d'associations d'aide aux malades alcooliques –mouvements néphalistes et autres– (18 %).

**Tableau 39**

Un adulte du ménage a-t-il déjà essayé de diminuer ou d'arrêter de boire ?	A-t-il (aura-t-il) recouru à un professionnel de santé ?			
	Médecin généraliste	Professionnel de santé spécialisé	Association	Non-recours
oui (N=94)	22 %	31 %	4 %	43 %
non (N=932)	45 %	26 %	19 %	9 %
Ensemble (N=1 026)	43 %	27 %	18 %	12 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les ménages, dont l'un des membres a essayé de diminuer ou d'arrêter sa consommation de boissons alcoolisées, sont 31 % à consulter des professionnels spécialisés, 22 % un médecin généraliste, et 4 % une association. Quant aux ménages ne déclarant pas ce type de problème, ils consulteraient de préférence, pour 45 % d'entre eux, le médecin généraliste si le besoin se faisait sentir. Ils s'adresseraient aussi plus volontiers à une association (19 % *versus* 4 %).

Il n'existe pas de différence par bassin de vie, ni pour les types de professionnels sollicités, ni pour la proportion de non-recours, dans le cadre des recours réels pour diminution ou arrêt de la consommation de boissons alcoolisées. En revanche, s'agissant des recours non effectifs, les ménages, selon les quatre territoires, sont significativement différents.

**Tableau 40**

	A-t-il (aura-t-il) recouru à un professionnel de santé pour diminuer ou arrêter sa consommation d'alcool ?			
	Médecin généraliste	Professionnel de santé spécialisé	Association	Non-recours
Artois (N=350)	47 %	25 %	16 %	12 %
<i>réels (N=25)</i>	32 %	24 %	12 %	32 %
<i>supposés (N=325)</i>	49 %	25 %	16 %	11 %
Hainaut (N=173)	45 %	24 %	10 %	22 %
<i>réels (N=29)</i>	24 %	31 %	3 %	41 %
<i>supposés (N=144)</i>	49 %	22 %	11 %	18 %
Littoral (N=168)	13 %	48 %	35 %	5 %
<i>réels (N=14)</i>	7 %	64 %	0 %	29 %
<i>supposés (N=154)</i>	13 %	47 %	38 %	3 %
Métropole (N=335)	53 %	20 %	16 %	11 %
<i>réels (N=26)</i>	19 %	19 %	0 %	62 %
<i>supposés (N=309)</i>	56 %	20 %	18 %	7 %
Ensemble (N=1 026)	43 %	27 %	18 %	12 %
<i>Ensemble réels (N=94)</i>	22 %	31 %	4 %	43 %
<i>Ensemble supposés (N=932)</i>	45 %	26 %	19 %	9 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Ainsi, les ménages de la Métropole, de l'Artois et du Hainaut se caractérisent essentiellement par un recours supposé au médecin généraliste pour une tentative

d'arrêt ou de diminution de la consommation de boissons alcoolisées (respectivement 56 % et 49 %), tandis que dans le bassin de vie Littoral, le recours est, avec 47 % des cas, majoritairement spécialisé, puis, avec 38 % des cas, fréquemment associatif avant de s'orienter, dans seulement 13 % des cas, vers le médecin généraliste, le taux de non-recours, enfin, y est le plus bas (5 %).

*Origine du contact avec le professionnel impliqué dans les tentatives d'arrêt ou de diminution de la consommation de boissons alcoolisées*

Dans près de deux tiers des cas, parmi les ménages ayant connu le problème, c'est le médecin généraliste qui a orienté le patient vers un spécialiste pour l'aider à diminuer ou arrêter sa consommation. Pour les ménages où personne n'a entrepris une démarche de diminution ou de sevrage d'alcool, le médecin généraliste n'interviendrait que dans 43 % des cas.

**Tableau 41**

<i>Qui vous a recommandé le professionnel de santé spécialisé * ...</i>	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
...qui vous a soigné (N=28)	64 %	36 %
...qui vous soignerait (N=199)	43 %	57 %
Ensemble (N=227)	45 %	55 %

\* A l'ologue, psychiatre, psychologue...

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Pour toutes les formes de recours (supposés ou réels), l'orientation vers un professionnel de santé spécialisé varie selon les territoires. Ainsi, le médecin généraliste est (serait) à l'origine de l'orientation dans 52 % des cas dans le Littoral et le Hainaut, dans 38 à 42 % des cas seulement dans l'Artois et la Métropole.

**Tableau 42**

	<i>Qui vous a recommandé le professionnel de santé spécialisé* qui vous a (aurait) soigné pour diminuer ou arrêter les boissons alcoolisées?</i>	
	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
Artois (N=78)	38 %	62 %
Hainaut (N=25)	52 %	48 %
Littoral (N=79)	52 %	48 %
Métropole (N=45)	42 %	58 %
Ensemble (N=227)	45 %	55 %

\* A l'ologue, psychiatre, psychologue...

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Par ailleurs, l'origine de l'orientation varie avec le type d'orientation. Ainsi, les ménages s'adressant à un médecin généraliste sont orientés par leur entourage dans 52 % des cas, ceux qui contactent un alcoologue, un psychiatre ou un psychologue, sont conseillés par un généraliste dans 45 % des cas, enfin, les ménages qui ont recours aux associations d'anciens buveurs se sont orientés à partir des médias dans 55 % des cas.

**Tableau 43**

Types de professionnels ou services :	Qui vous a recommandé le professionnel ou le service qui vous a (aura)t soigné pour diminuer ou arrêter les boissons alcoolisées ?				
	Le médecin généraliste	L'entourage	Les médias	L'annuaire ou la plaque dans la rue	Autre
Médecins généralistes (N=427)	13 %	52 %	2 %	18 %	15 %
Médecins spécialistes (N=227)	45 %	22 %	13 %	2 %	18 %
Associations (N=177)	11 %	20 %	55 %	4 %	10 %
Ensemble (N=831)	21 %	37 %	16 %	11 %	15 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

## ➤ CONCLUSION

Cette famille de symptômes est très hétérogène. Ainsi est-il difficile de faire une synthèse des réponses concernant les pathologies de l'enfant et de l'adolescent, la grossesse et la réduction de la consommation d'alcool.

Un premier constat est, qu'hormis les problèmes d'alcool qui sont plus fréquemment déclarés par les ménages du Hainaut, les trois motifs de soins spécifiques étudiés semblent survenir à fréquence égale dans les quatre bassins de vie de la région.

Dans le cas de symptômes « indéniables » comme l'otite chez l'enfant (généralement très douloureuse et ne cédant pas spontanément) ou la grossesse, tous les ménages déclarent avoir eu recours (ou qu'ils auraient recours, le cas échéant) au système de soins. En revanche, dans le cas de pathologies comme l'acné et l'alcoolisme, le non-recours est parfois très fréquent, surtout dans les faits.

La spécificité essentielle des recours aux soins dans le cadre d'une diminution ou d'un arrêt de consommation d'alcool réside dans l'écart considérable entre recours effectifs et recours supposés. Les segments du système de soins rencontrés

ne le sont jamais dans les mêmes proportions. La part de non-recours est énorme puisque l'on passe de 9 à 43 % entre faits supposés et réels. Près d'une personne sur deux tente donc de changer son comportement vis-à-vis de l'alcool sans avoir recours à un professionnel ; une sur dix pense, *a priori*, n'avoir besoin d'aucun professionnel lorsque le motif de recours ne s'est pas présenté.

Parmi les types de professionnels, les spécialistes sont (seraient) davantage consultés que les généralistes pour une grossesse (82 % *versus* 18 %) et pour une acné (44 % *versus* 32 %). C'est l'inverse dans le cas d'une otite (43 % *versus* 57 %) et d'un sevrage alcoolique (27 % *versus* 43 %).

Le recours aux médecins généralistes varie selon les bassins de vie et selon le problème de santé évoqué. Ainsi, dans l'Artois, les ménages font plus souvent appel à leur médecin traitant pour une otite, et ne se distinguent pas des autres bassins de vie pour les autres symptômes.

Dans le Hainaut, plus fréquemment qu'ailleurs, ils ont recours à lui pour une acné et, au contraire, nettement moins souvent pour une grossesse.

Dans le Littoral, le médecin généraliste est très rarement cité pour la prise en charge d'un problème d'alcool, assez peu également pour le traitement de l'acné.

Enfin, dans la Métropole, c'est pour l'acné que le médecin généraliste est moins souvent cité que dans les autres bassins de vie et pour la prise en charge d'un problème d'alcool qu'il l'est le plus.

En outre, la place du médecin généraliste dans l'orientation vers un spécialiste est variable selon les spécialités et plus nette dans les recours réels que supposés. Ainsi intervient-il pour 61 % des orientations vers un Orl, pour 45 % vers les spécialistes de l'alcool, 42 % vers les dermatologues, et seulement 13 % vers les gynécologues.

Il est également intéressant de constater que ces pourcentages diminuent de 20 points en moyenne lorsqu'il s'agit de recours supposés, sauf pour le suivi d'une grossesse. Ainsi, dans le cas de symptômes spécifiques comme une otite, une acné ou une dépendance à l'alcool, les ménages pensent qu'ils s'adresseraient directement à un spécialiste, alors que dans la réalité ils sont plus nombreux à consulter leur médecin généraliste en première intention. Il semble bien que dans le cas de symptômes spécifiques, le recours aux soins spécialisés soit lié au médecin généra-

liste. Par exemple, si dans le Littoral 13 % seulement des ménages se sont adressés (ou s'adresseraient) à leur médecin traitant pour prendre en charge un problème d'alcoolisme, 52 % de ceux qui ont consulté ou consulteraient un spécialiste sont orientés par un médecin généraliste.

L'« effet passerelle » s'avère donc encore plus explicite pour les symptômes spécifiques que pour les symptômes plus généraux.

## Habitudes pour des difficultés d'ordre psychologique

### ➤ SYNDROME DÉPRESSIF CHEZ L'ADULTE

Dans 50 % des ménages interrogés, un des adultes a présenté au moins deux des symptômes suivants : insomnie, envie fréquente de pleurer, impression d'être triste, sans moral, persistant durant plusieurs semaines.

#### *Comportement de soins face à un syndrome dépressif*

**Tableau 44**

<i>Un adulte du ménage a-t-il déclaré eu un syndrome dépressif ?</i>	<i>A-t-il (ou a-t-il) recouru à un professionnel de santé ?</i>			
	<i>Médecin généraliste</i>	<i>Psychiatre ou neuro- psychiatre</i>	<i>Psychologue</i>	<i>Non-recours</i>
<i>oui (N=695)</i>	45 %	7 %	2 %	46 %
<i>non (N=602)</i>	59 %	5 %	3 %	33 %
<i>Ensemble (N=1 297)</i>	51 %	6 %	3 %	40 %

*Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000*

Parmi les adultes des ménages qui ont souffert d'un syndrome dépressif, guère plus de la moitié d'entre eux n'a eu recours à un professionnel de santé (54 %). Lorsque l'on a demandé aux autres ménages quelle attitude serait la leur s'ils étaient confrontés à ce problème, ils ont été nettement plus nombreux à dire qu'ils recourraient au système de soins (67 %).

Le recours se fait (ou se ferait) dans 51 % des cas chez un médecin généraliste, dans 9 % des cas auprès d'un professionnel spécialisé (psychiatre, neurologue ou psychologue). Parmi l'ensemble des recours possibles, les recours auprès des professionnels spécialisés sont cités un peu plus fréquemment lorsqu'il s'agit de recours effectifs. En effet, ils représentent 17 % des recours effectifs et 12 % seulement des recours supposés.

Tableau 45

	A-t-il (aurait-il) recouru à un professionnel de santé pour un syndrome dépressif ?		
	Médecin généraliste	Psychiatre ou psychologue	Non-recours
Artois (N=416)	52 %	8 %	40 %
<i>réels (N=205)</i>	43 %	9 %	48 %
<i>supposés (N=211)</i>	61 %	7 %	32 %
Hainaut (N=228)	47 %	5 %	48 %
<i>réels (N=145)</i>	43 %	6 %	51 %
<i>supposés (N=83)</i>	55 %	2 %	42 %
Littoral (N=239)	58 %	10 %	32 %
<i>réels (N=126)</i>	53 %	10 %	37 %
<i>supposés (N=113)</i>	63 %	10 %	27 %
Métropole (N=411)	49 %	10 %	41 %
<i>réels (N=216)</i>	43 %	9 %	48 %
<i>supposés (N=195)</i>	56 %	11 %	33 %
Ensemble (N=1 294)	51 %	9 %	40 %
<i>Ensemble réels (N=692)</i>	45 %	9 %	46 %
<i>Ensemble supposés (N=602)</i>	59 %	8 %	33 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La proportion de recours est moins élevée dans le Hainaut, particulièrement quand il s'agit des professionnels spécialisés qui ne sont sollicités que par 5 % des ménages. Dans le cas d'un recours, dans tous les bassins de vie, environ 85 % des ménages s'orientent ou s'orienteraient vers leur médecin généraliste. Que ce soit dans les faits ou dans les mises en situation, les spécialistes de la santé mentale sont très rarement évoqués. Dans l'Artois et la Métropole, les recours réels sont nettement moins fréquents que les recours supposés, dans les autres bassins de vie aussi mais de façon non significative.

#### *Origine du choix du professionnel spécialisé*

Le médecin généraliste est à l'origine de l'orientation vers un psychiatre ou un psychologue pour la prise en charge d'un syndrome dépressif dans 46 % des cas, mais de façon très variable selon que les recours sont effectifs ou supposés. Ainsi, dans le cas des recours effectifs, il est à l'origine de l'orientation vers un spécialiste dans 61 % des cas.

Tableau 46

<i>Qui vous a recommandé le professionnel de santé spécialisé * ...</i>	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
...qui vous a soigné (N=61)	61 %	39 %
...qui vous soignerait (N=49)	29 %	71 %
Ensemble (N=110)	46 %	54 %

\* Psychiatre, psychologue...

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

## ➤ CONCLUSION

54 % des ménages recourent à un professionnel de santé dans le cas d'un syndrome dépressif.

Cependant, la proportion de non-recours à un professionnel dans le cas d'un besoin effectif est comparable à celle constatée précédemment avec la diminution / arrêt de consommation d'alcool. Il est tentant de relier ce phénomène à la sous-densité de psychiatres de la région. L'inadéquation entre besoin et offre de soins psychiatriques pourrait expliquer une partie de ces comportements. L'influence du médecin généraliste semble également un facteur important puisqu'elle est à l'origine de l'orientation vers un psychiatre ou un psychologue dans près de deux tiers des cas, qu'il s'agisse d'un problème avec l'alcool ou d'un syndrome dépressif.

## Habitudes lors de motifs de recours hospitalier

### ➤ FRACTURE DE MEMBRE CHEZ UNE PERSONNE DE MOINS DE 60 ANS

*Types d'établissements impliqués dans la prise en charge d'une fracture de membre*

**Tableau 47**

Une personne de moins de 60 ans du ménage a-t-elle déjà eu une fracture de membre ?	Dans un établissement de quel secteur a-t-elle (ou a-t-il) été soignée ?			
	Dans son secteur	Dans un autre secteur		Hors région
		Métropole	Autre	
oui (N=266)	81 %	5 %	9 %	5 %
non (N=848)	91 %	5 %	4 %	0 %
Ensemble (N=1 114)	89 %	5 %	5 %	2 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

22 % des ménages interrogés ont, parmi eux, une personne âgée de moins de 60 ans qui s'est déjà cassé un bras ou une jambe.

En grande majorité, en cas de fracture de membre, les personnes se font soigner dans un des établissements hospitaliers de leur secteur sanitaire, c'est-à-dire au plus près de chez eux.

Pour les ménages qui ont indiqué un établissement situé dans un autre secteur sanitaire que le leur, il s'agit, dans la plupart des cas, de ménages domiciliés dans une commune proche d'un établissement hospitalier implanté dans le secteur sanitaire voisin. Les ménages concernés par la prise en charge d'une fracture de membre sont plus fréquemment hospitalisés hors de leur secteur, voire hors de leur région, que les autres ménages. Deux explications sont possibles : certaines personnes ont probablement été accidentées alors qu'elles se trouvaient hors de chez elles, sur leur lieu de vacances, par exemple ; d'autres ont dû être transférées dans un service spécialisé hors de leur secteur en raison d'une fracture « compliquée », situation à laquelle ne sont pas préparés, *a priori*, les ménages n'ayant pas déjà été victimes de fracture.

Tableau 48

	Dans un établissement de quel secteur a-t-elle (aurait-elle) été soignée pour une fracture de membre ?			
	Dans son secteur	Dans un autre secteur		Hors région
		Métropole	Autre	
Artois (N=349)	79 %	13 %	7 %	1 %
réels (N=58)	72 %	12 %	10 %	5 %
supposés (N=291)	80 %	13 %	7 %	1 %
Hainaut (N=201)	91 %	1 %	6 %	1 %
réels (N=54)	85 %	6 %	6 %	4 %
supposés (N=147)	93 %	0 %	6 %	1 %
Littoral (N=227)	93 %	2 %	4 %	1 %
réels (N=67)	85 %	4 %	7 %	3 %
supposés (N=160)	96 %	1 %	3 %	0 %
Métropole (N=337)	94 %	-	4 %	2 %
réels (N=87)	82 %	-	10 %	8 %
supposés (N=250)	99 %	-	1 %	0 %
Ensemble (N=1 114)	89 %	5 %	5 %	2 %
Ensemble réels (N=266)	81 %	5 %	9 %	5 %
Ensemble supposés (N=848)	91 %	5 %	4 %	0 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

L'hospitalisation en cas de fracture chez l'adulte de moins de 60 ans se fait beaucoup plus souvent en dehors du secteur sanitaire d'habitation pour les ménages de l'Artois. Parmi ces derniers, 13 % ont (auraient) recours aux établissements hospitaliers de la Métropole et 7 % à ceux d'un autre secteur de la région. Les habitants du Hainaut et du Littoral, quant à eux, ne sont respectivement que 1 % et 2 % à recourir (ou à se déclarer, si besoin était, prêts à recourir) aux établissements de la Métropole.

Ce n'est que dans la Métropole que les recours réels diffèrent significativement des recours supposés. Ainsi 99 % des ménages supposent qu'ils seraient hospitalisés dans la Métropole, or, dans la réalité, 10 % sont allés dans un autre secteur et 8 % dans une autre région. Dans l'Artois, les ménages mis en situation donnent presque les mêmes réponses que les autres, ils sont même légèrement plus nombreux à citer un établissement de la Métropole (13 % *versus* 12 %).

#### *L'origine du choix de l'établissement hospitalier*

S'agissant des recours supposés, l'orientation ne relèverait du médecin traitant que dans 13 % des cas, d'un spécialiste dans 2 % d'entre eux, alors que dans les faits, ces praticiens interviennent respectivement dans 29 et 19 % des cas.

L'origine des recours, qu'ils soient effectifs ou non, n'est pas différente selon les territoires des ménages.

**Tableau 49**

Qui vous a recommandé l'établissement hospitalier...	Votre médecin généraliste	Un médecin spécialiste	L'entourage ou autre
...qui vous a pris en charge (N=262)	29 %	19 %	51 %
...qui vous prendrait en charge (N=841)	13 %	2 %	84 %
Ensemble (N=1 103)	17 %	6 %	77 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

### ➤ ACCOUCHEMENT

Les ménages concernés par cette question sont les mêmes que ceux présentés lors du paragraphe sur le suivi de la grossesse. Parmi les 575 ménages sans enfant de moins de 6 ans, 233 (58 %) ont répondu aux questions relatives à l'accouchement. On peut en déduire, comme lors de l'analyse sur le suivi de la grossesse, que le nombre de ménages concernés est en fait inférieur au nombre estimé.

#### *Types d'établissements impliqués dans l'accouchement*

Les ménages ayant répondu à la question : « Dans quel établissement avez-vous accouché / ou accoucheriez-vous ? » sont environ 99 % à citer un établissement de la région. Les secteurs des établissements cités ont, à peu de chose près, la même répartition parmi les ménages ayant eu un enfant dans les cinq dernières années et les autres. Ils sont répartis dans les mêmes proportions que pour la prise en charge d'une fracture de membre : dans le secteur sanitaire du ménage (86 %), dans la Métropole (7 %) et dans un autre secteur de la région (6 %). Il n'y a pas de différence significative entre les ménages ayant un enfant de moins de 6 ans et les autres.

**Tableau 50**

Avez-vous un enfant de moins de 6 ans ?	Dans un établissement de quel secteur avez-vous (auriez-vous) accouché ?			
	Dans son secteur	Dans un autre secteur		Hors région
		Métropole	Autre	
oui (N=256)	83 %	8 %	6 %	2 %
non (N=206)	90 %	5 %	5 %	0 %
Ensemble (N=462)	86 %	7 %	6 %	1 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Comme pour la prise en charge d'une fracture de membre, les habitants de l'Artois sont plus nombreux que ceux du Hainaut et du Littoral à choisir un établissement hospitalier de la Métropole (13 % *versus* 1 à 2 %). Il n'y a pas de différence significative entre recours réels et supposés dans chaque bassin de vie.

**Tableau 51**

	<i>Dans un établissement de quel secteur avez-vous (auriez-vous) accouché ?</i>			
	Dans son secteur	Dans un autre secteur Métropole	Autre	Hors région
Artois (N=127)	79 %	13 %	7 %	1 %
Hainaut (N=78)	91 %	1 %	6 %	1 %
Littoral (N=116)	93 %	2 %	4 %	1 %
Métropole (N=146)	94 %	-	4 %	2 %
Ensemble (N=467)	89 %	5 %	5 %	2 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

#### *L'origine du choix de l'établissement d'accouchement*

Le médecin généraliste est très rarement à l'origine du choix de l'établissement d'accouchement (9 %), et guère plus souvent, le gynécologue (22 %). Ce constat se vérifie tant pour les recours réels que supposés, et ce dans les quatre bassins de vie également.

**Tableau 52**

	<i>Qui vous a recommandé l'établissement d'accouchement ?</i>		
	Votre médecin généraliste	Un gynéco-obstétricien	L'entourage ou autre
Ensemble (N=458)	9 %	22 %	69 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

➤ CHIRURGIE CARDIAQUE

Très peu de ménages ont, parmi eux, une personne qui a bénéficié d'une intervention chirurgicale au niveau du cœur (5 %).

*Lieu d'hospitalisation pour la prise en charge de chirurgie cardiaque*

**Tableau 53**

Une personne du ménage a-t-elle subi une intervention cardiaque ?	Dans un établissement de quel bassin de vie a-t-elle (aura-t-elle) été opérée ?		
	Métropole	Artois Hainaut Littoral	Hors région
Ensemble (N=948)	79 %	15 %	5 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

79 % des interventions cardiaques se font (ou se feraient) dans la Métropole, 15 % dans un autre bassin de vie de la région, et 5 % dans une autre région. Aucune différence significative n'apparaît entre les ménages ayant subi une intervention et les autres, ce qui montre que les ménages mis en situation se représentent assez bien la réalité géographique de la prise en charge d'une telle pathologie.

**Tableau 54**

	Dans un établissement de quel bassin de vie a-t-elle (aura-t-elle) été opérée du cœur ?			
	Dans son bassin de vie	Dans un autre bassin de vie Métropole	Autre	Hors région
Hors métropole (N=656)	20 %	72 %	2 %	6 %
Artois (N=322)	14 %	74 %	4 %	8 %
Hainaut (N=164)	31 %	62 %	2 %	5 %
Littoral (N=170)	18 %	76 %	1 %	5 %
Métropole (N=292)	94 %	-	4 %	2 %
Ensemble (N=948)	43 %	50 %	2 %	5 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La distance entre le lieu d'hospitalisation pour la chirurgie cardiaque et le domicile des ménages varie très significativement selon les bassins de vie. Ainsi, la quasi-totalité des ménages de la Métropole se fait (ou se ferait) hospitaliser sur ce secteur, ce qui est logique puisque presque toute la chirurgie cardiaque se fait sur Lille. Néanmoins, 31 % des ménages du Hainaut citent leur propre bassin de vie

pour la prise en charge d'une intervention sur le cœur, alors que près de 80 % des ménages des deux autres territoires sont (ou seraient) également pris en charge sur la Métropole, soit en dehors de leur propre bassin de vie.

Quel que soit le bassin de vie considéré, aucune différence significative entre les recours réels et supposés n'est mise en évidence dans la répartition des lieux d'hospitalisation cités.

### *L'origine de la connaissance de l'établissement prenant en charge la chirurgie cardiaque*

**Tableau 55**

<i>Qui vous a recommandé l'établissement hospitalier...</i>	Votre médecin généraliste	Un cardiologue	L'entourage ou autre
...qui vous a opéré du cœur (N=45)	33 %	53 %	13 %
...qui vous opérerait du cœur (N=1 069)	29 %	4 %	67 %
Ensemble (N=1 114)	30 %	6 %	65 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

En réalité, c'est presque toujours le cardiologue (53 %) ou le médecin généraliste (33 %) qui indiquent l'établissement de l'intervention cardiaque, alors que dans la représentation, les ménages ne se fieraient pratiquement jamais à un cardiologue (4 %).

**Tableau 56**

	<i>Qui vous a recommandé l'établissement hospitalier qui vous a (aurait) opéré du cœur?</i>		
	Votre médecin généraliste	Un cardiologue	L'entourage ou autre
Artois (N=361)	23 %	4 %	73 %
Hainaut (N=166)	20 %	7 %	72 %
Littoral (N=264)	57 %	6 %	37 %
Métropole (N=323)	19 %	7 %	74 %
Ensemble (N=1 114)	30 %	6 %	65 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Entre les bassins de vie se dessine une différence très importante dans l'origine de l'orientation en chirurgie cardiaque, puisqu'elle est (serait) le fait du médecin généraliste pour 57 % des habitants du Littoral et pour seulement 19 à 23 % des

habitants des autres territoires. Il s'agit essentiellement d'une différence de représentation puisque le nombre de ménages ayant connu une intervention cardiaque est nettement inférieur au nombre de ménages mis en situation.

➤ PATHOLOGIE CANCÉREUSE

10 % des ménages ont, parmi eux, au moins une personne ayant eu un cancer. Il n'y a pas de différence de fréquence observée entre les quatre territoires régionaux. Les localisations des cancers déclarés sont présentées par ordre de fréquence dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 57**

<i>Localisations des pathologies cancéreuses déclarées</i>	
Sein	22 %
Poumon	16 %
Colo-rectal	10 %
Utérus	8 %
ORL	7 %
Hématologie	7 %
Autres	31 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

*Lieu d'hospitalisation pour la prise en charge d'un cancer*

**Tableau 58**

<i>Une personne du ménage a-t-elle déjà eu un cancer ?</i>	<i>Dans un établissement de quel bassin de vie a-t-elle (aura-t-elle) été soignée ?</i>		
	Métropole	Artois Hainaut Littoral	Hors région
oui (N=90)	59 %	32 %	9 %
non (N=800)	79 %	15 %	6 %
Ensemble (N=890)	77 %	17 %	7 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

59 % des personnes ayant réellement été soignées pour un cancer l'ont été dans la Métropole, 32 % d'entre elles dans un autre bassin de vie, et les 9 % restantes se sont orientées hors de la région. Cette répartition des lieux de prise en charge est différente dans la représentation des ménages qui pensent plus

souvent devoir être hospitalisés, pour ce type de pathologie, dans la Métropole (79 %) et moins fréquemment en dehors de la région (6 %). Ce sont essentiellement les habitants des bassins de vie autres que la Métropole qui estiment que les établissements de leur propre secteur ne sont pas habilités à prendre en charge les pathologies cancéreuses.

**Tableau 59**

	<i>Dans un établissement de quel secteur a-t-il (a-t-elle) été soigné pour ce cancer?</i>			
	Dans son secteur	Dans un autre secteur Métropole	Autre	Hors région
Artois (N=290)	18 %	73 %	1 %	8 %
Hainaut (N=159)	36 %	55 %	3 %	7 %
Littoral (N=173)	19 %	71 %	1 %	10 %
Métropole (N=268)	97 %	-	0 %	3 %
Ensemble (N=890)	45 %	48 %	1 %	7 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La répartition du lieu d'hospitalisation par rapport au lieu de domicile, en fonction des quatre territoires régionaux, varie significativement et montre la différence des représentations des ménages selon leur origine géographique. La quasi-totalité des habitants de la Métropole savent qu'ils ont la possibilité d'être soignés dans leur zone, et les personnes qui iraient se faire soigner hors de la région sont très rares (3 %). Dans le Hainaut, 36 % des ménages pensent qu'ils seraient soignés dans leur propre bassin de vie tandis que les habitants des autres zones sont moins de 20 % à être dans ce cas. Si l'on considère uniquement les recours réels, il est vrai qu'après la Métropole, c'est dans le Hainaut que la proportion de cancers pris en charge est la plus élevée (les chiffres sont trop faibles cependant pour être statistiquement significatifs).

Dans chaque bassin de vie, la répartition des secteurs d'hospitalisation cités ne montre pas de différence significative entre les recours réels et supposés.

*Origine du choix d'hospitalisation pour le traitement d'une pathologie cancéreuse*

**Tableau 60**

<i>Qui vous a recommandé l'établissement hospitalier ...</i>	Votre médecin généraliste	Un médecin spécialiste	L'entourage ou autre
...qui vous a soigné pour un cancer (N=87)	33 %	53 %	13 %
...qui vous soignerait pour un cancer (N=991)	29 %	4 %	67 %
Ensemble (N=1 078)	30 %	6 %	65 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

En situation réelle, c'est un médecin (généraliste ou spécialiste) qui, dans 86 % des cas, a orienté les personnes en établissement hospitalier pour la prise en charge de leur cancer.

En revanche, les ménages n'ayant jamais été confrontés à la prise en charge d'un cancer estiment, pour 67 % d'entre eux, qu'ils choisiraient un établissement sur les conseils de leur entourage et, dans un tiers des cas seulement, qu'ils se plieraient à l'avis de leur médecin.

**Tableau 61**

	<i>Qui vous a recommandé l'établissement hospitalier qui vous a soigné pour un cancer ?</i>		
	Votre médecin généraliste	Un médecin spécialiste	L'entourage ou autre
Artois (N=348)	30 %	2 %	68 %
Hainaut (N=166)	28 %	3 %	69 %
Littoral (N=264)	53 %	6 %	41 %
Métropole (N=308)	25 %	2 %	72 %
Ensemble (N=1 086)	34 %	3 %	63 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Le choix de l'établissement prenant en charge une pathologie cancéreuse est plus souvent basé sur un avis médical (généraliste, 53 %, ou spécialiste, 6 %) pour les habitants du Littoral que dans les autres bassins de vie où les habitants sont nettement plus souvent guidés par leur entourage. Il s'agit, comme pour la chirurgie cardiaque, d'une analyse s'appuyant en grande majorité sur des réponses de ména-

ges mis en situation et donc traduisant leur représentation du recours en cas de cancer.

### ➤ CONCLUSION

On se rend compte, dans ce chapitre, de la plus ou moins bonne représentation du paysage hospitalier de la part des ménages de la région. Ainsi, pour des soins nécessitant la proximité de l'établissement, les réponses des ménages mis en situation sont très proches de celles des ménages ayant vécu ces situations. Pour des soins très spécialisés comme la chirurgie cardiaque, les ménages sont au courant de la nécessité très fréquente de se rendre dans un des établissements de la Métropole. En revanche, pour la cancérologie, dont le développement dans les différents bassins de vie est encore récent, les ménages ne semblent pas assez informés puisque, mis en situation, ils iraient plus souvent vers la Métropole que dans la réalité.

L'analyse des recours hospitaliers démontre que la fonction « *passerelle* » du professionnel de santé est souvent capitale dans les recours effectifs aux soins, exception faite de l'accouchement pour lequel les choix des ménages s'imposent à l'évidence.

Lorsque les ménages le peuvent, leurs choix sont probablement influencés par la réputation des établissements. Mais, en cas de besoin, l'attraction de la renommée s'efface devant l'expertise réelle ou supposée du professionnel de soins.

Ce fait est encore plus flagrant pour les spécialistes qui semblent « inconnus » des ménages mis en situation, alors que leur rôle est prépondérant dans l'indication de l'hôpital chez ceux ayant été hospitalisés pour une chirurgie cardiaque ou un cancer.

On retrouve de façon plus marquée « l'effet passerelle » dans les ménages du Littoral, comme cela avait été constaté précédemment pour d'autres motifs de recours.

## Habitudes dans le domaine de la prévention

### ➤ FROTTIS CERVICO-VAGINAL ET MAMMOGRAPHIE

Tableau 62

	<i>Avez-vous pratiqué les examens de dépistage suivants :</i>			
	Frottis cervico-vaginal et mammographie	Frottis cervico-vaginal seul	Mammographie seule	Aucun des deux examens
Artois (N=383)	46 %	28 %	6 %	20 %
Hainaut (N=222)	36 %	28 %	9 %	27 %
Littoral (N=221)	41 %	43 %	4 %	12 %
Métropole (N=396)	47 %	30 %	3 %	20 %
Ensemble (N=1 222)	43 %	32 %	5 %	20 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

L'analyse par ménage montre que 48 % des femmes ont fait une mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein, et 75 % d'entre elles un frottis cervico-vaginal. 43 % des femmes ont pratiqué ces deux examens. Par contre, 20 % d'entre elles n'ont fait aucun examen, ce qui correspond à un pourcentage élevé.

Les ménages du Littoral et de la Métropole ont plus souvent réalisé des frottis cervico-vaginaux que les ménages des autres bassins de vie. En revanche, il n'existe pas de différence significative pour la réalisation de la mammographie chez les ménages des différents territoires.

Les ménages du Hainaut sont les plus nombreux à n'avoir réalisé aucun des deux examens de dépistage, à l'opposé, ceux du Littoral sont les moins nombreux.

#### *Types de professionnels impliqués dans la prescription de la mammographie et du frottis cervico-vaginal*

Dans notre population, la mammographie et le frottis cervico-vaginal sont des examens prescrits essentiellement par le gynécologue, dans 64 % des cas, et le médecin généraliste, dans 36 % des cas. Il existe une différence significative entre les ménages dans lesquels au moins un des deux examens a été réalisé et les ménages

qui n'ont réalisé aucun examen. Ainsi, ceux ayant réalisé les deux examens ou le frottis cervico-vaginal seul se sont adressés, dans 75 % des cas, à un gynécologue. Dans 63 % des cas, pour réaliser la mammographie seule, les ménages se sont adressés à un généraliste. La mammographie est un examen préconisé à partir de 50 ans, on peut penser qu'à cet âge, les femmes suivies par un gynécologue sont donc moins nombreuses. Très souvent (72 %), les ménages qui n'ont réalisé aucun des examens de dépistage pensent qu'ils s'adresseraient à un généraliste pour ce type de prise en charge.

**Tableau 63**

	<i>A-t-elle (aurait-elle) recouru à un professionnel de santé ?</i>	
	Gynécologue	Généraliste
Frottis cervico-vaginal et mammographie (N=529)	75 %	25 %
Frottis cervico-vaginal seul (N=387)	72 %	28 %
Mammographie seule (N=60)	37 %	63 %
Aucun des deux examens (N=217)	28 %	72 %
Ensemble (N=1 193)	64 %	36 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les résultats montrent que les ménages des divers territoires sont statistiquement différents pour la sollicitation des deux types de professionnels que sont les médecins généralistes et les gynécologues. Ainsi, lors de la réalisation effective des deux examens de dépistage ou du frottis seul, les ménages de l'Artois et du Hainaut ont (auraient) moins souvent consulté un gynécologue que dans la moyenne.

Il n'y a pas de différence significative observée entre les bassins de vie pour le prescripteur de la mammographie seule.

Dans les communes du Littoral, les ménages n'ayant réalisé aucun examen (recours supposés) consulteraient davantage un gynécologue que les autres.

**Tableau 64**

	Quelle professionnelle de santé lui a prescrit un frottis cervico-vaginal et/ou une mammographie ?	
	Gynécologue	Généraliste
Artois (N=373)	61 %	39 %
réels (N=306)	69 %	31 %
supposés (N=67)	25 %	75 %
Hainaut (N=215)	57 %	43 %
réels (N=160)	68 %	33 %
supposés (N=55)	27 %	73 %
Littoral (N=217)	71 %	29 %
réels (N=194)	74 %	26 %
supposés (N=23)	48 %	52 %
Métropole (N=388)	66 %	34 %
réels (N=316)	76 %	24 %
supposés (N=72)	24 %	76 %
Ensemble (N=1 193)	64 %	36 %
Ensemble réels (N=976)	72 %	28 %
Ensemble supposés (N=217)	28 %	72 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

*Origine du contact avec le gynécologue impliqué dans la prescription de la mammographie et/ou du frottis cervico-vaginal*

La source du contact des ménages avec les gynécologues n'est pas significative-ment différente selon que les examens ont été réalisés ou non, ni selon le type d'examen réalisé (frottis seul, mammographie seule ou les deux), ni selon le bassin de vie du ménage. C'est rarement le médecin généraliste qui est à l'origine du contact avec le gynécologue impliqué dans la réalisation des différents examens de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus (17 %).

**Tableau 65**

Qui vous a recommandé le gynécologue qui vous a (aura)t prescrit un frottis et/ou une mammographie ?	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
Ensemble (N=706)	17 %	83 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

## ➤ INFORMATION ET DÉPISTAGE DU SIDA

Tableau 66

	<i>Avez-vous effectué les démarches suivantes de prévention du sida :</i>		
	Dépistage du sida	Information sur le sida	Non-recours
Artois (N=418)	18 %	4 %	78 %
Hainaut (N=241)	25 %	2 %	73 %
Littoral (N=257)	22 %	3 %	75 %
Métropole (N=425)	30 %	5 %	65 %
Ensemble (N=1 341)	24 %	4 %	72 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les résultats de l'enquête indiquent que 24 % des ménages ont bénéficié d'un dépistage tandis que 4 % se sont informés sur le sujet. Il semble inquiétant que 72 % des ménages ne se soient ni informés, ni fait dépister.

L'analyse par bassin de vie montre que les ménages de la Métropole sont les plus nombreux, ceux de l'Artois les moins nombreux, par rapport à la moyenne des ménages, à avoir réalisé un dépistage ou à s'être informés.

*Types de professionnels impliqués dans l'information et le dépistage du sida*

Tableau 67

<i>Par quel professionnel de santé, le dépistage ou l'information sur le sida ...</i>	Généraliste	Hôpital ou spécialiste	Médecine préventive	Laboratoire	Association	Autre	Ne sait pas
...a-t-il été réalisé (N=355)	34 %	22 %	11 %	18 %	9 %	3 %	4 %
...serait-il réalisé (N=661)	52 %	4 %	6 %	2 %	4 %	1 %	32 %
Ensemble (N=1 016)	47 %	9 %	7 %	6 %	6 %	1 %	24 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Il existe une différence entre les recours effectifs et supposés pour les professionnels sollicités lors d'une démarche de dépistage ou d'information sur le sida. Dans le cadre des recours effectifs, les professionnels les plus fréquemment sollicités pour le dépistage du sida sont, par ordre d'intervention, les généralistes pour 34 % des cas, les hôpitaux ou les médecins spécialistes pour 22 %, les laboratoires d'analyses médicales pour 18 %, les services de médecine préventive (CDAG, PMI,

médecine du travail...) pour 11 % et les associations (AIDES, associations d'aide aux toxicomanes...) pour 9 %. S'agissant des recours supposés, les médecins généralistes seraient sollicités plus d'une fois sur deux et un tiers des personnes interrogées ne savent pas qui elles consulteraient. Les hôpitaux, les spécialistes et les laboratoires sont rarement évoqués.

**Tableau 68**

	Quelle professionnelle de santé a fait (ferait) un dépistage ou une information sur le sida ?					
	Généraliste	Hôpital ou spécialiste	Médecine préventive	Laboratoire	Association	Autre
Artois (N=418)	65 %	9 %	8 %	9 %	6 %	2 %
réels (N=91)	34 %	24 %	8 %	27 %	6 %	1 %
supposés (N=327)	76 %	4 %	8 %	3 %	6 %	2 %
Hainaut (N=241)	69 %	12 %	12 %	2 %	3 %	2 %
réels (N=66)	50 %	23 %	20 %	5 %	0 %	3 %
supposés (N=175)	80 %	5 %	8 %	0 %	5 %	1 %
Littoral (N=257)	49 %	12 %	7 %	14 %	14 %	3 %
réels (N=64)	24 %	16 %	8 %	27 %	19 %	6 %
supposés (N=193)	65 %	10 %	7 %	5 %	11 %	1 %
Métropole (N=425)	61 %	13 %	10 %	8 %	7 %	1 %
réels (N=149)	34 %	25 %	12 %	16 %	10 %	3 %
supposés (N=276)	79 %	4 %	9 %	3 %	5 %	0 %
Ensemble (N=1 341)	62 %	11 %	10 %	8 %	7 %	2 %
Ensemble réels (N=370)	35 %	23 %	12 %	18 %	9 %	3 %
Ensemble supposés (N=971)	76 %	5 %	8 %	3 %	7 %	1 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Lorsque l'on examine cette répartition sous l'angle des territoires, on constate des différences significatives pour les catégories de professionnels impliqués dans l'obtention de l'information sur le sida ou de son dépistage. Ainsi, dans le Littoral, les généralistes sont (ou seraient) moins souvent sollicités au profit des hôpitaux, des médecins spécialistes, des associations et des laboratoires. Dans le Hainaut, il est rare que cette prévention soit le fait des laboratoires et des associations, et il est plus fréquent que les ménages se tournent vers les services de médecine préventive.

Les écarts entre recours réels et supposés sont très marqués dans chaque bassin de vie :

- Les recours vers les médecins généralistes sont nettement plus faibles en réalité que lors des mises en situation avec, toutefois, une différence moindre dans le Hainaut.

- Les recours réels vers les médecins spécialistes et l'hôpital sont au contraire plus élevés dans la réalité, avec un moindre écart dans le Littoral où les ménages mis en situation y recourraient deux fois plus souvent que dans les autres bassins de vie.
- Les recours aux services de médecine préventive varient peu entre réalité et supposition sauf dans le Hainaut où, en regard des autres bassins, les recours réels sont plus de deux fois supérieurs.
- Les recours aux laboratoires sont rarement évoqués par les ménages mis en situation, en revanche, ils sont souvent déclarés lors des recours réels dans l'Artois, le Littoral et la Métropole.
- Enfin, le recours aux associations est très faible dans l'Artois et surtout dans le Hainaut. Il est plus élevé chez les habitants de la Métropole et encore supérieur chez ceux du Littoral où les recours réels sont deux fois plus fréquents que les supposés.

*Origine du contact avec le professionnel impliqué dans l'information et le dépistage du sida*

Que le dépistage et/ou l'information ait été fait ou non, quel que soit le bassin de vie du ménage, l'origine de l'orientation ne varie pas. En revanche, c'est en fonction du type d'orientation (supposée ou réelle) que l'origine varie significativement.

**Tableau 69**

<i>Qui vous a recommandé le professionnel qui vous a fait un dépistage ou une information sur le sida ?</i>		
Type d'orientation	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
Hôpital ou spécialiste (N=108)	12 %	88 %
Médecine préventive (N=85)	7 %	93 %
Laboratoire (N=77)	23 %	77 %
Association (N=72)	4 %	96 %
Ensemble (N=342)	12 %	88 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

L'origine du contact avec les différents professionnels rencontrés dans le cadre du dépistage du sida ou de l'obtention d'une information, est très rarement le fait

du médecin généraliste. Là où celui-ci intervient(drait) le plus souvent c'est lorsque les ménages se sont (seraient) orientés vers un laboratoire (23 %), mais cette proportion reste tout de même très faible sachant que légalement un examen de dépistage du sida doit être prescrit et rendu par un médecin.

### ➤ CONCLUSION

Près d'un ménage sur cinq déclare n'avoir jamais bénéficié d'un dépistage par frottis cervico-vaginal ou mammographie.

C'est entre les bassins de vie Littoral et Hainaut que les différences entre ménages sont les plus sensibles. Ainsi, dans le premier, 88 % des ménages ont pratiqué au moins l'un des deux examens, dans le second, ils ne sont que 73 %.

Ces actes relevant de la prévention sont principalement réalisés par des spécialistes, en particulier les frottis cervico-vaginaux. Ici encore, l'écart entre les recours effectifs et les recours supposés est incroyablement élevé dans l'ensemble. Les ménages pensent, *a priori*, que ces gestes devraient être réalisés par le généraliste, mais lorsque ceux-ci ont été pratiqués, ils l'ont été par des gynécologues.

Le même phénomène se réédite à propos du dépistage et de l'information sur le sida. En dépit des campagnes d'information, l'écart entre recours effectifs et recours supposés est comparable à celui de soins très spécialisés. Les généralistes attendus ne sont pas là. En revanche, le poids réel incombe surtout aux médecins spécialistes hospitaliers ou libéraux et, dans une moindre mesure, aux laboratoires et à la médecine préventive. Qui plus est, il est rare que ces professionnels soient consultés suite aux conseils de médecins généralistes.

On retrouve une très faible participation des médecins généralistes dans l'orientation vers les gynécologues pour les examens de dépistage des cancers féminins, phénomène déjà constaté dans le suivi de la grossesse et l'hospitalisation pour accouchement.

## Habitudes pour les soins des personnes âgées

### ➤ DIFFICULTÉS D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Sur 1 075 (77 %) ménages répondants, 28 % ont un parent ou grand-parent qui a des problèmes d'autonomie (besoin d'aide pour faire la toilette, le repas, s'habiller, etc.). Les problèmes d'autonomie rencontrés par un parent du ménage sont plus fréquents chez les ménages de l'Artois (32 %) et nettement moins fréquents chez ceux du Hainaut (23 %). Les ménages du Littoral et de la Métropole sont proches de la moyenne régionale (28 %).

*Personnes impliquées dans la prise en charge d'un parent ayant un problème d'autonomie*

**Tableau 70**

	<i>En cas de perte d'autonomie de l'un de vos parents, comment...</i>		
	Par la famille	Établissement pour personnes âgées	Autre mode (Garde-malade, soins à domicile...)
...est-il pris en charge ? (N=302)	54 %	26 %	20 %
...serait-il pris en charge ? (N=761)	41 %	13 %	46 %
Ensemble (N=1 063)	45 %	17 %	39 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

En cas de problème d'autonomie touchant un parent, c'est la famille qui, dans 54 % des cas, prend en charge celui-ci. Dans 26 % des ménages, le parent est pris en charge au sein d'un établissement pour personnes âgées. La gestion de la perte d'autonomie diffère selon qu'il s'agit, pour les ménages, d'une perte effective d'autonomie ou non. On remarquera ainsi que la prise en charge supposée d'un parent ayant une difficulté d'autonomie est davantage tournée vers les différents services d'aide à domicile alors que, dans la réalité, c'est plus souvent la famille ou un établissement qui prend en charge le parent.

Tableau 71

	<i>En cas de perte d'autonomie de l'un de vos parents, comment l'un de vos parents est (serait) pris en charge ?</i>		
	Par la famille	Établissement pour personnes âgées	Autre mode (Garde-malade, soins à domicile...)
Artois (N=339)	47 %	16 %	37 %
<i>réels (N=107)</i>	57 %	24 %	19 %
<i>supposés (N=232)</i>	43 %	13 %	45 %
Hainaut (N=192)	53 %	10 %	38 %
<i>réels (N=46)</i>	67 %	15 %	17 %
<i>supposés (N=146)</i>	48 %	8 %	44 %
Littoral (N=223)	47 %	15 %	39 %
<i>réels (N=65)</i>	49 %	29 %	22 %
<i>supposés (N=158)</i>	46 %	9 %	46 %
Métropole (N=309)	35 %	24 %	41 %
<i>réels (N=84)</i>	45 %	32 %	23 %
<i>supposés (N=225)</i>	31 %	21 %	48 %
Ensemble (N=1063)	44 %	17 %	38 %
<i>Ensemble réels (N=302)</i>	54 %	26 %	20 %
<i>Ensemble supposés (N=761)</i>	41 %	13 %	46 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Selon le territoire considéré, l'attitude des ménages confrontés à une perte d'autonomie d'un parent diffère significativement pour certaines de ces modalités, à savoir la prise en charge par la famille, par les établissements pour personnes âgées, ou par l'emploi de services d'aide à domicile. Ainsi, les ménages de la Métropole se caractérisent par une prise en charge réelle élevée au sein d'établissements pour personnes âgées ou par des gardes-malades (respectivement 32 et 23 %), en regard des autres secteurs. C'est dans les ménages du Hainaut que la prise en charge réalisée en réalité par la famille est la plus élevée (67 contre 57 % pour les ménages de l'Artois, et respectivement 49 et 45 % pour ceux du Littoral et de la Métropole).

L'écart entre recours réels et supposés est très élevé. Il est visiblement difficile pour les ménages d'envisager le placement en établissement d'un de leurs parents dans le cas de la perte d'autonomie, un peu moins pour les habitants de la Métropole où l'écart est plus faible. Une unité régionale est mise en évidence s'agissant des services de soins à domicile ; 46 % des ménages imaginent qu'ils auraient recours à l'un de ces services, ce n'est le fait que de 20 % des ménages confrontés à la situation.

*Origine du contact avec le système de prise en charge d'un parent ayant un problème d'autonomie*

Le médecin généraliste est rarement à l'origine de la prise en charge choisie par les ménages pour leur parent en perte d'autonomie, que celle-ci soit effective ou supposée. De même, quel que soit le bassin de vie ou le type de prise en charge évoqué, on ne retrouve pas de différence significative entre les ménages pour les sources de recommandations.

**Tableau 72**

	<i>Qui vous a recommandé le service de prise en charge pour personnes âgées ?</i>	
	Votre médecin généraliste	L'entourage ou autre
Maison de retraite (N=139)	18 %	82 %
Service d'aide à domicile (N=282)	16 %	84 %
Ensemble (N=421)	18 %	82 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

➤ CONCLUSION

Conformément aux attentes, l'Artois correspond au secteur dans lequel le plus grand nombre de ménages ont été confrontés à la perte d'autonomie d'une personne âgée. En effet, c'est ici que l'âge moyen de la population est le plus élevé, il est au plus bas dans la Métropole qui a d'ailleurs moins déclaré cet item. Dans les faits, les attentes en direction des services d'aide à domicile ne se retrouvent pas dans des proportions comparables. En cas de recours effectif, la prise en charge est assurée en premier lieu par la famille (54 %), puis par les établissements pour personnes âgées (26 %), et par les services à domicile (20 %).

Les écarts sectoriels sont particulièrement marqués pour la Métropole. La famille y voit sa part réduite au profit des établissements pour personnes âgées.

## Conclusion

En dehors de la perte d'autonomie d'un parent âgé qui est plus fréquente dans l'Artois et la tentative de sevrage alcoolique qui a été davantage déclarée par les ménages du Hainaut, globalement, les ménages des quatre bassins de vie ont été exposés aux mêmes problèmes de santé, permettant donc de comparer leurs habitudes de recours aux soins.

Tout d'abord, le non-recours aux soins, facteur potentiel d'une dégradation de l'état de santé, est particulièrement fréquent lors de la survenue de symptômes banals ou chroniques, et ce d'autant plus lorsque ceux-ci ont effectivement eu lieu. Il est nettement moindre lorsqu'il s'agit d'une symptomatologie plus spécifique ou aiguë, cependant, l'enquête n'a pas permis de déceler un éventuel retard au recours lors de ces situations.

Hormis la gynécologie-obstétrique et, dans une moindre mesure, la dermatologie, le médecin généraliste est généralement consulté en première intention pour la plupart des motifs de soins. Ensuite, les patients sont parfois orientés vers une prise en charge spécialisée, c'est le rôle de « passerelle » joué par le médecin généraliste. Celui-ci est inégal selon que le recours est effectif ou supposé, selon le type de besoin de soins, et enfin, selon les aires géographiques.

L'« effet passerelle » est souvent plus explicite dans la réalité que lors des mises en situation. Les personnes ont fréquemment déclaré qu'elles s'adresseraient directement à un spécialiste indiqué sur les conseils de leur entourage. Dans les faits, elles recourent plus souvent au médecin généraliste, et celles qui ont consulté un spécialiste ont généralement suivi les conseils de leur médecin traitant.

C'est pour les problèmes de santé les moins fréquents, donc sans doute les moins connus du grand public, que l'« effet passerelle » est observé. Ainsi, pour le suivi d'une grossesse, les femmes semblent suffisamment informées et s'adressent généralement directement aux professionnels ou services spécialisés sans l'avis de leur médecin traitant. Devant des situations plus inhabituelles, comme une otite,

une fracture, un cancer, les médecins généralistes sont davantage à l'origine d'une prise en charge spécialisée, à l'exception des motifs de prise en charge « psychologique » que sont la dépression et le sevrage alcoolique. En effet, les personnes s'adressent en première intention à leur médecin généraliste et sont ensuite rarement orientées vers un spécialiste. Deux explications sont possibles : les généralistes repèrent insuffisamment les besoins de soins psychologiques et/ou la sous-densité de psychiatres dans la région oblige les généralistes à pallier ce déficit en assurant la prise en charge psychologique à leur place.

L'« effet passerelle » est souvent plus marqué dans le Littoral entraînant ainsi un recours aux spécialistes plus fréquemment que dans l'Artois ou dans le Hainaut où la prise en charge par le généraliste domine. Sans « effet passerelle » apparent, le recours aux spécialistes est souvent aussi fréquent dans la Métropole que dans le Littoral.

La représentation du paysage hospitalier de la part des ménages de la région est relativement bonne. Les ménages savent *a priori* où ils peuvent être pris en charge selon le type de besoin de soins, à l'exception de la cancérologie pour laquelle seuls les établissements de la Métropole sont repérés comme spécialisés alors qu'aujourd'hui chaque bassin de vie a développé des compétences en oncologie.

## Comportements des personnes vis-à-vis du système de soins

### Prise en compte et perception de la santé

14 % des personnes de plus de 15 ans considèrent ne pas porter suffisamment d'attention à leur santé et 1 % seulement ne se positionnent pas. Pour les moins de 16 ans, il y a 73 % de non-réponses à cette question. La prise en compte de la santé est très différente selon le sexe et l'âge. Les femmes, quel que soit leur âge, déclarent faire attention à leur santé dans 90 % des cas. Les hommes, en revanche, ne sont pas toujours aussi prévoyants puisque, avant 65 ans, 80 % d'entre eux s'estiment attentifs, cependant, après 65 ans ils semblent avoir la même vigilance que les femmes. Par contre, les habitants des différents bassins de vie pensent se préoccuper, en moyenne, autant les uns que les autres de leur santé.

**Tableau 73**

Personnes âgées de + de 15 ans :	<i>Est-ce que vous faites attention à votre santé ?</i>		
	Oui	Non	Ne sait pas
Hommes (N=1 426)	80 %	18 %	1 %
Femmes (N=1 523)	90 %	9 %	1 %
Ensemble (N=2 949)	85 %	14 %	1 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Par ailleurs, environ 89 % des personnes appartenant aux ménages interrogés se considèrent en bonne santé. Selon les bassins de vie, les résultats divergent. Ainsi, dans l'Artois, et surtout dans le Hainaut, les habitants considèrent leur état de santé moins satisfaisant que ceux du Littoral et de la Métropole.

Tableau 74

	<i>Se bn vous, votre état de santé est-il...</i>			
	Très mauvais	Mauvais	Bon	Très bon
Artois (N=1 231)	1 %	12 %	62 %	25 %
Hainaut (N=673)	2 %	14 %	60 %	24 %
Littoral (N=851)	0 %	9 %	63 %	27 %
Métropole (N=1 264)	1 %	8 %	62 %	29 %
Ensemble (N=4 019)	1 %	10 %	62 %	27 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

## Recours global annuel

Des différences très significatives se retrouvent au niveau de la fréquence estimée par les personnes de leur recours aux soins, en cohérence avec les résultats concernant la perception de l'état de santé. Ainsi, plus leur état de santé est mauvais, plus le recours est fréquent.

**Tableau 75**

	<i>En 1 an, vous diriez avoir consulté à quelle fréquence ?</i>			
	Jamais	1 à 5 fois/an	6 à 10 fois/an	plus de 10 fois/an
Artois (N=1 232)	9 %	48 %	20 %	23 %
Hainaut (N=668)	7 %	46 %	21 %	27 %
Littoral (N=851)	7 %	56 %	16 %	22 %
Métropole (N=1 260)	6 %	51 %	22 %	21 %
Ensemble (N=4 011)	7 %	50 %	20 %	23 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Par ailleurs, comme on pouvait s'y attendre, les femmes et les personnes plus âgées recourent plus souvent. Près de 10 % des hommes disent n'avoir eu aucun recours aux soins pendant un an, ce n'est le cas que de 4 % des femmes. De même, 27 % des femmes contre 19 % des hommes ont eu plus de 10 recours dans l'année.

7 % des personnes ont reconnu avoir eu un problème de santé dont elles n'ont pas pu s'occuper dans l'année. Selon les bassins de vie, les résultats diffèrent significativement avec, aux extrêmes, un besoin de santé non pris en charge plus fréquent en Métropole (8 %) et moins fréquent dans le Littoral (5 %).

**Tableau 76**

	<i>Avez-vous eu un problème de santé dont vous n'avez pas pu vous occuper depuis 1 an ?</i>		
	Oui	Non	Ne sait pas
Artois (N=1 235)	7 %	92 %	2 %
Hainaut (N=674)	6 %	90 %	4 %
Littoral (N=851)	5 %	95 %	0 %
Métropole (N=1 265)	8 %	89 %	3 %
Ensemble (N=4 025)	7 %	91 %	2 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

L'âge joue de manière significative puisque les gens qui ont négligé un problème de santé ont plus de 16 ans dans 96 % des cas.

Les affections dentaires (25 %) constituent la première cause de problème de santé négligé, suivies de près par les affections ostéo-articulaires (22 %). Interviennent ensuite, dans 9 % des cas, les problèmes oto-rhino-laryngologiques. Cependant, on ne connaît ni l'importance, ni la gravité des problèmes de santé qui n'ont pas été pris en charge par le système de soins. Ces causes sont hiérarchisées de façon similaire dans les quatre bassins de vie, différemment selon le sexe. Ainsi, chez les femmes, le problème le plus fréquent négligé est de type bucco-dentaire (27 % *versus* 22 %), chez les hommes, il est plus souvent ostéo-articulaire (25 % *versus* 18 %).

**Tableau 77**

	<i>À quel type d'affection appartient le problème de santé non soigné ?</i>		
	Hommes (N=127)	Femmes (N=138)	Ensemble (N=265)
Bouche-dents	22 %	27 %	25 %
Ostéo-articulaire	25 %	18 %	22 %
Orl	13 %	4 %	9 %
Ophthalmologie	4 %	7 %	5 %
Gynécologie	-	9 %	5 %
Dermatologie	5 %	3 %	4 %
Endocrinologie	5 %	3 %	4 %
Autres	26 %	30 %	28 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

## ➤ CONCLUSION

Les habitants de l'Artois et du Hainaut ont plus souvent un mauvais état de santé mais recourent aussi plus fréquemment aux soins que les habitants de la Métropole et du Littoral. Quelle que soit leur origine géographique, près de 85 % des habitants de la région pensent faire attention à leur santé.

Les hommes se sentent plus souvent en excellente santé, y font plutôt moins attention et ont un recours aux soins moins fréquent que les femmes.

Il arrive que des problèmes de santé ne soient pas pris en charge, essentiellement après 16 ans, tant parmi les hommes que les femmes et sans différence non plus entre les quatre bassins de vie.

## Recours à l'hospitalisation

Les personnes ont été interrogées sur l'existence d'un recours à l'hospitalisation au cours des deux dernières années et le nombre de séjours effectués. Puis il leur a été demandé de préciser le lieu et la discipline de chaque service d'hospitalisation dans la limite de trois admissions maximum par personne. Au total, 977 personnes ont été hospitalisées et 1 287 hospitalisations décrites.

### ➤ FRÉQUENCE DU RECOURS À L'HÔPITAL

Près d'un quart des personnes enquêtées ont été hospitalisées au cours des deux années précédant l'étude.

Comme on pouvait s'y attendre, la probabilité d'avoir été hospitalisé augmente avec l'âge, elle concerne 19 % des cas avant 16 ans, 24 % entre 16 et 64 ans, 40 % après 64 ans.

**Tableau 78**

	<i>Proportion de personnes hospitalisées au cours des deux dernières années</i>	
	Hommes	Femmes
Moins de 16 ans (N=1 058)	21 %	16 %
16-39 ans (N=1 444)	17 %	33 %
40-64 ans (N=1 117)	22 %	24 %
65 ans et plus (N=398)	48 %	34 %
Ensemble (N=4 017)	22 %	26 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les femmes sont, dans l'ensemble, plus souvent hospitalisées que les hommes (26 % *versus* 22 %), mais pas dans toutes les classes d'âge. Ainsi, avant 16 ans, il y a plus de garçons que de filles (21 % *versus* 16 %) et surtout après 64 ans où le pourcentage d'hommes hospitalisés est nettement plus élevé (48 % *versus* 34 %).

C'est dans le secteur de la Métropole que le pourcentage de personnes ayant été hospitalisées est le plus bas (21 %) et dans le Hainaut qu'il est le plus fort (29 %).

La différence du recours à l'hospitalisation selon les secteurs géographiques reste significative après ajustement sur l'âge.

**Tableau 79**

	<i>Avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années ?</i>	
	Oui	Non
Artois (N=1 232)	25 %	75 %
Hainaut (N=674)	28 %	72 %
Littoral (N=851)	25 %	75 %
Métropole (N=1 264)	21 %	79 %
Ensemble (N=4 021)	24 %	76 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Parmi les personnes ayant été hospitalisées au cours des deux dernières années, le nombre d'hospitalisations ne diffère pas suivant les quatre bassins de vie mais varie avec l'âge.

Ainsi les personnes de moins de 16 ans ont été hospitalisées plus d'une fois dans 19 % des cas et les plus de 64 ans dans 41 % des cas. Avant 39 ans, il est rare d'avoir été hospitalisé trois fois ou plus (environ 5 %), ceci est deux fois plus fréquent entre 40 et 64 ans (11 %) et trois fois plus après 64 ans (15 %).

**Tableau 80**

	<i>Com bien de fois avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années ?</i>		
	1 fois	2 fois	3 fois et plus
Moins de 16 ans (N=196)	81 %	14 %	5 %
16-39 ans (N=360)	78 %	18 %	4 %
40-64 ans (N=258)	73 %	16 %	11 %
65 ans et plus (N=158)	59 %	26 %	15 %
Ensemble (N=972)	74 %	18 %	8 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

## ➤ LIEU DE L'HOSPITALISATION

Le bassin de vie d'hospitalisation correspond dans la majorité des cas à celui du domicile, s'il est différent on parle de « fuites » hospitalières. Comme on pouvait l'escompter étant donné qu'elle dispose des équipements sanitaires les plus spécialisés, la Métropole est le bassin de vie où se produisent le moins de « fuites » (7 %) et qui reçoit le plus de patients des autres bassins de vie (7 à 23 % du total des hospitalisés). Les « fuites » de la Métropole sont généralement le fait de personnes « frontalières » pour lesquelles les établissements hospitaliers de leur bassin de vie sont plus éloignés de leur domicile que l'un de ceux du bassin de vie voisin.

**Tableau 81**

Bassin de vie de domicile :	Dans quel bassin de vie avez-vous été hospitalisé ?				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Artois (N=401)	<b>68 %</b>	2 %	4 %	23 %	3 %
Hainaut (N=246)	4 %	<b>80 %</b>	2 %	13 %	1 %
Littoral (N=298)	1 %	0 %	<b>88 %</b>	7 %	4 %
Métropole (N=342)	0 %	1 %	2 %	<b>93 %</b>	4 %
Ensemble (N=1 287)	22 %	16 %	23 %	36 %	3 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

En revanche, dans les trois autres bassins de vie, équipés de façon relativement équivalente, les « fuites » sont plus ou moins importantes. C'est dans l'Artois que les personnes « fuient » le plus (32 %), dans plus des deux tiers des cas vers la Métropole. Les habitants du Hainaut « fuient » dans 20 % des cas, vers la Métropole dans deux tiers des cas. Ceux du Littoral, plus éloignés en moyenne de Lille que les autres, « fuient » nettement moins souvent (12 %, dont 7 % vers la Métropole).

**Tableau 82**

Nombre d'hospitalisations au cours des deux dernières années :	Dans quel bassin de vie avez-vous été hospitalisé la première fois ?		
	Bassin de vie de domicile	Autre bassin de vie Métropole	Autre
1 (N=717)	84 %	8 %	8 %
2 ou plus (N=250)	78 %	14 %	8 %
Ensemble (N=967)	82 %	10 %	8 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

L'échantillon de personnes a été divisé en deux groupes : un premier groupe composé de personnes ayant été hospitalisées une seule fois au cours des deux dernières années et un second groupe de celles l'ayant été au moins deux fois durant la même période. Les personnes du deuxième groupe sont plus souvent hospitalisées en dehors de leur propre bassin de vie dans la Métropole, 14 % *versus* 8 % (seul le lieu de la première hospitalisation a été pris en compte dans l'analyse). On peut penser que les personnes ayant été hospitalisées plusieurs fois ont eu des motifs de soins plus compliqués, relevant donc plus souvent de soins spécialisés dispensés parfois uniquement dans la Métropole.

Lorsqu'on analyse le lieu d'hospitalisation selon le bassin de vie de domicile, on remarque que les personnes ayant eu recours à l'hôpital une seule fois en deux ans se sont adressées, dans près de 90 % des cas, à un établissement hospitalier de leur propre bassin de vie, exception faite des habitants de l'Artois qui sont nettement plus nombreux à « fuir » (28 %). Dans le Littoral, les « fuites » s'orientent autant hors de la région que vers la Métropole (3 %). Elles sont peu fréquentes et même inférieures à celles de la Métropole (différence non significative).

**Tableau 83**

Personnes hospitalisées 1 seule fois en deux ans  Bassin de vie de domicile :	Dans quel bassin de vie avez-vous été hospitalisé ?				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Artois (N=232)	<b>72 %</b>	1 %	3 %	19 %	5 %
Hainaut (N=133)	2 %	<b>87 %</b>	2 %	8 %	1 %
Littoral (N=157)	1 %	0 %	<b>92 %</b>	3 %	3 %
Métropole (N=195)	1 %	1 %	3 %	<b>89 %</b>	6 %
Ensemble (N=717)	24 %	17 %	22 %	33 %	4 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Dans tous les bassins de vie, les personnes hospitalisées plusieurs fois en deux ans sont proportionnellement plus nombreuses à « fuir » hors de leur propre bassin de domicile. Les écarts entre les trois bassins de vie sont très significatifs, les « fuites » vers la Métropole atteignant 32 % pour les habitants de l'Artois, 14 % pour ceux du Hainaut, et seulement 8 % pour la population du Littoral. Les

habitants du Hainaut et surtout du Littoral « fuient » presque autant hors de la Métropole que dans la Métropole.

**Tableau 84**

Personnes hospitalisées au moins 2 fois en deux ans	<i>Dans quel bassin de vie avez-vous été hospitalisé la première fois ?</i>		
	Bassin de vie de domicile	Métropole	Autre bassin de vie ou hors région
Artois (N=74)	57 %	32 %	11 %
Hainaut (N=50)	76 %	14 %	10 %
Littoral (N=60)	85 %	8 %	7 %
Métropole (N=66)	95 %	-	5 %
Ensemble (N=250)	78 %	14 %	8 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

### ➤ HOSPITALISATIONS SELON LES CATÉGORIES SOCIALES

Le recours à l'hospitalisation diffère selon la catégorie socioprofessionnelle (CSP) de la personne de référence du ménage<sup>15</sup>. Les CSP insuffisamment représentées (agriculteurs exploitants et chômeurs n'ayant jamais travaillé) ne rentrent pas dans l'analyse. On remarque des différences très significatives entre les catégories, cependant certaines regroupent des profils professionnels hétérogènes qui rendent difficile l'interprétation (chefs d'entreprise et artisans). On peut souligner toutefois le fait que les personnes appartenant à un ménage dont la CSP de la personne de référence est plutôt favorable dans l'échelle sociale (cadres et professions intermédiaires) sont moins souvent hospitalisées que les autres.

<sup>15</sup> Depuis le recensement de 1982, la notion de chef de ménage a été remplacée par la notion de personne de référence du ménage. L'Insee définit la personne de référence du ménage selon une règle basée sur la prédominance donnée aux familles, aux pères, à l'activité et à l'âge. Si le ménage comprend au moins un couple, la personne de référence est l'homme du couple ; s'il y a plusieurs couples, on choisit le plus âgé des actifs ou, à défaut d'actif, le plus âgé. Sinon, si le ménage comprend au moins une famille monoparentale (adulte élevant seul un ou plusieurs de ses enfants), alors la personne de référence est, parmi les parents de ces familles mono-parentales, le plus âgé des actifs ou, à défaut, le plus âgé. Si le ménage ne comprend aucune famille, la personne de référence est, parmi les personnes du ménage à l'exception des pensionnaires ou salariés logés, le plus âgé des actifs ou, à défaut, le plus âgé.

Tableau 85

Catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage :	Avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années ?	
	Oui	Non
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (N=186)	31 %	69 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures (N=587)	21 %	79 %
Professions intermédiaires (N=844)	22 %	78 %
Employés (N=802)	25 %	75 %
Ouvriers (N=1 500)	25 %	75 %
Personnes n'ayant jamais ni travaillé ni été inscrites au chômage (N=56)	39 %	61 %
Ensemble (N=3 975)	24 %	76 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

L'analyse par niveau d'études<sup>16</sup> complète la précédente et met en évidence un gradient très net : plus le niveau d'études est élevé, moins la proportion d'hospitalisés est importante.

Tableau 86

Niveau d'études :	Avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années ?	
	Oui	Non
Aucun (N=189)	37 %	63 %
Certificat d'études (N=404)	30 %	70 %
Brevet d'études ou équivalent (N=1 384)	26 %	74 %
Baccalauréat et plus (N=1 968)	21 %	79 %
Ensemble (N=3 945)	24 %	76 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Enfin, si l'on considère l'activité de la personne, on constate que les personnes scolarisées sont les moins souvent hospitalisées (17 %), à l'opposé sont les retraités,

<sup>16</sup> À chaque personne a été attribué le niveau d'études le plus élevé du ménage.

hospitalisés au moins une fois dans 37 % des cas. En position intermédiaire se trouvent les actifs et les chômeurs, ces derniers étant plus fréquemment hospitalisés que les actifs (26 % *versus* 22 %).

Toutes les comparaisons par catégorie sociale (Csp, niveau d'études et activité) restent significatives après ajustement sur l'âge.

**Tableau 87**

Activité de la personne :	<i>Avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années ?</i>	
	Oui	Non
Actif (N=1 393)	22 %	78 %
Retraité (N=537)	37 %	63 %
Chômeur (N=242)	26 %	74 %
Scolarisé, étudiant (N=1 265)	17 %	83 %
Autre (N=582)	31 %	69 %
Ensemble (N=4 019)	24 %	76 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Enfin, il était intéressant de se pencher aussi sur la recherche de différences éventuelles de recours à l'hospitalisation selon les régimes de protection sociale.

Plus la protection sociale est bonne, plus le recours à l'hospitalisation est important. Ainsi, les personnes prises en charge à 100 % pour une affection de longue durée nécessitent plus que les autres des soins hospitaliers, les personnes bénéficiant de l'aide médicale gratuite appartiennent aux catégories sociales les plus défavorisées qui recourent davantage à l'hôpital, nous l'avons vu plus haut, en raison sans doute d'un moins bon état de santé (13 % d'entre elles se considèrent en mauvaise santé, soit deux fois plus que les personnes ayant une mutuelle). Enfin, les personnes relevant du régime minier sont en majorité des retraités, et plus on est âgé, plus le recours à l'hôpital est élevé. Il n'y a pas de différence significative de recours à l'hôpital entre les personnes bénéficiant d'une mutuelle complémentaire

et celles couvertes uniquement par le régime général. Cependant, ces deux derniers groupes de personnes ne diffèrent pas non plus ni par leur état de santé ni par l'attention qu'elles y accordent.

**Tableau 88**

Protection sociale de la personne :	Avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années ?	
	Oui	Non
Affection longue durée (N=372)	49 %	51 %
Régime minier (N=74)	34 %	66 %
Aide médicale gratuite (N=165)	29 %	71 %
Régime général + mutuelle (N=3 180)	21 %	79 %
Régime général seul (N=230)	18 %	82 %
Ensemble (N=4 021)	24 %	76 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

### ➤ LES DISCIPLINES D'HOSPITALISATION

La répartition selon la discipline du service des personnes hospitalisées confère la première position à la chirurgie qui accueille 48 % des cas. Les personnes de 16 à 39 ans représentent 84 % des hospitalisés en gynécologie-obstétrique, celles de moins de 16 ans ont été plus fréquemment hospitalisées aux urgences. La discipline d'hospitalisation ne varie pas de façon significative suivant les différents bassins de vie de la région.

Le lieu de l'hospitalisation par rapport au lieu du domicile varie en fonction de la discipline du service. Ainsi, 96 % des personnes hospitalisées aux urgences et 83 % de celles hospitalisées en médecine et gynécologie-obstétrique restent dans leur bassin de vie. En revanche, c'est le cas pour seulement 50 % des hospitalisations en psychiatrie. La Métropole attire 28 % des hospitalisations en psychiatrie et 14 % des hospitalisations en chirurgie des habitants des trois autres bassins de vie.

**Tableau 89**

	<i>Dans quel bassin de vie avez-vous été hospitalisé la première fois ?</i>		
	Bassin de vie de domicile	Métropole	Autre bassin de vie ou hors région
Médecine (N=349)	83 %	10 %	7 %
Chirurgie (N=614)	79 %	14 %	7 %
Gynécologie-obstétrique (N=196)	83 %	11 %	7 %
Psychiatrie (N=18)	50 %	28 %	22 %
Urgences (N=96)	96 %	0 %	4 %
Autres	64 %	7 %	29 %
Ensemble (N=1 273)	81 %	11 %	7 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

➤ **ORIGINE DU CHOIX DE L'HÔPITAL**

Le choix de l'établissement hospitalier se détermine sur les conseils d'un médecin généraliste ou spécialiste dans 75 % des cas.

L'origine de l'orientation est différente selon les classes d'âge. Ainsi, chez les plus de 40 ans elle est à l'initiative d'un professionnel de santé dans plus de 90 % des cas, contre 71 % seulement entre 16 et 39 ans. Les personnes de 65 ans ont plus souvent suivi les conseils de leur médecin généraliste (50 %), les plus jeunes écoutent autant leur médecin généraliste qu'un spécialiste.

**Tableau 90**

	<i>Qui vous a orienté vers cet établissement hospitalier ?</i>			
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Autre professionnel de santé	Autre
Moins de 16 ans (N=214)	37 %	37 %	5 %	21 %
16-39 ans (N=389)	30 %	33 %	8 %	29 %
40-64 ans (N=308)	43 %	42 %	6 %	9 %
65 ans et plus (N=205)	50 %	39 %	6 %	5 %
Ensemble (N=1 116)	38 %	37 %	7 %	18 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les comportements en matière de choix du lieu d'hospitalisation sont différents selon l'origine géographique. On remarque une inversion entre les bassins de vie Métropole et Artois. Dans le premier, 32 % ont suivi les conseils du généraliste et 43 % ceux d'un spécialiste, dans l'Artois, 45 % ont suivi le généraliste et 31 % un spécialiste.

**Tableau 91**

Bassin de vie de domicile :	<i>Qui vous a orienté vers cet établissement hospitalier ?</i>			
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Autre professionnel de santé	Autre
Artois (N=354)	45 %	31 %	4 %	20 %
Hainaut (N=209)	34 %	41 %	9 %	16 %
Littoral (N=261)	39 %	37 %	5 %	19 %
Métropole (N=293)	32 %	43 %	9 %	15 %
Ensemble (N=1 117)	38 %	37 %	7 %	18 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

### ➤ REFUS D'HOSPITALISATION

Seulement 1 % des personnes ont déclaré avoir refusé une hospitalisation au cours des deux dernières années. Cela représente 45 personnes, 60 % sont de sexe féminin. L'un des cas concerne une enfant de deux ans, 6 ont plus de 64 ans. Les autres se répartissent également entre les deux tranches d'âge, 16-39 ans (18) et 40-64 ans (20). Les motifs de refus sont peu explicites, environ la moitié des cas s'est abstenue par peur des soins, avec une fois sur deux une mauvaise expérience préalable ; les autres qui n'ont pas jugé la gravité de leur état de santé suffisante pour justifier une hospitalisation, ont préféré rester à domicile, parfois en raison d'une impossibilité pour faire garder leurs enfants.

Leur répartition est significativement différente selon les bassins de vie avec le maximum de cas dans le Hainaut et le minimum dans le Littoral.

**Tableau 92**

Bassin de vie de domicile :	Vous est-il arrivé de refuser d'être hospitalisé au cours des deux dernières années ?	
	Oui	Non
Artois (N=1 230)	1,1 %	98,9 %
Hainaut (N=671)	1,9 %	98,1 %
Littoral (N=851)	0,4 %	99,6 %
Métropole (N=1 259)	1,2 %	98,8 %
Ensemble (N=4 011)	1,1 %	98,9 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

### ➤ CONCLUSION

25 % des personnes ont été hospitalisées, plus souvent après 64 ans et moins avant 16 ans. Les femmes sont plus fréquemment hospitalisées que les hommes entre 16 et 64 ans, l'inverse se produit aux âges extrêmes. Le degré d'hospitalisation diffère aussi selon les secteurs, avec le minimum d'hospitalisés dans la Métropole et le maximum dans le Hainaut.

La plupart des personnes sont hospitalisées dans leur propre bassin de vie, en majorité les habitants de la Métropole et du Littoral, moins souvent ceux du Hainaut, et plus rarement ceux de l'Artois. Les hospitalisations en chirurgie et surtout en psychiatrie se font plus fréquemment dans un autre bassin de vie, contrairement à celles qui relèvent des autres disciplines.

Le pourcentage d'hospitalisés diminue au fur et à mesure que le niveau social augmente.

Il est plus élevé lorsque la protection sociale offre une couverture à 100 % (affections de longue durée, aide médicale gratuite et régime minier), moins élevé chez les personnes bénéficiant d'une mutuelle complémentaire, mais également chez celles non affiliées à une mutuelle.

La majorité des hospitalisations ont relevé de la chirurgie, puis de la médecine, et de la gynécologie-obstétrique.

Le choix de l'établissement hospitalier se détermine sur les conseils d'un professionnel de santé dans plus de 80 % des cas. Il s'agit le plus souvent d'un spécialiste dans la Métropole et le Hainaut, d'un généraliste dans l'Artois.

Seulement 1 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà refusé d'être hospitalisées. Elles sont deux fois plus nombreuses dans le Hainaut, deux fois moins dans le Littoral.

## Recours à des spécialistes

Il a été demandé à chaque personne de décrire ses recours aux médecins spécialistes au cours de l'année précédant l'enquête.

45 % des personnes enquêtées n'ont consulté aucun spécialiste au cours de l'année précédente, 30 % ont contacté un seul spécialiste en un an, 16 % deux spécialistes et 9 % trois ou plus. Une nette différence apparaît entre les hommes et les femmes, 54 % des hommes n'ont vu aucun spécialiste –contre 36 % des femmes–, moins de 20 % en ont consulté au moins deux –contre 30 % des femmes–.

C'est dans la Métropole que le recours aux spécialistes culmine, aussi bien en nombre de personnes concernées que sur le plan des différents types de spécialistes consultés.

**Tableau 93**

	<i>Avez-vous consulté un ou plusieurs spécialistes au cours des 12 derniers mois ?</i>			
	Aucun	Un	Deux	Trois et +
Hommes (N= 1 978)	54 %	28 %	11 %	6 %
Femmes (N=2 037)	37 %	33 %	20 %	11 %
Artois (N=1 230)	48 %	32 %	14 %	7 %
Hainaut (N=673)	46 %	29 %	16 %	9 %
Littoral (N=849)	47 %	29 %	17 %	7 %
Métropole (N=1 263)	41 %	31 %	16 %	12 %
Ensemble (N=4 015)	45 %	30 %	16 %	9 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les disciplines spécialisées les plus sollicitées sont l'ophtalmologie, la gynécologie et la radiologie qui sont consultées respectivement par 31, 28 et 24 % des patients enquêtés. La dermatologie, la cardiologie, les oto-rhino-laryngologistes, la chirurgie, la pédiatrie et la rhumatologie ont chacune été contactées par 8 à 11 % des patients. Viennent ensuite, dans une bien moindre proportion, la gastro-

entérologie, la pneumologie, la neurologie ou neuropsychiatrie, la psychiatrie et la stomatologie, chacune d'entre elles n'ayant été consultée que par 2 à 3 % des patients.

Si l'on tient compte du nombre de contacts établis avec chaque spécialiste, les disciplines ayant donné lieu au plus grand nombre de consultations gardent le même classement dans les trois groupes précités, mais leur ordre diffère à l'intérieur de chaque groupe, car le nombre moyen de contacts dans chaque discipline varie de 1,4 par an pour les ophtalmologues et les radiologues, à 6,8 par an pour les psychiatres.

**Tableau 94**

Discipline (Nb de patients*) : <small>*Un même patient peut consulter plusieurs spécialistes</small>	Répartition par discipline des consultations spécialisées réalisées en un an (au total : 6 580 consultations pour 2 196 patients)		
	Nb de consultations	%	Nb moyen d'actes/patient
Gynécologue (N=616)	1 418	22 %	2,3
Ophtalmologue (N=686)	951	14 %	1,4
Radiologue (N=517)	726	11 %	1,4
Pédiatre (N=167)	531	8 %	3,2
Dermatologue (N=234)	501	8 %	2,1
Chirurgien (N=209)	436	7 %	2,1
Cardiologue (N=233)	414	6 %	1,8
Orl (N=212)	400	6 %	1,9
Rhumatologue (N=166)	346	5 %	2,1
Psychiatre (N=40)	273	4 %	6,8
Neurologue, neuro-psychiatre (N=60)	201	3 %	3,4
Gastro-entérologue (N=76)	173	3 %	2,3
Pneumophtisiologue (N=74)	137	2 %	1,8
Stomatologiste (N=33)	73	1 %	2,2
Ensemble (N=3 323)	6 580	100 %	2,0

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les spécialistes consultés depuis un an par les personnes enquêtées exercent dans le même secteur sanitaire dans près de 9 cas sur 10. C'est en chirurgie tout

d'abord, ainsi qu'en neurologie et psychiatrie, que le recrutement s'effectue le plus souvent en dehors du secteur sanitaire où résident les personnes. Ceci s'explique par la moindre répartition de ces spécialités et par la sectorisation de la psychiatrie.

**Tableau 95**

	Lieu d'exercice des spécialistes contactés au cours de l'année précédente par rapport au domicile des personnes				
	Dans son secteur		Dans un autre secteur		Hors région
	Même commune	Même secteur	Métropole	Autre secteur	
Orl (N=212)	40 %	52 %	5 %	3 %	1 %
Stomatologiste (N=33)	36 %	55 %	3 %	0 %	6 %
Pneumophtisiologue (N=74)	28 %	62 %	7 %	3 %	0 %
Radiologue (N=517)	35 %	55 %	2 %	7 %	1 %
Psychiatre (N=40)	25 %	65 %	3 %	8 %	0 %
Gastro-entérologue (N=76)	27 %	63 %	5 %	4 %	1 %
Cardiologue (N=233)	36 %	53 %	2 %	8 %	1 %
Ophthalmologue (N=686)	42 %	47 %	3 %	7 %	1 %
Pédiatre (N=167)	37 %	50 %	5 %	5 %	2 %
Gynécologue (N=616)	38 %	50 %	5 %	6 %	1 %
Rhumatologue (N=166)	33 %	54 %	6 %	7 %	1 %
Dermatologue (N=234)	42 %	43 %	4 %	9 %	2 %
Chirurgien (N=209)	14 %	61 %	10 %	14 %	1 %
Neurologue, neuro-psychiatre (N=60)	25 %	50 %	10 %	10 %	5 %
Ensemble (N=3 323)	35 %	52 %	5 %	7 %	1 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

C'est l'entourage, le plus souvent, qui influence le choix du médecin spécialiste (39 % des cas), deux fois sur trois en ophtalmologie ou en gynécologie, et moins d'une fois sur dix en gastro-entérologie.

Dans 37 % des cas, c'est le médecin généraliste qui oriente les personnes vers un médecin spécialiste. Mais cette proportion varie de façon très importante entre les différents types de spécialistes. Ainsi, les gastro-entérologues sont indiqués par le médecin généraliste dans 84 % des cas alors que les pédiatres ne le sont que dans 5 % des cas.

Dans 12 % des cas, ce sont d'autres médecins spécialistes qui orientent leur patient vers un médecin spécialiste, plus fréquemment en chirurgie (30 %) et très rarement en dermatologie (3 %).

Tableau 96

	Qui vous a orienté vers ce professionnel de santé ?			
	L'entourage ou autre	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Autre professionnel de santé
Gastro-entérologue (N=76)	10 %	84 %	5 %	0 %
Cardiologue (N=233)	18 %	68 %	14 %	0 %
Rhumatologue (N=166)	28 %	66 %	7 %	1 %
Neurologue, neuro-psychiatre (N=60)	15 %	63 %	18 %	3 %
Pneumophtisiologue (N=74)	30 %	59 %	8 %	3 %
Radiologue (N=517)	18 %	56 %	21 %	5 %
Orl (N=212)	36 %	55 %	7 %	2 %
Chirurgien (N=209)	16 %	51 %	30 %	2 %
Psychiatre (N=40)	35 %	45 %	18 %	3 %
Dermatologue (N=234)	67 %	30 %	3 %	0 %
Gynécologue (N=616)	76 %	18 %	6 %	1 %
Stomatologiste (N=33)	15 %	13 %	9 %	63 %
Ophthalmologue (N=686)	82 %	10 %	5 %	3 %
Pédiatre (N=167)	68 %	5 %	23 %	3 %
Ensemble (N=3 323)	47 %	37 %	12 %	3 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

## ➤ CONCLUSION

55 % des personnes ont rencontré un spécialiste, elles sont plus nombreuses dans la Métropole où la densité de spécialistes est plus élevée. Ces praticiens sont rencontrés dans leur secteur sanitaire sauf dans le cas de disciplines rares (comme la neurologie et certaines spécialités chirurgicales) et la psychiatrie. Si les influences entre entourage et médecins généralistes en matière d'orientation sont globalement comparables, elles fluctuent beaucoup d'une spécialité à l'autre. Ainsi, les gastro-entérologues ont presque toujours été indiqués par le généraliste, les pédiatres, exceptionnellement.

## Dernier recours aux soins

Afin de connaître les différentes trajectoires des habitants à l'intérieur du système de soins, les personnes ont été interrogées sur leur dernier motif de recours aux soins et non pas uniquement sur leur dernier recours. Ainsi, il leur fallait décrire, à partir de ce dernier motif, par quels différents segments du système de soins elles avaient été successivement prises en charge.

Par exemple, une personne qui se serait fracturé la jambe six mois avant l'entretien avec l'enquêtrice aurait décrit la filière suivante : admission aux urgences – hospitalisation en traumatologie – visite du généraliste – consultation à l'hôpital – séances de kinésithérapie.

Dans les 12 mois précédents, 93 % des personnes enquêtées ont eu au moins un problème de santé suivi d'un recours au système de soins. Pour plus des deux tiers d'entre elles, leur dernier motif de recours s'est présenté durant le dernier trimestre (69 %), pour moins d'un tiers durant le dernier mois (28 %).

Ces résultats varient très significativement par bassin de vie. Ainsi dans l'Artois et le Hainaut, où la proportion de non-recours était la plus élevée, les recours récents (de moins d'un mois) sont aussi les plus représentés. Ces deux bassins de vie se singularisent par deux types de comportements extrêmes : certaines personnes ne recourent probablement pas assez, d'autres au contraire consommeraient plus de soins que la moyenne régionale.

**Tableau 97**

	<i>Quand votre dernier motif de recours aux soins s'est-il produit ?</i>			
	Moins d'1 mois	1 à 3 mois	Plus de 3 mois	Plus d'1 an
Artois (1 223)	28 %	39 %	23 %	9 %
Hainaut (671)	34 %	37 %	22 %	8 %
Littoral (848)	29 %	41 %	25 %	6 %
Métropole (1 254)	25 %	44 %	25 %	6 %
Ensemble (N=3 996)	28 %	41 %	24 %	7 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Pour leur dernier motif de recours aux soins au cours de l'année précédant l'enquête, certaines personnes n'ont consulté qu'un seul professionnel de santé,

d'autres deux, d'autres encore trois ou plus (jusqu'à 60). C'est dans l'Artois que les personnes ayant recouru à un seul professionnel sont les plus nombreuses, et dans le Hainaut qu'elles sont les plus rares.

Dans les quatre bassins de vie, la majorité des personnes ont rencontré deux professionnels de santé pour leur dernier motif de recours aux soins (57 %). Une personne sur dix interrogées dans la région a vu trois professionnels ou plus, elles sont 13 % dans ce cas dans le Hainaut.

**Tableau 98**

	<i>Com bien de professionnels de santé avez-vous rencontrés pour votre dernier motif de recours aux soins ?</i>		
	Un	Deux	Trois ou +
Artois (N=1 122)	39 %	51 %	9 %
Hainaut (N=623)	24 %	63 %	13 %
Littoral (N=799)	32 %	58 %	10 %
Métropole (N=1 186)	32 %	60 %	8 %
Ensemble (N=3 730)	33 %	57 %	10 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les trajectoires de soins empruntées par les personnes diffèrent selon le type de professionnel rencontré en premier. Ainsi, les personnes s'adressant à un centre de prévention tel que la protection maternelle et infantile ne vont pas consulter un autre professionnel de santé « soignant » dans 89 % des cas, il en est de même de celles qui se sont adressées à un dentiste, dans 94 % des cas. À l'opposé, les personnes s'adressant à l'hôpital sont davantage orientées vers les médecins de ville (généralistes ou spécialistes), probablement en raison de pathologies plus lourdes requérant un suivi. Dans 28 à 39 % des cas, les patients sont adressés vers d'autres professionnels soignants par les médecins de ville, et ce dans une proportion plus importante lorsqu'il s'agit de spécialistes, du fait aussi probablement de pathologies plus lourdes.

**Tableau 99**

Premier professionnel rencontré pour le dernier motif de recours	Vous a-t-il adressé à un autre professionnel* , si oui, lequel?				
	Spécialiste	Hôpital	Généraliste	Paramédical	Aucun
Généraliste (N=2 485)	21 %	2 %	1 %	4 %	72 %
Spécialiste (N=545)	20 %	1 %	7 %	11 %	61 %
Dentiste (N=345)	6 %	0 %	0 %	0 %	94 %
Centre de prévention (N=225)	8 %	0 %	4 %	0 %	89 %
Hôpital (N=70)	37 %	0 %	39 %	9 %	16 %

\*A u t r e q u ' u n p h a r m a c i e n

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Pour deux tiers des personnes, le dernier motif de recours était un problème de santé nouveau, pour un peu moins d'un tiers (28 %), il s'agissait d'une surveillance d'un problème ancien, diagnostiqué plus d'un an avant (contrôle de tension artérielle pour une hypertension connue, par exemple), ou d'un examen systématique non lié à un problème de santé (vaccination, certificat médical...), et pour 5 % des cas le dernier motif était une visite obligatoire (médecine du travail, santé scolaire...).

S'agissant des personnes ayant eu un recours pour un problème nouveau, la répartition des types d'affections en cause varie significativement suivant le sexe et l'âge. Les hommes, notamment, ont eu davantage de traumatismes que les femmes (8 % *versus* 4 %). Chez les femmes, les causes de recours aux soins sont plus souvent des affections génito-urinaires correspondant en général à des affections gynécologiques (4 % *versus* 1 %) ou des troubles mentaux et insomnies (5 % *versus* 3 %).

Les affections oto-rhino-laryngologiques constituent les motifs de recours les plus fréquents chez les enfants de moins de 16 ans (50 %), ainsi que chez les personnes de 16 à 34 ans (32 %), à partir de 35 ans elles sont moins fréquentes (18 %). Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, les pathologies cardio-vasculaires dominent (29 %).

10 % des recours avant 65 ans sont attribués aux affections dentaires, ce pourcentage diminue de moitié après 65 ans.

Les affections ostéo-articulaires sont assez rarement en cause avant 16 ans (3 %) et deviennent plus fréquentes après 35 ans, surtout entre 35 et 64 ans (17 %).

Les autres types d'affections varient moins selon l'âge.

**Tableau 100**

	À quel type d'affection appartient le dernier problème de santé apparu depuis moins d'un an et ayant donné lieu à un recours aux soins ?						
	Hommes N=1 191	Femmes N=1 281	< 16 ans N=706	16-34 ans N=922	35-64 ans N=631	65 ans et + N=213	Ensemble N=2 472
Orl	32 %	32 %	50 %	32 %	19 %	12 %	32 %
Bouche-dents	12 %	9 %	11 %	12 %	10 %	5 %	10 %
Ostéo-articulaire	11 %	10 %	3 %	11 %	17 %	14 %	10 %
Cardio-vasculaire	6 %	6 %	1 %	2 %	10 %	29 %	6 %
Digestif	6 %	6 %	8 %	5 %	6 %	5 %	6 %
Traumatismes	8 %	4 %	7 %	6 %	5 %	5 %	6 %
Dermatologie	6 %	5 %	7 %	6 %	4 %	2 %	6 %
Troubles mentaux, insomnie	3 %	5 %	2 %	5 %	6 %	4 %	4 %
Ophthalmologie	4 %	3 %	3 %	3 %	3 %	6 %	4 %
Génito-urinaire, gynécologie	1 %	5 %	1 %	4 %	4 %	3 %	3 %
Autres	10 %	15 %	8 %	14 %	15 %	15 %	13 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Le premier professionnel de santé consulté pour le dernier problème de santé ressenti était, dans la grande majorité des cas, un médecin généraliste (72 %), un médecin spécialiste (14 %), un autre professionnel de santé (12 %, celui-ci étant un chirurgien dentiste neuf fois sur dix) ou un service hospitalier (3 %, il s'agit d'un service d'urgences huit fois sur dix).

On remarque que la répartition entre recours au médecin généraliste en première intention *versus* recours au spécialiste varie très fortement selon les types d'affections. Ainsi les pathologies oto-rhino-laryngologiques, digestives et la cardio-logie occasionnent un recours vers le médecin généraliste dans plus de 90 % des cas. L'ophtalmologie dans 91 % des cas, la dermatologie et les affections génito-

urinaires et gynécologiques dans plus de 40 % des cas, entraînent un recours direct vers un médecin spécialiste.

**Tableau 101**

Dernier motif de recours :	Quelle est le premier professionnel de santé rencontré pour votre dernière motif de recours aux soins ?			
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Autres professionnels	Services hospitaliers*
Orl (N=792)	95 %	4 %	0 %	0 %
Bouche-dents (N=258)	1 %	2 %	97 %	0 %
Ostéo-articulaire (N=257)	87 %	8 %	5 %	0 %
Cardiologie (N=149)	92 %	6 %	1 %	1 %
Digestif (N=148)	95 %	5 %	0 %	0 %
Traumatismes (N=148)	58 %	7 %	1 %	34 %
Dermatologie (N=137)	54 %	44 %	2 %	0 %
Troubles mentaux, insomnie (N=109)	85 %	9 %	4 %	2 %
Ophthalmologie (N=89)	7 %	91 %	0 %	2 %
Génito-urinaire, gynéco (N=74)	61 %	35 %	1 %	3 %
Obstétrique (N=54)	46 %	43 %	2 %	9 %
Endocrinologie (N=51)	78 %	16 %	6 %	0 %
Système nerveux (N=42)	81 %	12 %	5 %	2 %
Respiratoire (N=40)	88 %	10 %	0 %	3 %
Tumeurs (N=19)	53 %	37 %	0 %	11 %
Infectieux parasitaire (N=13)	69 %	31 %	0 %	0 %
Autres (N=93)	67 %	22 %	10 %	2 %
Ensemble (N=2 473)	72 %	14 %	12 %	3 %

\*En dehors des consultations externes

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Le premier professionnel de santé rencontré pour un problème nouveau est, dans 88 % des cas, connu de la famille, en l'occurrence plus souvent lorsqu'il s'agit de médecins généralistes (94 %) et plus rarement d'un service hospitalier (47 %).

**Tableau 102**

	Avez-vous auparavant fait appel à ce professionnel ?	
	Oui	Non
Médecins généralistes (N=1 768)	94 %	6 %
Médecins spécialistes (N=335)	75 %	25 %
Autres professionnels (N=290)	83 %	17 %
Services hospitaliers* (N=70)	47 %	53 %
Ensemble (N=2 463)	88 %	12 %

\*En dehors des consultations externes

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Lorsque le professionnel a été consulté pour la première fois, les principales raisons qui ont motivé son choix sont la proximité géographique (51 %) et sa compétence (41 %). Lorsque le professionnel était déjà connu du patient, sa compétence s'avère un critère de sélection déterminant puisqu'elle influence le choix de ce professionnel dans 74 % des cas, la qualité de son contact également (49 %), la proximité géographique n'est que le troisième argument (44 %).

**Tableau 103**

Quelle sont les principales raisons qui ont motivé le choix de ce professionnel...	Sa compétence	La qualité de son contact	Sa proximité géographique	Sa disponibilité	Recommandé par avis médical	Par habitude	Le coût des soins	Ne sait pas
...que vous n'aviez jamais vu (N=251)	41 %	16 %	51 %	27 %	16 %	0 %	1 %	1 %
...que vous aviez déjà vu (N=2091)	74 %	49 %	44 %	25 %	6 %	5 %	2 %	1 %
Ensemble (N=2342)	71 %	46 %	45 %	26 %	7 %	5 %	2 %	1 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Si l'on tient compte de tous les motifs de recours (affections nouvelles, suivis de problèmes datant de plus d'un an et examens systématiques), les premiers professionnels rencontrés étaient, dans 67 % des cas, des médecins généralistes ; spécialistes et chirurgiens dentistes, quant à eux, étaient consultés en premier lieu dans respectivement 15 et 9 % des cas.

**Tableau 104**

	Pour votre dernière motif de recours, quel était le premier professionnel de santé rencontré ?	
	Nombre	%
Médecins généralistes	2 484	66,6
Médecins spécialistes	556	14,9
Chirurgiens dentistes	345	9,3
Services de médecine préventive (Médecine du travail, Santé scolaire, Protection maternelle et infantile...)	225	6,0
Services hospitaliers (en dehors des consultations externes)	70	1,9
Paramédicaux (Infirmières, masseurs kinésithérapeutes, pédicures...)	49	1,3

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Dans une situation identique, les personnes pensent qu'elles feraient appel au même médecin dans 97 % des cas lorsqu'il s'agit d'un médecin déjà connu, beaucoup moins souvent (81 %) si c'est un médecin consulté pour la première fois. L'incompétence du médecin ou la mauvaise qualité de son contact sont incriminées dans près de 40 % des cas.

**Tableau 105**

<i>Pourquoi le raisonnement ne conduirait-vous pas à nouveau ce professionnel? (N=132)</i>	
Sa compétence insuffisante	27 %
Son éloignement géographique	24 %
La mauvaise qualité de son contact	11 %
Le délai d'attente de rendez-vous trop important, la lenteur de sa venue	6 %
Autre	32 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Ce sont, dans la majorité des situations, les médecins généralistes qui déterminent le choix des professionnels de santé contactés après le premier recours. Dans 60 % des cas, ils conditionnent le choix d'un médecin spécialiste, dans près de 50 % des cas celui d'un établissement hospitalier, et dans plus de 40 % des cas celui d'un professionnel paramédical. Entrent ensuite en jeu les médecins spécialistes relativement souvent influents, surtout quant au choix des établissements hospitaliers et ce presque aussi souvent que les médecins généralistes (48 % *versus* 46 %). L'entourage n'intervient que dans 5 % des cas sur le choix des professionnels de santé contactés pour un suivi après un premier recours aux soins. Il semble donc qu'à la suite d'un premier contact avec un professionnel de santé, les patients suivent relativement bien les indications de leur médecin.

➤ CONCLUSION

Chaque année, neuf personnes sur dix ont recours aux soins, les deux tiers d'entre elles dans les trois derniers mois. Elles y font appel le plus souvent pour un nouveau problème (67 %), pour le suivi d'un trouble préexistant (28 %), ou pour un recours obligatoire (5 %).

Le type d'affections évolue avec l'âge, passant de l'oto-rhino-laryngologie pour les plus jeunes au cardio-vasculaire chez les plus âgés.

Le généraliste consulté d'emblée est en première ligne dans 94 % des cas et il est connu de la famille dans 88 % d'entre eux. Ceci relativise le nomadisme médical. Il serait intéressant de comparer ce fait avec d'autres régions. Mais le spécialiste de ville est plus souvent sollicité en premier pour les affections ophtalmologiques, dermatologiques, génito-urinaires et gynéco-obstétriques, et les tumeurs.

Le choix est, en pratique, très orienté par l'entourage. S'agit-il de comportements sociaux ou familiaux et moins de choix individuels ? Les raisons *a priori* du choix sont la proximité et la compétence. Lorsque le professionnel avait été précédemment rencontré, ce sont la compétence et la qualité du contact qui prévalent sur le critère de proximité. Ce constat montre donc l'importance de l'écoute. En cas d'abandon de contact patient / professionnel, la compétence et l'éloignement sont mis en avant.

Un second contact avec un autre généraliste n'est retrouvé que dans 5 % des cas.

Dans 60 % des cas le généraliste conditionne le choix du spécialiste, il influence le choix de l'établissement hospitalier dans 50 % des cas, et celui du professionnel paramédical dans 40 % des cas. Son rôle de « passerelle » est à nouveau confirmé.

*RECOURS DES MÉNAGES  
AU SYSTÈME DE SOINS  
PAR CATÉGORIES SOCIALES*



Une des possibilités envisagées lors de l'enquête « *REPRÉSENTATIONS, HABITUDES ET COMPORTEMENTS DE LA POPULATION DU NORD – PAS-DE-CALAIS VIS-À-VIS DU SYSTÈME DE SOINS* » était l'analyse des résultats par catégories sociales.

Plutôt que de passer en revue les différents types de recours effectifs ou supposés comme dans la première partie de ce rapport, il est apparu pertinent de regrouper les recours en quatre grandes catégories : le non-recours au système de soins, le recours au médecin généraliste, le recours au médecin spécialiste et le recours à l'hospitalisation. Cette vision globale du recours au système de soins en fonction des catégories sociales permettra de synthétiser les grandes tendances, quitte à détailler dans une autre publication l'analyse pathologie par pathologie.

*Par exemple, le recours à la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans dans la région Nord – Pas-de-Calais est-il variable selon l'appartenance à telle ou telle catégorie sociale ?*

Les lignes qui suivent présentent l'analyse des résultats pour les quatre grands types de recours en fonction des catégories sociales.

## Attribution d'une catégorie sociale à un individu et à tous les membres d'un foyer : un problème *a priori* simple mais aux conséquences importantes

La catégorie socioprofessionnelle des personnes peut se mesurer de deux manières différentes. La première utilise la catégorie socioprofessionnelle actuelle de la personne ou, si celle-ci n'est pas ou plus en activité au moment de l'étude, la dernière en date. La seconde attribue à tous les membres d'un foyer la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence de ce foyer. Cette dernière solution est pratique, notamment pour affecter une catégorie sociale aux enfants qui, sinon, n'en ont pas.

### ➤ CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE PERSONNELLE

Chaque personne se voit attribuer sa catégorie socioprofessionnelle personnelle actuelle ou antérieure si elle n'en a pas ou plus au moment de l'étude.

Les six catégories socioprofessionnelles étaient :

- agriculteurs exploitants ;
- artisans, commerçants et chefs d'entreprise ;

- cadres supérieurs ;
- professions intermédiaires ;
- employés ;
- ouvriers.

➤ CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE DE RÉFÉRENCE DU FOYER

La personne de référence est une définition mise au point par l'Insee (39) et utilisée notamment par le Credes.

La notion de personne de référence (PR) d'un ménage remplace celle de chef de famille. Elle est basée sur la prédominance donnée aux familles, au sexe masculin, à l'activité par rapport à l'inactivité, et à l'âge. Elle permet de repérer une personne servant de pivot dans tout ménage et de décliner, à partir de ce point fixe, les liens entre les personnes composant ce ménage.

La règle précise est la suivante :

- si le ménage comprend au moins un couple, la personne de référence est l'homme du couple, s'il y a plusieurs couples on choisit le plus âgé des actifs ou, à défaut d'actif, le plus âgé ;
- sinon, si le ménage comprend au moins une famille monoparentale (adulte élevant seul un ou plusieurs de ses enfants), la personne de référence est, parmi les parents de ces familles monoparentales, le plus âgé des actifs ou, à défaut, le plus âgé ;
- si le ménage ne comprend aucune famille, la personne de référence est, parmi les personnes du ménage à l'exception des pensionnaires ou salariés logés, le plus âgé des actifs ou, à défaut, le plus âgé.

Dans la très grande majorité des ménages, la catégorie socioprofessionnelle de la PR est donc simplement celle de l'homme adulte, que l'on appelait autrefois le chef de famille, et cette notion souffre donc des mêmes imperfections que l'approximation du milieu social d'un ménage entier par celui du père de famille.

## Peu d'artisans et une minorité d'agriculteurs...

**Tableau 1 : Catégorie socioprofessionnelle personnelle**  
(ensemble de l'échantillon)

<i>Catégorie socioprofessionnelle</i>	Nombre	%
Agriculteur	32	1,4
Artisan-commerçant	93	4,0
Cadre	258	11,2
Profession intermédiaire	505	21,9
Employé	751	32,6
Ouvrier	668	29,0
Total	2 307	100,0

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

**Tableau 2 : Catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du foyer** (ensemble de l'échantillon)

<i>Catégorie socioprofessionnelle</i>	Nombre	%
Agriculteur	32	0,8
Artisan-commerçant	186	4,7
Cadre	584	14,9
Profession intermédiaire	834	21,3
Employé	787	20,1
Ouvrier	1 493	38,1
Total	3 916	100,0

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La comparaison des résultats d'attribution des catégories sociales montre que les effectifs sont sensiblement différents. Comme nous l'avons déjà précisé, les enfants n'ont une catégorie sociale que lorsqu'on utilise la personne de référence du foyer. De même, certains adultes sans catégorie sociale n'apparaissent qu'avec ce dernier codage. Les personnes de référence des foyers sont plus fréquemment des cadres ou des ouvriers et moins souvent des employés (de 32 à 20 %). Les proportions de professions intermédiaires, d'agriculteurs et d'artisans-commerçants ne sont pas modifiées.

Avec la catégorie sociale de la personne de référence, l'échantillon ne comporte que 32 agriculteurs (0,8 %) et 186 artisans-commerçants (4,7 %). Néanmoins, d'après les données de recensement de l'Insee, ces chiffres reflètent l'ordre de grandeur de ces catégories dans la région Nord – Pas-de-Calais. L'échantillon étudié apparaît donc représentatif mais peu adapté à décrire les comportements de ces deux catégories sociales.

L'utilisation de l'un ou l'autre des codages de la catégorie sociale influe sur les résultats. Une femme employée mariée à un cadre ou à un ouvrier sera en effet codée employée dans le premier cas, et cadre ou ouvrière dans le second. Notre investigation portant sur les différences de recours selon la catégorie sociale, on comprend l'importance de bien faire la distinction entre les deux, notamment pour les femmes mariées. Plus loin seront à nouveau évoquées les conséquences concrètes dans le choix du codage de la catégorie sociale.

## Les recours au système de soins

Quatre types de recours médicaux ont été analysés.

- En premier lieu, le recours global qui recouvre les recours au médecin généraliste, au médecin spécialiste et/ou à l'hôpital lors des 12 mois précédant l'enquête : il s'agit d'une variable codée en *oui-non*, qui ne tient pas compte du nombre de recours dans le cas où ils auraient été multiples.

Le recours global est donc un indicateur permettant d'analyser le **NON-RECOURS** au système de soins en fonction des catégories sociales.

- Ensuite, l'analyse par type de recours : parmi les réponses des **sujets ayant recouru** au moins une fois au système de soins lors des 12 mois précédant l'étude, ont été exploitées celles relatives à leur **dernier motif de recours** : date, nombre de consultations médicales réalisées, spécialistes rencontrés, motif du recours et diagnostic associé, lieux géographiques des recours...

L'analyse du dernier motif de recours est faite en distinguant les recours au **médecin généraliste**, au **médecin spécialiste**, et enfin à **l'hôpital**, tous trois codés par des variables en *oui-non*. Ces indicateurs permettent de

rechercher d'éventuels recours privilégiés et/ou délaissés selon les catégories socioprofessionnelles. Le cas échéant, les différences pourraient se compenser et ne plus apparaître avec la variable recours global, d'où l'intérêt de l'analyse par type de recours.

➤ UN (TROP) FAIBLE RECOURS HOSPITALIER

**Tableau 3 : Recours global, au généraliste, au spécialiste et à l'hôpital**  
(ensemble de l'échantillon)

Recours	global	%	généraliste	%	spécialiste	%	hôpital	%
Oui	3 730	92,7	2 589	69,4	1 184	31,7	147	3,9
Non	295	7,3	1 141	30,6	2 546	68,3	3 583	96,1
Total	4 025	100,0	3 730	100,0	3 730	100,0	3 730	100,0

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Environ deux tiers des sujets ont recouru au médecin généraliste. Ils ne sont qu'un tiers à avoir recouru au spécialiste. En revanche, le recours à l'hôpital est si rare (4 %) que les analyses concernant ce type de recours sont **quasiment impossibles, car ininterprétables**. Enfin, le recours global est très fréquent (93 %), ce qui s'explique par le fait qu'un sujet qui, par exemple, n'a pas recouru au généraliste a souvent eu recours au spécialiste.

### Les recours aux soins par catégories sociales

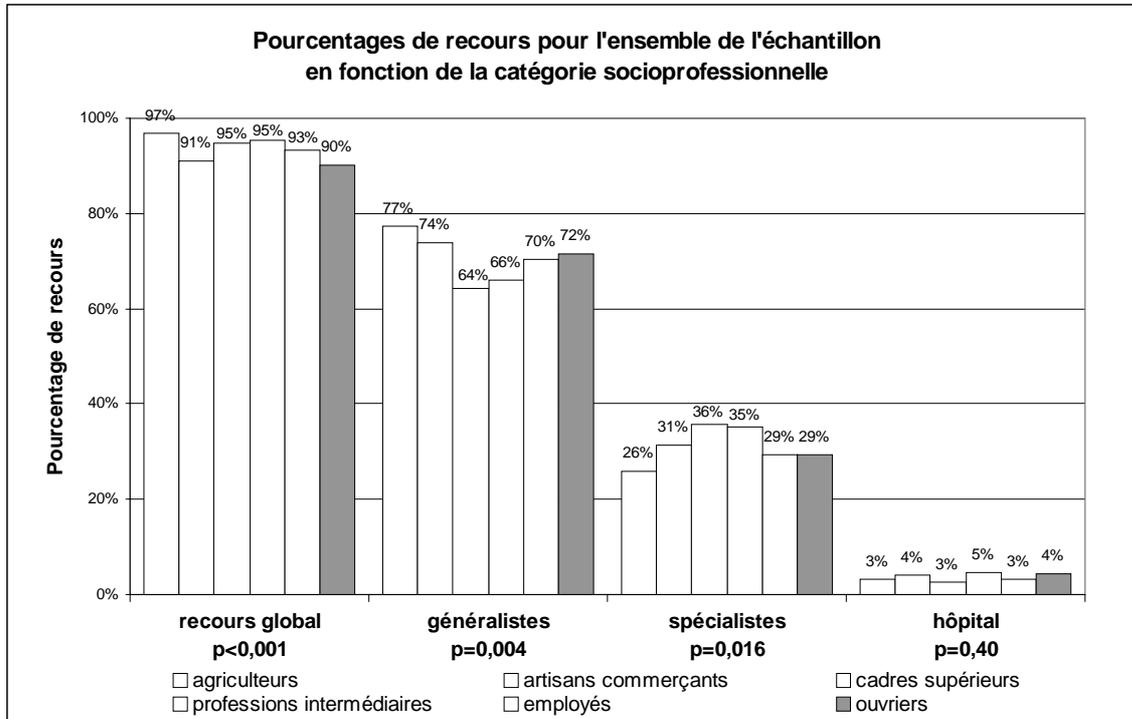
Le tri croisé entre, d'une part le recours aux soins, et d'autre part les catégories sociales, constitue logiquement l'étape suivante.

Il a permis de rechercher des différences sociales avec plusieurs approches : différences dans la fréquence de non-recours, de recours au médecin généraliste, au spécialiste ou à l'hôpital. Les mêmes recherches ont été réalisées successivement sur l'ensemble de l'échantillon, chez les hommes, chez les femmes, chez les enfants, puis selon les catégories sociales (personnelle ou de la PR).

Le graphique I illustre les résultats obtenus pour l'ensemble de l'échantillon. L'ensemble des résultats est présenté et discuté ci-dessous<sup>17</sup>.

➤ ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON

Graphique I



Source : Ors Nord – Pas-de-Calais 2000

En dehors du recours à l'hôpital, des différences significatives apparaissent en fonction des catégories sociales pour l'ensemble des 4 025 personnes de l'échantillon.

*Recours global : peu de différences sociales*

Les différences entre catégories sociales sont peu marquées : l'écart entre ceux qui recourent le plus (les agriculteurs, 97 %) et le moins (les ouvriers, 90 %) est de 7 %. Le non-recours au système de soins est donc peu contrasté entre les catégories sociales, même si la différence apparaît statistiquement significative.

On remarque cependant un léger gradient social décroissant qui va des cadres aux ouvriers (de 95 à 90 %), en faveur d'un non-recours plus important des classes les plus défavorisées.

<sup>17</sup> L'ensemble des analyses a été réalisé sur le logiciel Sas, version 6.12.

Comment expliquer la faiblesse des différences observées ? Il est vraisemblable que la période étudiée était trop longue pour l'analyse du recours global : en 12 mois, presque tous les sujets (93 %) ont recouru au moins une fois aux soins, quelle que soit la catégorie sociale. Pour mettre en évidence un gradient social plus net, un délai d'étude de un à trois mois serait plus cohérent, ou bien il faudrait tenir compte du nombre de recours sur 12 mois.

Une autre explication possible est qu'une certaine forme d'égalité sociale dans le recours aux soins aurait été atteinte. Égalité et non équité, car pour parler d'équité il faudrait tenir compte, en outre, de l'état de santé de la population et donc de ses besoins en matière de santé : à besoin égal, le recours est-il socialement équitable ?

*Recours au médecin généraliste : privilégié par les ouvriers, plutôt délaissé par les cadres*

Les différences apparaissent beaucoup plus nettement que pour le recours global, avec un écart entre les cadres (64 %) et les agriculteurs (77 %) de 13 %. Le gradient social qui va des cadres aux ouvriers est également net. On remarque qu'il est inversé par rapport à celui du recours global, montrant que le recours au généraliste suit « inversement » l'échelle sociale : moins le milieu social est favorisé, plus le recours au médecin généraliste est fréquent.

*Recours au médecin spécialiste : privilégié par les cadres et plutôt délaissé par les ouvriers, « image en miroir » du recours au médecin généraliste*

L'écart le plus important de recours au médecin spécialiste entre catégories sociales est de 10 % (26 % pour les agriculteurs et 36 % pour les cadres). On trouve à nouveau un gradient social qui va des cadres aux ouvriers (respectivement de 36 à 29 %). Comme pour le recours global, le recours au médecin spécialiste suit l'échelle sociale : plus le milieu social est favorisé, plus ce type de recours est privilégié.

*Recours à l'hôpital : trop rare pour conclure*

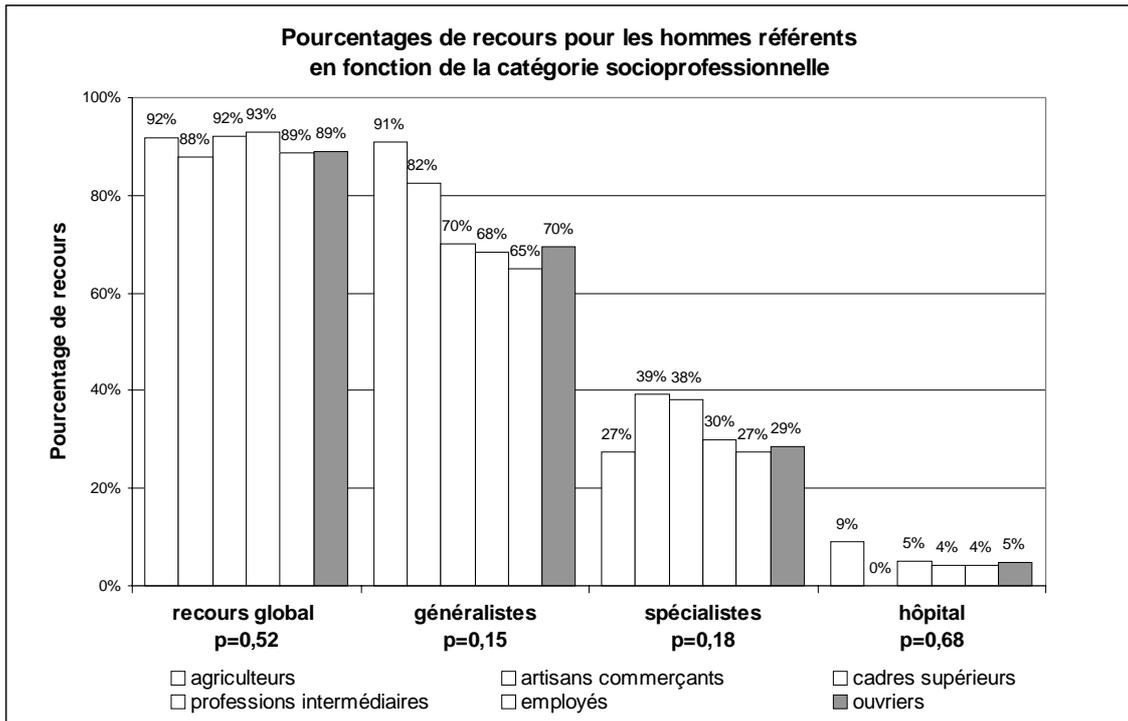
On ne met pas en évidence de différence importante. Selon les catégories sociales, le recours à l'hôpital (public ou privé) pendant les 12 derniers mois

concerne entre 3 et 5 % des sujets. Le recours à l'hôpital est quantitativement trop rare pour qu'une différence statistiquement significative apparaisse.

- LES HOMMES RÉFÉRENTS DES FOYERS ET LES ENFANTS : PAS DE GRADIENT SOCIAL VISIBLE

*Les hommes référents des foyers : peu de variations sociales*

**Graphique II**



Source : Ors Nord – Pas-de-Calais 2000

Contrairement à l'ensemble de l'échantillon, chez les hommes référents des foyers, aucune différence significative de recours en fonction des catégories sociales n'est mise en évidence, qu'il s'agisse du recours global, du recours au médecin généraliste ou spécialiste, ou du recours à l'hôpital.

S'agissant du recours global, aucune tendance claire ne se dégage. Pour les autres types de recours, les résultats concernant les agriculteurs et les artisans-commerçants sont peu fiables puisqu'ils se rapportent à de faibles effectifs (respectivement 12 et 58).

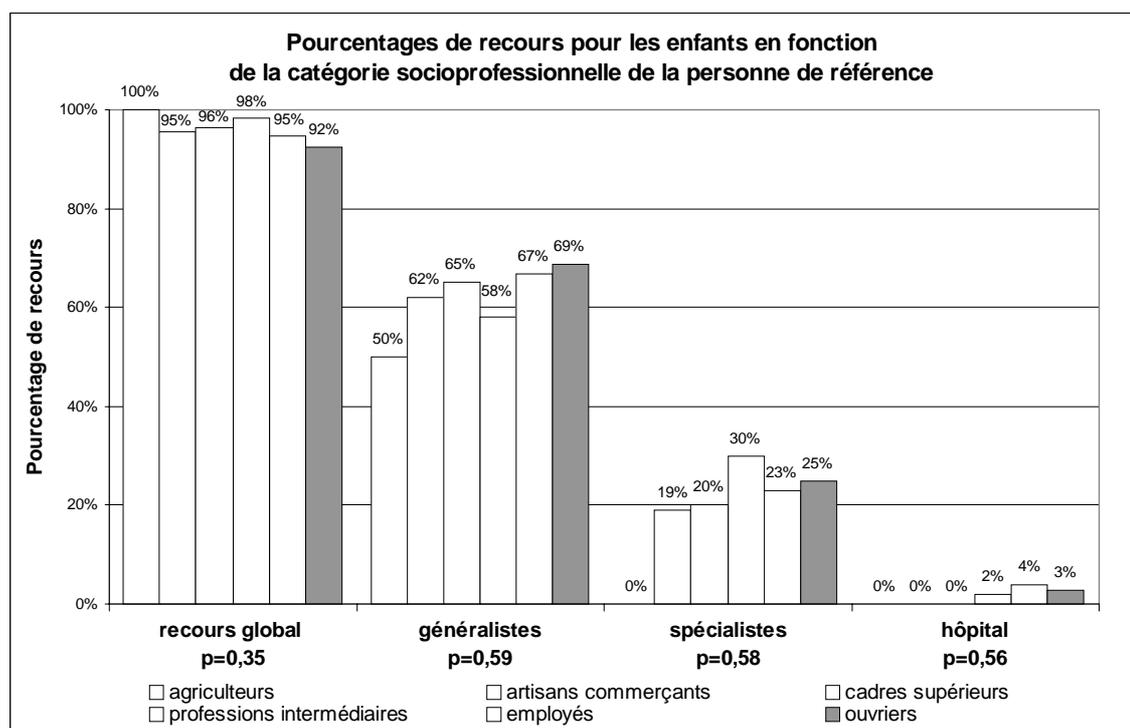
L'examen du recours au médecin généraliste permet de constater que s'il existait un gradient social, il serait inversé par rapport à celui mis en évidence sur

l'ensemble de l'échantillon : les cadres ont tendance à recourir davantage que les professions intermédiaires qui recourent elles-mêmes davantage que les employés. Comme la tendance observée pour le recours au médecin spécialiste est identique (mais toujours non significative), on en conclut que, chez les hommes, aucun phénomène de compensation n'est visible : le moindre recours des employés au médecin généraliste n'est pas compensé par un recours plus important au médecin spécialiste.

Cependant, l'information principale est qu'on ne parvient pas, pour les hommes, à mettre en évidence de différence significative de recours au système de soins en fonction des catégories sociales. Doit-on en déduire que l'égalité sociale de recours est atteinte chez les hommes ? Certainement pas, car l'absence de différence significative peut être liée à un nombre insuffisant de sujets. On constate d'ailleurs que des tendances apparaissent, sans doute moins importantes que sur l'ensemble de l'échantillon, mais reflétant vraisemblablement une certaine réalité sociale.

*Les enfants : un nombre insuffisant pour conclure*

Graphique III



Les résultats concernant les enfants ne montrent aucune différence significative de recours en fonction de la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du foyer.

Quel que soit le type de recours considéré, les différences sociales chez les enfants apparaissent de manière peu distincte. Il serait hasardeux de conclure à l'existence d'un gradient social, alors que les résultats des tests statistiques sont tous très éloignés de la zone de significativité fixée à 5 % : ils sont en effet ici de l'ordre de 50 %.

L'analyse statistique chez les enfants a été réalisée sur des effectifs (N=537) nettement moins importants que ceux exploités pour les hommes de référence des foyers ou les femmes, compris entre 1 000 et 1 200 environ. Ce manque de puissance relative peut nuire à l'établissement de différences significatives. L'autre interprétation possible de ce résultat consiste à considérer que l'égalité sociale est pratiquement atteinte chez les enfants. On trouve souvent cette interprétation dans la littérature [25] ; elle repose sur une certaine logique : les classes sociales les moins favorisées, si elles recourent quantitativement moins que les autres, portent prioritairement leurs efforts (financiers) sur les enfants. D'où le moindre gradient social constaté ici, en tout cas non significatif.

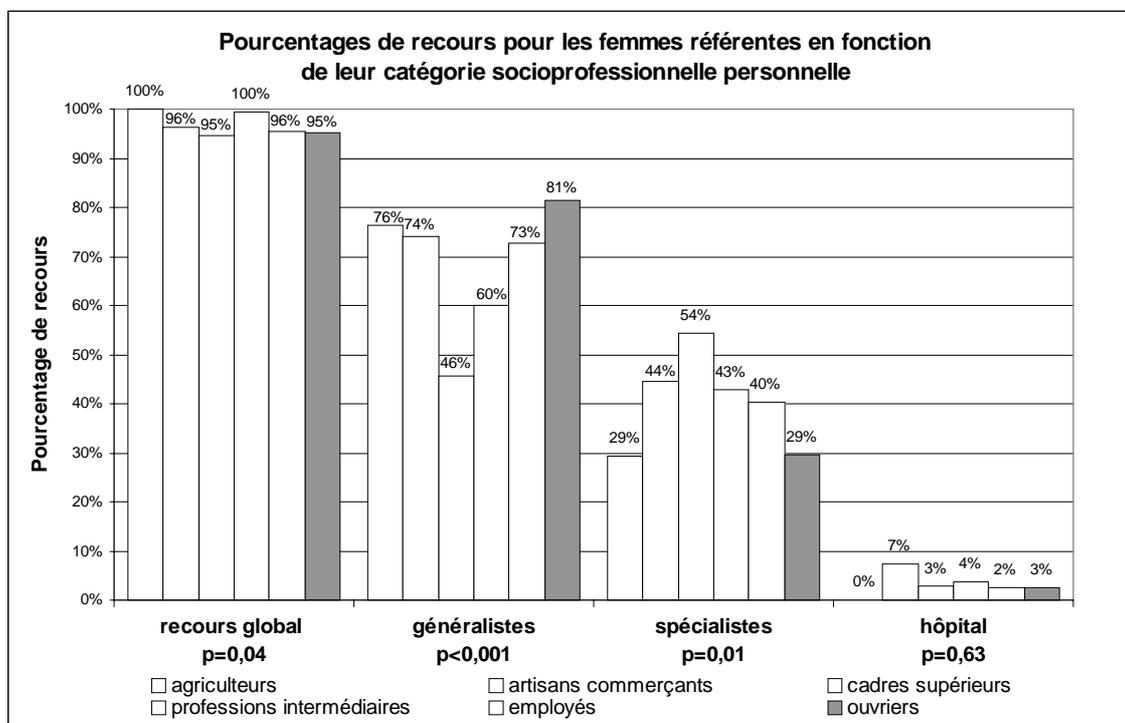
➤ LES FEMMES RÉFÉRENTES DES FOYERS : DEUX ANALYSES, DES RÉSULTATS DIFFÉRENTS

Contrairement aux hommes ou aux enfants, les femmes ont fait l'objet de deux séries d'analyse. Chez les hommes, la catégorie socioprofessionnelle personnelle et la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du foyer sont identiques, alors que chez les enfants, seule la catégorie de la personne de référence du foyer peut leur être attribuée. Il était donc intéressant d'appliquer les deux définitions de la catégorie sociale à une population unique (les femmes) pour observer si les résultats obtenus étaient identiques, proches ou franchement différents, voire divergents.

Catégorie socioprofessionnelle personnelle des femmes : différences sociales nettes, cohérentes et interprétables

✓ Analyse par tri croisé simple

Graphique IV



Source : Ors Nord – Pas-de-Calais 2000

Contrairement aux hommes référents mais de manière identique à l'ensemble de l'échantillon, le recours des femmes en fonction de leur propre catégorie socio-professionnelle varie significativement pour le recours global, les recours au généraliste et au spécialiste. Le recours à l'hôpital ne varie pas en fonction des catégories sociales.

S'agissant du recours global, le gradient social est restreint aux professions intermédiaires, aux employées et aux ouvrières. Comme pour les hommes, les résultats relatifs aux agricultrices et aux femmes artisans-commerçants n'ont qu'une valeur indicative (effectifs respectifs de 17 et 28).

Au regard des types de recours, les gradients sociaux apparaissent très nettement chez les femmes, de façon décroissante pour le recours au spécialiste (de 54 % pour les cadres à 29 % pour les ouvrières) et croissante pour le recours au généraliste (de 46 % pour les cadres à 81 % pour les ouvrières).

- ✓ Analyse par tri croisé tenant compte de la valeur d'autres variables : analyse ajustée ou multivariée

Pour les besoins de cette analyse, il est nécessaire de choisir ce que l'on appelle une catégorie de référence. Ici, la catégorie sociale de référence chez les femmes a été celle des ouvrières. Autrement dit, les résultats des différentes catégories sociales s'interprètent par rapport aux ouvrières. Les agricultrices ne sont pas présentées dans les tableaux de résultats en raison d'effectifs insuffisants (N=17).

- RECOURS GLOBAL

**Tableau 4 : Catégorie socioprofessionnelle personnelle des femmes**  
**Odds ratio (OR) de probabilité de NON-RECOURS GLOBAL**

Catégories sociales	Analyses							
	Univariable				Multivariable			
	OR	IC 95%	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95%	$p_i$	$p_{global}$
Ouvrières	<b>1</b>				<b>1</b>			
Cadres	<b>1,11</b>	[0,32-3,92]	0,86		<b>0,77</b>	[0,19-3,07]	0,70	
Intermédiaires	<b>0,09</b>	[0,01-0,77]	0,02	0,02	<b>0,07</b>	[0,01-0,61]	0,01	0,02
Employées	<b>0,84</b>	[0,36-1,97]	0,68		<b>0,71</b>	[0,28-1,77]	0,44	
Artisans	<b>0,72</b>	[0,08-6,27]	0,76		<b>0,54</b>	[0,06-5,14]	0,59	

Variables d'ajustement		OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
État de santé	Mauvais ou très mauvais	<b>1</b>			
	Bon	<b>2,18</b>	[0,61-7,82]	0,22	0,001
	Excellent	<b>6,48</b>	[1,67-25,1]	0,006	
Activité	Actif	<b>1</b>			
	Retraité	<b>1,37</b>	[0,42-4,52]	0,51	0,09
	Chômeur	<b>2,92</b>	[1,10-7,76]	0,02	
	Étudiant et autres	<b>1,18</b>	[0,51-2,70]	0,61	
Régime complémentaire	Mutuelle	<b>1</b>			
	ALD	<b>0,52</b>	[0,11-2,38]	0,39	0,06
	AMG	<b>0,84</b>	[0,18-4,03]	0,82	
	Régime minier	<b>3,75</b>	[0,91-15,4]	0,06	
	Pas de mutuelle	<b>2,96</b>	[1,17-7,47]	0,02	
Taille du foyer	1 personne	<b>1</b>			
	2 personnes	<b>1,10</b>	[0,27-4,47]	0,89	0,05
	3 ou 4 personnes	<b>2,40</b>	[0,57-10,1]	0,22	
	5 et plus	<b>3,33</b>	[0,83-14,9]	0,08	

Variables non retenues après l'analyse multivariée	$p$
Âge	0,39
Niveau d'études	0,28

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Pour le recours global, nous avons tenu compte de la valeur des variables suivantes<sup>18</sup> : l'état de santé ressenti, l'activité, le régime complémentaire et la taille du foyer.

Après ajustement, le recours global dépend toujours significativement des catégories sociales, avec un degré de significativité inchangé ( $p=0,02$ ) par rapport à l'analyse univariée (voir les deux premières colonnes du tableau 4). On en déduit que l'ajustement ne permet pas d'expliquer la liaison du recours global avec les catégories sociales.

De plus, lorsque l'on examine les OR<sup>19</sup> individuellement, on constate qu'après ajustement, les estimations ont tendance à s'éloigner de la valeur 1 (l'OR des employées passe de 0,84 à 0,71). Cela signifie que le moindre recours des femmes ouvrières que nous avons mis en évidence en analyse univariée est en réalité **encore plus important** lorsque l'on tient compte des variables d'ajustement. Les conclusions doivent rester prudentes parce que la plupart des intervalles de confiance ne sont pas significatifs. Cependant, le fait que les quatre OR des catégories sociales s'éloignent tous de la valeur 1 après ajustement est un argument qui confirme un non-recours plus fréquent chez les femmes ouvrières.

La présentation des résultats pour les variables d'ajustement permet de corriger certains éléments de l'analyse par tri croisé simple (tableaux 4 et 5 à comparer). Ainsi les femmes retraitées, qui donnaient l'impression de recourir davantage que les actives (tableau 5), ont une probabilité plus importante de ne pas recourir d'après l'analyse multivariée (OR=1,37). Cette analyse tient compte des différences d'état de santé, de régime complémentaire et de taille du foyer entre les femmes actives et retraitées. À nouveau, ces déductions sont indicatives : les intervalles de confiance ne sont pas significatifs. Les résultats concernant l'état de santé et la taille du foyer restent cohérents avec l'analyse par tri croisé simple. Enfin, on remarque que les femmes bénéficiant de l'AMG ont une probabilité (non

---

<sup>18</sup> appelées variables d'ajustement.

<sup>19</sup> L'OR ou Odds ratio est une mesure de risque. Dans certaines conditions, son estimation est proche de celle du risque relatif (RR) et il est alors possible de les confondre. Un OR supérieur à 1 signifie un sur-risque par rapport à la référence. À l'inverse, un OR inférieur à 1 correspond à un sous-risque. Ici (tableau 4), un OR > 1 signifie un sur-risque de non-recours global, donc un moindre recours. Un OR < 1 correspond à un sous-risque de non-recours global, c'est-à-dire à un recours plus fréquent.

significative) de recourir plus importante que celles bénéficiant d'une mutuelle (OR=0,84), résultat différent de celui du tableau 5.

**Tableau 5 : Femmes référentes : pourcentage de recours pour les différentes variables et résultat (p) du test d'association du Khi2**

		Recours global		Médecin généraliste		Médecin spécialiste		Hôpital	
		oui (%)	N p	oui (%)	N p	oui (%)	N p	oui (%)	N p
Âge	16-39 ans	95,5	1 260	65,0	1 209	40,7	1 209	4,5	1 209
	40-64 ans	95,5	0,21	70,6	<0,001	44,3	<0,001	2,5	0,21
	65 ans et +	98,1		87,6		28,7		3,4	
État de santé	Excellent	91,3	1 258	55,8	1 207	38,7	1 207	3,0	1 207
	Bon	96,5		71,0		41,0		3,5	
	Mauvais	98,4	<0,001	88,2	<0,001	38,7	0,89	3,8	0,89
	Très mauvais	100,0		92,3		38,5		0,0	
Niveau d'études	Aucun	93,5	1 245	86,6	1 194	35,7	1 194	7,0	1 194
	Certificat	95,8		77,5		39,5		2,5	
	Brevet	95,1	0,08	74,4	<0,001	34,3	0,002	3,3	0,05
	Baccalauréat	97,8		59,4		47,2		2,5	
Activité	Actif	96,8	1 259	61,1	1 208	44,8	1 208	3,5	1 208
	Retraité	97,7		83,5		33,3		2,8	
	Étudiant	100,0	0,05	71,4	<0,001	53,6	0,01	0,0	0,76
	Chômeur	92,8		66,2		40,3		2,6	
	Autre	94,0		78,8		37,4		4,1	

		Recours global		Médecin généraliste		Médecin spécialiste		Hôpital	
		oui (%)	N p	oui (%)	N p	oui (%)	N p	oui (%)	N p
Statut matrimonial	Marié	95,5	1 259	70,0	1 208	41,8	1 208	3,5	1 208
	Célibataire	100,0		68,2		39,4		4,6	
	Divorcé	95,8	0,24*	70,6	0,005	30,9	0,1	2,9	0,89*
	Veuf	97,6		85,3		32,8		2,5	
Régime complémentaire	Mutuelle	96,1	1 260	69,0	1 209	40,8	1 209	2,6	1 209
	Pas de mutuelle	89,1		64,9		35,1		3,5	
	ALD	98,8	0,01*	81,0	<0,001	41,7	0,6	6,8	0,003*
	AMG	94,4		82,4		29,4		11,8	
	Régime minier	91,7		90,9		36,4		0,0	
Typologie Insee	Urbain	95,8	1 260	71,1	1 209	40,4	1 209	3,1	1 209
	Périurbain	95,1		75,2		32,5		5,1	
	Multipolarisé	98,6	0,65*	65,3	0,48	45,8	0,22	2,8	0,54*
	Rural	96,3		73,8		43,7		4,9	
Taille du foyer	1 personne	98,0	1 260	82,0	1 209	32,7	1 209	3,3	1 209
	2 personnes	97,6		75,3		40,8		2,5	
	3 ou 4 personnes	95,5	0,007	65,5	<0,001	42,0	0,24	3,6	0,55
	5 personnes et +	92,2		69,5		40,5		4,7	
Moyen de transport du foyer	Voiture-moto-scooter	96,3	1 242	69,1	1 193	41,0	1 193	3,1	1 193
	Mobylette-vélo-sans véhicule	94,5	0,24	86,0	<0,001	33,9	0,08	4,7	0,30

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

▪ RECOURS AU GÉNÉRALISTE

**Tableau 6 : Catégorie socioprofessionnelle personnelle des femmes**  
**Odds ratio (OR) de probabilité de NON-RECOURS AU GÉNÉRALISTE**

Catégories sociales	Analyses											
	Univariée				Multivariée avec niveau d'études				Multivariée sans niveau d'études			
	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Ouvrières	1				1				1			
Cadres	5,20	[2,76-9,79]	<0,001		2,43	[1,15-5,10]	0,02		2,99	[1,53-5,83]	0,001	
Intermédiaires	2,91	[1,76-4,78]	<0,001	<0,001	1,35	[0,74-2,48]	0,32	0,12	1,67	[0,97-2,87]	0,06	0,004
Employées	1,66	[1,05-2,62]	0,03		1,10	[0,67-1,80]	0,69		1,18	[0,72-3,00]	0,50	
Artisans	1,53	[0,58-4,04]	0,38		1,07	[0,38-2,97]	0,90		1,20	[0,43-3,34]	0,72	

Variables d'ajustement		OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Âge	65 ans et +	1			
	16-39 ans	1,82	[0,95-3,47]	0,07	0,09
	40-64 ans	1,79	[1,00-3,23]	0,05	
Niveau d'études	Bac et plus	1			
	Aucun	0,54	[0,29-0,99]	0,04	0,09
	Certificat d'études	1	[0,62-1,63]	0,99	
	Brevet d'études	0,78	[0,53-1,16]	0,21	
État de santé	Mauvais ou très mauvais	1			
	Bon	2,27	[1,37-3,74]	0,001	<0,001
	Excellent	3,49	[1,96-6,21]	<0,001	
Activité	Actif	1			
	Retraité	0,68	[0,39-1,19]	0,17	0,03
	Chômeur	1,02	[0,60-1,75]	0,93	
	Étudiant et autres	0,56	[0,37-0,85]	0,006	

Variables non retenues après l'analyse multivariée	$p$
Statut matrimonial	0,72
Taille du foyer	0,33
Régime complémentaire	0,19
Moyen de transport	0,10

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les femmes cadres (OR à 5,2) y recourent beaucoup moins souvent que les ouvrières (OR=1). Les OR, en dehors de celui des femmes artisans, sont significativement différents de 1.

Après ajustement sur l'âge, le niveau d'études, l'état de santé et l'activité, le recours au médecin généraliste n'est plus significativement différent selon les

catégories sociales au seuil de significativité fixé à 5 % ( $p=0,12$ ). Cela signifie que les variables d'ajustement expliquent, pour une bonne part, les différences observées par le tri croisé simple : le sur-recours des ouvrières au médecin généraliste ne serait en partie pas dû à la simple appartenance à cette catégorie sociale. Pris individuellement, chaque OR se rapproche de la valeur 1, ce qui confirme l'intérêt de l'ajustement. Seul l'OR des cadres reste encore significativement différent de 1.

▪ RECOURS AU SPÉCIALISTE

**Tableau 7 : Catégorie socioprofessionnelle personnelle des femmes**  
**Odds ratio (OR) de probabilité de NON-RECOURS AU SPÉCIALISTE**

Catégories sociales	Analyses											
	Univariée				Multivariable avec niveau d'études				Multivariable sans niveau d'études			
	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Ouvrières	1				1				1			
Cadres	0,35	[0,19-0,64]	<0,001		0,52	[0,26-1,03]	0,06		0,38	[0,21-0,70]	0,001	
Intermédiaires	0,56	[0,36-0,88]	0,01	0,007	0,78	[0,46-1,32]	0,34	0,13	0,59	[0,38-0,94]	0,02	0,02
Employées	0,62	[0,42-0,93]	0,02		0,65	[0,43-0,98]	0,04		0,65	[0,43-0,97]	0,03	
Artisans	0,52	[0,22-1,22]	0,13		0,53	[0,22-1,25]	0,14		0,49	[0,21-1,17]	0,10	

Variables d'ajustement		OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Âge	65 ans et +	1			
	16-39 ans	0,65	[0,42-1,02]	0,06	0,003
	40-64 ans	0,52	[0,35-0,78]	0,001	
Niveau d'études	Bac et plus	1			
	Aucun	1,43	[0,87-2,33]	0,15	0,04
	Certificat d'études	1,22	[0,79-1,88]	0,36	
	Brevet d'études	1,65	[1,14-2,39]	0,007	
Statut matrimonial	Marié	1			
	Célibataire	1,23	[0,77-1,96]	0,31	0,09
	Veuf	1,06	[0,68-1,66]	0,70	
	Divorcé	1,75	[1,10-2,77]	0,03	

Variables non retenues après l'analyse multivariée	$p$
Activité	0,25
Moyen de transport	0,14

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les cadres (OR=0,35) y recourent plus souvent que les professions intermédiaires (OR=0,56), qui recourent davantage à leur tour que les employées

(OR=0,62) et les ouvrières sont celles qui recourent le moins (OR=1). La liaison est significative (p=0,007).

Après ajustement, la liaison n'est plus significative. L'âge, le niveau d'études et le statut matrimonial permettent d'expliquer en partie les différences sociales de recours : les OR ajustés des catégories sociales se rapprochent tous de la valeur 1. Avec le même raisonnement que pour le recours au médecin généraliste, on en déduit que le sous-recours des ouvrières au médecin spécialiste ne serait en partie pas dû à la simple appartenance à cette catégorie sociale.

▪ RECOURS À L'HÔPITAL

**Tableau 8 : Catégorie socioprofessionnelle personnelle des femmes  
Odds ratio (OR) de probabilité de RECOURS À L'HÔPITAL**

Catégories sociales	Analyses							
	Univariée				Ajustée sur l'âge			
	OR	IC 95%	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95%	$p_i$	$p_{global}$
Ouvrières	<b>1</b>				<b>1</b>			
Cadres	<b>1,12</b>	[0,19-6,47]	0,90	0,68	<b>1,02</b>	[0,17-6,01]	0,98	0,72
Intermédiaires	<b>1,48</b>	[0,43-5,14]	0,53		<b>1,26</b>	[0,35-4,48]	0,72	
Employées	<b>0,96</b>	[0,30-3,09]	0,94		<b>0,88</b>	[0,27-2,85]	0,82	
Artisans	<b>3,04</b>	[0,51-18,10]	0,21		<b>2,88</b>	[0,48-17,30]	0,24	

Variables d'ajustement		OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Âge	65 ans et +	<b>1</b>			
	16-39 ans	<b>1,54</b>	[0,61-3,87]	0,35	0,23
	40-64 ans	<b>0,84</b>	[0,32-2,33]	0,73	

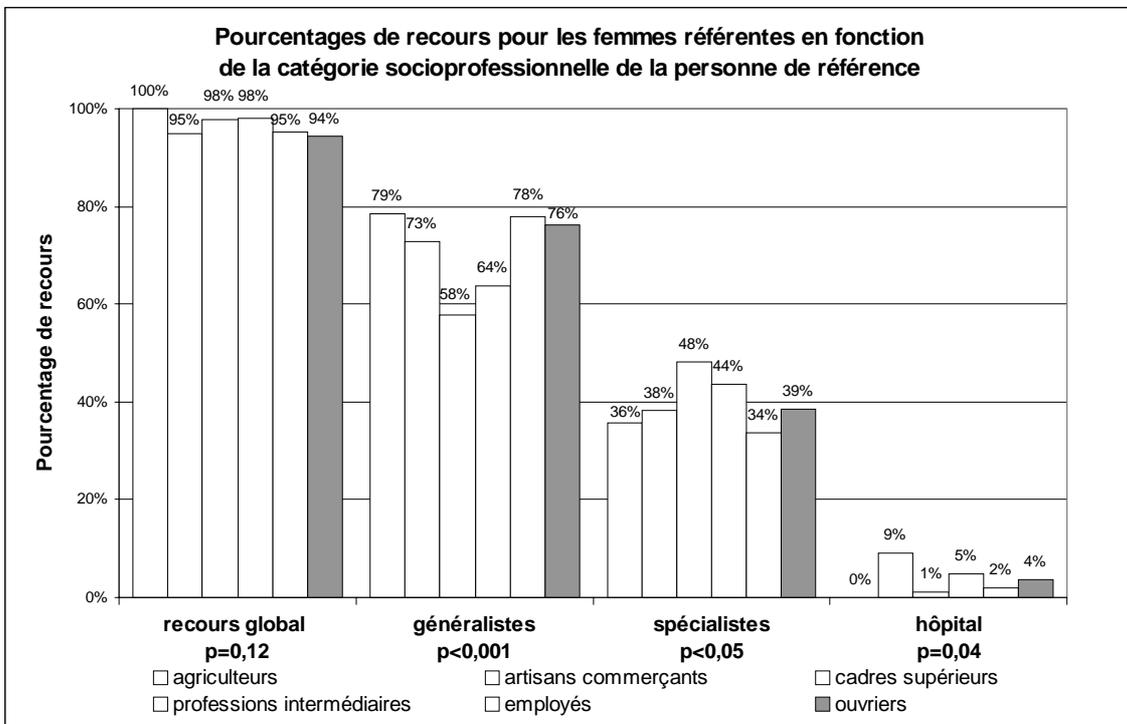
Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Comme en analyse non ajustée, l'analyse multivariée ne permet pas de mettre en évidence de différence de recours à l'hôpital en fonction des catégories sociales. Ce résultat vaut même après ajustement sur l'âge.

*Femmes et catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence : des différences sociales moins nettes et également moins cohérentes*

✓ Analyse par tri croisé simple

**Graphique V**



Source : Ors Nord – Pas-de-Calais 2000

En considérant la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence, donc le plus souvent celle du conjoint, les différences de recours chez les femmes apparaissent beaucoup moins nettement que dans le paragraphe précédent où la catégorie sociale propre des femmes était prise en compte.

C'est le cas pour le recours global où la différence n'est même plus significative ( $p=0,12$ ), mais aussi pour les recours au généraliste et au spécialiste. En effet, même si les tests statistiques sont encore significatifs, on n'observe plus les très nets gradients sociaux mis en évidence avec la propre catégorie socioprofessionnelle des femmes. En revanche, pour le recours à l'hôpital, la différence en fonction des catégories sociales est ici significative ( $p=0,04$ ), alors qu'elle ne l'était pas avec la propre catégorie socioprofessionnelle des femmes ( $p=0,63$ ). Ce résultat, très surprenant, ne nous semble pas valide. D'une part, parce qu'il repose sur de très faibles variations d'effectifs : 3 femmes d'artisans-commerçants de plus qu'avec le codage précédent recourent à l'hôpital, ce qui semble être en soi la raison du test

statistique significatif ; d'autre part, parce que les autres résultats montrent une faible fréquence du recours à l'hôpital et sa faible variabilité en fonction des catégories sociales. Ces arguments conjugués sont en faveur d'une association significative fortuite, liée au hasard. Enfin, aucune hypothèse raisonnable ne vient étayer un tel résultat.

- ✓ Analyse par tri croisé tenant compte de la valeur d'autres variables : analyse ajustée ou multivariée

- RECOURS GLOBAL ET RECOURS À L'HÔPITAL

**Tableau 9 : Catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence pour les femmes  
Odds ratio (OR) de probabilité de NON-RECOURS GLOBAL**

Catégories sociales	Analyses							
	Univariable				Ajustée sur l'âge			
	OR	IC 95%	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95%	$p_i$	$p_{global}$
Ouvrières	1				1			
Cadres	0,39	[0,13-1,16]	0,08		0,37	[0,12-1,09]	0,07	
Intermédiaires	0,32	[0,12-0,86]	0,02	0,07	0,30	[0,11-0,81]	0,02	0,06
Employées	0,81	[0,40-1,63]	0,54		0,82	[0,40-1,65]	0,57	
Artisans	0,89	[0,25-3,12]	0,85		0,95	[0,27-3,34]	0,93	

Variables d'ajustement		OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Âge	65 ans et +	1			
	16-39 ans	2,65	[0,87-8,05]	0,08	0,12
	40-64 ans	2,63	[0,87-7,92]	0,08	

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

**Tableau 10 : Catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence pour les femmes  
Odds ratio (OR) de probabilité de RECOURS À L'HÔPITAL**

Catégories sociales	Univariable				Ajustée sur l'âge			
	OR	IC 95%	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95%	$p_i$	$p_{global}$
Ouvrières	1				1			
Cadres	0,32	[0,07-1,44]	0,13		0,32	[0,07-1,47]	0,14	
Intermédiaires	1,29	[0,58-2,84]	0,53	0,03	1,26	[0,57-2,80]	0,56	0,03
Employées	0,51	[0,18-1,46]	0,20		0,50	[0,17-1,42]	0,18	
Artisans	2,61	[0,89-7,66]	0,07		2,76	[0,93-8,15]	0,06	

Variables d'ajustement		OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Âge	65 ans et +	1			
	16-39 ans	1,41	[0,56-3,53]	0,46	0,19
	40-64 ans	0,74	[0,28-1,96]	0,53	

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Pour le recours global, l'analyse montre une liaison à la limite de la significativité avec les catégories sociales, ajustée ou non sur l'âge. Ces résultats confirment que le codage avec la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence est moins discriminant que le codage de la catégorie socioprofessionnelle propre de la femme (voir tableau 4).

Le recours à l'hôpital est significativement différent suivant les catégories sociales, comme le montrait déjà l'analyse par tri croisé simple. Seule l'analyse ajustée sur l'âge est présentée ici. Les conclusions restent les mêmes que précédemment, c'est-à-dire en faveur d'une liaison fortuite.

▪ RECOURS AU GÉNÉRALISTE

**Tableau 11 : Catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence pour les femmes**  
**Odds ratio (OR) de probabilité de NON-RECOURS AU GÉNÉRALISTE**

Catégories sociales	Analyses											
	Univariable				Multivariable avec niveau d'études				Multivariable sans niveau d'études			
	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Ouvrières	1				1				1			
Cadres	2,34	[1,58-3,45]	<0,001		1,45	[0,89-2,34]	0,12		1,73	[1,15-2,62]	0,01	
Intermédiaires	1,82	[1,29-2,58]	<0,001	<0,001	1,29	[0,87-1,92]	0,20	0,08	1,48	[1,03-2,13]	0,03	0,004
Employées	0,91	[0,62-1,33]	0,61		0,77	[0,52-1,16]	0,20		0,82	[0,55-1,21]	0,31	
Artisans	1,20	[0,63-2,29]	0,58		1,17	[0,59-2,33]	0,64		1,30	[0,66-2,56]	0,43	

Variables d'ajustement		OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Âge	65 ans et +	1			
	16-39 ans	1,82	[0,95-3,48]	0,06	0,09
	40-64 ans	1,73	[0,96-3,11]	0,06	
Niveau d'études	Bac et plus	1			
	Aucun	0,55	[0,30-0,83]	0,005	0,06
	Certificat d'études	0,97	[0,64-1,57]	0,91	
	Brevet d'études	0,73	[0,51-1,05]	0,09	
État de santé	Mauvais ou très mauvais	1			
	Bon	2,29	[1,38-3,77]	0,001	<0,001
	Excellent	3,51	[1,97-6,25]	<0,001	
Activité	Actif	1			
	Retraité	0,69	[0,40-1,19]	0,17	0,006
	Chômeur	1,05	[0,61-1,80]	0,86	
	Étudiant et autres	0,56	[0,39-0,90]	<0,001	

Variables non retenues après l'analyse multivariée	$p$
Statut matrimonial	0,49
Régime complémentaire	0,25
Taille du foyer	0,20
Moyen de transport	0,11

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les OR par catégorie sociale (tableau 11) apparaissent nettement différents de ceux obtenus avec la catégorie socioprofessionnelle personnelle des femmes (voir tableau 6). Ils sont moins contrastés, plus proches de 1, même si l'effet global reste significatif.

Après ajustement, on obtient un  $p$  égal à 0,08. Donc, malgré des différences entre catégories sociales plus faibles à expliquer qu'avec le codage précédent, les résultats obtenus sont moins performants... De plus, on constate que pour les employées, l'OR après ajustement est plus éloigné de 1 qu'avant ajustement. Tout ceci montre à nouveau les défauts de l'utilisation de la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence. Pour les variables d'ajustement, ce sont les mêmes qu'avec le modèle qui utilisait la catégorie socioprofessionnelle propre des femmes. De plus, les estimations les concernant sont tout à fait superposables, ce qui montre la stabilité du modèle en dehors du problème du codage de la catégorie socioprofessionnelle.

▪ RECOURS AU SPÉCIALISTE

**Tableau 12 : Catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence pour les femmes**  
**Odds ratio (OR) de probabilité de NON-RECOURS AU SPÉCIALISTE**

Catégories sociales	Analyses											
	Univariée				Multivariable avec niveau d'études				Multivariable sans niveau d'études			
	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$	OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Ouvrières	1				1				1			
Cadres	0,68	[0,47-0,98]	0,03		0,87	[0,56-1,35]	0,52		0,71	[0,49-1,03]	0,07	
Intermédiaires	0,81	[0,58-1,12]	0,19	0,03	0,95	[0,66-1,36]	0,76	0,53	0,85	[0,61-1,17]	0,30	0,09
Employées	1,24	[0,89-1,73]	0,19		1,23	[0,88-1,73]	0,22		1,22	[0,87-1,70]	0,23	
Artisans	1,02	[0,56-1,84]	0,96		1,07	[0,58-1,95]	0,82		0,98	[0,54-1,78]	0,95	

Variables d'ajustement		OR	IC 95 %	$p_i$	$p_{global}$
Âge	65 ans et +	1			
	16-39 ans	0,61	[0,40-0,93]	0,02	0,001
	40-64 ans	0,51	[0,35-0,74]	<0,001	
Niveau d'études	Bac et plus	1			
	Aucun	1,34	[0,84-2,15]	0,21	0,09
	Certificat d'études	1,17	[0,78-1,76]	0,44	
	Brevet d'études	1,57	[1,13-2,19]	0,007	

Variables non retenues après l'analyse multivariée	$p$
Activité	0,15
Moyen de transport	0,14
Statut matrimonial	0,10

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Pour le recours au médecin spécialiste, les mêmes remarques que le paragraphe ci dessus peuvent être faites quant aux performances du modèle en comparaison avec celui utilisant la catégorie socioprofessionnelle propre des femmes (voir tableau 7). Les OR « de départ », non ajustés, sont déjà plus proches les uns des autres, ne mettant pas bien en évidence le gradient social des différences de recours au spécialiste, contrairement au premier modèle. Il se confirme que la catégorie sociale de la personne de référence du foyer ne permet pas une analyse de bonne qualité.

Pour les variables d'ajustement, les estimations sont superposables au modèle qui utilise la catégorie socioprofessionnelle propre des femmes. Seule différence mineure, la variable statut matrimonial ne rentre pas dans le modèle ( $p=0,10$ ).

➤ DANS L'ENSEMBLE, DES RÉSULTATS CONFORMES À CE QUI ÉTAIT ATTENDU

Nos résultats sont concordants avec les données de la littérature : le non-recours au système de soins suit l'échelle sociale ; il existe le plus fréquemment dans la classe ouvrière. Il en est de même pour le non-recours au spécialiste. Inversement, le recours au médecin généraliste est privilégié par les classes sociales les moins favorisées. Ces phénomènes de « substitution » entre recours au généraliste et recours au spécialiste selon la catégorie sociale ont des conséquences : lorsqu'on étudie le recours global, les différences sociales ont tendance à se compenser. D'où le faible gradient que l'on a trouvé pour le recours global, comme le rapporte également Henderson [22]. Il est donc important de faire la distinction entre les différents types de recours lorsqu'on aborde le thème des inégalités sociales de recours au système de soins, comme le note de Boer dans sa revue de la littérature de l'utilisation du système de soins dans les maladies chroniques [16].

Pour le recours à l'hôpital, il était trop peu fréquent pour que des différences statistiques apparaissent suivant les catégories sociales. Seuls le sexe, l'état de santé et le régime complémentaire ont montré une influence significative sur ce recours. Il s'agit d'effets connus [31]. En revanche, la liaison du recours à l'hôpital avec l'âge, attendue en raison de la corrélation avec l'état de santé, n'a pas été retrouvée sur

nos données. Cela peut s'expliquer par un manque de puissance, mais aussi par une faible utilisation du système hospitalier, caractéristique de la région Nord – Pas de Calais.

➤ QUATRE POINTS MARQUENT L'ORIGINALITÉ DE CETTE ÉTUDE :

*Analyse séparée par sexe*

Cela nous a permis de mettre en évidence que chez les hommes, des variations sociales de recours existent, même si les tests statistiques restent non significatifs. En fait, cela s'explique par le fait qu'un gradient social de recours existe bien chez les hommes, mais de façon atténuée en comparaison à ce qui se passe chez les femmes par exemple. Si le nombre de sujets masculins de l'étude avait été plus important, les tests statistiques auraient également été significatifs.

Pour les femmes, les gradients sociaux sont nets, d'une ampleur très supérieure à celle chez les hommes.

*Analyse séparée chez les enfants*

Aucun gradient de recours n'est visible chez les enfants. Notre conclusion est différente de celle des hommes parce que, même si les tests statistiques sont non significatifs dans les deux cas, le seuil de significativité (5 %) est loin d'être franchi pour les enfants (compris entre 30 et 50 %). Même si le nombre de sujets de cette analyse était limité, on peut estimer que l'égalité est en passe d'être atteinte pour cette population tout à fait particulière, objet de l'attention et d'efforts financiers lorsque cela s'avère nécessaire de la part des parents. De plus, il existe une incitation sociale importante à un suivi médical régulier chez les enfants en France : suivi scolaire, Pmi, visites médicales obligatoires...

*Comparaison de l'utilisation de la catégorie sociale personnelle avec celle de la personne de référence des foyers*

Cette comparaison n'a été réalisée que pour les femmes. Il est envisageable de répéter la même technique aux enfants : comparaison des recours des enfants en leur attribuant successivement la catégorie sociale de la personne de référence du foyer (c'est ce qui a été fait dans cette étude) puis celle de leur mère. Cette dernière hypothèse de travail repose sur l'affirmation suivante [18] : étant donné

que la personne qui consacre le plus de temps à l'éducation des enfants reste encore aujourd'hui la mère, notamment pour ce qui a trait à la santé, il est logique de tenir compte de la catégorie sociale de la mère, plutôt que de celle du père.

Chez les femmes, cette comparaison a permis de mettre en évidence que le principal facteur déterminant le recours aux soins était la catégorie sociale personnelle des femmes, et non pas celui de la personne de référence du foyer. Autant les gradients sociaux de recours apparaissent nettement avec le premier codage, autant les données sont brouillées avec le second, ne permettant plus de conclusion claire : tout se passe comme si la catégorie sociale du conjoint était un faux indicateur du comportement des femmes, amenant à mélanger des femmes de conditions sociales différentes dans une catégorie unique (celle du mari) et ne plus être capable de reconnaître la réalité sociale sous-jacente. Ce point est discuté dans le chapitre « comparaison de notre étude avec celles du Credes », car le Credes utilise la catégorie sociale de la personne de référence dans ses études annuelles.

*Analyse multivariée = essai d'explication des différences sociales de recours observées en tenant compte de la valeur prise par d'autres variables*

Il s'agit d'un apport important de cette étude, car on ne le retrouve pratiquement pas ailleurs dans la littérature. L'analyse multivariée a permis :

a) pour le recours global chez les femmes, de réaliser que les différences sociales de non-recours au système de soins étaient plus importantes que ne le laissait présager un simple tri croisé. Cela signifie que le non-recours est très vraisemblablement différent selon la catégorie sociale, et qu'il n'est pas possible de l'expliquer par d'autres différences entre catégories sociales. Il s'agit donc de ce que l'on appelle un effet propre, avec moindre recours des catégories sociales les moins favorisées.

L'enquête annuelle du Credes de 1997 [29] trouve le même type de résultats, mais en ne tenant compte que des différences d'âge et de sexe : la probabilité de recourir au médecin pour les ouvriers par rapport aux professions intermédiaires est inférieure de 14 % avant ajustement, et passe à 20 % après ajustement. Dans notre cas, nous disposons de davantage de variables d'ajustement, ce qui nous permet de formuler nos conclusions avec davantage de certitudes.

b) pour les recours aux médecins généralistes et spécialiste chez les femmes, de constater que les gradients sociaux mis en évidence étaient expliqués en bonne partie par les différences dues à d'autres variables. En d'autres termes, que quelle que soit la catégorie sociale, les recours au généraliste et au spécialiste sont comparables. Cependant, même si les tests statistiques ne sont plus significatifs après ajustement, on ne peut pas conclure à l'absence totale d'effet propre des catégories sociales sur le recours. Il faut juste retenir que lors d'un tri croisé simple entre les recours au médecin généraliste ou au spécialiste et les catégories sociales, on ne peut pas imputer la totalité des différences observées aux catégories sociales, d'autres facteurs importants interviennent.

À nouveau, l'enquête annuelle du Credes [29] trouve des résultats du même ordre : lorsque les auteurs ajustent sur l'âge et le sexe, le gradient social du recours au médecin généraliste est partiellement expliqué. Cependant, cet ajustement est limité par rapport à celui que nous avons appliqué et ce « déficit d'ajustement » apparaît clairement pour l'analyse du recours au médecin spécialiste : l'ajustement du Credes ne fait qu'accentuer les différences sociales observées. On peut imputer ce résultat à l'absence de la variable niveau d'études dans leur analyse, alors qu'elle était présente dans la nôtre. Une autre explication possible de cette divergence serait l'existence d'un particularisme régional qui se traduirait par un type de recours privilégié pour chaque classe sociale : le médecin généraliste pour les moins favorisés, le spécialiste pour les autres. Encore faudrait-il que cela soit spécifique à la région Nord – Pas de Calais et pas vérifié pour la France entière, l'étude du Credes étant nationale.

#### ➤ RECOURS AUX SOINS ET ÉTAT DE SANTÉ SONT-ILS LIÉS ?

Une autre conclusion, surprenante *a priori*, découle également de ce travail : les différences sociales de recours chez les femmes sont plus nettes que chez les hommes. Or, on sait par ailleurs que des gradients sociaux de mortalité existent : plus on descend dans l'échelle sociale, plus les taux de mortalité ajustés sur l'âge<sup>20</sup> augmentent. On sait également que ces gradients sociaux de mortalité sont plus marqués chez les hommes que chez les femmes : la différence entre les espérances

---

<sup>20</sup> c'est-à-dire que les taux de mortalité tiennent compte des différences d'âge entre catégories sociales.

de vie d'un ouvrier et d'un cadre supérieur est supérieure à cette même différence calculée chez les femmes. On en déduit que l'« efficacité du système de soins » est loin d'être optimale : Un plus grand recours aux soins des femmes cadres par rapport aux femmes ouvrières devrait entraîner, à santé égale, un différentiel de longévité plus important que l'équivalent chez les hommes, puisque pour eux, les recours soient du même ordre de fréquence selon les catégories sociales. C'est l'inverse qui est observé. Bien entendu, ces conclusions doivent être extrêmement prudentes, car elles ne sont pas encore démontrées, et devraient faire l'objet d'études complémentaires, avec des protocoles spécifiques et adaptés à ce type de recherche, ce qui n'était pas le cas ici.

Une autre façon de résumer ce qui est écrit ci-dessus consiste à constater que l'augmentation de la fréquence des recours aux soins n'entraîne pas une amélioration consécutive de la santé<sup>21</sup>. Vaste débat, qui nécessite effectivement de plus amples développements.

➤ LES INDICATEURS D'UTILISATION DU SYSTÈME DE SOINS :  
DE GRANDES DIFFÉRENCES ENTRE RECOURS AUX SOINS ET  
CONSOMMATION DE SOINS

Dans la littérature, l'utilisation du système de soins par les populations est étudiée sous différents aspects. Cette "diversité des approches" nous a amenés à réaliser une revue de la littérature pour mieux appréhender les raisons et conséquences des différentes approches. Le lecteur peut s'y reporter pour avoir un aperçu de cette diversité [13, 14,15,16, 17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27 pour les pays étrangers ; pour la France, l'étude de référence de l'utilisation du système de soins est l'enquête nationale sur la santé et la protection sociale (ESPS) du Credes, annuelle depuis 1988 : 30,31,29 et 32 par exemple].

Cependant, dans un grand nombre de cas, les interprétations des résultats sont proches. L'étude du recours en oui-non (comme c'était le cas dans notre étude), ou bien le recours « quantitatif » (c'est-à-dire avec le nombre de recours sur une période donnée) ou enfin la consommation de soins sont en effet corrélés, tout du

---

<sup>21</sup> la santé étant mesurée ici par un de ses indicateurs classiques, la mortalité (taux de mortalité et espérance de vie).

moins tant que l'on s'intéresse aux soins pratiqués par des médecins hors hospitalisation. Les résultats diffèrent dès lors que l'on intègre l'ensemble des consommations de soins, notamment les dépenses hospitalières. C'est le cas dans une étude récente du CreDES [51], qui montre que les cadres et les ouvriers sont de grands consommateurs de soins. Cependant, le détail des types de dépenses indique que les ouvriers consomment davantage de soins à l'hôpital, alors que les cadres consomment plus de soins en spécialistes libéraux et dentistes. Étant donné le coût élevé d'une hospitalisation, on comprend l'origine des dépenses chez les ouvriers. Cet exemple prouve l'importance du choix de l'indicateur d'utilisation du système de soins en fonction de l'objectif que l'on poursuit. Lorsqu'on s'intéresse aux conséquences des différents comportements vis-à-vis du système de soins, il est logique d'utiliser les consommations totales de soins. En revanche, lorsque l'intérêt porte sur l'analyse du comportement lui-même, il est préférable d'utiliser un indicateur « non-économique », comme dans notre étude.

Revenons sur le fait que les ouvriers recourent souvent à l'hôpital, d'après la référence ci-dessus. Peut-être est-ce en raison d'un retard diagnostique (peut-être lié lui-même au moindre recours médical, pour raison financière ou d'autres raisons) qui rendra l'hospitalisation nécessaire. On en conclut que **l'utilisation du système de soins** n'est vraisemblablement pas un indicateur suffisant pour appréhender le **comportement des personnes**, et qu'il est nécessaire d'obtenir des précisions sur les **motifs de recours** : ne sont-ils pas plus souvent curatifs chez les ouvriers et, à l'inverse, de nature préventive chez les cadres ? Notre travail n'a pas répondu à cette question : les écarts sociaux des motifs de recours auraient probablement été plus importants.

D'autres auteurs se sont intéressés à cette question de l'existence de différences sociales pour les recours de nature préventive. Andrée Mizrahi montre sur des données françaises [52] que les ouvriers, les agriculteurs et les artisans-commerçants font moins appel à la prévention médicale que les professions intermédiaires et les cadres. Pierre Aiach [53], de son côté, a réalisé une étude bibliographique sur « les différenciations sociales dans les comportements de prévention ». Il en ressort que les catégories sociales les plus favorisées ont effectivement plus fréquemment des comportements de prévention, mais qu'il n'existe pas de profil type pour la prévention. L'explication des différences sociales

est, toujours selon l'auteur, multifactorielle : niveau d'études, activité, soutien psychologique, estime de soi, vie sociale active... Surtout, d'autres facteurs explicatifs restent à trouver<sup>22</sup>. Pour Aiach, des facteurs « qui se distribuent selon des variables très étroitement liées à la classe sociale » devraient être considérés, même s'ils sont difficiles à intégrer dans les études épidémiologiques : facteurs collectifs de mauvaise santé (conditions de travail, de logement, d'environnement physique), facteurs sociaux (logique de vie, système de valeurs), façon de vivre d'une communauté... Cette conclusion rejoint celle de notre analyse : Une partie des différences de comportement entre les catégories socioprofessionnelles est expliquée par des ajustements sur les variables socio-économiques, ce qui reste à expliquer est étroitement lié à la culture de chaque communauté.

#### ➤ COMPARAISON DE NOTRE ÉTUDE AVEC CELLES DU CREDES

Globalement, les résultats de notre étude sont concordants avec ceux obtenus par le CreDES (cf., entre autres, les paragraphes « dans l'ensemble, des résultats conformes à ce qui était attendu » et « analyse multivariée = essai d'explication des différences sociales de recours observées en tenant compte de la valeur prise par d'autres variables »). Cette comparaison a son importance, étant donné que l'enquête de l'Ors « Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins » est la première du genre, alors que le CreDES réalise chaque année depuis 1988 l'enquête nationale « santé, soins et protection sociale » auprès d'un échantillon d'environ 4 000 ménages et 11 000 personnes. De plus, il s'agit de l'unique référence sur le sujet en France. Malgré des différences de protocole (méthode d'échantillonnage de la population, méthode de recueil des données et durée d'observation des comportements des foyers) importantes entre l'Ors et le CreDES, ces multiples convergences de résultats sont très nettement en faveur de la validation de la méthodologie retenue par l'Ors.

*Trois points particuliers méritent d'être discutés :*

1. Notre étude montre qu'il existe très probablement des différences de recours aux soins selon le sexe : les gradients sociaux de recours chez les femmes

---

<sup>22</sup> Les modèles montrent une grande part de variance inexpliquée.

sont beaucoup plus marqués que chez les hommes. Cet effet propre du sexe n'est que partiellement pris en compte par le Credes : leurs analyses sont ajustées sur le sexe [29 par exemple], donc tiennent compte d'un effet du sexe sur les recours ; or, d'après nos données, **il existe une différence d'effet des catégories sociales sur les recours selon le sexe**. Pour en tenir compte, il est nécessaire de procéder soit à une analyse par sous-population (femmes d'un côté, hommes de l'autre, ce que nous avons fait), soit de prévoir une analyse statistique particulière<sup>23</sup>. Nous sommes conscients que nos conclusions nécessitent encore d'être confirmées par d'autres études, mais ce probable effet particulier du sexe devrait être recherché. Tout d'abord pour décrire le mieux possible la réalité des comportements des personnes vis-à-vis du système de soins, mais également pour permettre de suivre l'évolution de ces comportements au cours du temps : les hommes sont peut-être en avance sur les femmes pour atteindre l'égalité sociale, et la surveillance de ce phénomène spécifiquement selon le sexe permettra de connaître le moment où cet objectif sera atteint.

2. Dans notre étude, la variable recours global n'était « techniquement » pas très discriminante en raison de sa durée de recueil : En un an, la quasi-totalité des personnes ont recouru au moins une fois au médecin. D'où une analyse qui portait sur des pourcentages de non recours très faibles. Pour remédier à ce défaut, il aurait fallu disposer de la variable recours global sur une période de temps plus courte. Dans la littérature [25,29], le recours aux médecins de ville est recueilli sur une période allant de quinze jours à trois mois. Pour le recours à l'hôpital, le problème est inversé mais revient en fait au même, puisque ici c'est les pourcentages de recours qui sont très faibles. Le Credes rencontre les mêmes difficultés. Dans les résultats de 1997 [29], les employés sont ceux qui recourent le moins souvent, alors que l'année précédente c'était la situation inverse. La solution « technique » aurait ici consisté à disposer d'un échantillon plus important, pour augmenter la puissance des tests statistiques. C'est ce qu'a réalisé Cooper en montrant un gradient social significatif du recours à l'hôpital avec un échantillon de près de 20 000 enfants [25]. Cette taille d'échantillon n'était pas envisageable et, de plus, il ne s'agissait pas d'un objectif prioritaire de l'étude.

---

<sup>23</sup> Il faut prévoir un terme d'interaction entre les catégories sociales et le sexe du type :

$$\beta_1 CS + \beta_2 sexe + \gamma (CS \times sexe)$$

3. Faut-il utiliser la catégorie socioprofessionnelle personnelle des sujets ou la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du foyer ? D'après nos résultats (cf. supra), la réponse est clairement la catégorie personnelle pour les femmes. Cependant, la plupart des études tiennent compte de la catégorie de la personne de référence. C'est notamment le cas de l'Insee et du Credes qui utilisent la définition de l'Insee. Cela reste vrai à l'étranger. Comme le souligne Collins [18] dans un article sur l'Équité et le National Health Service anglais, la plupart des auteurs utilise la catégorie sociale de la personne de référence du foyer pour permettre la comparaison de leurs résultats avec ce qui a déjà été publié. Il s'agirait donc plus d'une habitude que d'une démarche raisonnée. Collins insiste d'ailleurs pour dire qu'il aurait trouvé plus logique d'utiliser la catégorie socioprofessionnelle personnelle des femmes et même de l'appliquer à leurs enfants. D'autres auteurs considèrent cependant que, quelle que soit la définition des catégories sociales utilisée, les résultats sont « peu » différents et ils incitent à la généralisation de la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence [62, 41].

Que peut-on en déduire ? Le problème peut se résumer par l'interrogation suivante : le facteur le plus déterminant du comportement de recours chez les femmes est-il propre à l'individu (sa propre catégorie sociale) ou bien davantage lié à la communauté (ici le foyer, donc la catégorie de la personne de référence) ? Nos résultats penchent en faveur de la première hypothèse mais ne permettent pas à eux seuls de conclure. Nous nous contenterons de formuler deux recommandations : la première consiste à réaliser les deux types d'analyse comme nous l'avons fait pour les femmes et à comparer la cohérence des résultats ; la seconde à vérifier la cohérence des études qui présentent des résultats avec la catégorie personnelle pour les hommes et avec la catégorie de la personne de référence pour les femmes : si les résultats sont cohérents pour les hommes et pas pour les femmes, cela tendrait à montrer que la catégorie sociale personnelle est déterminante, quel que soit le sexe.

En guise de conclusion sur ce thème, un article récent de Sacker [63] discuté par Vagero [64] propose deux méthodes de classification des catégories sociales<sup>24</sup> : la première, basée sur des caractéristiques individuelles, serait pertinente chez les hommes ; la seconde, basée sur des caractéristiques du foyer, serait adaptée chez les femmes. Le moindre que l'on puisse dire est que le sujet s'avère complexe...

---

<sup>24</sup> Ces classifications concernent l'étude des différences sociales de mortalité. Il s'agit donc d'une approche différente de la nôtre.

## Conclusion

Cette étude était une première pour l'Ors. Sa validité méthodologique est maintenant acquise, ce qui permettra sans doute à d'autres études de s'en inspirer.

Elle a permis de montrer que pour la région Nord – Pas de Calais le non-recours au système de soins est plus fréquent pour les catégories les moins favorisées socialement. De même, les comportements de recours sont différents selon les classes sociales. De plus, des analyses statistiques approfondies attestent que les catégories sociales ont un effet propre sur l'absence de recours alors que les différents types de recours dépendent d'autres facteurs importants à considérer.

Dans les études du recours aux soins médicaux par catégories sociales, deux types de variables doivent retenir l'attention : tout d'abord le sexe pour lequel un effet différent des catégories sociales sur le recours aux soins selon que l'on est un homme ou une femme existe probablement ; ensuite les catégories sociales elles-mêmes qui peuvent être définies de plusieurs manières, avec des conséquences variables suivant le choix qui est fait. Il nous semble nécessaire, d'une part de tenir compte de l'effet complexe du sexe sur le recours, d'autre part de rechercher attentivement le codage le plus adéquat des catégories sociales, quitte à comparer plusieurs codages au cas où un choix s'avérerait difficile.



# *ANNEXES*



---

*Annexe 1*

---

Données descriptives externes  
des bassins de vie



## Annexes

**Tableau A : Démographie**

1990	Population 1990	Population des ménages	Nombre de ménages 1990	Nombre moyen de personnes par ménage	Femmes en âge de procréer	% de femmes en âge de procréer dans la population féminine
Artois	1 135 557	1 122 845	396 061	2,94	274 235	46,8 %
Hainaut	760 867	751 049	266 342	2,89	185 246	47,5 %
Littoral	791 664	779 714	269 814	3,03	199 097	49,1 %
Métropole	1 278 037	1 248 559	455 939	3,01	334 921	50,7 %
Ensemble	3 966 125	3 902 167	1 388 156	2,96	993 499	48,7 %

Source : Insee

**Tableau B : Données de cadrage**

1990	Densité	Superficie en km <sup>2</sup>	Indice d'enclavement pondéré	Niveau d'équipement pondéré	Taux brut de natalité 1996 (pop 1990)	Taux brut de mortalité 1996 (pop 1990)
Artois	369	3 621	3,69	9,21	1,3	1,0
Hainaut	322	2 984	3,22	10,93	1,3	1,0
Littoral	407	4 166	4,07	8,41	1,4	0,9
Métropole	203	1 623	2,03	17,19	1,5	0,8
Ensemble	350	12 394	3,50	10,32	1,4	0,9

Source : Insee

**Tableau C : Professions et catégories sociales (% par rapport à la population active)**

1990	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres supérieurs	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Chômeurs
Artois	2,4 %	5,6 %	5,6 %	14,3 %	19,1 %	29,0 %	2,4 %
Hainaut	2,4 %	5,9 %	5,5 %	14,6 %	19,2 %	28,5 %	3,0 %
Littoral	3,6 %	5,9 %	5,7 %	15,4 %	20,8 %	31,2 %	2,0 %
Métropole	1,2 %	5,4 %	10,5 %	19,7 %	25,6 %	28,3 %	1,5 %
Ensemble	2,3 %	5,7 %	7,3 %	16,5 %	21,7 %	29,1 %	2,1 %

Source : Insee

**Tableau D : Formation (% par rapport à la population de 15 ans et plus)**

1990	Niveau VI	Niveau V	Niveau IV	Niveau III	Niveaux I et II
Artois	56,6 %	17,9 %	6,1 %	2,5 %	1,4 %
Hainaut	55,3 %	18,5 %	6,1 %	2,3 %	1,4 %
Littoral	55,7 %	17,0 %	6,1 %	2,8 %	1,7 %
Métropole	50,0 %	16,5 %	8,4 %	5,1 %	4,5 %
Ensemble	54,0 %	17,4 %	6,8 %	3,4 %	2,5 %

Source : Insee

Tableau E : Allocations familiales

1996	% bénéficiaires de l'Api parmi les femmes de 15-49 ans	% bénéficiaires du Rm i dans la population âgée de 25 à 64 ans	% allocataires Caf en " situation difficile "
Artois	2,11 %	4,38 %	33,58 %
Hainaut	2,04 %	5,16 %	36,24 %
Littoral	2,02 %	3,82 %	28,45 %
Métropole	1,84 %	4,23 %	25,46 %
Ensemble	1,99 %	4,37 %	30,18 %

Source : Arcaf

Tableau F : Indices de mortalité (standardisation régionale)

Hommes 1994-1997	Toutes causes	Cardiopathies ischémiques	Cirrhoses et psychoses alcooliques	Bronchites chroniques et MPO	Accidents de la circulation
Artois	105	101	110	102	122
Hainaut	104	106	106	110	104
Littoral	98	98	90	89	110
Métropole	93	96	93	98	73
Ensemble	100	100	100	100	100
Hommes 1994-1997	Suicides	Tous cancers	Cancers broncho- pulmonaires	Cancers Vadso	Cancers prostate
Artois	105	103	100	104	104
Hainaut	103	101	104	99	104
Littoral	103	101	95	108	107
Métropole	91	95	101	92	89
Ensemble	100	100	100	100	100

Sources : Inserm/Insee, exploitation Ors Nord — Pas-de-Calais

Femmes 1994-1997	Toutes causes	Cardiopathies ischémiques	Cirrhoses et psychoses alcooliques	Bronchites chroniques et MPO	Accidents de la circulation
Artois	104	104	108	101	97
Hainaut	105	103	111	98	103
Littoral	100	97	88	108	106
Métropole	93	96	93	95	98
Ensemble	100	100	100	100	100
Femmes 1994-1997	Suicides	Tous cancers	Cancers broncho- pulmonaires	Cancers utérus	Cancers sein
Artois	102	102	94	104	99
Hainaut	89	98	76	106	98
Littoral	107	99	92	94	98
Métropole	101	101	127	96	104
Ensemble	100	100	100	100	100

Sources : Inserm/Insee, exploitation Ors Nord — Pas-de-Calais

---

*Annexe 2*

---

Questionnaires



*Annexe 3*

Description de l'échantillon



## Profil bio-démographique des personnes

L'étude porte sur un échantillon de 4 025 personnes issues de 1 383 ménages rencontrés.

### ➤ COMPOSITION DES MÉNAGES

**Tableau I**

Composition des ménages (N=1 383)	
1 personne	18 %
2 personnes	30 %
3 personnes et plus	52 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les ménages enquêtés sont composés en majorité d'au moins trois personnes.

**Tableau II**

Taille des familles (N=744)	
1 enfant	34 %
2 enfants	37 %
3 enfants et plus	29 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

18 % des personnes interrogées (personnes référentes) vivent seules, 26 % uniquement avec leur conjoint, 54 % avec un ou plusieurs enfants (14 % de ces personnes formant ainsi un foyer monoparental), et 2 % avec une ou plusieurs autres personnes (petits-enfants, ascendants ou autres parents, enfants en nourrice, amis).

En moyenne les parents ont deux enfants vivant sous leur toit.

## ➤ RÉPARTITION AU SEIN DES MÉNAGES

Tableau III

	Répartition des personnes selon leur lien avec les responsables des ménages					
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N=1 982	%	N=2 043	%	N=4 025	%
Responsables des ménages	1 131	57,1	1 263	61,8	2 394	59,5
Enfants	823	41,5	733	35,9	1 556	38,7
Petits-enfants	7	0,4	11	0,5	18	0,4
Ascendants	13	0,7	21	1,0	34	0,8
Autres parents	6	0,3	10	0,5	16	0,4
Amis, pensionnaires	2	0,1	5	0,2	7	0,2

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les responsables des ménages (personnes ayant répondu aux questionnaires et leur conjoint) représentent 59,5 % des personnes incluses. Près de 39 % du reste de l'échantillon sont des enfants, moins de 2 % sont des autres membres de la famille, et 0,2 % des amis ou pensionnaires sans lien de parenté mais vivant au foyer.

## ➤ RÉPARTITION PAR SEXE ET PAR ÂGE DE L'ÉCHANTILLON

Tableau IV

	Répartition des personnes selon leur classe d'âge					
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N=1 982	%	N=2 043	%	N=4 025	%
Moins de 16 ans	542	27,3	516	25,3	1 058	26,3
16-39 ans	721	36,4	723	35,4	1 444	35,9
40-64 ans	542	27,3	575	28,1	1 117	27,8
65 ans et plus	173	8,7	225	11,0	398	9,9
Inconnu	4	0,2	4	0,2	8	0,2

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Sur les 4 025 personnes constituant l'échantillon, 49,2 % sont des hommes et 50,8 % des femmes. La moyenne d'âge des hommes est de 33 ans, celle des femmes de 34 ans et demi.

Tableau V

	Répartition des responsables des ménages selon leur classe d'âge					
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N=1 131	%	N=1 263	%	N=2 394	%
16-39 ans	428	37,8	491	38,9	919	38,4
40-64 ans	533	47,1	556	44,0	1 089	45,5
65 ans et plus	166	14,7	213	16,9	379	15,8
Inconnu	4	0,4	3	0,2	7	0,3

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La répartition par sexe et par âge des responsables des ménages présente les particularités suivantes : les femmes sont majoritairement représentées dans toutes les tranches d'âge (53 %), la moyenne d'âge est égale à 47 ans pour les deux sexes.

Tableau VI

	Répartition par classe d'âge des personnes à charge des responsables des ménages					
	Enfants		Autres personnes		Ensemble	
	N=1 556	%	N=75	%	N=1 631	%
< 2 ans	128	8,2	7	9,3	135	8,3
2-9 ans	484	31,1	12	16,0	496	30,4
10-19 ans	684	44,0	8	10,7	692	42,4
20-29 ans	219	14,1	9	12,0	228	14,0
30-39 ans	31	2,0	1	1,3	32	2,0
40-49 ans	8	0,5	5	6,7	13	0,8
50-59 ans	1	0,1	11	14,7	12	0,7
60 ans et plus	0	0,0	22	29,3	22	1,3
Inconnu	1	0,1	0	0,0	1	0,1

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les 1 556 enfants des responsables des ménages, ainsi que les 75 autres personnes vivant dans les foyers, sont en majorité de sexe masculin (52 %) et ont 14 ans de moyenne d'âge. 17 % des enfants vivant au foyer de leurs parents sont âgés de 20 ans et plus.

## ➤ LIEU DE NAISSANCE

Tableau VII

	Lieu de naissance des personnes				
	Dans la ville du domicile	Dans le département	Dans la région	Dans une autre région	À l'étranger
Moins de 16 ans (N=1 058)	19 %	68 %	5 %	7 %	1 %
16-39 ans (N=1 443)	22 %	56 %	11 %	9 %	3 %
40-64 ans (N=1 115)	21 %	53 %	9 %	11 %	6 %
65 ans et plus (N=398)	30 %	47 %	10 %	8 %	5 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Les enfants de moins de 16 ans sont nés, pour la plupart, dans le département de leur domicile (88 %), et un peu moins d'une fois sur cinq dans la même commune. Ce constat est significativement différent de ce qui est observé dans les autres classes d'âge (plus de 16 ans) où les naissances en dehors du département sont deux fois plus fréquentes.

Les personnes âgées de plus de 65 ans sont, plus souvent que les autres, nées dans la commune de leur domicile (30 % de cas contre 21 % en moyenne pour les autres classes d'âge).

## ➤ ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ET NIVEAU D'ÉTUDES

Tableau VIII

	Activité des responsables des ménages		
	Hommes (N=1 128)	Femmes (N=1 262)	Ménages (N=1 383)
Actif	67 %	42 %	64 %
Retraité	23 %	20 %	26 %
Chômeur	7 %	7 %	5 %
Scolarisé/étudiant	1 %	2 %	1 %
Autre	2 %	29 %	4 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Parmi les personnes responsables des ménages, 67 % des hommes et 42 % des femmes sont actifs. 64 % des ménages comportent au moins une des personnes responsables active. Sur les 36 % restants, 26 % comptent au moins un responsable retraité, 5 % au moins une personne inscrite au chômage et les 5 derniers % sont étudiants, parents isolés, etc.

Tableau IX

	Activité des personnes enquêtées		
	Hommes (N=2 041)	Femmes (N=1 978)	Ménages (N=4 019)
Actif	42 %	28 %	35 %
Retraité	14 %	13 %	13 %
Chômeur	6 %	6 %	6 %
Scolarisé/étudiant	33 %	30 %	32 %
Autre	6 %	23 %	15 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

S'agissant de l'ensemble des personnes enquêtées, la répartition par activité est totalement différente puisque l'on comptabilise les enfants et les autres personnes vivant sous le toit des responsables des foyers : au total, un tiers des personnes sont actives, un tiers sont scolarisées ou étudiantes, 14 % sont retraitées, 6 % sont des chômeurs.

Parmi les personnes hébergées de 18 ans et plus, à la charge des responsables des ménages, 38 % sont étudiantes, 28 % sont actives, 19 % sont des chômeurs, 10 % sont inactives et 5 % sont retraitées.

86 % des ménages possèdent un moyen de locomotion : il s'agit d'une voiture dans 82 % des cas, d'une moto dans 0,7 % des cas ; les autres se déplacent à mobylette ou à bicyclette.

Tableau X

	Niveau d'études chez les plus de 15 ans			
	Aucun (N=316)	Certificat d'études (N=489)	Brevet d'études ou équivalent (N=916)	Baccalauréat et plus (N=999)
Hommes (N=1 326)	10 %	14 %	37 %	39 %
Femmes (N=1 394)	13 %	21 %	31 %	35 %
16-39 ans (N=1 230)	5 %	4 %	41 %	51 %
40-64 ans (N=1 093)	14 %	25 %	30 %	30 %
65 ans et plus (N=397)	26 %	44 %	21 %	10 %
Ensemble (N=2 720)	12 %	18 %	34 %	37 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

Le niveau d'études est supérieur chez les hommes. 76 % d'entre eux sont titulaires soit d'un baccalauréat (ou plus), soit d'un brevet ou équivalent, contre 66 % des femmes.

De la même façon, il existe une différence très significative entre les niveaux d'études selon les classes d'âge : plus l'âge augmente, plus le niveau d'études baisse, 51 % des personnes de 16 à 39 ans ont le niveau du baccalauréat (ou plus), contre 10 % chez les personnes de plus de 64 ans. On peut remarquer que le certificat d'études a presque disparu chez les personnes de moins de 40 ans.

### ➤ PROTECTION SOCIALE

**Tableau XI**

Régimes de sécurité sociale (N=4 019)				
Régime général et régimes rattachés	Autres régimes de salariés (mines, SNCF, militaires...)	Régimes agricoles	Autres régimes (non non)	Aucun régime
91 %	6 %	1 %	2 %	0 %

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La quasi-totalité des personnes sont affiliées à un régime de sécurité sociale.

**Tableau XII**

Protection sociale (N=4 011)						
Régimes de sécurité sociale + mutuelle + 100 % pour <sup>**</sup> ALD		Régime minier	Régime de sécurité sociale sans mutuelle + 100 % pour <sup>**</sup> ALD		Régime de sécurité sociale + AMG <sup>*</sup> + 100 % pour <sup>**</sup> ALD	
79 %	6 %	4 %	6 %	1 %	4 %	0 %

\* AMG : Aide médicale gratuite \*\* ALD : prise en charge à 100 % pour une affection de longue durée

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

94 % des personnes bénéficient d'une bonne couverture sociale, qu'il s'agisse des mutuelles complémentaires qui couvrent à 100 % une grande partie des soins (86 % des cas), ou encore du régime minier qui couvre à 100 % la totalité des soins (4 %). 4 % des cas se voient attribuer l'aide médicale gratuite. Il ne reste que 6 % des personnes devant acquitter le ticket modérateur.

# *BIBLIOGRAPHIE*



**1. Lalonde M.**

A New Perspective on the Health of Canadians.  
Ottawa : Gouvernement of Canada. 1974.

**2. Evans R G., Barer M L., Marmor TR.**

Etre ou ne pas être en bonne santé : Biologie et déterminants sociaux de la maladie.  
Les Presses de l'Université de Montréal. 1994.

**3. Karasek RA, Theorell T**

Healthy work : stress, productivity and reconstruction of working life.  
New-york : Basic Books. 1990.

**4. Black D.**

Inequalities in health. Report of research working group chaired by Sir Douglas Black.  
DHSS, London. 1980.

**5. Marmot MG.**

Social Inequalities in Mortality : The Social Environment. Dans : Class and health :  
Research and Longitudinal Data, edited by RG Wilkinson.  
London : Tavistock. 1986 : 21-33.

**6. McKeown T.**

The role of Medecine : Dream Mirage or Nemesis ? 2<sup>nd</sup> edition.  
Oxford : Basil Blackwell. 1979.

**7. Marmot MG.**

Interpretation of Trends in Coronary Heart Disease Mortality.  
Acta Medical Scand. 1985 ; 701 : 58-65.

**8. Marmot MG, Davey Smith G.**

Why are the japanese living longer ?  
BMJ. 1989 ; 299 : 1547-1551.

**9. Susser M, Pisa Z.**

Trends in cardiovascular disease mortality in industrialised countries since 1950.  
World health statistics quarterly. 1988 ; 41 : 155-78.

**10. Marmot MG, McDowell ME.**

Mortality decline and widening social inequalities.  
Lancet. 1986 ; 2 : 274-76.

**11. Aiach P.**

La santé et ses inégalités.  
Esprit. 1997 ; 2 : 63-72.

**12. O'Donnell O, Propper C.**

Equity and the distribution of UK National Health Service resources.  
J Health Econ. 1991 ; 10 : 1-19.

**13. Smaje C, Le Grand J.**

Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS.  
Soc Sci Med.. 1997 ; 45 : 485-496.

**14. Pili R, Peters TJ, Robling NR.**

Social class and preventive health behavior : a British example.  
J Epidemiol Community Health.. 1995 ; 49 : 28-32.

**15. Andersen R, Newman JF.**

Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.  
Milbank Memorial Fund Quarterly. 1973 ; 51 : 95-124.

**16. de Boer AGEM, Wijker W, de Haes HCJM.**

Predictors of health care utilization in the chronically ill : a review of the literature.  
Health policy. 1997 ; 42 : 101-115.

**17. Grytten J, Rongen G, Sorensen R.**

Can a public health care system achieve equity ? the norwegian experience.  
Med care.1995 ; 33 : 938-951.

**18. Collins E, Klein R.**

Equity and the NHS : self-reported morbidity, access, and primary care.  
BMJ. 1980 ; 281 : 1011-1015

**19. Majeed FA, Chaturvedi N, Reading R, Ben-shlomo Y.**

Monitoring and promoting equity in primary and secondary care.  
BMJ. 1994 ; 308 : 1426-1429.

**20. McLaughlin CG, Normol DP, Wolfe RA, McMahon LF, Griffith JR.**

Small-area variation in hospital discharge rates. Do socio economic variables matter ?  
Made care. 1989 ; 27 : 507-521.

**21. Manga P, Broyles RW, Angus DE.**

The determinants of hospital utilization under a universal public insurance program in  
Canada.  
Made care. 1987 ; 25 : 658-670.

**22. Henderson G, Akin J, Zhiming L, Shuigao J, Haijiang M, Keyou G.**

Equity and the utilization of health services : report of an eight-provinces survey in  
China.  
Soc Sci Med. 1994 ; 39 : 687-699.

**23. Guterriez-Fisac JL, Fletcher AE.**

Regional differences in hospital use by adults in Spain.  
European Journal of Public Health. 1997 ; 7 : 254-260.

**24. Rohfls I, Borrell C, Plasencia A, Pasarín I.**

Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in  
Barcelona (Spain).  
J Epidemiol Community Health. 1998 ; 52 : 205-206.

**25. Cooper H, Smaje C, Arber S.**

Use of health services by children and young people according to ethnicity and social  
class : secondary analysis of a national survey.  
BMJ. 1998 ; 317 : 1047-1050.

**26. Bruijnzeels MA, Van der Woude JC, Foets M.**

General practice consultation in childhood in the Netherlands : sociodemographic  
variation.  
J Epidemiol Community Health. 1995 ; 49 : 532-533.

**27. Saxena S, Majeed A, Jones M.**

Socioeconomic differences in childhood consultation rates in general practice in  
England and Wales : prospective cohort study.  
BMJ. 199 ; 318 : 642-646.

**28. Buxton MJ, Klein RE.**

Allocating health resources.  
HMSO (Royal commission of the NHS research paper n°3). London : 1978.

**29. Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Grignon M, Ordonneau C, Sermet C.**

Santé, soins et protection sociale en 1997.

CREDES. 1999 ; n°1255.

**30. Grandfils N.**

Déterminants de la consommation médicale en 1992. Tome 1 : les médecins.

CREDES. 1997 ; n°1198.

**31. Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi A, Mizrahi A.**

Santé, soins et protection sociale en 1995.

CREDES. 1996 ; n°1162.

**32. Mizrahi A, Mizrahi A.**

Evolution des disparités socio-économiques dans le recours au soin des médecins.

La dimension sociale. Actes du « colloque européen » de l'analyse économique aux politiques de santé.

CREDES. 1992 : 155-163.

**33. Haut Comité de la Santé Publique.**

La santé en France 1994-1998.

La documentation française. 1998.

**34. Haut Comité de la Santé Publique.**

Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé.

ENSP. 1998

**35. Aiach P, Belorgey JM, Bourget-Devouassoux J, Chambraud P.**

Regard sur les inégalités sociales de santé.

Agora : éthique, médecine et société. 1990 ; 13 : 1-102.

**36. Aiach P, Cebe B.**

Les inégalités sociales de santé.

Problèmes économiques. 1994 ; 2377 : 20-28.

**37. Lacoste O, Sampil M, Spinosi L, Debeugny S, Declercq C, Mathieu S, Tillard B, Salomez JL.**

La population et le système de soins.

ORS Nord-Pas-de-Calais. 1999.

**38. INSEE**

Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles. 2<sup>ème</sup> édition.

INSEE. 1994.

**39. Courson JP.**

Les ménages n'auront plus de chef.  
Economie et statistique. 1982 ; 149 : 47-55.

**40. Mizrahi An, Mizrahi Ar.**

Bilan de santé, facteurs socio-économiques et comportements de prévention : ESPS  
1990.  
CREDES. 1992. n°915.

**41. Pekkanen J, Tuomilehto J, Uutela A, Vartiainen E, Nissinen A.**

Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern  
Finland.  
BMJ.1995 ; 311 :589-592.

**42. SAS Institute Inc.**

SAS/STAT® User's Guide, Version 6, Fourth Edition. Volumes 1 et 2.  
Cary, NC : SAS Institute Inc., 1989.943p.

**43. Hertzman C, Frank J, Evans RG.**

L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations.  
Les Presses de l'Université de Montréal. 1994 : 77-101.

**44. Aïach P, Curtis S.**

Social inequalities in self reported morbidity : interpretation and comparison of data  
from Britain and France.  
Soc. Sci. Med. 1990 ; 31(3) : 267-274.

**45. Lecomte T.**

Evolution de la morbidité 1970-1980.  
CREDOC. 1983.

**46. Office of population censuses and surveys.**

General Household Survey (GHS), 1984.  
OPCS, HMSO. 1986.

**47. Cox B.**

The health and lifestyle survey.  
Health Promotion Research Trust. 1987.

**48. Dumesnil S, Granfils N, Le Fur P.**

Méthode de déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale.  
CREDES. 1998.

**49. Bruijnzeels MA.**

Different data collection methods can lead to different findings.

*BMJ.* 1999 ; 318 : 876.

**50. Bruijnzeels MA, Foets M, van der Wouden JC.**

General practice consultation in childhood in the Netherlands : sociodemographic variation.

*J Epidemiol Community Health.* 1995 ; 49(5) : 532-533.

**51. Com-Ruelle L, Dumesnil S.**

Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux.

*CREDES.* 1999 ; 1269.

**52. Mizrahi An, Mizrahi Ar.**

La prévention, motif de consommation de soins de médecins.

Dans : Comportements et santé : questions pour la prévention.

Presses universitaires de Nancy. 1991 : 63-68.

**53. Aiach P.**

Différenciations sociales dans les comportements de prévention ; et : La prévention, pour quoi faire ?

Dans : Comportements et santé : questions pour la prévention

Presses universitaires de Nancy. 1991 : 75-101 et 104-107.

**54. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA.**

Social economic status and disease.

*Annual Review of Public Health.* 1987 ; 8 : 111-135.

**55. Karasek, RA.**

Jobs demands, job decision latitude, and mental strain : implication for job redesign.

*Adm. Sci. Quarterly.* 1979 ; 24 : 285-308.

**56. Johnson JV, Hall EM, Theorell T.**

Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the swedish male working population.

*Scand J Work Environ. Health.* 1989 ; 15 : 271-279.

**57. Vézina M.**

Stress et psychodynamique du travail : de nouvelles convergences.

*Travailler.* 1999 ; 2 : 201-218.

**58. Marmot MG., 1984**

Inequalities in death. Specific explanations of a general pattern.  
*Lancet*. 1984 ; 1 : 1003-1006.

**59. de Kervasdoué J.**

Santé pour une révolution sans réforme.  
Gallimard : le débat. 1999

**60. OCDE**

La réforme des systèmes de santé. Etude de 17 pays de l'OCDE  
Paris, OCDE 1994

**61. Evans RG.**

Strained Mercy : The economics of Canadian health care.  
Toronto : *Butterworths*. 1984.

**62. Martikainen PT.**

Socioeconomic mortality differentials in men and women according to own and spouse's characteristics in Finland.  
*Sociology, Health and Illness*. 1995 ; 129 : 1062-71.

**63. Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R, Lynch K, Bartley M.**

Comparing health inequality in men and women : prospective study of mortality 1986-96  
*BMJ*. 2000 ; 320 : 1303-07.

**64. Vagerö D.**

Health inequalities in women and men : studies of specific causes of death should use household criteria.  
*BMJ*. 2000 ; 320 : 1286-87.

