

Premiers indicateurs de l'amélioration de l'état de santé régional

04

6

[G. Poirier, S. Lepez, M. Sampil](#)



Rapport réalisé pour

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Nord – Pas-de-Calais

Premiers indicateurs de l'amélioration de l'état de santé régional

Enquête décennale de l'INSEE et suivi de la Loi relative à la politique de Santé Publique dans le Nord – Pas-de-Calais

Gilles Poirier¹
Samantha Lepez²
Madiou Sampil³
Sabine Brosh⁴

¹ Statisticien, chargé d'études à l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

² Chargée d'études à l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

³ Médecin, chargé d'études à l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

⁴ Assistante de rédaction à l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

Sommaire

Introduction	5
Présentation de l'enquête Santé 2002-2003	6
Champ de l'enquête et échantillonnage	6
Constitution de l'échantillon	6
Redressement de l'échantillon et mise en place des pondérations	7
Thèmes abordés au cours du questionnement des 3 visites	7
Première visite	7
Deuxième et troisième visites	8
Résultats	9
Etat de santé et comportement	10
La consommation d'alcool	10
La fréquence de la consommation d'alcool	10
Repérage des consommateurs pouvant présenter un problème par rapport à l'alcool	11
La consommation de tabac	13
Nutrition et activité physique	15
Indice de Masse Corporelle des personnes de 18-64 ans	15
Analyse du surpoids et de l'obésité des personnes en fonction de l'âge et du sexe	15
Différents degrés d'obésité	16
Surpoids, obésité et régimes alimentaires	17
Surcharge pondérale et activité physique	19
Activités physiques des personnes de 16 ans et plus	20
Nutrition des personnes de 16 ans et plus	21
Consommation de fruits et légumes verts des personnes de 16 ans et plus	21
Consommation de poissons/crustacés des personnes de 16 ans et plus	22
Consommation d'œufs des personnes de 16 ans et plus	22
Consommation de viande des personnes de 16 ans et plus	22
Consommation de charcuterie des personnes de 16 ans et plus	22
Consommation de fruits des personnes de 16 ans et plus	23
Consommation de légumes verts des personnes de 16 ans et plus	23
Consommation de fromages/laitages des personnes de 16 ans et plus	23
Consommation de sodas et autres boissons non allégées en sucre des personnes de 16 ans et plus	23
Santé maternelle et périnatale	25
Contraception	25
Tumeurs malignes	26
Prévention du cancer du col de l'utérus : le frottis gynécologique	26
Prévention du cancer du sein : la mammographie	26
Prévention du cancer colorectal : le test Hémocult®	28
Maladies des organes des sens	29
Troubles de la vision des personnes de 18 ans et plus	29
Troubles de l'audition des personnes de 18 ans et plus	30

Les déterminants sociaux de santé	31
Précarité et inégalités	32
Approche du seuil de pauvreté	32
Définitions	32
La Couverture Maladie Universelle	34
CMU de base	34
CMU complémentaire	35
La limitation de la mobilité pour raisons de santé	37
Exemple d'indicateur à construire : l'indicateur ADL (Activities of Daily Living) ou Indicateur de Katz	37
La douleur	38
La santé psychique	39
Indicateurs de santé de la loi de Santé publique au regard de l'enquête de l'INSEE	41
Programme de santé Nord – Pas-de-Calais	41
Propositions de démarches ou d'études	42
Autres propositions	43
Annexes	44

Introduction

La Loi relative à la politique de Santé Publique promulguée le 9 août 2004 a pour ambition la mise en œuvre d'une politique de prévention pour réduire la mortalité et la morbidité prématurées et corriger les inégalités de santé.

Cette loi définit des objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé de la population, exprimés chaque fois que possible en termes quantifiés.

Elle précise par ailleurs les grandes priorités de Santé Publique. Certaines sont d'ores et déjà mises en œuvre, tel le plan de lutte contre le cancer, le plan national santé environnement, la lutte contre l'impact sanitaire de la violence (y compris la violence routière), la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et les maladies rares.

Une nouvelle politique de prévention se met en place dans chaque région qui définit ses propres priorités. Dans ce but, des plans régionaux de Santé Publique vont être élaborés, des conférences régionales vont en débattre et des groupements régionaux de Santé Publique mettront en œuvre les programmes contenus dans le plan régional de Santé Publique.

Dans ce cadre, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales a demandé à l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais un travail spécifique d'analyse des données à partir de la nouvelle enquête décennale de l'INSEE.

Il s'est agi pour l'ORS de valider des indicateurs de santé extraits de la base INSEE, les plus proches possibles des objectifs nationaux définis dans la Loi relative à la politique de Santé Publique. Sur 100 objectifs nationaux, l'ORS a recensé 6 grands thèmes d'indicateurs pouvant s'y rattacher :

- Déterminants de santé : tabac et alcool
- Nutrition et activité physique
- Santé maternelle et périnatale
- Tumeurs malignes
- Maladie des organes des sens
- Précarité et inégalités.

Il reste de nombreux thèmes de la LOSEP ainsi que des indicateurs (au sein des 5 précédents thèmes abordés par l'ORS) qui n'ont pu être approchés pour diverses raisons.

D'une part, certains thèmes ne sont pas du tout abordés au sein de l'enquête INSEE (par exemple des thèmes concernant l'environnement).

D'autre part, certaines informations relatives au recours au soins (maladie, spécialité du médecin, médicament, acte biologique, etc.) n'ont pas pu être prises en compte dans nos analyses car leurs codifications n'étaient pas encore disponibles.

L'IRDES¹, chargé du codage de plusieurs variables, devrait en effet terminer le codage des maladies au mieux en mars 2005, celui des médicaments au mieux en avril 2005 et ceux des interventions chirurgicales, des actes biologiques (codage à compléter), des spécialités des médecins et des mutuelles en juin 2005. Ce retard dans la codification des maladies a foncièrement limité la concrétisation d'indicateurs, notamment concernant les risques cardio-vasculaires.

Certaines données ne sont pas exploitables au niveau régional en raison de trop faibles effectifs ; c'est le cas pour les différents types de déficiences. De plus, les données recueillies par l'enquête INSEE ne correspondent pas forcément à certains indicateurs reconnus. Par exemple, nous avons tenté en vain de faire correspondre les questions de l'enquête Santé INSEE avec les indicateurs de dépendance existant (Colvez, AGGIR, Katz). Seul l'indicateur de Katz aurait pu être approché mais de façon incomplète puisqu'il nous manquait l'un des items (celui concernant le contrôle des selles et urines).

Enfin, de nombreuses données n'ont été recueillies qu'auprès des personnes de 16 ans et plus. Ainsi, les indicateurs d'atteintes sensorielles chez les enfants n'ont pu être bâtis.

¹ Ex CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. Depuis le 01/01/04 IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.

Présentation de l'enquête Santé 2002-2003

Depuis 1960, l'INSEE réalise environ tous les 10 ans une enquête nationale portant sur la santé et les soins médicaux de la population des ménages ordinaires (voir encadré). L'enquête Santé 2002-2003 s'inscrit dans cette continuité, offrant la possibilité de mesurer l'état de santé des individus, d'estimer leur consommation annuelle de soins et de prévention et de croiser ces données avec les caractéristiques socio-économiques des individus et des ménages. Par rapport aux enquêtes précédentes, elle s'est aussi enrichie de nouveaux outils tels que des questionnaires auto-administrés, validés au niveau international et national, permettant ainsi d'interroger les personnes sur la perception de leur "qualité de vie" (SF-36), sur certains problèmes de santé spécifiques (dépression, asthme, migraines, lombalgie) ainsi que sur plusieurs facteurs de risques (consommation de tabac et d'alcool, conditions de travail actuelles et passées). Par ailleurs, les régions d'Ile de France, de Champagne Ardennes, de Picardie, du Nord – Pas-de-Calais¹ et de Provence-Alpes-Côte-d'Azur ont bénéficié d'une extension de leur échantillon permettant une analyse régionale des données.

Champ de l'enquête et échantillonnage

CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Le champ de l'enquête concernait les personnes résidant dans les résidences principales au moment de l'enquête. La collecte s'est étalée d'octobre 2002 à septembre 2003, répartie en cinq vagues d'environ 5 000 logements chacune.

- 1^{ère} vague : Octobre à décembre 2002 (3 mois)
- 2^{ème} vague : Décembre 2002 à février 2003 (3 mois)
- 3^{ème} vague : Février à avril 2003 (3 mois)
- 4^{ème} vague : Avril à juin 2003 (3 mois)
- 5^{ème} vague : Juin à septembre 2003 (4 mois).

Sur la base du recensement de 1999, 25 021 "fiches adresses" de "ménages ordinaires" (voir encadré) ont été tirées au hasard pour constituer l'échantillon national et 7 000 fiches supplémentaires pour constituer les échantillons des 5 extensions régionales dont la taille a pu être ainsi doublée². Sur ces 25 021 adresses, 21 655 se sont avérées pouvoir entrer dans le champ de l'enquête.

Les résultats qui sont présentés dans cette étude sont donc, tant pour les effectifs que les pourcentages, des estimations calculées à partir d'un échantillon représentatif de la région Nord – Pas-de-Calais.

Définition de l'INSEE des ménages ordinaires³

MENAGE, RESIDENCE PRINCIPALE ET MENAGES ORDINAIRES

Dans les recensements et les enquêtes auprès de la population, les personnes sont repérées par leur résidence principale ; c'est-à-dire un logement occupé de façon permanente et à titre principal par le ménage. L'ensemble des personnes qui habitent une même résidence principale forment un ménage ordinaire au sens statistique (même s'il n'y a qu'une personne ou qu'elles n'ont pas de relations de famille). Une partie de la population est hors ménages ordinaires ; il s'agit des personnes qui résident dans des bâtiments à usage collectif (casernes, maisons de retraite, services de long séjour des hôpitaux, couvents, prisons, etc.) ou dans des habitations mobiles.

Le plan de sondage s'appuie sur une stratification complexe à plusieurs degrés (région de gestion, tranche d'unité urbaine de la commune de résidence, etc.)⁴.

Les ménages ont été enquêtés sur une période de 8 semaines avec 3 visites d'enquêteurs espacées chacune d'un mois et précédées d'un entretien téléphonique.

¹ La dernière extension d'échantillon de l'enquête Santé dont a bénéficiée la région Nord – Pas-de-Calais remonte à 1980-1981.

² L'extension de la région Nord – Pas-de-Calais a été moins importante que les autres (+50 % uniquement).

³ Site de l'INSEE : http://www.INSEE.fr/fr/nom_def_met/definitions/html/menage.htm

⁴ La méthodologie du plan de sondage ainsi que le redressement de la non-réponse et le calage de l'enquête Santé devraient faire l'objet de la publication d'un document de travail de l'INSEE à l'horizon 2005.

A la différence de l'enquête précédente (1990-1991), le questionnement des adultes aptes à répondre a été strictement individuel¹. Pour les enfants et les personnes non aptes à répondre, l'enquêteur passait par l'intermédiaire d'une personne de référence choisie dès la première visite.

Au cours de l'enquête, le nombre de ménages s'est réduit. En effet, sur les 21 655 ménages du champ de l'enquête, 16 848 ont participé à la première visite (-22 %), 15 547 à la seconde (-7,7 %) et 14 813 à la troisième (-4,7 %) ; ce qui équivaut à un effectif de 39 901 individus lors de la 1^{ère} visite, 36 951 lors de la 2^{ème} visite et 35 073 individus lors de la 3^{ème} visite (Tableau n°1). La région Nord - Pas-de-Calais a connu une évolution sensiblement identique de la taille de son échantillon ne représentant plus que 97,1 % de l'effectif des individus (3 922) de l'échantillon initial en 1^{ère} visite, 89,7 % (3 622) en 2^{ème} visite et 86,5 % (3 492) en 3^{ème} visite.

Tableau 1 : Enquête Santé INSEE 2002-2003 – Evolution de l'échantillon de la population des ménages ordinaires entre le début de l'enquête et les différentes visites pour la France et ses 5 extensions régionales

	Population des ménages enquêtés	Nombre de personnes ayant répondu aux questions individuelles de santé			Proportion de répondants de chaque visite par rapport à la population initiale des ménages enquêtés		
		à la visite 1	aux visites 1 et 2	aux visites 1, 2 et 3	Visite 1	Visite 2	Visite 3
Ile-de-France	9 370	9 160	8 413	7 844	97,8	89,8	83,7
Champagne-Ardenne	2 536	2 488	2 349	2 274	98,1	92,6	89,7
Picardie	2 719	2 680	2 495	2 407	98,6	91,8	88,5
Nord - Pas-de-Calais	4 038	3 922	3 622	3 492	97,1	89,7	86,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 106	3 930	3 541	3 224	95,7	86,2	78,5
France entière	40 865	39 901	36 951	35 073	97,6	90,4	85,8
France hors extentions	17 997	17 626	16 466	15 794	97,9	91,5	87,8

Source : Enquête santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

REDRESSEMENT DE L'ECHANTILLON ET MISE EN PLACE DES PONDERATIONS

Afin de permettre l'extrapolation des résultats de l'échantillon au niveau national et régional pour les 5 extensions, l'Unité Méthode Statistique (UMS) de l'INSEE a assuré le redressement² de l'échantillon et a constitué 2 jeux de pondération.

Le 1^{er} jeu de pondération s'applique à l'ensemble des individus ayant répondu à la 1^{ère} visite et permet d'exploiter les variables du 1^{er} questionnaire (remis lors de la 1^{ère} visite).

Le 2nd jeu s'adresse aux individus ayant répondu aux 3 visites à la fois et permet l'analyse de l'ensemble des items abordés durant les 2 mois d'enquête mais sur la base d'un échantillon plus restreint.

Dans les 2 cas, ces pondérations tiennent compte des extensions régionales et de la saisonnalité de la collecte.

Thèmes abordés au cours du questionnement des 3 visites

PREMIERE VISITE

Lors de la 1^{ère} visite, le questionnement portait à la fois sur le ménage et sur les individus. Il s'agissait de connaître la composition du ménage, d'identifier les personnes présentant des gênes ou des difficultés dans la vie quotidienne, de préciser les situations vis-à-vis des activités professionnelles et du chômage.

La personne de référence était interrogée individuellement sur les conditions de logement, l'aide à domicile et la garde des enfants. Elle était aussi interrogée sur la protection maladie en présence des autres membres du ménage.

Chaque individu du ménage a été interrogé individuellement sur ses recours au médecin au cours des 12 derniers mois, sur son état de santé général, sur les maladies de longue durée ou chroniques et les limitations dans l'activité. Les membres du ménage aptes à répondre recevaient par ailleurs un carnet individuel de soins destiné à relever leur consommation de soins entre chaque visite. Un questionnaire auto-administré constitué de plusieurs sous-questionnaires (asthme, lombalgie, consommations de tabac et d'alcool etc.) leur était aussi proposé.

¹ Lors de l'enquête Santé 1990-1991 une unique personne répondait pour tous les membres du ménage.

² La méthodologie de la correction de la non-réponse et du calage de l'enquête a été présentée lors de la troisième réunion du groupe d'exploitation de l'enquête Santé (28 septembre 2004). Elle devrait faire l'objet de la publication d'un document de travail à l'horizon 2005.

DEUXIEME ET TROISIEME VISITES

Les questionnements ont été menés à un niveau strictement individuel. Elles permettaient de relever au cours du mois écoulé l'ensemble des maladies ou problèmes de santé présents (maladies aiguës, grossesse, accidents, etc.) ainsi que les consommations de soins relevées dans le carnet individuel de santé (hospitalisation, séances de médecins, de dentiste, actes biologiques etc.).

Uniquement en 2nde visite étaient abordées les questions relatives à des événements intervenus au cours de la vie (antécédents chirurgicaux majeurs et actes techniques invasifs, interruptions d'activité).

A l'issue de la 3^{ème} visite, les thèmes portant sur les déficiences et les incapacités d'une part, sur la prévention d'autre part ont fait l'objet de questionnements spécifiques.

Résultats

Les données exploitables en février 2005

Les fichiers de données définitifs de l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE devraient être disponibles au cours de l'année 2005¹.

Les résultats exploités dans ce rapport sont par conséquent et pour partie, des résultats provisoires².

Entre 15 et 20 % des auto-questionnaires se sont avérés inexploitable. En effet, chaque auto-questionnaire regroupe plusieurs sous-questionnaires dont la qualité de remplissage est très inégale avec pour certains d'entre eux des problèmes de non-réponse, d'erreur de filtre et de doublon. Il a donc été décidé de recenser les individus dont les auto-questionnaires ne sont pas exploitables au sens large, afin de calculer une pondération globalement applicable à l'ensemble des sous-questionnaires (alcool, tabac, asthme etc.) constituant chaque auto-questionnaire.

Toutefois, malgré ces corrections, il conviendra de rester prudent dans l'analyse des auto-questionnaires.

L'INSEE devrait fournir en 2005 ces pondérations permettant de redresser l'échantillon après la suppression des auto-questionnaires dont les sous-questionnaires sont inexploitable.

Dans l'attente de ces pondérations, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a souhaité tout de même en exploiter les variables jugées importantes en matière de santé, notamment les questions relatives à la consommation de tabac et d'alcool.

Dans l'attente de la version définitive de ces fichiers et de leurs pondérations, nous avons appliqué les pondérations calculées pour les individus présents aux 3 visites.

Nous présentons dans ce document les résultats concernant :

- les indicateurs épidémiologiques de la LOSP au regard de l'enquête INSEE (état de santé et comportement, nutrition et activité physique, santé maternelle et périnatalité, les tumeurs malignes et les maladies des organes des sens) ;
- quelques indicateurs sur les déterminants sociaux de santé (précarité et inégalités, la limitation de la mobilité pour raison de santé, la douleur, la santé psychique etc.) et ;
- des propositions d'indicateurs à construire.

Le re-codage des pathologies, réalisé à Paris par le groupe de travail animé par l'IRDES, est en cours. Aucune date de rendu définitif n'a été annoncée.

C'est pour cette raison que l'ORS Nord – Pas-de-Calais a développé une approche de l'état de santé des enquêtés qui ne reprend pas les pathologies diagnostiquées.

Olivier Lacoste
ORS Nord - Pas-de-Calais
Février 2005

¹ Selon les termes de la convention signée entre l'ORS et l'INSEE, les fichiers nationaux et régionaux devaient être remis en avril 2004.

² Les services de l'INSEE estiment en février 2005, que les corrections devraient être minimales et ne devraient que fort peu modifier les résultats.

État de santé et comportement

La consommation d'alcool

Les informations portant sur la consommation d'alcool et de tabac sont collectées par le biais de 3 questionnaires auto-administrés proposés dès la 1^{ère} visite aux personnes âgées de 11-14 ans, 15-17 ans et 18 ans ou plus.

Nous avons exploité au total 5 questions :

- 1 question portant sur la fréquence de consommation de boissons alcoolisées au moment de l'enquête. Cette fréquence qui est pré-codée est déclinée en 7 modalités.
- Les 4 questions du questionnaire DETA (page suivante) à partir desquelles a été calculé un score pour chaque individu.

LA FREQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

En croisant les réponses à la question sur la fréquence de consommation de boissons alcoolisées avec les résultats du score DETA, nous avons relevé plusieurs incohérences.

Normalement, seules les personnes ayant indiqué consommer de l'alcool, quelle qu'en soit la fréquence, devaient répondre aux questions DETA. Or 17 personnes qui ont obtenu un score DETA n'ont pas répondu à cette question. Par ailleurs, 55 individus qui ont déclaré ne jamais consommer de boissons alcoolisées ont pourtant répondu aux questions DETA. Pour ces cas, il peut s'agir d'anciens consommateurs d'alcool qui ne buvaient plus au moment de l'enquête mais qui ont été consommateurs d'alcool au cours des 12 derniers mois.

Nous avons donc ajouté une nouvelle modalité à la variable portant sur la fréquence de consommation ; modalité que nous avons intitulée "Buveurs ou anciens buveurs re-codifiés", réintégrant ainsi ces 17 et 55 individus (Tableau n°2).

Parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus ayant rempli les auto-questionnaires, 24,4 % [22,3-26,6] déclarent ne jamais consommer de boissons alcoolisées. Les autres catégories qui caractérisent les consommateurs se répartissent de façon à peu près égale entre ceux qui consomment de l'alcool au maximum 1 fois par mois (13,6 %), entre 2 et 3 fois par mois (14,3 %) et pratiquement tous les jours (15,8 %). "1 à 2 fois par semaine" est la fréquence qui obtient le plus de réponses (18,5 %).

Sur l'ensemble des répondants, les femmes sont 15,1 % à déclarer ne jamais consommer de boissons contenant de l'alcool ; ce qui est très nettement supérieur aux hommes qui ne sont que 9 %. Si l'on s'intéresse uniquement aux individus déclarant ne jamais boire de boissons alcoolisées, la différence entre sexes est encore plus marquée. En effet, cette modalité compte près de 2/3 de femmes (61,9 %).

En ce qui concerne les personnes consommant des boissons alcoolisées "tous les jours ou presque", la situation est totalement inverse. En effet, les 15,82 % se répartissent ainsi : 11,02 % des personnes sont des hommes et 4,80 % sont des femmes.

Après l'étude de la fréquence de consommation selon le sexe, nous allons porter notre analyse exclusivement sur les personnes ayant répondu aux questions DETA.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés de 15 ans ou plus par sexe et selon la fréquence de consommation de boissons alcoolisées (effectifs et pourcentages estimés)

		Homme	Femme	Ensemble
Jamais	Effectifs	265736	430927	696663
	% du total	9,32	15,11	24,42
	% en ligne	38,14	61,86	100
	% en colonne	19,54	28,87	-
Une fois par mois ou moins	Effectifs	124597	263396	387993
	% du total	4,37	9,23	13,6
	% en ligne	32,11	67,89	100
	% en colonne	9,16	17,65	-
Deux ou trois fois par mois	Effectifs	145314	262802	408115
	% du total	5,09	9,21	14,31
	% en ligne	35,61	64,39	100
	% en colonne	10,69	17,61	-
Une ou deux fois par semaine	Effectifs	291624	236716	528341
	% du total	10,22	8,3	18,52
	% en ligne	55,2	44,8	100
	% en colonne	21,45	15,86	-
Trois ou quatre fois par semaine	Effectifs	115495	78696	194191
	% du total	4,05	2,76	6,81
	% en ligne	59,47	40,53	100
	% en colonne	8,49	5,27	-
Quatre ou cinq fois par semaine	Effectifs	72097	24741	96838
	% du total	2,53	0,87	3,4
	% en ligne	74,45	25,55	100
	% en colonne	5,3	1,66	-
Tous les jours ou presque	Effectifs	314220	136971	451191
	% du total	11,02	4,8	15,82
	% en ligne	69,64	30,36	100
	% en colonne	23,11	9,18	-
Buveurs ou anciens buveurs recodifiés	Effectifs	30763	58210	88973
	% du total	1,08	2,04	3,12
	% en ligne	34,58	65,42	100
	% en colonne	2,26	3,9	-
Total	Effectifs	1359845	1492459	2852304
	% du total	47,68	52,32	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

REPERAGE DES CONSOMMATEURS POUVANT PRESENTER UN PROBLEME PAR RAPPORT A L'ALCOOL

Le questionnaire **DETA** (version française du questionnaire CAGE) a été validé dans de nombreuses situations. Il a démontré une bonne capacité à repérer les malades de l'alcool (sensibilité de 60 à 95 %, spécificité de 50 à 95 %). 2 réponses positives ou plus font suspecter un problème d'alcool. Dans le cadre de l'enquête Santé, chaque question du questionnaire DETA se réfère à une période remontant aux 12 derniers mois précédant l'enquête. 71 personnes qui ont pourtant déclaré consommer des boissons alcoolisées (quelle qu'en soit la fréquence) n'ont pas obtenu un score DETA car elles n'ont pas répondu aux questions DETA ou y ont répondu de façon trop incomplète pour qu'un score puisse être établi.

Questionnaire CAGE-DETA

Au cours des 12 derniers mois :

- 1- Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation d'alcool ?
- 2- Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- 3- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
- 4- Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives ou plus font suspecter un problème d'alcool.

Tableau 3 : Répartition par sexe des enquêtés de 15 ans ou plus consommant des boissons alcoolisées et selon le score obtenu au questionnaire DETA (effectifs et pourcentages estimés)

		Homme	Femme	Ensemble
Consommateur sans problème d'alcool	Effectifs	922915	960121	1883036
	% du total	44,54	46,33	90,87
	% en ligne	49,01	50,99	100
	% en colonne	86,86	95,1	-
Risque d'un problème d'alcool	Effectifs	139662	49500	189162
	% du total	6,74	2,39	9,13
	% en ligne	73,83	26,17	100
	% en colonne	13,14	4,9	-
Total	Effectifs	1062577	1009621	2072198
	% du total	51,28	48,72	100

P<0,0001

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Près de ¾ des personnes présentant un risque par rapport à l'alcool sont des hommes

9,1 % des personnes âgées de 15 ans ou plus ayant répondu aux questions DETA obtiennent un score laissant suspecter un problème d'alcool au cours des 12 derniers mois.

Les hommes semblent beaucoup plus concernés que les femmes puisque sur l'ensemble des répondants ils sont 6,7 % à avoir peut-être connu un problème d'alcool. Plus précisément, près des ¾ des personnes présentant un risque par rapport à l'alcool sont des hommes (73,83 %) ; ce qui représente globalement 13,1 % de la population masculine consommatrice de boissons alcoolisées, soit un écart de pratiquement 9 points par rapport à la proportion observée au sein de la population féminine (4,9 %). Parmi les consommateurs sans problème vis-à-vis des boissons alcoolisées, la proportion d'hommes et de femmes est identique (49 % *versus* 51 %).

En résumé, d'après les résultats des tableaux 2 et 3, les femmes se caractérisent principalement par une non-consommation de boissons alcoolisées, et les hommes sont davantage des consommateurs susceptibles de rencontrer un problème d'alcool.

Les consommateurs d'alcool, âgés de 40 à 59 ans, sont plus nombreux à présenter un problème avec l'alcool

Globalement, le nombre de consommateurs de boissons alcoolisées s'accroît avec l'âge jusqu'à 40-49 ans puis diminue à partir de 50 ans.

C'est au sein des 40-49 ans et 50-59 ans que les proportions de consommateurs pouvant présenter un problème d'alcool sont les plus élevées ; soit 12 % en moyenne des consommateurs appartenant à ces classes d'âges. Les classes d'âges au sein desquelles ces proportions sont les moins élevées sont les 15-19 ans (2,6 %) et les 70 ans ou plus (2,2 %).

Tableau 4 : Répartition des enquêtés de 15 ans ou plus consommant des boissons alcoolisées par âges décennaux et selon le score obtenu au questionnaire DETA (effectifs et pourcentages estimés)

		15-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans ou plus	Ensemble
Consommateur sans problème d'alcool	Effectifs	117647	322703	356725	392467	279950	231804	181739	1883036
	% du total	5,68	15,57	17,21	18,94	13,51	11,19	8,77	90,87
	% en ligne	6,25	17,14	18,94	20,84	14,87	12,31	9,65	100
	% en colonne	97,43	93,12	89,62	87,62	87,24	91,91	97,8	-
Risque d'un problème d'alcool	Effectifs	3098	23856	41334	55432	40933	20412	4096	189162
	% du total	0,15	1,15	1,99	2,68	1,98	0,99	0,2	9,13
	% en ligne	1,64	12,61	21,85	29,3	21,64	10,79	2,17	100
	% en colonne	2,57	6,88	10,38	12,38	12,76	8,09	2,2	-
Total	Effectifs	120745	346560	398059	447900	320883	252216	185835	2072198
	% du total	5,83	16,72	19,21	21,61	15,49	12,17	8,97	100

P<0,0001

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La consommation de tabac

L'étude de la consommation de tabac s'appuie sur les sous-questionnaires tabac des questionnaires auto-administrés des 11-14 ans, 15-17 ans et 18 ans ou plus. La population analysée concerne donc les 11 ans ou plus ayant rempli les auto-questionnaires. Nous avons exploité la 1^{ère} question "Etes-vous fumeur ?" commune aux 3 auto-questionnaires et pour rendre cohérents les résultats nous avons agrégé la modalité "Non, mais auparavant je fumais tous les jours" à la modalité indiquant que la personne ne fume pas.

22,8 % des enquêtés de la région déclarent fumer quotidiennement

Globalement, 22,8 % des enquêtés ont déclaré fumer tous les jours, 4,2 % fumer de façon non quotidienne et 73,0 % ne pas ou ne plus fumer. Les hommes fument davantage que les femmes. En effet, sur l'ensemble de l'échantillon, 13,5 % des hommes sont des fumeurs quotidiens pour 9,2 % des femmes. A l'opposé, les 73,03 % des personnes déclarant ne pas ou ne plus fumer se répartissent ainsi : 40,86 % sont des femmes contre 32,17 % d'hommes. Par contre, les différences liées au sexe observées chez les fumeurs quotidiens et les non-fumeurs n'apparaissent pas chez les personnes déclarant ne pas fumer tous les jours.

Dans la région, 38 % des personnes âgées de 30 à 39 ans déclarent fumer régulièrement

Les âges au cours desquels on déclare le plus fumer quotidiennement se situent entre 20 et 49 ans ; ce qui représente en moyenne 5,6 % de l'ensemble des enquêtés. Les fumeurs réguliers représentent 38 % des individus de 30-39 ans. Cependant, les fumeurs réguliers représentent déjà 12 % des personnes âgées de 11-19 ans.

Tableau 5 : Répartition des fumeurs quotidiens ou non et des non fumeurs par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

		Homme	Femme	Ensemble
Fume tous les jours	Effectifs	413813	282937	696750
	% du total	13,52	9,24	22,76
	% en ligne	59,39	40,61	100
	% en colonne	28,35	17,66	-
Fume mais pas tous les jours	Effectifs	60881	68022	128903
	% du total	1,99	2,22	4,21
	% en ligne	47,23	52,77	100
	% en colonne	4,17	4,25	-
Ne fume pas ou ne fume plus	Effectifs	984959	1250877	2235836
	% du total	32,17	40,86	73,03
	% en ligne	44,05	55,95	100
	% en colonne	67,48	78,09	-
Total	Effectifs	1459652	1601836	3061488
	% du total	47,68	52,32	100

P<0,0001

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 6 : Répartition des fumeurs quotidiens ou non et des non fumeurs par âge (effectifs et pourcentages estimés)

		11-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans ou plus	Ensemble
Fume tous les jours	Effectifs	59499	169442	188306	159767	81876	29153	8708	696750
	% du total	1,94	5,53	6,15	5,22	2,67	0,95	0,28	22,76
	% en ligne	8,54	24,32	27,03	22,93	11,75	4,18	1,25	100
	% en colonne	11,98	34,08	37,78	28,89	19,56	9,04	3,16	-
Fume mais pas tous les jours	Effectifs	22704	28094	27908	23382	18414	4009	4391	128903
	% du total	0,74	0,92	0,91	0,76	0,6	0,13	0,14	4,21
	% en ligne	17,61	21,79	21,65	18,14	14,28	3,11	3,41	100
	% en colonne	4,57	5,65	5,6	4,23	4,4	1,24	1,6	-
Ne fume pas ou ne fume plus	Effectifs	414561	299612	282204	369778	318239	289326	262115	2235836
	% du total	13,54	9,79	9,22	12,08	10,39	9,45	8,56	73,03
	% en ligne	18,54	13,4	12,62	16,54	14,23	12,94	11,72	100
	% en colonne	83,45	60,27	56,62	66,88	76,04	89,72	95,24	-
Total	Effectifs	496765	497148	498418	552926	418529	322488	275215	3061488
	% du total	16,23	16,24	16,28	18,06	13,67	10,53	8,99	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Nutrition et activité physique

Indice de Masse Corporelle des personnes de 18-64 ans

La corpulence des individus de la population régionale est approchée ici par l'Indice de Masse Corporelle¹ (IMC) ou Body Mass Index (BMI). A partir des questions sur la taille (m) et le poids (kg), posées dans l'enquête Santé 2002-2003, de l'INSEE, les individus ont été répartis entre les 3 classes suivantes :

- les individus de poids normal ($18,5 < \text{IMC} < 25$),
- les individus en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) et
- les individus obèses ($\text{IMC} \geq 30$).

La prévalence des personnes en surpoids ou obèses, dans la région Nord – Pas-de-Calais, dépasse de plus de 2 points la prévalence nationale

Plus de la moitié des personnes de 18-64 ans interrogées lors de l'enquête a un poids considéré comme normal (55,25 %). Par contre, 44,75 % de cette même population connaît un Indice de Masse Corporelle supérieur à celui d'un poids normal (30,17 % sont en surpoids et 14,58 % sont obèses).

Ainsi, la région Nord – Pas-de-Calais, en ce qui concerne les problèmes de surpoids et d'obésité, dépasse de plus de 2 points la prévalence nationale (qui est de 42 %), avec un objectif pour 2008 (à la demande de l'OMS) à 33 %.

L'analyse par sexe montre que dans la région, les hommes sont davantage concernés par les problèmes de surpoids que les femmes (17,85 % *versus* 12,32 %). Les femmes sont davantage concernées par le poids normal et les problèmes d'obésité (les 14,58 % de personnes obèses se répartissent ainsi : 8,09 % sont de sexe féminin *versus* 6,49 % de sexe masculin). La différence entre hommes et femmes est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Tableau 7 : Indice de Masse Corporelle selon le sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Normal	637368	25,32	753507	29,93	1390874	55,25
Surpoids	449475	17,85	310216	12,32	759692	30,17
Obésité	163498	6,49	203575	8,09	367073	14,58
Total	1250341	49,66	1267298	50,34	2517639	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

ANALYSE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE DES PERSONNES EN FONCTION DE L'AGE ET DU SEXE

Surpoids et obésité augmentent avec l'âge

L'analyse par âge montre que ce facteur semble discriminant. La répartition des individus en fonction de l'IMC < 25 montre que la sous-population des personnes âgées est peu importante par rapport aux autres sous-populations, pour cette valeur de l'indice de masse corporelle. A l'opposé, pour des valeurs supérieures, correspondant au surpoids et à l'obésité, la sous-population des personnes âgées constitue les pourcentages les plus élevés.

Il convient de souligner que près de la moitié des personnes obèses (45,55 %) a entre 50 et 64 ans alors que seulement 1/3 des personnes en surpoids se situe dans cette tranche d'âge (34,92 %).

La différence constatée entre les classes d'âge est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

¹ Cet Indice de Masse Corporelle (IMC) est défini comme le rapport suivant : Poids (kg)/Taille (m)². A partir de cet indice, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe les individus en 4 catégories : les sous-poids (IMC < 18,5), les individus de poids normal ($18,5 \leq \text{IMC} < 25$), les personnes en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) et les personnes obèses ($\text{IMC} \geq 30$).

Tableau 8 : Proportions de personnes en situation de surpoids ou d'obésité selon l'âge (effectifs et pourcentages estimés)

	NORMAL		SURPOIDS		OBESITE	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
18-29 ans	527907	37,96	94548	12,45	43224	11,78
30-39 ans	317834	22,85	177286	23,34	71057	19,36
40-49 ans	314517	22,61	222536	29,29	85595	23,32
50-64 ans	230617	16,58	265322	34,92	167196	45,55
Total	1390874	100	759692	100	367073	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les femmes semblent plus tardivement touchées que les hommes par les problèmes de surcharge pondérale

L'analyse de la répartition par sexe et par âge semble montrer pour les 50-64 ans en surpoids ou obèses une plus forte représentation des femmes (40,24 % de femmes *versus* 36,83 % d'hommes)¹. A l'inverse des 40-49 ans où les hommes sont plus nombreux.

Ces résultats nous amènent à penser que les femmes sont plus tardivement touchées par les problèmes de surcharge pondérale que les hommes.

Il faut signaler que pour les classes d'âge plus jeunes, il ne semble pas exister, en matière de surcharge pondérale, de différence importante entre les sexes. Cependant, la différence entre les différentes classes d'âge n'est pas statistiquement significative ($p=0,4167$), comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 9 : Proportions de personnes en situation de surpoids et d'obésité (confondus) selon le sexe et l'âge (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
18-29 ans	74200	12,1	63572	12,37	137772	12,23
30-39 ans	131928	21,52	116415	22,66	248343	22,04
40-49 ans	181062	29,54	127069	24,73	308131	27,35
50-64 ans	225783	36,83	206735	40,24	432519	38,39
Total	612973	100	513791	100	1126765	100

$P < 0,4167$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

DIFFERENTS DEGRES D'OBESITE

3 classes sous-tendent la catégorie "obésité" ; chacune d'elle correspond à un niveau de risque de développer des problèmes de santé (niveau accru, élevé, extrêmement élevé).

Les ¾ des personnes souffrant d'obésité dans le Nord - Pas-de-Calais sont à risque élevé

Les ¾ des personnes souffrant d'obésité (76,23 %) se situent dans la classe à risque élevé, 19,09 % dans la classe où le risque de développer des problèmes de santé est très élevé et moins de 5 % dans la catégorie où l'obésité génère des risques extrêmement élevés pour la santé. Comme nous l'avons déjà noté auparavant, les femmes semblent davantage concernées par l'obésité que les hommes. La répartition par sexe des 3 classes d'obésité paraît indiquer que les femmes sont, en proportions, moins représentées dans la classe 1 et plus représentées dans les 2 autres classes où le risque est très et extrêmement élevé. La différence constatée entre hommes et femmes n'est cependant pas statistiquement significative ($p=0,7011$).

¹ Les intervalles de confiance se croisant, la différence entre sexe est relative.

Tableau 10 : Répartition des personnes souffrant d'obésité par classe d'obésité et par sexe (en effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Obésité classe 1 : risque élevé	127127	77,75	152687	75,00	279814	76,23
Obésité classe 2 : risque très élevé	30455	18,63	39619	19,46	70074	19,09
Obésité classe 3 : risque extrêmement élevé	5916	3,62	11269	5,54	17185	4,68
Total	163498	100	203575	100	367073	100

$P=0,7011$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

SURPOIDS, OBESITE ET REGIMES ALIMENTAIRES

Tableau 11 : Répartition par sexe des personnes suivant ou non un régime (effectifs et pourcentages estimés)

		Homme	Femme	Total
Suit un régime	Effectifs estimés	98181	155532	253713
	% du total	3,94	6,24	10,18
	% en ligne	38,7	61,30	100
Ne suit pas de régime	Effectifs estimés	1137580	1102067	2239646
	% du total	45,62	44,20	89,82
	% en ligne	50,79	49,21	100
Total	Effectifs estimés	1235761	1257599	2493360

$p=0,0008$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Quel que soit leur indice de masse corporel, 10,18 % des personnes de 18-64 ans suivent un régime alimentaire. Parmi elles, les femmes sont largement plus représentées que les hommes (61,30 % *versus* 38,70 %).

Surpoids et régimes alimentaires

Parmi les personnes en surpoids, seules 13,21 % déclarent suivre un régime. Les femmes en surpoids sont plus nombreuses que les hommes à déclarer suivre un régime : 7,08 % *versus* 6,13 %.

Tableau 12 : Proportions (par sexe) de personnes en surpoids déclarant suivre ou non un régime (effectifs et pourcentages estimés)

	SURPOIDS					
	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Suit un régime	46071	6,13	53220	7,08	99291	13,21
Ne suit pas de régime	399053	53,09	253261	33,70	652314	86,79
Total	445124	59,22	306481	40,78	751605	100

$P=0,0106$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

8 femmes en surpoids sur 10 suivent un régime amaigrissant

Parmi les personnes en surpoids ayant déclaré suivre un régime, 61,12 % suivent un régime amaigrissant, 16,36 % un régime pour diabétique et 27,77 % un régime contre le cholestérol.

L'analyse par sexe montre que 80,72 % des femmes en surpoids qui suivent un régime, suivent un régime amaigrissant pour 38,48 % des hommes. Par contre, les hommes souffrant de surpoids qui suivent un régime semblent, dans des proportions plus grandes que les femmes, plus nombreux à suivre les régimes pour diabétique (23,24 % *versus* 10,41 %) ; toutefois le test du Chi2 ne le confirme pas ($p=0,1142$). Ils sont également plus nombreux à suivre un régime contre le cholestérol (47,18 % *versus* 10,97 % des femmes en surpoids déclarant suivre un régime). La différence constatée entre hommes et femmes en

surpoids, et selon le type de régime alimentaire suivi, est statistiquement significative pour le régime amaigrissant ($p < 0,0001$), et le régime contre le cholestérol ($p = 0,0002$).

Tableau 13 : Type(s) de régime(s) suivi(s) par les personnes en surpoids selon le sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	SURPOIDS						
	Homme		Femme		Total		
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	
Suit un régime amaigrissant	17729	38,48	42961	80,72	60691	61,12	$p < 0,0001$
Suit un régime pour diabétique	10709	23,24	554	10,41	16248	16,36	$p = 0,1142$
Suit un régime contre le cholestérol	21737	47,18	5837	10,97	27573	27,77	$p = 0,0002$

La somme des 3 différents régimes n'est pas égale à 100 car une personne peut déclarer suivre plusieurs régimes.

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais

Obésité et régimes alimentaires

Environ 8 personnes obèses sur 10 ne suivent aucun régime

L'analyse de l'obésité montre que 8 personnes obèses sur 10 ne suivent aucun régime alimentaire (80,59 %). Les femmes souffrant d'obésité paraissent plus nombreuses à suivre un régime que les hommes (11,35 % *versus* 8,06 %), mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,5850$).

Tableau 14 : Proportions (par sexe) de personnes souffrant d'obésité déclarant suivre ou non un régime (effectifs et pourcentages estimés)

	OBESITE						
	Homme		Femme		Total		
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	
Suit un régime	29185	8,06	41073	11,35	70258	19,41	
Ne suit pas de régime	132671	36,65	159056	43,94	291727	80,59	
Total	161856	44,71	200129	55,29	361985	100	

$p = 0,5850$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Environ 1 personne obèse sur 2 suit un régime contre le cholestérol

Parmi les personnes obèses ayant déclaré suivre un régime, 41,65 % suivent un régime amaigrissant, 36,36 % un régime pour diabétique et 49,59 % un régime contre le cholestérol.

Il semble que les personnes souffrant d'obésité soient plus nombreuses à suivre des régimes pour diabétique et/ou contre le cholestérol que les personnes en surpoids.

L'analyse selon le type de régime semble indiquer que plus d'1/3 des hommes et femmes obèses qui suivent un régime déclarent effectuer un régime pour diabétique et près de la moitié un régime contre le cholestérol. Cependant dans ces deux cas les différences liées au sexe ne sont pas significatives ($p = 0,6291$ et $p = 0,8573$ respectivement).

Tableau 15 : Type(s) de régime(s) suivi(s) par les personnes souffrant d'obésité selon le sexe (effectifs et pourcentage estimés)

	OBESITE						
	Homme		Femme		Total		
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	
Suit un régime amaigrissant	10332	35,40	18932	46,09	29265	41,65	$p < 0,4118$
Suit un régime pour diabétique	9563,8	32,77	15981	38,91	25545	36,36	$p = 0,6291$
Suit un régime contre le cholestérol	14068	48,20	20775	50,58	34843	49,59	$p = 0,8573$

La somme des 3 différents régimes n'est pas égale à 100 car une personne peut déclarer suivre plusieurs régimes.

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Quel que soit le type de régime considéré, l'analyse par sexe semble montrer que les femmes obèses sont plus nombreuses à suivre des régimes que les hommes. Près de la moitié des femmes obèses qui suivent un régime (46,09 %) suivent un régime amaigrissant alors que les hommes ne sont que 35,40 %. Toutefois là non plus le test du Chi2 n'est pas significatif ($p=0,4118$). Les régimes contre le cholestérol semblent être autant suivis par les hommes que les femmes (respectivement 48,20 % et 50,58 % des hommes et femmes obèses déclarant suivre un régime).

SURCHARGE PONDERALE ET ACTIVITE PHYSIQUE

L'analyse concernant le sport et l'activité physique permet d'estimer la sédentarité et l'inactivité physique de la population de l'enquête. L'enquête Santé approche la sédentarité en interrogeant les individus :

- d'une part, sur la pratique d'un sport ou d'une activité physique et,
- d'autre part, sur les difficultés rencontrées pour effectuer les activités physiques élémentaires.

Si les questions posées permettent de cerner les raisons des difficultés, il est plus difficile d'approcher l'intensité de l'effort et donc la dépense énergétique entraînée par la pratique d'un sport ou d'une activité ; d'autant que nous ne disposons d'aucune information sur la durée ni sur la fréquence de la pratique.

Environ 4 personnes sur 10 de poids normal pratiquent un sport ou une activité physique

Parmi les personnes de la région ayant un IMC normal, 4 personnes sur 10 déclarent avoir une pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique.

L'analyse par sexe montre que les hommes ne souffrant ni de surpoids ni d'obésité sont 46,67 % à pratiquer régulièrement un sport ou une activité physique *versus* 38,03 % des femmes. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0030$), comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 16 : Proportions (par sexe), des personnes à IMC normal pratiquant ou non un sport ou une activité sportive (effectifs et pourcentages estimés)

	NORMAL					
	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Pratique régulièrement un sport ou une activité physique	293424	46,67	285638	38,03	579062	41,97
Ne pratique pas régulièrement un sport ou une activité physique	335357	53,33	465352	61,97	800709	58,03
Total	628781	100	750990	100	1379771	100

$P=0,0030$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4 personnes sur 10 en surpoids pratiquent un sport ou une activité physique

39,65 % des personnes en surpoids déclarent une pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique.

L'analyse par sexe montre que 45,24 % des hommes en surpoids déclarent pratiquer régulièrement un sport ou une activité physique *versus* 31,54 % des femmes. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0005$).

Tableau 17 : Proportions (par sexe) des personnes en surpoids pratiquant ou non un sport ou une activité sportive (effectifs et pourcentages estimés)

	SURPOIDS					
	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Pratique régulièrement un sport ou une activité physique	201352	45,24	96663	31,54	298016	39,65
Ne pratique pas régulièrement un sport ou une activité physique	243771	54,76	209817	68,46	453589	60,35
Total	445123	100	306480	100	751605	100

$P=0,0005$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Un peu plus d'1/4 des personnes obèses pratiquent un sport ou une activité physique

Parmi les personnes obèses, 26,42 % déclarent une pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique. L'analyse par sexe montre que 35,80 % des hommes obèses déclarent pratiquer régulièrement un sport ou une activité physique *versus* 18,84 % des femmes. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Tableau 18 : Proportions (par sexe) des personnes obèses pratiquant ou non un sport ou une activité sportive (effectifs et pourcentages estimés)

	IMC OBESITE					
	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Pratique régulièrement un sport ou une activité physique	57939	35,80	37714	18,84	95652	26,42
Ne pratique pas régulièrement un sport ou une activité physique	103917	64,20	162415	81,16	266332	73,58
Total	161856	100	200129	100	361984	100

$P=0,0009$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique concerne presque autant les personnes en surpoids que les personnes sans surcharge pondérale. Par contre, les personnes en situation d'obésité sont moins nombreuses à pratiquer un sport ou une activité physique (un peu plus d'1/4).

Quel que soit l'indice de masse corporelle, l'analyse par sexe montre que les femmes sont, en proportions, moins nombreuses que les hommes à pratiquer un sport. Plus l'IMC est élevé, plus les écarts entre sexes parmi les individus pratiquant un sport ou une activité physique sont importants.

Activités physiques des personnes de 16 ans et plus

L'analyse de la pratique d'une activité physique montre que 37,31 % des personnes de 16 ans et plus ont une pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique.

L'analyse par sexe montre que les femmes sont moins nombreuses à pratiquer un sport ou une activité physique régulière (31,53 % *versus* 43,61 % des hommes).

Tableau 19 : Proportions (par sexe) des personnes de 16 ans et plus pratiquant ou non un sport ou une activité sportive (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Pratique régulièrement un sport ou une activité physique	643110	43,61	506768	31,53	1149878	37,31
Ne pratique pas régulièrement un sport ou une activité physique	831539	56,39	1100448	68,47	1931988	62,69
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La pratique d'un sport ou d'une activité physique régulière est plus fréquente chez les jeunes de 16 à 19 ans

Parmi les classes d'âges considérées, seule celle des 16-19 ans connaît une proportion de personnes pratiquant un sport ou une activité physique de façon régulière supérieure à celle ne pratiquant pas de telles activités (54,55 % *versus* 45,45 %). Environ 40 % des personnes de chacune des 2 classes d'âge suivantes (20-29 ans et 30-39 ans) pratiquent un sport ou une activité physique. A partir de 40 ans, les proportions par classe d'âge de personnes pratiquant un sport s'amenuisent ; à l'exception des 60-69 ans qui sont 45,49 % à pratiquer régulièrement un sport ou une activité physique. Il est intéressant de noter que plus d'1 personne sur 6 ayant entre 80 et 89 ans a toujours une activité physique régulière. Il existe donc une différence de pratique entre les classes d'âge. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Tableau 20 : Répartition par âge des personnes de 16 ans et plus pratiquant ou non un sport ou une activité sportive (effectifs et pourcentages estimés)

	Pratique régulièrement un sport ou une activité physique		Ne pratique pas régulièrement un sport ou une activité physique		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
16-19 ans	70855	54,55	59038	45,45	129893	100
20-29 ans	214499	39,77	324787	60,23	539286	100
30-39 ans	218803	39,26	338544	60,74	557346	100
40-49 ans	218730	35,24	401997	64,76	620727	100
50-59 ans	165785	34,69	312105	65,31	477891	100
60-69 ans	169708	45,49	203338	54,51	373047	100
70-79 ans	74835	26,61	206435	73,39	281270	100
80-89 ans	16662	16,66	83351	83,34	100013	100
90 ou plus	-	-	2392	100	2392	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Nutrition des personnes de 16 ans et plus

CONSOMMATION DE FRUITS ET LEGUMES VERTS DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

La consommation des fruits et légumes verts, tous les jours ou presque, est déclarée par 51,56 % des individus de la population régionale. Ils sont 23,15 % à déclarer une consommation de fruits ou légumes verts tous les jours ou presque et 25,29 % à déclarer une consommation moins fréquente. L'analyse de ces résultats montre que le pourcentage de petits consommateurs de fruits et légumes (environ 48 % de la population régionale) reste en deçà de l'objectif du Programme National Nutrition-Santé (PNNS), qui vise l'augmentation de la consommation de fruits et légumes, par la réduction du nombre de petits consommateurs d'au moins 25 %.

Par rapport à la population régionale, les femmes sont plus nombreuses à consommer tous les jours des fruits et légumes verts

L'analyse par sexe montre que les femmes sont 59,08 % à déclarer une consommation de fruits et légumes verts quotidienne ou presque *versus* 43,37 % des hommes.

L'importance de cet indicateur est à relativiser car il ne permet pas de connaître, de façon précise, les quantités consommées et donc d'estimer réellement les proportions de personnes en adéquation avec les recommandations du PNNS.

En ce qui concerne la consommation de fruits et légumes verts, la différence constatée entre hommes et femmes est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Tableau 21 : Fréquence de consommation des fruits et légumes verts par les personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Consomme des fruits et des légumes verts tous les jours ou presque	639521	43,37	949516	59,08	1589036	51,56
Consomme des fruits ou des légumes verts tous les jours ou presque	355563	24,11	357750	22,26	713313	23,15
Consomme des fruits (et/ou) des légumes verts moins fréquemment que tous les jours ou presque	479566	32,52	299950	18,66	779516	25,29
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONSOMMATION DE POISSONS/CRUSTACES DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

Tableau 22 : Fréquence de consommation de poissons/crustacés des personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Tous les jours ou presque	51387	3,48	83171	5,17	134558	4,37
Au moins une fois par semaine	781133	52,97	969215	60,3	1750347	56,8
Moins souvent	379514	25,74	348457	21,68	727970	23,62
Rarement ou jamais	262616	17,81	206374	12,84	468990	15,22
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais. $P < 0,0001$

CONSOMMATION D'ŒUFS DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

Tableau 23 : Fréquence de consommation d'œufs des personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Tous les jours ou presque	58320	3,95	61671	3,84	119991	3,89
Au moins une fois par semaine	989801	67,12	1102640	68,61	2092441	67,9
Moins souvent	286580	19,43	312973	19,47	599553	19,45
Rarement ou jamais	139948	9,49	129933	8,08	269881	8,76
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P = 0,6391$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONSOMMATION DE VIANDE DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

Tableau 24 : Fréquence de consommation de viande des personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Tous les jours ou presque	1197749	81,22	1192429	74,19	2390178	77,56
Au moins une fois par semaine	250441	16,98	324138	20,17	574579	18,64
Moins souvent	13447	0,91	48848	3,04	62295	2,02
Rarement ou jamais	13013	0,88	41801	2,6	54814	1,78
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONSOMMATION DE CHARCUTERIE DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

Tableau 25 : Fréquence de consommation de charcuterie des personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Tous les jours ou presque	314343	21,32	215804	13,43	530146	17,2
Au moins une fois par semaine	744418	50,48	818392	50,92	1562810	50,71
Moins souvent	240166	16,29	300438	18,69	540604	17,54
Rarement ou jamais	175723	11,92	272583	16,96	448306	14,55
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONSOMMATION DE FRUITS DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

Tableau 26 : Fréquence de consommation de fruits des personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Tous les jours ou presque	842800	57,15	1144721	71,22	1987521	64,49
Au moins une fois par semaine	271923	18,44	258488	16,08	530411	17,21
Moins souvent	189714	12,87	114693	7,14	304407	9,88
Rarement ou jamais	170212	11,54	89314	5,56	259526	8,42
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONSOMMATION DE LEGUMES VERTS DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

Tableau 27 : Fréquence de consommation de légumes verts des personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Tous les jours ou presque	888764	60,27	1159372	72,14	2048136	66,46
Au moins une fois par semaine	401815	27,25	326306	20,3	728121	23,63
Moins souvent	101960	6,91	86979	5,41	188939	6,13
Rarement ou jamais	82111	5,57	34558	2,15	116669	3,79
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONSOMMATION DE FROMAGES/LAITAGES DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

Tableau 28 : Fréquence de consommation de fromages/laitages des personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Tous les jours ou presque	1222064	82,87	1345257	83,7	2567321	83,3
Au moins une fois par semaine	153092	10,38	158952	9,89	312044	10,13
Moins souvent	44407	3,01	53658	3,34	98065	3,18
Rarement ou jamais	55087	3,74	49349	3,07	104436	3,39
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P = 0,7369$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONSOMMATION DE SODAS ET AUTRES BOISSONS NON ALLEGÉES EN SUCRE DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS

Tableau 29 : Fréquence de consommation de sodas, cocas et autres boissons non allégées en sucre des personnes de 16 ans et plus par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Tous les jours ou presque	375866	25,49	231787	14,42	607653	19,72
Au moins une fois par semaine	253282	17,18	182644	11,36	435926	14,14
Moins souvent	176644	11,98	224874	13,99	401518	13,03
Rarement ou jamais	668857	45,36	967912	60,22	1636769	53,11
Total	1474650	100	1607216	100	3081866	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les aliments les plus consommés quotidiennement ou presque sont les fromages/laitages (83,3 % de la population enquêtée en consomme tous les jours ou presque), la viande (77,56 %), les fruits et légumes verts (respectivement 64,49 et 66,46 %).

La fréquence "Rarement ou jamais" est particulièrement citée pour la consommation de sodas et de boissons non allégées en sucre (53,11 % de la population enquêtée), de poissons/crustacés (15,22 %), de charcuterie (14,55 %).

Œufs, poissons et charcuterie sont des aliments consommés à une fréquence d'au moins une fois par semaine pour une grande partie de la population enquêtée (respectivement 67,9 %, 56,8 % et 50,71 % des personnes interrogées).

La consommation régulière ("Tous les jours ou presque" et "Au moins une fois par semaine") de poissons/crustacés, fruits et légumes concerne davantage les femmes que les hommes. A l'inverse, les hommes sont davantage concernés par la consommation régulière de viande, charcuterie et sodas/boissons non allégées en sucre.

Santé maternelle et périnatale

Contraception

Tableau 30 : Proportion de femmes utilisant ou non un moyen de contraception selon la classe d'âge (effectifs et pourcentages estimés)

	AGE			
	15-49 ans		50-54 ans	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Utilise un moyen de contraception	531007	53,42	17734	12,16
N'utilise pas de moyen de contraception	462951	46,58	128100	87,84
Total	993958	100	145834	100

P<0,0001

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Un peu plus de la moitié (53,42 %) de la population féminine en âge de procréer (15-49 ans) utilise un moyen de contraception. C'est également le cas de 12,16 % des femmes de 50-54 ans. La finalité est probablement différente et concerne vraisemblablement le traitement de la ménopause. Les questions posées ne permettant pas de déterminer le mode de contraception et les circonstances, il est difficile de commenter cet indicateur.

Tumeurs malignes

Prévention du cancer du col de l'utérus : le frottis gynécologique

Tableau 31 : Fréquence de réalisation d'un frottis gynécologique par classes d'âge (effectifs et pourcentages estimés)

	AGE					
	21-44 ans		45-70 ans		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Vous n'en avez jamais eu	70768	10,47	82955	13,19	153723	11,78
De moins d'un an	288203	42,62	168602	26,81	456805	35,01
De un à deux ans	191824	28,37	151866	24,15	343690	26,34
De trois à cinq ans	73023	10,80	86774	13,80	159797	12,25
De plus de cinq ans	49787	7,36	138623	22,04	188409	14,44
Ne sait pas	2534,8	0,37	-	-	2534,83	0,19
Total	676140	100,00	628820	100,00	1304960	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Globalement, 61,35 % de la population féminine de 21 à 70 ans a réalisé au moins un frottis gynécologique (vaginal ou cervico-utérin) au cours des 2 dernières années. A l'inverse, 11,78 % de cette même population n'en a jamais réalisé.

Il est intéressant d'affiner l'analyse par classe d'âge étant donné que les recommandations en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus varient en fonction de l'âge.

Un frottis étant recommandé tous les 2-3 ans pour les femmes de 20-44 ans, on peut donc considérer que 71 % de la population féminine de cette classe d'âge est suivie en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus (71 % ont réalisé un frottis à moins de 3 ans). 10,47 % de cette classe d'âge n'a jamais réalisé cet examen médical.

Les femmes de 45-70 ans connaissent un suivi moindre. En effet, les experts recommandent de pratiquer un frottis une fois par an après 45 ans. Or, seulement 26,7 % des femmes de 45-70 ans ont respecté ce délai (frottis à moins d'un an) ; pour près d'un quart (24,1 %) le dernier frottis remonte à 1 ou 2 ans. 1 femme sur 5 de cette même classe d'âge a réalisé un frottis dans un délai supérieur à 5 années et 13,19 % n'en n'ont jamais réalisé.

Prévention du cancer du sein : la mammographie

Tableau 32 : Fréquence de réalisation d'une mammographie par classe d'âge (effectifs et pourcentages estimés)

	AGE							
	40-49 ans		50-64 ans		65 ou plus		Total	
	Effectifs estimés	%						
Vous n'en avez jamais eu	102776	32,72	52098	15,28	132527	38,36	287401	28,72
De moins d'un an	80315	25,57	140854	41,31	55372	16,03	276541	27,64
De un à deux ans	70613	22,48	96153	28,2	63239	18,3	230005	22,99
De trois à cinq ans	30623	9,75	23796	6,98	31845	9,22	86265	8,62
De plus de cinq ans	29747	9,47	28028	8,22	62543	18,1	120318	12,03
Total	314074	100	340929	100	345526	100	1000530	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Une mammographie est recommandée (et remboursée) tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans. Près de 70 % des femmes de 50-64 ans et environ 50 % des femmes de 40-49 ans ont réalisé une mammographie dans un délai inférieur à 3 ans. Par contre, les femmes de 65 ans et plus ne sont que 34,33 % à avoir respecté ce délai.

Malgré les campagnes de dépistage gratuit mises en place depuis 1997 dans le département du Nord et depuis 2003 dans celui du Pas-de-Calais, plus d'1 femme sur 4 ayant plus de 40 ans (soit 28,72 %) n'a jamais réalisé de mammographie. Les données de l'enquête santé INSEE ne nous permettent pas de connaître les résultats par département. En effet, la récente et tardive mise en place du dépistage dans le Pas-de-Calais pourrait peut-être contribuer à expliquer ces chiffres.

Etant donné que les campagnes de dépistage ciblent les femmes de 50 à 74 ans, les tranches d'âges 50-64 et 65 et plus sont à prendre en considération. C'est au sein de la plus jeune des 2 tranches d'âge que les femmes n'ayant jamais réalisé de frottis sont proportionnellement moins nombreuses. La situation est inverse pour les 65 ans et plus : 38,36 % des femmes de cette classe d'âge n'ont jamais réalisé cet examen, soit près de la moitié (46,11 %) de la population féminine n'ayant jamais réalisé de frottis. Les femmes non concernées par la gratuité du dépistage sont d'ailleurs, en proportions, moins nombreuses à n'avoir jamais réalisé cet examen (32,72 % des 40-49 ans ; ce qui correspond à 35,76 % des femmes n'ayant jamais réalisé cet examen).

Etant donné que les données de l'enquête concernant la mammographie débutent avec l'âge de 40 ans, nous ne pouvons pas connaître la situation des femmes plus jeunes. Ceci est regrettable en raison du développement, ces dernières années, de cancers du sein dans la population jeune.

Tableau 33 : Répartition des classes d'âge pour chaque fréquence de réalisation d'une mammographie (effectifs et pourcentages estimés)

	AGE							
	40-49 ans		50-64 ans		65 ou plus		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Vous n'en avez jamais eu	102776	35,76	52098	18,13	132527	46,11	287401	100
De moins d'un an	80315	29,04	140854	50,93	55372	20,02	276541	100
De un à deux ans	70613	30,7	96153	41,8	63239	27,49	230005	100
De trois à cinq ans	30623	35,5	23796	27,59	31845	36,92	86265	100
De plus de cinq ans	29747	24,72	28028	23,29	62543	51,98	120318	100

P<0,0001

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 34 : Raisons du recours à la mammographie par classe d'âge (effectifs et pourcentages estimés)

	AGE							
	40-49 ans		50-64 ans		65 ou plus		Total	
	Effectifs estimés	%						
Parce que vous avez reçu un courrier de la sécurité sociale dans le cadre d'un programme de dépistage	6803	3,22	58554	20,27	57412	27,09	122769	17,24
Parce qu'en dehors de tout signe, symptôme ou maladie concernant vos seins, le médecin a pensé qu'il était souhaitable ou nécessaire de le faire	143408	67,87	165440	57,28	99640	47,02	408488	57,37
Parce que vous aviez des signes, symptômes ou une maladie concernant vos seins	23680	11,21	30862	10,69	18883	8,91	73425	10,31
A votre demande	37407	17,7	33975	11,76	35977	16,98	107359	15,08
Total	211299	100	288831	100	211912	100	712042	100

P<0,0001

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Quel que soit l'âge, ce sont davantage les médecins qui amènent les femmes à réaliser une mammographie (dans plus de la moitié des cas) que les campagnes de dépistage (*via* un courrier de la sécurité sociale). En effet, 57,37 % des femmes ont réalisé une mammographie suite à une recommandation de leur médecin alors que seulement 17,24 % l'ont faite suite au programme de dépistage, 15,08 % à leur demande et 10,31 % suite à des symptômes/signes.

La réalisation d'une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage concerne essentiellement les deux tranches d'âge les plus élevées puisque le dépistage gratuit est destiné aux femmes de 50 à 74 ans.

Ainsi, 1/5 des femmes de 50-64 ans et plus d'1/4 des femmes de 65 ans ou plus ayant réalisé une mammographie l'ont faite dans le cadre d'une campagne de dépistage (il s'agit de leur dernière mammographie).

Prévention du cancer colorectal : le test Hémocult®

Tableau 35 : Proportion de personnes de 50 ans et plus ayant réalisé ou non un test Hémocult® par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Vous n'en avez jamais eu	359960	65,82	492936	71,78	852897	69,14
De moins d'un an	25213	4,61	26180	3,81	51393	4,17
De un à deux ans	30260	5,53	25587	3,73	55847	4,53
De trois à cinq ans	42561	7,78	32984	4,8	75544	6,12
De plus de cinq ans	88852	16,25	108998	15,87	197850	16,04
Total	546846	100	686685	100	1233531	100

P=0,1563

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Un test Hémocult® semble recommandé 1 fois tous les 2 ans pour les hommes et les femmes de 50 à 70 ans.

Or, seulement près d'1/3 de la population de 50 ans et plus a déjà réalisé un test Hémocult® au cours de sa vie. 8 % (des 50 ans et plus) a réalisé ce test dans un délai de moins de 3 ans.

Parmi les personnes ayant déclaré n'avoir jamais réalisé le test Hémocult®, les femmes (57,80 %) semblent plus nombreuses que les hommes (42,20 %).

Tableau 36 : Raisons du recours au test Hémocult® par sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Dans le cadre d'un programme de dépistage systématique	99221	53,09	105865	54,88	205086	54
Parce qu'en dehors de tout signe, symptôme ou maladie digestive, le médecin a pensé qu'il était souhaitable ou nécessaire de le faire	50364	26,95	46599	24,16	96963	25,53
Parce que vous aviez des signes, symptômes ou une maladie digestive	24562	13,14	25213	13,07	49775	13,11
A votre demande	12738	6,82	15224	7,89	27962	7,36
Total	186886	100	192901	100	379786	100

P=0,8936

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Plus de la moitié (54 %) des personnes ayant réalisé un test Hémocult® l'a fait dans le cadre d'un programme de dépistage et un quart (25,53 %) à la demande de son médecin.

Maladies des organes des sens

Troubles de la vision des personnes de 18 ans et plus

Tableau 37 : Troubles de la vision rencontrés par les personnes de 18 ans et plus selon le sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Vision de près et de loin correcte avec ou sans correction	1353964	92,18	1471590	91,72	2825555	91,94
Vision de près et de loin incorrecte malgré correction ou du fait d'une non prise en charge	20263	1,38	35696	2,22	55959	1,82
Un des modes de vision (près ou loin) difficile après correction ou sans prise en charge	94670	6,45	97151	6,06	191821	6,24
Total	1468897	100	1604437	100	3073334	100

$P=0,2595$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Plus de 90 % de la population de 18 ans et plus voit bien (de près et de loin), avec ou sans correction. 8 % de la population a des problèmes de vue : 6,24 % des personnes connaissent des difficultés sur l'un des 2 modes de vision (près ou loin) et 1,82 % ne voit bien ni de près ni de loin. L'enquête ne nous permet pas de connaître les raisons de ces difficultés persistantes : problème de vision non corrigible ? sans prise en charge possible (cécité) ? non prise en charge pour des raisons personnelles (financières par exemple) ?

Tableau 38 : Proportion d'hommes et de femmes par trouble de la vision (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Vision de près et de loin correcte avec ou sans correction	1353964	47,92	1471590	52,08	2825555	100
Vision de près et de loin incorrecte malgré correction ou du fait d'une non prise en charge	20263	36,21	35696	63,79	55959	100
Un des modes de vision (près ou loin) difficile après correction ou sans prise en charge	94670	49,35	97151	50,65	191821	100
Total	1468897	47,79	1604437	52,21	3073334	100

$P=0,2595$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les femmes étant en proportions plus nombreuses que les hommes dans cette enquête, on ne peut affirmer qu'elles ont davantage une vision correcte que les hommes (52,08 % *versus* 47,92 %). Par contre, elles semblent plus nombreuses à faire face à des difficultés de vision malgré une correction ou faute de prise en charge (63,79 % *versus* 36,21 %).

Troubles de l'audition des personnes de 18 ans et plus

Tableau 39 : Troubles de l'audition des personnes de 18 ans et plus selon le sexe (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Homme	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Entend une conversation sans appareillage	1278038	87,01	1460086	91,00	2738123	91,72
Entend sans difficulté avec un appareillage	14286	0,97	26073	1,63	40358	1,31
Entend toujours avec difficulté malgré l'appareillage	8738,8	0,59	11275	0,70	20014	0,65
Entend avec difficulté ou pas du tout faute d'appareillage	167835	11,43	107004	6,67	274839	8,94
Total	1468897	100	1604437	100	3073334	100

P=0,0002

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais

10,9 % de la population de 18 ans et plus ont des troubles de l'audition. Parmi ceux-ci, 12 % ont un appareillage leur permettant d'entendre sans difficulté ; ce qui représente 1,31 % de la population de 18 ans et plus. Il subsiste donc une partie de la population adulte avec des problèmes d'audition : 0,65 % des personnes entendent toujours avec difficulté malgré l'appareillage et 8,94 % ont des problèmes d'audition faute d'appareillage.

Tableau 40 : Proportion d'hommes et de femmes par trouble de l'audition (effectifs et pourcentages estimés)

	Homme		Femme		Total	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Entend une conversation sans appareillage	1278038	46,68	1460086	53,32	2738123	100
Entend sans difficulté avec un appareillage	14286	35,40	26073	64,60	40358	100
Entend toujours avec difficulté malgré l'appareillage	8738,8	43,66	11275	56,34	20014	100
Entend avec difficulté ou pas du tout faute d'appareillage	167835	61,07	107004	38,93	274839	100
Total	1468897	47,79	1604437	52,21	3073334	100

P=0,0002

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Malgré la légère sur-représentation des femmes dans l'échantillon, ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à entendre sans difficulté avec appareillage (64,60 % *versus* 35,40 %) et à entendre toujours avec difficulté malgré l'appareillage (56,34 % *versus* 43,66 %).

Les déterminants sociaux de santé

Les études épidémiologiques ont laissé entrevoir l'existence d'une différenciation sociale des problèmes de santé en s'appuyant sur une catégorisation à partir d'indicateurs tels que le niveau d'étude, le revenu, la vie en couple, la catégorie socio-professionnelle (CSP), le chômage, etc.

Les inégalités sociales, dans la fréquence des problèmes de santé, s'observent pour des pathologies variées ; elles sont établies par de nombreux indicateurs qu'il s'agisse de problèmes généraux (exemple de la mortalité) ou de descripteurs de pathologies spécifiques. La recherche des causes de ces inégalités de santé persistantes ou aggravées, amène à adopter d'autres approches. Alors que les constats d'inégalités sociales de santé sont massifs et bien documentés et malgré des incitations récentes, la France reste peu présente dans ce courant de recherche international. Pourtant, les données issues de la recherche peuvent permettre d'orienter les politiques publiques visant à diminuer les inégalités sociales de santé. Comme le signalent M. Goldberg et ses collaborateurs¹, l'approche pour les épidémiologistes consiste d'abord à expliquer la différenciation sociale des maladies par la distribution, au sein des populations, de facteurs de risque établis. Cette approche s'étant cependant révélée largement infructueuse, deux voies principales ont été activement explorées :

- l'identification de "nouveaux" facteurs de risque d'origine sociale ;
- la recherche de mécanismes à l'origine des différences sociales de santé.

Nous ne rechercherons dans l'enquête INSEE 2002-2003, que des indicateurs portant sur les déterminants sociaux les plus en lien avec les inégalités sociales de santé, comme par exemple les conditions et trajectoires de vie telles que les conditions matérielles, qui sont à notre avis celles qui influencent le plus souvent d'autres déterminants tels que :

- les événements de vie, santé, éducation, carrière professionnelle...
- le statut social, les revenus et le patrimoine, le capital social, l'environnement économique ;
- le statut de l'emploi, l'organisation du travail et les conditions de travail, les expositions professionnelles, les collectifs de travail ;
- l'insertion sociale, les réseaux sociaux et le soutien social, la cohésion sociale, l'environnement familial ;
- les milieux de vie (voisinage, quartier, etc.) ;
- les formes pratiques (modalités associatives) et les élaborations théoriques (croyances, convictions) qui organisent les collectivités ;
- les stratégies vis-à-vis des solidarités et des différentes modalités de redistribution sanitaire et sociale, etc.

Diverses approches méthodologiques peuvent être envisagées :

- interaction des déterminants sociaux avec le rôle de facteurs de risque établis vis-à-vis de diverses pathologies et états de santé ;
- prise en compte des interrelations entre différents types de déterminants de l'état de santé, analysées à l'échelle individuelle ou au niveau collectif, etc.

Il est nécessaire de prendre en compte les mécanismes qui conduisent à l'expression d'états de santé comme par exemple la susceptibilité, la honte, le stress, l'arrêt du travail pour problème de santé, l'absence de domicile personnel... car les modes de vie et les conditions de vie et de travail ont une influence considérable sur la santé et la longévité. Les conditions socio-économiques qui, selon les cas, favorisent la santé ou engendrent des maladies sont bien plus importantes sur le plan de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. De mauvaises conditions nuisent à la santé. Un environnement physique ou un comportement malsain ont des effets nocifs directs, mais les tracas et l'insécurité de la vie quotidienne ainsi que l'absence de soutien extérieur, ont également une influence.

La recherche et l'examen des différents facteurs permettront d'énoncer des messages essentiels à l'action en faveur d'une amélioration de la santé de la population.

¹ M. Goldberg *et al.* Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Rev Epidemiologie Santé Publique*, Masson, Paris, 2003, 51 : p381-401.

Précarité et inégalités

Pour tenter de caractériser les populations précaires nous nous sommes appuyés principalement sur 2 indicateurs :

- la part des personnes vivant dans un ménage dont le niveau de vie des 12 derniers mois est inférieur au seuil de pauvreté ;
- la part de la population couverte par la CMU (Couverture Maladie Universelle) de base ainsi que par la CMU complémentaire. L'estimation du nombre de personnes ne pouvant bénéficier de la CMU en raison de revenus légèrement supérieurs au seuil ouvrant droit à la CMU nous est apparu difficile à déterminer dans la mesure où nous ne disposons que du montant global du revenu du ménage des 12 derniers mois dont la précision peut poser problème.

D'autres indicateurs tels que l'allocation chômage, le RMI auraient pu permettre de compléter la notion de précarité. Toutefois, ces informations qualitatives n'ont été recueillies qu'au niveau du ménage, permettant uniquement de savoir si ces prestations constituaient ou non des ressources pour le ménage au cours des 12 derniers mois sans en connaître les bénéficiaires ni le montant exact.

Approche du seuil de pauvreté

DEFINITIONS

Nous avons fixé le seuil de pauvreté à 50 %¹ du niveau de vie médian des ménages. Le niveau de vie médian partage la population en 2 parts égales.

Le niveau de vie (qui a été directement calculé par l'INSEE) correspond au revenu total annuel du ménage rapporté au nombre d'unités de consommation du ménage. Chaque unité de consommation n'a pas le même poids dans le ménage. Ainsi, le premier adulte compte pour 1, les adultes suivants pour 0,5 et les enfants de 14 ans ou moins pour 0,3. Le revenu médian a été ici calculé uniquement sur la base des revenus des ménages du Nord - Pas-de-Calais et s'élève à 11 409,73 Euros annuels par unité de consommation ; ce qui fixe le seuil de pauvreté à un niveau de vie inférieur à 5 705 Euros pour la région (par an).

Dans le Nord - Pas-de-calais, on estime que 11,44 % des personnes vivent dans des ménages dont le niveau de vie se situe en dessous du seuil de pauvreté. Cette proportion varie peu entre hommes et femmes (10,98 et 11,87 % respectivement). Par contre au sein des ménages dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté les femmes semblent proportionnellement plus nombreuses (53,36 %) Toutefois, l'intervalle de confiance recouvre légèrement celui des hommes ; ce qui ne permet pas de considérer cette différence comme statistiquement significative. Le groupe d'âge des 15-19 ans est, par rapport à la région, celui dont les individus sont proportionnellement les plus nombreux à vivre sous le seuil de pauvreté (23,14 %). Concernant les autres groupes d'âges où les proportions dépassent le niveau régional, leurs intervalles de confiances recouvrent celui calculé pour la moyenne régionale ; ce qui ne permet pas de confirmer statistiquement leur différence par rapport au niveau régional. Chez les personnes âgées de 55-59 ans, 65-69 ans, 70-74 ans, la part des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est inférieur au niveau régional et se situe en moyenne autour de 4 à 6 % selon le groupe d'âge.

Tableau 41 : Répartition (selon le sexe) des personnes vivant dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté

		Homme	Femme	Ensemble
Supérieur ou égal au seuil de pauvreté	Effectifs	1 799 843	1 884 199	3 684 042
	% en ligne	48,86	51,14	100
	% en colonne	89,02	88,13	88,56
Inférieur au seuil de pauvreté	Effectifs	221 925	253 874	475 799
	% en ligne	46,64	53,36	100
	% en colonne	10,98	11,87	11,44
Total		2 021 768	2 138 073	4 159 841

P=0,4051

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

¹ Cette fraction (50 %) est celle qui est généralement utilisée dans les études statistiques en France.

Tableau 42 : Répartition (selon l'âge) des personnes vivant dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté

		Supérieur ou égal au seuil de pauvreté	Inférieur au seuil de pauvreté	Ensemble
0-4 ans	Effectifs	243 485	25 858	269 342
	% en ligne	90,4	9,6	100
	% en colonne	6,61	5,43	-
5-9 ans	Effectifs	217 664	39 086	256 750
	% en ligne	84,78	15,22	100
	% en colonne	5,91	8,21	-
10-14 ans	Effectifs	262 086	57 317	319 403
	% en ligne	82,06	17,94	100
	% en colonne	7,11	12,05	-
15-19 ans	Effectifs	249 519	75 108	324 627
	% en ligne	76,86	23,14	100
	% en colonne	6,77	15,79	-
20-24 ans	Effectifs	236 090	48 661	284 751
	% en ligne	82,91	17,09	100
	% en colonne	6,41	10,23	-
25-29 ans	Effectifs	239 669	18 669	258 338
	% en ligne	92,77	7,23	100
	% en colonne	6,51	3,92	-
30-34 ans	Effectifs	258 996	30 957	289 953
	% en ligne	89,32	10,68	100
	% en colonne	7,03	6,51	-
35-39 ans	Effectifs	250 308	25 917	276 224
	% en ligne	90,62	9,38	100
	% en colonne	6,79	5,45	-
40-44 ans	Effectifs	282 267	42 577	324 844
	% en ligne	86,89	13,11	100
	% en colonne	7,66	8,95	-
45-49 ans	Effectifs	269 439	28 364	297 804
	% en ligne	90,48	9,52	100
	% en colonne	7,31	5,96	-
50-54 ans	Effectifs	246 931	33 769	280 699
	% en ligne	87,97	12,03	100
	% en colonne	6,7	7,1	-
55-59 ans	Effectifs	196 713	8 975	205 688
	% en ligne	95,64	4,36	100
	% en colonne	5,34	1,89	-
60-64 ans	Effectifs	166 554	10 194	176 748
	% en ligne	94,23	5,77	100
	% en colonne	4,52	2,14	-
65-69 ans	Effectifs	189 059	9 631	198 690
	% en ligne	95,15	4,85	100
	% en colonne	5,13	2,02	-
70-74 ans	Effectifs	145 539	6 494	152 034
	% en ligne	95,73	4,27	100
	% en colonne	3,95	1,36	-
75 ans ou plus	Effectifs	229 723	14 222	243 945
	% en ligne	94,17	5,83	100
	% en colonne	6,24	2,99	-
Total	Effectifs	3 684 042	475 799	4 159 841
	% en ligne	88,56	11,44	-

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La Couverture Maladie Universelle

Au cours de cette enquête, on a demandé aux personnes bénéficiant directement ou pas d'une couverture de sécurité sociale en cas de maladie, d'hospitalisation ou de soins quelle était la nature de ce régime. On leur a également demandé si elles bénéficiaient d'une couverture complémentaire. Cependant, il semble que la différence entre la CMU de base et la CMU complémentaire ait été mal comprise au cours de l'enquête Santé ; contribuant ainsi à sous-estimer le nombre de bénéficiaires de la CMU de base (4 % plutôt que 9 % au niveau national)¹.

CMU DE BASE

Ont été regroupés dans une même rubrique intitulée "autres régimes particuliers", le régime étudiant, le régime d'EDF-GDF, les autres régimes particuliers (SNCF, Mines, RATP, Militaires) ainsi que les personnes assurées dans un pays étranger.

Que ce soit en tant qu'assuré ou en tant qu'ayant droit, on estime à 6,3 % la proportion de personnes du Nord - Pas-de-Calais couvertes par la CMU de base ; toutefois ce chiffre est sans doute sous-estimé. Il semblerait que les personnes couvertes par la CMU de base soient plus fréquemment des femmes (55,47 % *versus* 44,53 % d'hommes). Cependant, cette différence ne semble pas statistiquement significative ($p=0,1757$). Il semblerait que le nombre de bénéficiaires de la CMU de base diminue progressivement avec l'âge. En effet 22,4 % des bénéficiaires de la CMU auraient entre 0 et 9 ans. Ils ne seraient plus que 7 % âgés de 50-59 ans.

Tableau 43 : Répartition selon le sexe des bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale (effectifs et pourcentages estimés)

		Homme	Femme	Ensemble
CMU de base	Effectifs	115802	144280	260082
	% du total	2,81	3,5	6,31
	% en ligne	44,53	55,47	100
	% en colonne	5,77	6,82	-
Régime général et fonctionnaires	Effectifs	1613919	1708211	3322130
	% du total	39,16	41,45	80,6
	% en ligne	48,58	51,42	100
	% en colonne	80,43	80,77	-
Régime agricole	Effectifs	59804	38850	98655
	% du total	1,45	0,94	2,39
	% en ligne	60,62	39,38	100
	% en colonne	2,98	1,84	-
Assurance maladie des professions indépendantes	Effectifs	71963	72068	144031
	% du total	1,75	1,75	3,49
	% en ligne	49,96	50,04	100
	% en colonne	3,59	3,41	-
Autres régimes particuliers	Effectifs	145179	151429	296608
	% du total	3,52	3,67	7,2
	% en ligne	48,95	51,05	100
	% en colonne	7,23	7,16	-
Total	Effectifs	2006668	2114838	4121506
	% du total	48,69	51,31	100

$P=0,1757$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

¹ Compte rendu de la troisième réunion du comité de pilotage de l'enquête Santé INSEE du 28 septembre 2004.

Tableau 44 : Répartition des différents régimes de sécurité sociale selon l'âge des bénéficiaires (effectifs et pourcentages estimés)

		CMU de base	Autres régimes	Ensemble
0-9 ans	Effectifs	58161	460468	518628
	% du total	1,41	11,17	12,58
	% en ligne	11,21	88,79	100
	% en colonne	22,36	11,92	-
10-19 ans	Effectifs	56992	573218	630210
	% du total	1,38	13,91	15,29
	% en ligne	9,04	90,96	100
	% en colonne	21,91	14,84	-
20-29 ans	Effectifs	46377	495146	541523
	% du total	1,13	12,01	13,14
	% en ligne	8,56	91,44	100
	% en colonne	17,83	12,82	-
30-39 ans	Effectifs	41404	523425	564829
	% du total	1	12,7	13,7
	% en ligne	7,33	92,67	100
	% en colonne	15,92	13,56	-
40-49 ans	Effectifs	32758	586956	619715
	% du total	0,79	14,24	15,04
	% en ligne	5,29	94,71	100
	% en colonne	12,6	15,2	-
50-59 ans	Effectifs	18373	466809	485182
	% du total	0,45	11,33	11,77
	% en ligne	3,79	96,21	100
	% en colonne	7,06	12,09	-
60-69 ans	Effectifs	3275	368970	372245
	% du total	0,08	8,95	9,03
	% en ligne	0,88	99,12	100
	% en colonne	1,26	9,56	-
70-79 ans	Effectifs	1312	275974	277286
	% du total	0,03	6,7	6,73
	% en ligne	0,47	99,53	100
	% en colonne	0,5	7,15	-
80 ans ou plus	Effectifs	1431	110456	111887
	% du total	0,03	2,68	2,71
	% en ligne	1,28	98,72	100
	% en colonne	0,55	2,86	-
Total	Effectifs	260082	3861424	4121506
	% du total	6,31	93,69	100

P<0,0001

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CMU COMPLEMENTAIRE

4,8 % des habitants du Nord – Pas-de-Calais bénéficieraient de la CMU complémentaire. Il s'agirait majoritairement de femmes (58,3 %). Il reste que 8,9 % des individus ne bénéficieraient d'aucune couverture maladie complémentaire dont 55,7 % d'hommes.

Comme dans le cas de la CMU de base, le nombre de personnes bénéficiant de la CMU complémentaire diminuerait avec l'âge ; passant ainsi de 24,6 % de 0 à 9 ans à 4,7 % de 50 à 59 ans. Parmi les personnes ne bénéficiant d'aucune couverture complémentaire, les 20-29 ans (19,8 %) sembleraient particulièrement concernés.

Tableau 45 : Répartition (selon le sexe) des personnes bénéficiant ou non d'une assurance complémentaire (effectifs et pourcentages estimés)

		Homme	Femme	Ensemble
Bénéficiaire de la CMU en complémentaire	Effectifs	83653	116794	200447
	% du total	2,02	2,82	4,85
	% en ligne	41,73	58,27	100
	% en colonne	4,15	5,51	-
Adhérent à une mutuelle, une institution de prévoyance ou souscripteur d'une assurance privée	Effectifs	1545741	1500197	3045938
	% du total	37,38	36,28	73,66
	% en ligne	50,75	49,25	100
	% en colonne	76,72	70,75	-
Ayant droit ou bénéficiaire de celui qui a adhéré à la mutuelle à l'institution de prévoyance ou qui a souscrit à l'assurance privée ou qui bénéficie de la CMU	Effectifs	180739	340841	521580
	% du total	4,37	8,24	12,61
	% en ligne	34,65	65,35	100
	% en colonne	8,97	16,07	-
Pas de couverture maladie complémentaire	Effectifs	204617	162570	367187
	% du total	4,95	3,93	8,88
	% en ligne	55,73	44,27	100
	% en colonne	10,16	7,67	-
Total	Effectifs	2014750	2120403	4135152
	% du total	48,72	51,28	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 46 : Répartition (selon le sexe) des personnes bénéficiant ou non d'une assurance complémentaire (effectifs et pourcentages estimés)

		0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans ou plus	Ensemble
Bénéficiaire de la CMU en complémentaire	Effectifs	49210	38989	33178	38383	26983	9419	2974	1312	200447
	% du total	1,19	0,94	0,8	0,93	0,65	0,23	0,07	0,03	4,85
	% en ligne	24,55	19,45	16,55	19,15	13,46	4,7	1,48	0,65	100
	% en colonne	9,43	6,16	6,11	6,8	4,33	1,94	0,79	0,34	-
Adhérent à une mutuelle, une institution de prévoyance ou souscripteur d'une assurance privée	Effectifs	407139	465923	324000	402305	455718	376045	310314	304494	3045938
	% du total	9,85	11,27	7,84	9,73	11,02	9,09	7,5	7,36	73,66
	% en ligne	13,37	15,3	10,64	13,21	14,96	12,35	10,19	10	100
	% en colonne	77,99	73,63	59,66	71,23	73,19	77,51	82,65	78,24	-
Ayant droit ou bénéficiaire de celui qui a adhéré à la mutuelle, à l'institution de prévoyance ou qui a souscrit à l'assurance privée ou qui bénéficie de la CMU	Effectifs	35110	80087	113301	87812	96693	50663	28694	29220	521580
	% du total	0,85	1,94	2,74	2,12	2,34	1,23	0,69	0,71	12,61
	% en ligne	6,73	15,35	21,72	16,84	18,54	9,71	5,5	5,6	100
	% en colonne	6,73	12,66	20,86	15,55	15,53	10,44	7,64	7,51	-
Pas de couverture maladie complémentaire	Effectifs	30563	47772	72610	36330	43255	49055	33457	54147	367187
	% du total	0,74	1,16	1,76	0,88	1,05	1,19	0,81	1,31	8,88
	% en ligne	8,32	13,01	19,77	9,89	11,78	13,36	9,11	14,75	100
	% en colonne	5,85	7,55	13,37	6,43	6,95	10,11	8,91	13,91	-
Total	Effectifs	522021	632771	543089	564829	622648	485182	375438	389173	4135152
	% du total	12,62	15,3	13,13	13,66	15,06	11,73	9,08	9,41	100

$P < 0,0001$

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La limitation de la mobilité pour raisons de santé

En termes de morbidité, la situation sociale est associée à l'état de santé déclaré, au risque d'invalidité, etc. C'est pourquoi, il convient de prendre en compte le problème lié à la réduction d'activités induites par des limitations fonctionnelles (objectif 35). Dans l'enquête INSEE 2002-2003, les restrictions liées au risque d'invalidité posent le problème de la construction d'indicateurs (ou indices) applicables à des individus ou à des groupes d'individus. La structuration des questions posées à la population d'enquête nous amène à rechercher des indices déjà construits et/ou validés, permettant une meilleure caractérisation des sous-populations concernées par ces indicateurs. Malheureusement, n'ayant pas trouvé, dans le cadre de notre démarche, d'indice satisfaisant comme nous l'espérions dans l'exemple de l'indicateur de KATZ, nous avons décidé de présenter dans ce document, un certain nombre de fréquences et/ou moyennes (méthode des scores) concernant les libellés utilisés.

Tous les items relatifs à la limitation de la mobilité des personnes pour raison de santé font partie des questions du SF36 présent dans les auto-questionnaires destinés aux 15-17 ans et aux 18 ans ou plus. Ces questions doivent être intégrées dans un algorithme permettant de calculer le score de plusieurs échelles¹.

Exemple d'indicateur à construire : l'indicateur ADL (Activities of Daily Living) ou Indicateur de Katz

"L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de 6 activités de la vie quotidienne :

- 1- Faire sa toilette
 - 2- S'habiller
 - 3- Aller aux toilettes et les utiliser
 - 4- Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège
 - 5- Contrôler ses selles et ses urines
 - 6- Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).
- Il présente 8 items, les 7 premiers étant de gravité croissante.

D'autres modèles pouvant servir de base de réflexion pour la construction d'un indice sont reproduits en annexes.

Tableau 47 : Tableau de l'indicateur de Katz

	Effectifs	%
Personnes n'ayant pas répondu à l'interview	325	
A Indépendant pour les 6 activités	14 631	96,9
B Dépendant pour une seule des 6 activités	980	1,9
C Dépendant pour 2 activités, dont la première	376	0,5
D Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	175	0,2
E Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	137	0,2
F Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	121	0,1
G Dépendant pour 6 activités	86	0,1
H Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	114	0,1
Ensemble	16 945	100,0

¹ Il est nécessaire de le rappeler ici, Monsieur Leplege, à l'origine de l'adaptation française de cet outil, devrait, selon la convention entre l'INSEE et l'ORS de Picardie, fournir à l'INSEE les scores calculés du SF36. Dans l'attente de ces résultats, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a créé, sous SAS, son propre programme de calcul de scores, à partir des informations fournies par M. Leplege dans une de ses publications dont nous présentons quelques résultats dans ce document.

La douleur

Concernant la douleur (objectif n°32), notre démarche a été identique à celle pour la limitation fonctionnelle.

Tableau 48 : Exemple de sortie-type de score calculé à partir du SF36

Score France	Age	Effectif de l'échantillon	Valeur manquante	Moyenne des scores	25%	50%	75%	Ecart-type	Maximum	Minimum	Mode
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	15-17 ans	1427	36	82.6531	72	84	100	19.2216	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	18-24 ans	2727	46	81.8078	72	84	100	20.6672	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	25-34 ans	4047	85	79.1945	62	84	100	22.4423	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	35-44 ans	4948	97	76.2852	61	84	100	23.3966	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	45-54 ans	4631	151	71.7620	51	74	100	25.1750	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	55-64 ans	3244	135	67.0305	51	72	84	25.1581	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	65-74 ans	2564	172	61.6903	41	62	84	25.1158	100	0	41
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	75 ans ou plus	1559	180	53.6665	41	51	74	25.7136	100	0	41
Score Nord - Pas-de-Calais	Age	Effectif de l'échantillon	Valeur manquante	Moyenne des scores	25%	50%	75%	Ecart-type	Maximum	Minimum	Mode
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	15-17 ans	157	7	82.5860	72	84.0	100	18.5286	100	32	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	18-24 ans	314	7	82.1083	72	84.0	100	21.4488	100	12	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	25-34 ans	424	10	79.6344	62	84.0	100	22.7434	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	35-44 ans	484	11	74.3657	52	84.0	100	24.2621	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	45-54 ans	462	21	66.5779	51	72.0	84	26.5709	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	55-64 ans	309	15	63.3107	41	62.0	84	25.7291	100	0	100
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	65-74 ans	272	16	55.1360	41	51.0	74	26.4346	100	0	41
BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	75 ans ou plus	120	19	52.1917	41	47.5	68	27.0758	100	0	41

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La santé psychique

Concernant la santé psychique, notre démarche a été identique à celle utilisée pour la limitation fonctionnelle et la douleur (voir Annexe, l'indicateur EPHA qui croise dépendance psychique et indicateur de COLVEZ).

Les exemples de sortie ci dessous, sont des sorties-tests réalisées à partir des données INSEE mais non encore validées.

L'interprétation des résultats peut se faire en considérant que plus la moyenne est basse et moins bonne est la situation.

Tableau 49 : Exemple de sortie-type de score calculé à partir du SF36

Score France	Age	Effectif de l'échantillon	Valeur manquante	Moyenne	25%	50%	75%	Ecart-type	Maximum	Minimum	Mode
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	15-17 ans	1431	32	83.5313	66.667	100	100	29.7320	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	18-24 ans	2741	32	83.4975	66.667	100	100	30.0526	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	25-34 ans	4063	69	85.5936	100.000	100	100	28.9837	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	35-44 ans	4932	113	85.6988	100.000	100	100	29.3855	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	45-54 ans	4616	166	83.5500	100.000	100	100	31.7986	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	55-64 ans	3159	220	80.1731	66.667	100	100	34.7157	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	65-74 ans	2382	354	72.1662	33.333	100	100	39.6927	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	75 ans ou plus	1404	335	61.5859	0.000	100	100	43.7364	100	0	100
Score Nord - Pas-de-Calais	Age	Effectif de l'échantillon	Valeur manquante	Moyenne	25%	50%	75%	Ecart-type	Maximum	Minimum	Mode
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	15-17 ans	158	6	84.1772	66.667	100	100	30.2617	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	18-24 ans	317	4	82.7550	66.667	100	100	31.3298	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	25-34 ans	426	8	86.6197	100.000	100	100	28.3931	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	35-44 ans	485	10	83.0928	66.667	100	100	31.6817	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	45-54 ans	466	17	78.4692	66.667	100	100	35.6733	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	55-64 ans	301	23	77.5194	66.667	100	100	36.8225	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	65-74 ans	254	34	64.3045	33.333	100	100	42.8827	100	0	100
RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	75 ans ou plus	105	34	57.7778	0.000	100	100	45.5889	100	0	100
Score France	Age	Effectif de l'échantillon	Valeur manquante	Moyenne	25%	50%	75%	Ecart-type	Maximum	Minimum	Mode
MH-Mental Health (Santé psychique)	15-17 ans	1433	30	71.0000	60	72	80	16.4130	100	8	80
MH-Mental Health (Santé psychique)	18-24 ans	2727	46	68.5182	60	72	80	17.2196	100	4	80
MH-Mental Health (Santé psychique)	25-34 ans	4057	75	67.8780	56	72	80	16.8896	100	0	76
MH-Mental Health (Santé psychique)	35-44 ans	4906	139	66.4923	56	68	80	17.2692	100	0	72
MH-Mental Health (Santé psychique)	45-54 ans	4549	233	65.6393	56	68	80	18.2721	100	0	72
MH-Mental Health (Santé psychique)	55-64 ans	3150	229	66.3863	56	68	80	18.0699	100	0	72
MH-Mental Health (Santé psychique)	65-74 ans	2386	350	65.5402	52	68	80	18.5333	100	0	60
MH-Mental Health (Santé psychique)	75 ans ou plus	1367	372	61.3424	48	64	76	20.1627	100	0	72
Score Nord - Pas-de-Calais	Age	Effectif de l'échantillon	Valeur manquante	Moyenne	25%	50%	75%	Ecart-type	Maximum	Minimum	Mode
MH-Mental Health (Santé psychique)	15-17 ans	161	3	68.9627	60	72	80	16.6500	100	20	68
MH-Mental Health (Santé psychique)	18-24 ans	314	7	67.2994	56	68	80	16.5919	100	20	72
MH-Mental Health (Santé psychique)	25-34 ans	424	10	68.1509	60	68	80	16.0104	100	16	76
MH-Mental Health (Santé psychique)	35-44 ans	482	13	64.9336	52	68	80	17.7418	100	5	64
MH-Mental Health (Santé psychique)	45-54 ans	453	30	61.6887	52	64	76	18.7925	100	8	60
MH-Mental Health (Santé psychique)	55-64 ans	303	21	63.7129	52	64	76	18.1175	100	0	80
MH-Mental Health (Santé psychique)	65-74 ans	258	30	60.6977	48	60	76	18.9579	100	4	60
MH-Mental Health (Santé psychique)	75 ans ou plus	101	38	58.0594	44	60	72	23.6634	100	0	88

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau 50 : Exemple de comparaison de la qualité de vie par le SF-36 France versus Nord - Pas-de-Calais (données provisoires)

Scores résumés	Dimensions	Zone géographique	N	Moyenne des scores	Écart-type	Min	Max
SCORE RESUME PHYSIQUE	PF-Physical Functioning (Activité physique)	France	25 139	84,60	23,38	0	100
		Nord - pas-de-Calais	2 556	82,12	25,53	0	100
	RP-Role Physical (Limitations dues à l'état physique)	France	24 990	81,64	32,66	0	100
		Nord - pas-de-Calais	2 547	80,37	33,79	0	100
	BP-Body Pain (Douleurs Physiques)	France	25 147	72,80	24,95	0	100
		Nord - pas-de-Calais	2 542	70,85	26,18	0	100
GH-General Health (Santé perçue)	France	24 038	68,22	19,04	0	100	
	Nord - pas-de-Calais	2 432	66,85	19,84	0	100	
SCORE RESUME PSYCHIQUE	VT-Vitality (Vitalité)	France	24 605	57,43	18,23	0	100
		Nord - pas-de-Calais	2 502	56,43	18,80	0	100
	SF-Social Functioning (Vie et relations avec les autres)	France	24 885	80,58	21,61	0	100
		Nord - pas-de-Calais	2 520	79,16	22,09	0	100
	RE-Role Emotional (Limitations dues à l'état psychique)	France	24 728	81,53	33,21	0	100
		Nord - pas-de-Calais	2 512	79,23	35,17	0	100
	MH-Mental Health (Santé psychique)	France	24 575	66,66	17,84	0	100
		Nord - pas-de-Calais	2 496	64,58	18,14	0	100
SCORES RESUMES PHYSIQUES		France	22 573	50,74	8,71	12,53	75,39
		Nord - pas-de-Calais	2 274	50,12	9,33	15,80	69,34
SCORES RESUMES PSYCHIQUES		France	22 573	47,25	9,72	2,25	73,04
		Nord - pas-de-Calais	2 274	46,49	9,82	11,45	68,68

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Interprétation : plus le score moyen est bas et moins la situation est bonne.

Indicateurs de santé de la loi de santé publique au regard de l'enquête INSEE

La loi d'orientation de santé publique votée le 9 Août 2004, décrit dans ses annexes des objectifs quantifiés et les plans stratégiques qui constitueront la politique de santé publique de la période 2004-2008, ainsi qu'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instruments de pilotage.

Les grands thèmes de santé concernés (pour lesquels les objectifs sont quantifiables ou nécessitent la production d'informations épidémiologiques ou l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes), au nombre de 26 recouvrent, à ce jour, 143 indicateurs retenus pour servir à la mesure de l'atteinte des objectifs fixés. La liste des thèmes retenus est la suivante :

- Alcool – 4 indicateurs
- Tabac - 5 indicateurs
- Tumeurs malignes – 10 indicateurs*¹
- Nutrition et activité physique - 12 indicateurs
- Santé et Environnement – 11 indicateurs
- Maladies infectieuses – 10 indicateurs*
- Santé maternelle et périnatale – 5 indicateurs
- Iatrogénie – 6 indicateurs
- Résistances aux antibiotiques – 4 indicateurs
- Douleur – 1 indicateur*
- Précarité et inégalités – 1 indicateur*
- Déficiences et Handicaps
- Pathologies endocriniennes – 3 indicateurs
- Affections neuropsychiatriques – 10 indicateurs (+ 2 à construire)
- Maladies des organes des sens – 7 indicateurs
- Maladies cardio-vasculaires – 6 indicateurs
- Affections des voies respiratoires – 4 indicateurs
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin – 1 indicateur
- Pathologies gynécologiques – 4 indicateurs*
- Insuffisance rénale chronique – 2 indicateurs
- Troubles musculo-squelettiques – 6 indicateurs
- Affections d'origine anténatale - 4 indicateurs
- Maladies rares
- Affections buccodentaires – 1 indicateur
- Traumatologie - 5 indicateurs*
- Santé et Travail – 6 indicateurs

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population :

- Troubles du langage oral et écrit – à construire
- Reproduction, contraception, IVG – 2 indicateurs
- Santé des personnes âgées – 2 indicateurs (+ 1 à construire)

Programme de santé Nord - Pas-de-Calais

Dans le cadre de l'élaboration du programme de santé Nord - Pas-de-Calais, la DRASS demande à l'ORS d'extraire de l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE, des résultats préliminaires régionaux concernant des indicateurs décrits dans les pages de la loi d'orientation de Santé Publique.

Compte tenu des résultats provisoires obtenus, nous pensons qu'il serait possible d'aller plus loin dans l'élaboration de ce programme en mettant en place une démarche de travail en lien avec l'INSEE, pour

¹ * indicateurs à construire.

affiner les questions posées à la population répondant dans le cadre d'une recherche épidémiologique ou comportementale.

Concernant les indicateurs "à construire", nous proposons une démarche de réactualisation au long court des données sur une échelle à définir (type d'établissement, communale, départementale ou régionale). L'une des pistes, serait une ou des enquêtes de population couvrant les thèmes peu ou non renseignés dans la région, ou encore dans un second temps une aide méthodologique à l'évaluation de différents dispositifs de santé (prévention, filières de prise en charge, etc.) départementaux ou régionaux.

Propositions de démarches ou d'études

Objectif 5 : Obésité.

Objectif préalable : Mesure de l'évolution des pratiques médicales et de l'évolution du contexte de ces pratiques en matière de prise en charge de l'obésité.

Proposition : **D'abord répertorier les différents modes de prise en charge et leur évolution par une enquête auprès de spécialistes de la région.**

Objectif 32 : Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.

Objectif préalable : Améliorer la connaissance épidémiologique et physiologique de ces douleurs ; développer des stratégies de prise en charge appropriées et évaluer leur efficacité.

Proposition : **Evaluer le dispositif de prise en charge de la douleur dans la région et mettre en place un recueil de données épidémiologiques dans ce domaine.**

Objectif 33 : Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.

Objectif préalable : Analyser les conséquences d'un effet de "seuil" lié aux revenus sur le recours aux soins.

Proposition : **En lien avec l'Assurance maladie réaliser une enquête de population ? Réalisation d'analyses complémentaires sur le revenu du ménage de l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE.**

Objectif 35 : Réduire les restrictions d'activité induites par les limitations fonctionnelles (3,6 % des personnes âgées de 5 ans et plus en population générale selon l'enquête HID, personnes ayant répondu au module de l'indicateur de Katz).

Objectif préalable : Construire un outil spécifique, sensible au changement et utilisable en routine pour repérer et décrire les limitations fonctionnelles d'activité qu'elles induisent, en population générale comme dans les populations particulières.

Proposition : **Il existe quelques indications sur ce sujet dans l'enquête INSEE, il s'agit de les compléter afin de réaliser une typologie fonctionnelle.**

Objectif 43 : Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008.

Objectif préalable : Evaluation d'un programme pilote.

Proposition : **Elaborer un programme pilote conjointement à la mise en place d'un processus d'évaluation de ce programme.**

Objectif 53 : Cancer colorectal : définir d'ici 4 ans une stratégie nationale de dépistage.

Objectif préalable : Poursuivre les expérimentations de dépistage organisé du cancer colorectal dans 20 départements et les évaluer.

Proposition : **Le département du Nord entame la seconde vague de dépistage du cancer colorectal, il s'agit de mettre en place une évaluation du programme afin d'arriver à un taux de 50 % de participation de la population et d'y inclure une évaluation du programme de dépistage du cancer du sein (objectif 50).**

Objectif 63 : Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients (entourage proche).

Objectif préalable : Mesurer la perte d'autonomie des personnes malades (maladie d'Alzheimer et apparentées), son retentissement sur les malades et les proches.

Proposition : **Bâtir avec l'ensemble des professionnels et les associations d'aide aux aidants une échelle de pertes d'autonomie et de ses conséquences pour le malade et ses proches.**

Objectif 71 : Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008.

Objectif préalable : Mesure de l'évolution des pratiques médicales.

Proposition : **Mesurer l'évolution des pratiques professionnelles et la compliance des patients aux recommandations des professionnels de santé.**

Objectif 79 : Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes.

Objectif préalable : Disposer de données d'incidence et de prévalence des différentes pathologies mammaires bénignes et d'une évaluation de la qualité de vie des femmes souffrant de ces pathologies.

Proposition : **Réaliser une enquête de population auprès des femmes de la région (diagnostiquées ou non) en âge d'être sujettes à la pathologie.**

Objectif 90 : Maladies rares : Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge.

Objectif préalable : Définir les critères opérationnels de l'équité.

Proposition : **Répertorier les maladies rares dans la région et les conditions d'accès au diagnostic, au traitement et les filières de prise en charge.**

Objectif : 96 : Troubles du langage oral ou écrit : amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit.

Objectif préalable : Evaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel.

Proposition : **Elaboration d'une méthodologie d'évaluation.**

Objectif 97 : Reproduction, contraception, IVG : Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

Objectif préalable : Améliorer les connaissances à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG.

Proposition : **Déterminer les raisons d'ordre socio-économiques et socio-culturelles de la survenue d'une IVG dans un contexte d'information et malgré la disponibilité des moyens de contraception.**

AUTRES PROPOSITIONS

Objectif : Mieux connaître l'incidence des cancers, la prévalence des facteurs de risque et les modalités de l'accès au dépistage et aux soins.

Propositions :

- **Réaliser une étude sur les modalités du recours aux soins des malades atteints de cancer : étude en clientèle de spécialistes (hospitaliers ou de ville).**
- **Estimer la prévalence des facteurs de risque de cancer lié aux comportements individuels tels que : le comportement alimentaire, la consommation de tabac, consommation d'alcool et les comparer à la situation nationale : analyse des données existantes.**

Objectif : Mieux connaître l'incidence, la prévalence et la prise en charge des broncho-pneumopathies chroniques obstructives dans la région.

Proposition : **Synthèse des données disponibles, analyse de la littérature, élaboration d'indicateurs.**

Annexes

Annexe 1 : COLVEZ (indicateur de mobilité)

		Effectifs	%
	Personnes n'ayant pas répondu à l'interview	325	-
1	Confiné au lit ou au fauteuil	195	0,3
2	Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	1356	1,9
3	Besoin d'aide pour sortir	835	1,5
4	Autres	14234	96,3
	Ensemble	16945	100,0

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

EPHA (Indicateur croisé COLVEZ x Dépendance psychique)

		Effectifs	%
	Personnes n'ayant pas répondu au module B	325	-
11	Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non roulant)	155	0,2
12	Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide	588	0,7
13	Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour faire sa toilette ou s'habiller	233	0,4
14	Dépendant psychique non classé en 11, 12, 13	1526	8,3
21	Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fauteuil (non roulant)	40	0,0
22	Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette ou s'habiller	768	1,3
23	Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	602	1,0
24	Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22, ou 23	12708	88,1
	Ensemble	16 945	100,0

Source : Enquête Santé INSEE 2002-2003. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.