

ENQUETE SANTE DES BAS-NORMANDS : LES PREMIERS RESULTATS

Contexte

Avec la mise en place des ARS en 2010, un objectif phare a été mis en avant : réduire les inégalités de santé entre les régions, mais aussi au plan infrarégional.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » met l'accent sur la territorialisation des politiques de santé, de la mesure des besoins à la mise en place d'actions.

Cette enquête, lancée en 2012, devrait permettre de mieux connaître la santé des Bas-Normands et de contribuer à certaines adaptations des politiques publiques qui y concourent.

Objectifs

L'enquête mise en œuvre vise à :

- décrire l'état de santé de la population bas-normande et repérer les inégalités de santé,
- mettre en évidence sur la région et sur un ensemble de découpages territoriaux leurs déterminants,
- mesurer sur un nombre raisonné de critères, les permanences et les évolutions avec la précédente enquête de santé réalisée en 1998,
- réaliser une comparaison nationale, afin de déterminer la position de la Basse-Normandie au regard de la France.



Initié par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), ce projet a été conduit en collaboration avec l'Université de Caen et financé par :



Méthode

L'échantillon attendu de l'enquête était de 4 000 bas-normands adultes, résidant en logement individuel. Il a été stratifié sur le sexe, l'âge et par aire géographique de localisation du logement. 14 aires géographiques de référence ont été déterminées. (cf. carte ci-dessous).

Le questionnaire élaboré pour réaliser cette recherche utilise pour partie des modules de questions prédéfinies permettant ainsi de comparer les résultats avec des enquêtes nationales, tel que le baromètre santé.

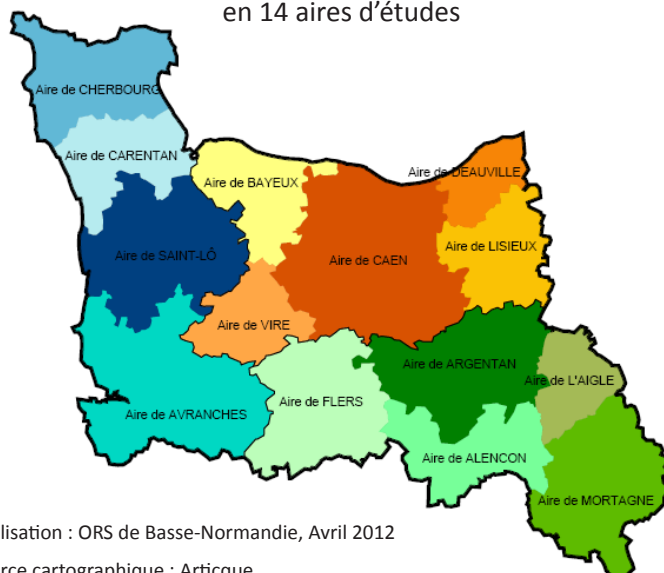
Les modules de questions utilisés sont :

- le mini module européen (3 questions en lien avec la santé perçue) ;
- le score EPICES (mesure des différentes dimensions de la précarité socio-économique) ;
- le score de DUKE (mesure de la qualité de vie) ;
- et le score DETA (évaluation de la consommation d'alcool à risque).

(Ces modules ont été décrits plus en détail dans l'Info santé de juillet 2012).

Le questionnaire a été administré téléphoniquement, successivement par un opérateur, puis, sans changement de méthode, par l'ORS.

Enquête Santé des Bas-Normands
Regroupement des Territoires Intermédiaires de Santé (TIS)
en 14 aires d'études



Réalisation : ORS de Basse-Normandie, Avril 2012

Source cartographique : Artique

Enquête santé des Bas-Normands

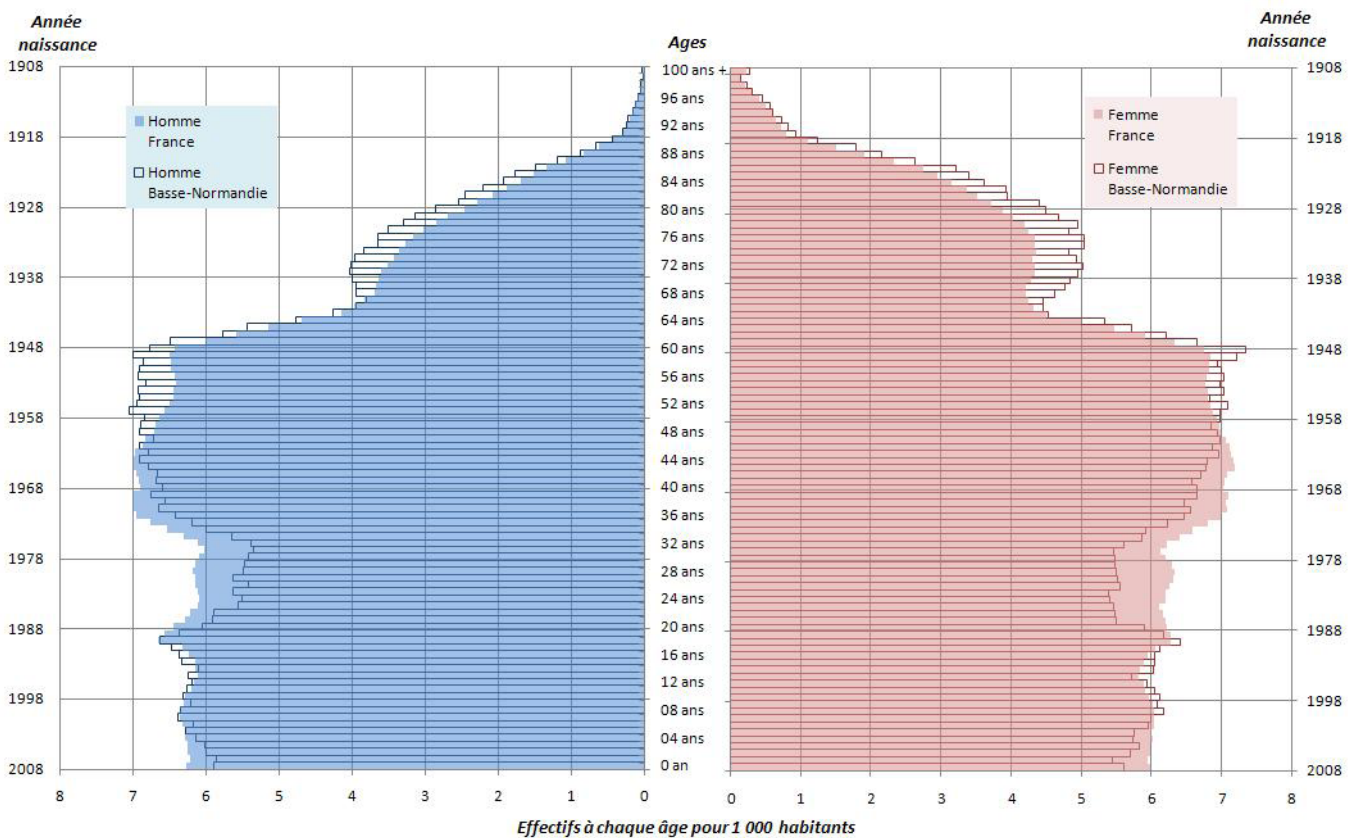
La Basse-Normandie en chiffres

Démographie

Au 1er janvier 2009, la Basse-Normandie compte 1,471 million d'habitants soit 2,4% de la population française, sur un territoire représentant 3,2% du territoire métropolitain. Entre 1999 et 2009, la population régionale a augmenté en moyenne de plus 0,3% par an, soit deux fois moins vite qu'au niveau national. La population bas-normande est vieillissante comme il est possible de le voir sur la pyramide des âges présentée ci-dessous.

Cette situation s'explique en partie par l'arrivée d'une population de retraités qui s'installe le plus souvent dans les aires rurales ou sur le littoral et par le départ de jeune vers d'autres régions, pour leurs études ou la recherche d'un emploi. Le taux de natalité de la population bas-normande est en 2009 inférieur à celui de la France (11,4‰ vs 12,8‰).

Graphique 1 : Comparaison de la structure de la population bas-normande et française, par sexe et âge en 2009



Source : INSEE Recensement de la population de 2009

Réalisation : ORS de Basse-Normandie, Janvier 2013

Offre et état de santé

Au 1er janvier 2012, la Basse-Normandie présente une faible densité de professionnels de santé libéraux avec 98 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 108 en France métropolitaine. La dispersion sur le territoire bas-normand n'est pas homogène : dans l'Orne la densité de médecins généralistes est de 83, contre 93 dans la Manche et 108¹ dans le Calvados. Il en est de même pour les médecins spécialistes, les chirurgiens dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les pharmaciens.

La mortalité prématurée² toutes causes confondues est plus élevée en Basse-Normandie qu'en France métropolitaine. Elle est plus spécifiquement liée aux tumeurs, aux pathologies associées à une consommation excessive d'alcool, aux empoisonnements et à des causes externes dont le suicide.

1 ARS et Drees, Adeli, Finess ; Insee, estimations de population au 1er janvier 2010

2 La mortalité prématurée correspond au nombre de décès d'individus de moins de 65 ans pour 100 000 habitants.

Méthodologie

L'enquête a été mise en œuvre par téléphone, selon la méthode CATI (Computed Assisted Telephone Interview), à partir d'un fichier de numéros de téléphone comprenant des lignes fixes et des lignes mobiles. La saisie a été réalisée sur une interface en ligne.

La passation des questionnaires a été confiée en partie à un opérateur spécialisé. Elle s'est déroulée sur la période juin à novembre 2012 : assurée par l'opérateur pendant 9 semaines sur les mois de juin et juillet (avec une forte mobilisation de l'ORS sur le suivi, pour compenser le sous-encadrement de l'opération par le prestataire), elle a été complétée par l'organisation d'une plate-forme d'enquête à l'ORS, mobilisant 3 enquêteurs sur 6 semaines entre septembre et novembre selon le même process.

Population de l'enquête

L'échantillon recueilli se compose de 3061 personnes pour un objectif initial de 4000. La stratification par sexe, âge et aire d'études devait garantir sa représentativité sur ces 3 critères.

Tableau 1 : Population attendue et enquêtée par sexe et âge par département

Départements	CALVADOS		MANCHE		ORNE		Basse-Normandie	
	Attendus	Enquêtés	Attendus	Enquêtés	Attendus	Enquêtés	Attendus	Enquêtés
Hommes	534	403	479	290	448	243	1461	936
Femmes	596	910	518	664	486	551	1600	2125
18 - 24 ans	123	70	92	44	85	40	300	154
25 - 45 ans	383	349	324	272	296	244	1003	865
46 - 65 ans	376	535	332	376	317	321	1025	1232
66 ans et plus	249	359	249	262	236	189	733	810
Total	1133	1313	995	954	934	794	3061	3061

La structure des répondants est déformée, elle présente des écarts significatifs par sexe, âge, aire d'étude et département. Les hommes et les jeunes sont moins nombreux. L'Orne et la Manche sont sous-représentées.

L'échantillon de 3061 personnes recueilli a donc fait l'objet d'un redressement. La méthode utilisée est le calage par les marges.

La macro « Calmar³ », développée par Olivier SAUTORY sous SAS® et validée par l'Insee, a été utilisée pour effectuer le redressement par sexe et âge dans chaque aire d'étude, puis les aires ont été redressées.

Les résultats présentés par la suite sont issus des données redressées. Quand ils sont donnés en pourcentage, ils représentent ce qui se passe en Basse-Normandie. Les tests de significativité ont été effectués sur les 3061 personnes de l'échantillon redressé.

³ C'est une macro SAS® de redressement d'un échantillon par calage sur marges, elle est explicitée dans « La macro CALMAR, Redressement d'un échantillon par calage sur marges, Document n°F9310-25 novembre 1993-Série des documents de travail de la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales de l'INSEE ».

Enquête santé des Bas-Normands

La validité de l'échantillon

Afin de contrôler l'efficacité du redressement effectué, nous avons comparé la distribution de certaines variables, autre que sexe, âge, aire d'étude utilisés pour le redressement, présentes à la fois dans le recensement de la population (RP) et dans l'enquête santé des bas-normands.

Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous permettent de constater des déformations de distribution de certaines de ces variables entre le RP et l'échantillon redressé :

- L'échantillon redressé de l'enquête « contient » plus d'individus mariés et moins de célibataires que la population recensée en 2008. La proportion redressée d'individus déclarant « ne pas vivre en couple » est plus élevée dans l'enquête que dans le recensement de la population de 2008.
- La distribution des Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS, anciennes CSP) est légèrement altérée : dans l'échantillon redressé, les retraités et les employés sont surreprésentés, les ouvriers sont sous-représentés. Une part de ces écarts peut être due à la difficulté rencontrée pour reclasser certains libellés de profession dans les PCS.
- Les répondants sont plus diplômés que les individus en population générale et les non diplômés sont moins représentés.

Concernant le nombre de personnes dans le logement, le fait de disposer d'une voiture ou d'être propriétaire de son logement, l'échantillon enquêté est globalement conforme aux données du recensement.

La représentativité générale de l'échantillon est tout à fait satisfaisante. Il a été décidé de ne pas procéder à de nouveaux redressements sur d'autres variables.

Comparaison de la distribution de quelques variables du RP et de l'enquête Santé

	Répartition (%)	RP2008 (%)
PCS (Effectif de 3055 individus)		
Agriculteurs exploitants	2.05	2.05
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4.78	3.69
Autres situations inactives	6.15	11.86
Cadre et professions intellectuelles supérieures	3.79	5.61
Employés	25.44	17.09
Ouvriers	11.61	16.39
Professions intermédiaires	14.14	12.80
Retraités	32.04	30.50
Vie en couple (Effectif de 3057 individus)	29.01	33.95
Quel est votre état matrimonial légal ? (Effectif de 3060 individus)		
Célibataire (jamais légalement marié(e))	31.46	37.47
Divorcé(e)	5.33	7.36
Marié(e) (ou séparé(e) mais non divorcé(e))	54.65	47.48
Veuf, veuve	8.56	7.70
Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ? (Effectif de 3058 individus)		
Vous n'avez pas été scolarisé(e)	0.08	0.62
Aucun diplôme mais scolarisé au-delà du collège	2.66	3.87
Aucun diplôme mais scolarisé jusqu'en école primaire ou au collège	5.60	15.44
BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges	7.59	7.34
BEP	9.02	9.73
CEP (Certificat d'études primaires)	11.99	13.51
CAP, brevet de compagnon	17.03	16.65
Baccalauréat général, brevet supérieur	10.41	7.20
Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit	10.58	7.84
Diplôme de 1er cycle universitaire	14.49	9.67
Diplôme de 2ème ou 3ème cycle universitaire	10.55	8.12

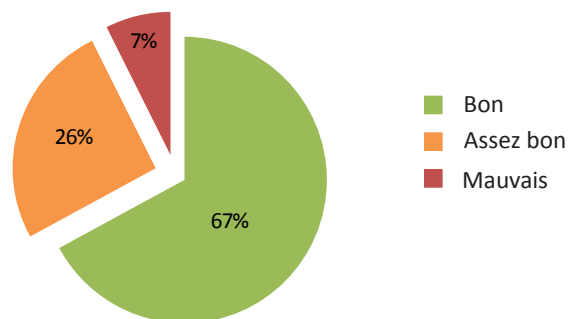
Un tiers des répondants a un état de santé perçu dégradé

Une santé perçue comme plutôt bonne

Deux Bas-Normands sur trois se perçoivent en bonne santé (44%) ou en très bonne santé (23%). Une personne sur trois a une perception de sa santé dégradée : 26% s'estiment en assez bonne santé et 7% en mauvaise ou en très mauvaise santé.

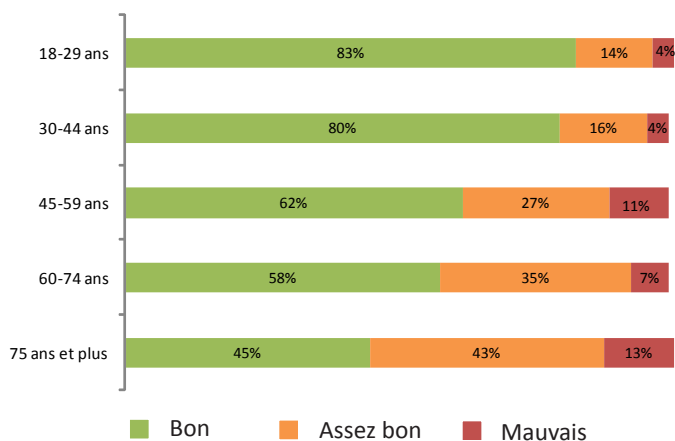
De manière générale, les hommes ont une meilleure perception de leur santé que les femmes (72% des hommes contre 63% des femmes).

Graphique 2 : Comment est votre état de santé en général ?



Réalisation : ORS de Basse-Normandie, Septembre 2013

Graphique 3 : Etat de santé perçu selon l'âge de l'individu



Réalisation : ORS de Basse-Normandie, Septembre 2013

L'âge des individus influe fortement sur la perception de la santé. La proportion d'individus se percevant en très bonne ou bonne santé décroît fortement avec l'âge (83% des moins de 30 ans se perçoivent en bonne santé contre 45% des 75 ans et plus).

La proportion d'individus se percevant en mauvaise, voire très mauvaise santé est plus élevée dans le Calvados (9,3%) que dans l'Orne (5,9%) et la Manche (5,7%).

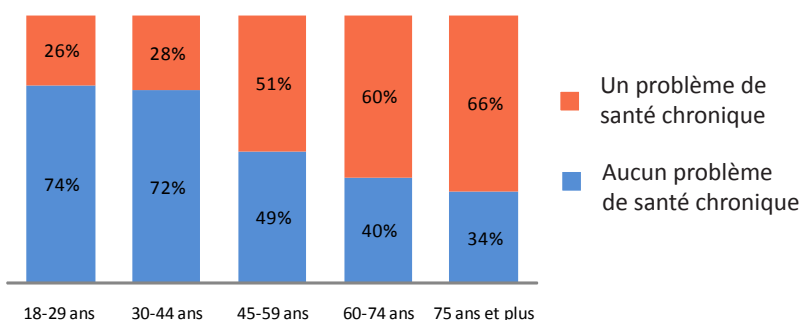
Situations de précarité et Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) ont un impact sur la perception de la santé.

L'état de santé perçu des individus considérés en situation de précarité (score EPICES \geq 30) est globalement moins bon. Ces personnes sont trois fois plus nombreuses à se percevoir en mauvaise ou très mauvaise santé que les autres.

La perception de la santé diffère également selon la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, les « ouvriers » et les « artisans, commerçants et chefs d'entreprises » ont une moins bonne perception de leur santé que les « cadres et professions intellectuelles supérieures », ils sont respectivement 64% et 71% à se percevoir en bonne ou très bonne santé contre 90%.

Près de la moitié de la population est affectée par un problème de santé chronique ou de caractère durable

Graphique 4 : Maladie chronique ou de caractère durable



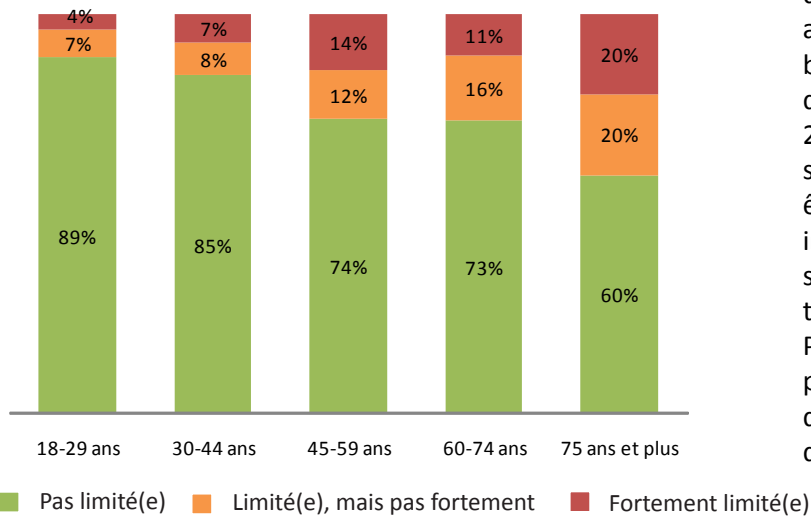
La proportion d'individus déclarant avoir un problème de santé chronique croît avec l'âge, elle dépasse 50% à partir de 45 ans. Les femmes sont plus souvent concernées (47,1% contre 41,6% des hommes).

Réalisation : ORS de Basse-Normandie, Septembre 2013

Enquête santé des Bas-Normands

Plus d'un individu sur cinq est limité dans ses activités habituelles

Graphique 5 : Limitation dans les activités quotidiennes en fonction de l'âge



La proportion de personnes limitées dans leurs activités quotidiennes et l'intensité de ces limitations augmentent avec l'âge. Quel que soit l'âge, les femmes sont plus nombreuses à être limitées, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé (25% dont 13% fortement versus 20% des hommes dont 9% fortement). Les personnes en situation de précarité sont deux fois plus nombreuses à être limitées dans leurs activités que les autres. Parmi les individus se percevant en bonne ou très bonne santé, 10% se déclarent tout de même limités dans leurs activités quotidiennes.

Pour autant, les individus limités fortement sont 42% à se percevoir en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 14% des individus modérément limités et seulement 2% des individus ne déclarant aucune limite de ce type.

Réalisation : ORS de Basse-Normandie, Septembre 2013

Près d'un individu sur deux est en surcharge pondérale

Répartition des individus par IMC	Intervalle IMC	% des individus
Maigre et dénutrition	<18,5 kg/m ²	3,0 %
Corpulence normale	[18,5 kg/m ² ; 25 kg/m ² [51,0 %
Surpoids	[25 kg/m ² ; 30 kg/m ² [32,4 %
Obésité	≥30 kg/m ²	13,6 %

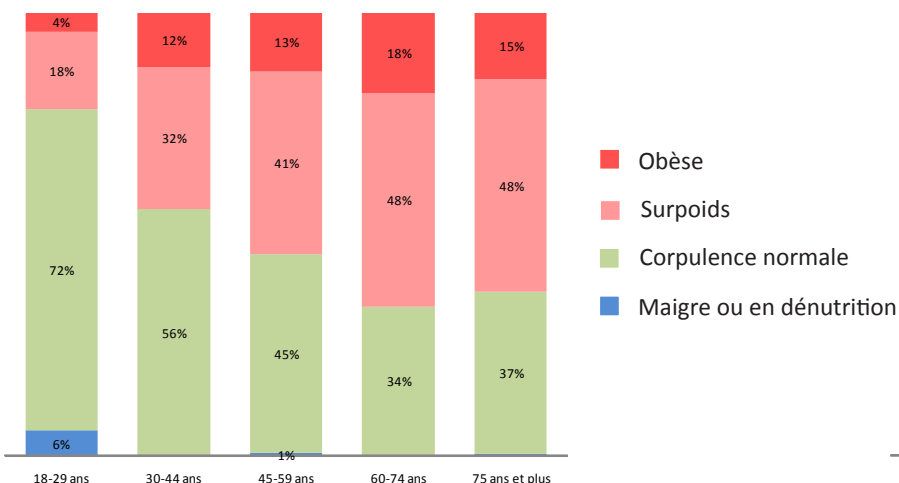
La surcharge pondérale touche 46% des individus enquêtés (surpoids + obésité). Les femmes présentent plus souvent que les hommes une corpulence « extrême », c'est-à-dire une maigreur ou une dénutrition (5% contre 1% des hommes), ou à l'inverse une obésité (15% contre 12% chez les hommes). Cependant, le surpoids est nettement plus fréquent chez les hommes (37% contre 29% chez les femmes). La surcharge pondérale augmente avec l'âge quel que soit le sexe. Entre 18 et 29 ans, les hommes sont plus nombreux à être de corpulence normale (72% contre 59% des femmes).

A partir de 30 ans, la fréquence de la surcharge pondérale augmente très fortement chez les hommes. Entre 60 et 74 ans, la surcharge pondérale touche une femme sur deux mais deux hommes sur trois.

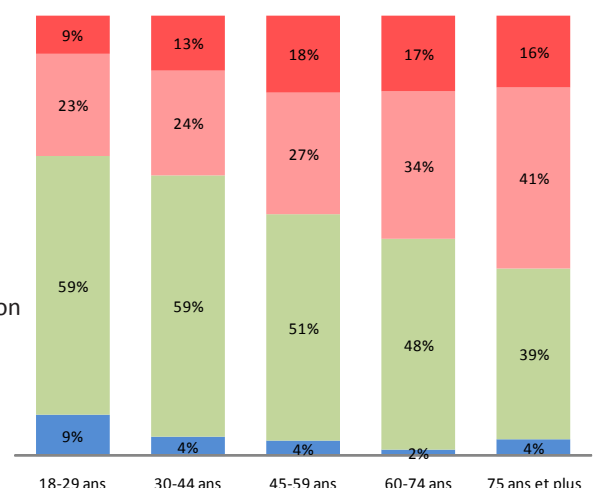
« L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m² ».

Source : Organisation mondiale de la santé

Graphique 6a : IMC par classe d'âge chez les hommes



Graphique 6b : IMC par classe d'âge chez les femmes



Réalisation : ORS de Basse-Normandie, Septembre 2013

Les travaux et publications à venir

Alcool

- Quels sont les profils des consommateurs d'alcool à risque ?
- Observe-t-on des différences entre les territoires bas-normands ?
- Y-a-t'il une relation entre la qualité de vie et les comportements en lien avec l'alcool ?
- Quels liens entre santé mentale et comportements face à l'alcool ?
- L'isolement et le manque de lien social sont-ils associés à la consommation excessive de boisson alcoolisée ?
- Quelle augmentation des risques face à l'alcool pour les individus fragilisés sur le plan économique ?

Parcours de soins

L'objectif de cette partie sera de mieux cerner la situation des Bas-Normands concernant :

- Leur consommation de soins (hospitalisation, soins de premiers recours, médicaments)
- Le report ou le renoncement à des soins
- Leur comportement de dépistage
- Les profils des publics atteints de maladies chroniques

L'analyse permettra d'explorer les liens entre ces thèmes, la santé perçue et la qualité de vie. Elle s'attachera également à souligner les différences entre les territoires de Basse-Normandie.

Cette étude a été réalisée également avec l'appui financier de la MSA et des laboratoires Sanofi-Aventis et Glaxo Smith Kline



Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

Espace Robert Schuman
3 Place de l'Europe
14200 Hérouville-Saint-Clair
Téléphone : 02.31.43.63.36
contact@orsbn.org

Directeur de la publication :
Professeur Dominique Beynier, Président
Coordination et maquette :
Julie Pasquier, Isabelle Grimbert,
Pascale Desprès, Elodie Broudin

Cette publication est téléchargeable sur
le site Internet de l'ORS :

<http://www.orsbn.org>