



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
DE BASSE NORMANDIE

M R S H

NORMANDIE - CAEN
Maison de la Recherche
en Sciences Humaines
CNRS - UNIVERSITÉ DE CAEN



LA SANTÉ DES BAS-NORMANDS

Recueil d'analyses thématiques
2012-2015





ENQUÊTE SANTÉ DES BAS-NORMANDS

RECUEIL D'ANALYSES
THÉMATIQUES

2012-2015





PRÉFACE

Comme l'attestent des indicateurs de santé publique (allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc.), l'état de santé de la population générale s'améliore. Force est de constater que cette amélioration ne profite pas à tous de manière équitable. Les inégalités sociales influent largement sur l'état de santé de la population. Comme le rappellent les auteurs de l'ouvrage « Réduire les inégalités sociales de santé », « Au-delà des écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée qui sont les plus grands, les épidémiologistes ont, en outre, pu objectiver des écarts existants pour l'ensemble des éléments constitutifs de la hiérarchie sociale : catégorie socioprofessionnelle, revenu, situation familiale, etc. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. Ce « gradient social » existe aussi tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention. Dès lors, toute politique de santé publique se doit de prendre en compte les données de ce constat, afin de ne pas creuser les écarts.

Réduire, notamment entre les régions, mais aussi au plan infra-régional, les inégalités sociales de santé était l'un des objectifs phares de la loi Hôpital Patient Santé et Territoires de 2010. Il est de nouveau énoncé comme défi majeur de la loi de modernisation du système de santé de 2015.

En 2010, la loi de santé publique, par la mise en œuvre des ARS, mettait aussi l'accent sur la territorialisation des politiques de santé, de la mesure des besoins à la mise en place d'actions. Les collectivités territoriales se retrouvaient ainsi pleinement dans cet objectif général. C'est dans ce contexte, un peu plus de dix ans après la réalisation d'une première enquête santé des Bas-Normands (1998), qu'une réflexion sur un nouveau projet d'enquête a été initiée, avec pour objectif général de mieux connaître la santé des Bas-Normands et de contribuer ainsi à certaines adaptations des politiques publiques qui y concourent.

Plus spécifiquement, cette nouvelle étude a permis de :

- Décrire l'état de santé de la population bas-normande et repérer des inégalités de santé,
- Mettre en évidence sur la région et sur un ensemble de découpages territoriaux un certain nombre de déterminants de santé,
- Mesurer sur un nombre raisonné de critères, les permanences et évolutions avec la précédente enquête de santé réalisée en 1998,
- Réaliser une comparaison avec le niveau national afin de déterminer la position de la Basse-Normandie.

L'enquête Santé des Bas-Normands a été mise en place par l'Observatoire Régional de la Santé en collaboration avec la Maison de la Recherche en Sciences Humaines de l'Université de Caen et avec l'appui financier de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), de la Région Basse-Normandie, du Conseil Départemental de l'Orne, de la Mutualité Sociale Agricole Côtes Normandes (MSA) et des sociétés Sanofi et Glaxo Smith Kline.

Après trois années d'un travail collaboratif et intense des différents partenaires, l'Enquête Santé menée auprès de plus de 3 000 Bas-Normands a donné lieu à plus d'une dizaine de publications thématiques. Ces dernières, qui vous sont présentées dans cet ouvrage, complétées de trois analyses synthétiques (Fragilité socio-économique et Santé, Genre et Santé et Territoire et Santé), contribueront, à une meilleure connaissance de la santé des Bas-Normands et à une adaptation des politiques qui y concourent. L'ensemble des travaux ainsi que nos autres publications sont disponibles sur le site Internet de l'ORS : www.orsbn.org.

Professeur Dominique BEYNIER

Président de l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie
 Directeur du Centre de recherche sur les risques et la vulnérabilité de l'Université Caen Normandie
 Directeur de l'IUP Management du social et de la santé à Caen





Sous la direction de
Dominique BEYNIER, Président de l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie
Pascale DESPRES, Directrice générale du Groupement de coopération CREA-ORS

Auteurs :

Isabelle GRIMBERT, Directeur d'étude (jusqu'en mai 2013), ORS de Basse-Normandie
Sylvie LE RETIF, Chargée d'études, ORS de Basse-Normandie
Julie PASQUIER, Biostatisticienne, ORS de Basse-Normandie
Annabelle YON, Directrice des études (depuis mai 2013), ORS de Basse-Normandie

Avec la participation de Gillonne DESQUENNES, Maître de conférences en sociologie, Université Caen Normandie pour le chapitre « Événements difficiles survenus pendant l'enfance et/ou l'adolescence et santé ».



Comité de suivi de l'enquête

Valérie DESQUESNE, ARS de Basse-Normandie
 Enora GUILLERME (jusque mai 2015), ARS de Basse-Normandie
 Pascal LEMIEUX, ARS de Basse-Normandie
 Julie LEROI (jusque fin 2013), Frédéric POTIER de COURCY (jusque fin 2014), Damien LANCIAU (depuis 2015), Région Basse-Normandie
 Olivier FREEL (jusque fin 2014), Hélène POTTIEZ (depuis 2015) et Donatienne CASTEL, Conseil Départemental de l'Orne
 Dominique BEYNIER, IUP Management du social et de la santé à Caen et Centre de recherche sur les risques et la vulnérabilité Université Caen Normandie (CERReV - EA 3918)
 Sylvie HUBERT, Mutualité Sociale Agricole Côtes Normandes
 Jeanne DUPONT, Glaxo Smith Kline
 Virginie TRINCKVEL, Sanofi

Comité scientifique de l'Observatoire Régional de la Santé

Lydia GUITTET, Docteur en santé publique, Pôle santé des populations du Centre hospitalo-universitaire de Caen, présidente du Conseil scientifique depuis janvier 2009

Isabelle ASSELIN, Praticien Hospitalier, CHU de Caen
 Dominique BEYNIER, Professeur de sociologie, Directeur de l'IUP Management du social et de la santé à Caen, Centre de recherche sur les risques et la vulnérabilité Université Caen Normandie (EA 3918)
 Dominique BOUGLÉ, Pédiatre (membre du conseil scientifique jusqu'en 2014)
 Sonia DE LA PROVOTE, Médecin du travail
 Jean-Etienne COUËTTE, Médecin retraité
 Michel COURS-MACH, Radiologue
 André FLACHS, Médecin généraliste retraité
 Maryvonne GOURNAY, Médecin inspecteur régional du travail retraité (membre du conseil scientifique jusque fin 2014)
 Jean-Pierre KETTERER, Directeur de l'URCAM retraité
 Rémy MORELLO, Responsable de l'unité de biostatistique et de recherche clinique, CHU de Caen
 Anne PELLISSIER, Maître de conférences en sociologie, Université Caen Normandie
 Jean-Yves LE TALAER, Pharmacien biologiste retraité
 Marie-Thérèse VALLA-LEQUEUX, Pédiatre - pédopsychiatre retraitée (membre du conseil scientifique jusque fin 2014)



Remerciements

L'enquête Santé des Bas-Normands a été mise en place par l'Observatoire Régional de la Santé en collaboration avec la Maison de la Recherche en Sciences Humaines de l'Université Caen Normandie et avec l'appui financier de l'Agence Régionale de la Santé et de la Région Basse-Normandie, du Conseil Départemental de l'Orne, de la Mutualité Sociale Agricole Côtes Normandes et des sociétés Sanofi et Glaxo Smith Kline. En outre, cette enquête n'aurait pu être menée sans la participation des Bas-Normands, qu'ils en soient remerciés.



SOMMAIRE

11 | Matériel et méthode

- Échantillonnage
- Thématiques abordées et échelles utilisées
- Passation des questionnaires
- Redressement des résultats

15 | Comportements de santé : prévention et dépistage

- Comportements alimentaires et activité physique
- Dénutrition, surpoids et obésité
- Consommation d'alcool
- Dépistage des cancers

29 | Comportements de santé : Consommation, report et renoncement aux soins

- Consommation de soins
- Report ou renoncement aux soins

37 | Santé mentale

- Qualité de vie
- Détresse psychologique
- Pensées suicidaires et tentatives de suicide
- Recours aux soins et santé mentale

45 | Maladies chroniques, handicap et qualité de vie

- Maladies et problèmes de santé chroniques ou de caractère durable
- Situations de handicap
- Facteurs associés à la déclaration d'une maladie, d'un problème de santé chronique ou d'une situation de handicap

55 | Vie affective, relationnelle et sexuelle

- Relation de couple et statut marital
- Situation familiale
- Relations sexuelles
- Contraception et contraception d'urgence
- Interruption volontaire de grossesse

61 | Jeunes âgés de 18-30 ans

Profil social et économique
 Perception de santé et indicateurs de santé
 des jeunes
 Comportements de santé

71 | Personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile

Profil social et économique
 Perception de l'état de santé et indicateurs
 de santé
 Comportements de santé

81 | Événements difficiles survenus pendant l'enfance et/ou l'adolescence et santé

Prévalence des événements difficiles
 survenus pendant l'enfance et/ou
 l'adolescence en région
 Quelle relation avec la santé physique à
 l'âge adulte ?
 Quelle relation avec la santé mentale à
 l'âge adulte ?

91 | Fragilité socio- économique et santé

Fragilité socio-économique et comporte-
 ments de santé
 Fragilité socio-économique et santé
 mentale
 Fragilité socio-économique et santé
 physique

97 | Genre et santé

Genre et comportements de santé
 Genre et santé mentale
 Genre et santé physique
 Genre et violences subies pendant l'enfance
 et/ou l'adolescence

103 | Territoire et santé

Conditions de vie
 Démographie médicale
 Santé mentale
 Santé physique
 Santé sociale
 Comportements de santé
 Consommation de soins
 Synthèse

113 | Annexes

115 | Définitions

119 | Table des illustrations

123 | Questionnaire d'enquête



MATÉRIEL ET MÉTHODE

Echantillon

Plus de 3 000 Bas-Normands majeurs et résidant en logement individuel ont été interrogés en fin d'année 2012.

Les critères de représentation en termes de sexe et d'âge par aires géographiques ont été arrêtés. Les aires d'études ont été définies à partir des Territoires intermédiaires de santé que l'ORS a contribué à déterminer en collaboration avec l'ARS de Basse-Normandie¹. Ces derniers, au nombre de 19, définis en 2010, ont contribué au découpage de la région en trois Territoires de santé correspondant aux départements. Dans un souci de taille suffisante des échantillons pour fournir une analyse infra-territoriale, ces territoires intermédiaires de santé ont été regroupés en 14 aires d'études en tenant compte des frontières départementales. La plus petite aire d'étude est celle de L'Aigle qui comporte un peu plus de plus de 28 000 habitants. Celle de Caen est la plus peuplée avec près de 460 000 personnes.

Carte 1 : Les aires d'études de l'Enquête Santé des Bas-Normands



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Thématiques abordées

Les thèmes analysés dans cette enquête recouvrent : le profil sociodémographique (sexe, âge, situation familiale, situation face à l'emploi...), l'état de santé physique et psychique (santé perçue, maladies chroniques ou à caractère durable, limitation dans les actes de la vie quotidienne, détresse psychologique...) et les comportements de santé (consommation addictive, activité physique et nutrition, prévention, dépistage, recours aux soins, report et renoncement aux soins). La sexualité et la contraception ainsi que les situations de maltraitance vécues pendant l'enfance et/ou l'adolescence sont également étudiées dans cette enquête. Le questionnaire élaboré pour réaliser cette recherche (cf. Questionnaire d'enquête p. 123) utilise pour partie des modules de questions prédéfinies, permettant ainsi de comparer les résultats avec des enquêtes nationales, telles que le baromètre santé. Les modules de questions utilisés relevant de cette logique comparative sont : le mini module européen (3 questions en lien avec la santé perçue), le score EPICES (mesure des différentes dimensions de la précarité socio-économique²), le score de DUKE (mesure de la qualité de vie) et le questionnaire AUDIT (évaluation de la consommation d'alcool à risque) (cf. Définitions p. 115).

¹ Aïssani-Delaunay M., Desquesne V., Despres P., Navellou E. (2010). Construction des territoires de santé en Basse-Normandie. Insee : Cent pour cent Basse-Normandie n°210.

² Labbes, Moulin, Gueguan, Sass, Chatain et Gerbard (2006). Un indicateur de mesure de la précarité et de la santé sociale : Le score Epices. Bull. Epidémiol. Hebdo n° 14.

Passation des questionnaires

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 de juin à novembre 2012 : assurée par l'opérateur pendant 9 semaines sur les mois de juin et juillet, complétée par l'organisation d'une plate-forme d'enquête à l'ORS de Basse-Normandie.

Redressement des résultats

À l'issue du recueil d'information, la structure des répondants étant déformée, des calculs de coefficients de redressement ont été nécessaires afin de présenter des données représentatives de la région Basse-Normandie. En effet, la structure des répondants présentait des écarts significatifs par sexe, âge et aire d'étude, les hommes et les jeunes étant moins représentés ainsi que les personnes domiciliées dans les départements de l'Orne et de la Manche (cf. tableau 1)

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

Départements	CALVADOS		MANCHE		ORNE		Basse-Normandie	
	<i>Attendus</i>	<i>Enquêtés</i>	<i>Attendus</i>	<i>Enquêtés</i>	<i>Attendus</i>	<i>Enquêtés</i>	<i>Attendus</i>	<i>Enquêtés</i>
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

Ainsi, l'échantillon de 3 061 personnes recueilli a fait l'objet d'un redressement par calage sur marges. La macro « Calmar3 »¹, 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. Ces aires d'études ont ensuite été elles-mêmes pondérées.

Afin de contrôler l'efficacité du redressement effectué, la distribution de certaines variables de l'enquête santé contrôle (autre que le sexe, l'aire d'étude de domiciliation et l'âge) a été comparée au Recensement de la Population (cf. tableau 2).

Une légère déformation de la distribution de certaines variables de contrôle a ainsi été constatée :

- L'échantillon redressé de l'enquête « contient » en effet 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 également légèrement altérée (retraités et employés surreprésentés et ouvriers 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.

Toutefois, la représentativité générale de l'échantillon étant tout à fait satisfaisante, il a été décidé de ne pas procéder à de nouveaux redressements sur d'autres variables.

¹ Insee (1993) La macro CALMAR, Redressement d'un échantillon par calage sur marges. Série des documents de travail de la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales de l'INSEE. Document n°F9310-25.

Tableau 2 :**Comparaison de la distribution de variables socio-démographiques du Recensement de la population et de l'Enquête Santé des Bas-Normands**

	Répartition (%)	RP2008 * (%)
Profession et Catégories Socioprofessionnelles (Effectif de 3 055 individus)		
Agriculteurs exploitants	2,05	2,05
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,78	3,69
Autres situations inactives	6,15	11,86
Cadres 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 3 057 individus)	29,01	33,95
Quel est votre état matrimonial légal ? (Effectif de 3 060 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 3 058 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 1 ^{er} cycle universitaire	14,49	9,67
Diplôme de 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} cycle universitaire	10,55	8,12

* RP2008 : année du recensement de la population disponible lors de la phase de redressement statistique.





COMPORTEMENTS DE SANTÉ :

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Par comportements de santé, on entend ce qui peut affecter la santé des Bas-Normands, de manière positive ou négative. Est ainsi traité dans cette partie ce qui relève de la prévention primaire (la consommation de tabac, d'alcool, les comportements alimentaires, l'activité sportive) mais également le dépistage de certaines pathologies. Le recours aux soins sera quant à lui traité dans une seconde partie consacré aux comportements de santé (cf. page 29).

De nombreuses expériences dans le monde ont montré que le dépistage du cancer du sein chez la femme de plus de 50 ans pouvait entraîner une réduction de 30 % de la mortalité à condition que le taux de participation au dépistage soit supérieur à 60 %. Lorsqu'il est détecté précocement, le cancer du sein peut non seulement être guéri dans neuf cas sur dix, mais aussi soigné par des traitements moins lourds, entraînant moins de séquelles. Il serait également possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal en faisant un test de recherche de saignement occulte dans les selles (Hémocult®), tous les deux ans, auprès des personnes âgées de 50 à 74 ans, à condition qu'au moins la moitié de la population concernée participe régulièrement au dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de dépistage positif.

Rappelons que le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes en France et la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. Le cancer du côlon-rectum est, quant à lui, le troisième cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, après le cancer du poumon et du sein. Il se situe par ailleurs au second rang des décès par cancer.

La consommation d'alcool, qu'il s'agisse d'un usage ponctuel ou d'une consommation excessive, a des effets sanitaires et sociaux. Même si le nombre de décès liés à une consommation excessive d'alcool ne cesse de diminuer, l'alcool serait responsable de près de 50 000 décès attribuables annuels si on y inclut en plus des causes directes (cirrhose du foie, psychose alcoolique, cancers des voies aéro-digestives supérieures) les causes indirectes telles que certaines morts violentes : accidents de la route, accidents domestiques, homicides...¹.

L'alcool est également impliqué dans le déclenchement ou l'aggravation de nombreuses pathologies dont des pathologies neurologiques (encéphalopathies, polynévrites) ou psychiatriques, digestives (hépatites, pancréatites,...), cardio-vasculaires (hypertension artérielle, cardiopathies) ou encore tumorales. Par ailleurs, la consommation d'alcool durant la grossesse expose le fœtus à un risque de malformations. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est ainsi la troisième cause de retard psychomoteur, à l'origine du tiers des naissances prématurées.

La Basse-Normandie a longtemps présenté des taux de mortalité liée à l'alcool nettement supérieurs aux moyennes nationales pour les hommes. Toutefois, depuis les années 90, cette mortalité masculine a connu une diminution beaucoup plus marquée qu'au plan national. Ainsi, même si la région présente encore une surmortalité masculine liée à une consommation excessive d'alcool, les écarts tendent à se réduire. Chez les femmes, la situation diffère avec une mortalité qui reste stable et proche de la moyenne nationale.

Toutefois, les données de mortalité liée à une consommation excessive d'alcool sont la conséquence des 20-30 dernières années d'exposition au produit. Ainsi, pour étudier au mieux ce phénomène, des données complémentaires sur les consommations actuelles sont nécessaires, notamment pour déterminer des profils de consommateurs et guider au mieux les actions de prévention.

¹ GUERIN S, LAPLANCHEA, DUMANTA, HILL C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2013 ; (16-17-18) : 163-168.

Prévention

La prise en charge de l'obésité, de la dénutrition des personnes âgées, la promotion d'une meilleure alimentation, notamment auprès des publics précaires, et la promotion de l'activité physique sont au cœur de nombreux plans ou schémas régionaux de santé publique. Les mesures hygiéno-diététiques (évitement du tabagisme, alimentation équilibrée, limitation de la consommation d'alcool, activité physique régulière) sont, quant à elles, essentielles pour garantir un bon état de santé.

Consommation de fruits et légumes

La plupart des enquêtes épidémiologiques qui ont analysé les facteurs alimentaires impliqués dans la prévention de nombreuses pathologies (notamment les cancers), ont mis en évidence le rôle important des fruits et légumes. Le Programme national nutrition santé (PNNS) recommande de manger au moins 5 fruits et légumes par jour (à chaque repas et en cas de petits creux / crus, cuits, natures ou préparés / frais, surgelés ou en conserve). Le PNNS 2011-2015 a défini comme l'un de ses objectifs principaux d'améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels en augmentant, entre autres, en 5 ans la consommation de fruits et légumes chez les adultes en population générale, de sorte que :

- au moins 70 % d'adultes consomment en moyenne au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;
- au moins 50 % d'adultes consomment en moyenne au moins 5 fruits et légumes par jour.

Des recommandations de consommation de fruits et légumes peu respectées

Près de 80% des Bas-Normands enquêtés ont déclaré consommer des fruits et des légumes tous les jours. Un Bas-Normand enquêté sur cinq déclare en consommer au moins 5 par jour soit une proportion bien en deça des objectifs du PNNS. En Basse-Normandie, et de manière générale en France, la proportion de personnes ayant suivi cette recommandation augmente avec l'âge et le niveau de diplôme. Ainsi, ce sont les plus âgés et les plus diplômés qui déclarent davantage manger au moins cinq fruits et légumes quotidiennement.

En région, 30 % des enquêtés âgés de 60 ans et plus respectent les repères PNNS contre 12 % des 18-29 ans. De même, 26 % des personnes enquêtées titulaires d'un diplôme de cycle 2 ou 3 déclarent consommer 5 fruits et légumes par jour contre 17 % des personnes sans diplôme. Les femmes ont également plus tendance à suivre ces préconisations (25 %) que les hommes (18 %) ainsi que les personnes domiciliées dans le département de la Manche (26%) comparativement au département du Calvados (20 %) et de l'Orne (16 %). Il peut toutefois être difficile de mesurer la quantité de fruits et légumes consommés et il faut donc rester prudent quant à l'interprétation des résultats.

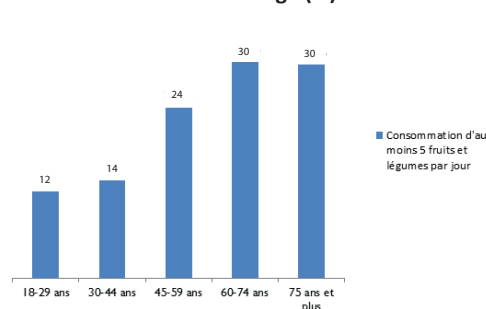
Activité physique et sportive

Le rôle de l'activité physique comme facteur déterminant de l'état de santé des individus et des populations est aujourd'hui reconnu. L'augmentation de la dépense énergétique permet de réduire le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2, d'obésité, de cancers et d'ostéoporose¹. L'activité physique inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne et ne se réduit donc pas à l'activité sportive.

Une activité physique déclarée similaire à celle observée au niveau national

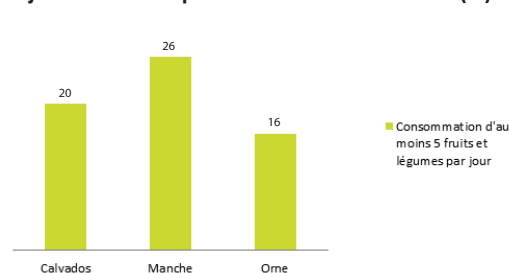
Les Bas-Normands enquêtés ont déclaré une activité physique ou sportive de 2h23 minutes en moyenne par jour, soit une durée similaire à celle observée au niveau national. Selon les résultats du Baromètre Santé Nutrition réalisé par l'Inpes en 2008, l'activité physique totale est estimée à environ 2h19 par jour en moyenne en France. Sont comprises dans cette durée, l'activité dite de loisirs, les déplacements et l'activité physique au travail.

Figure 1 : Consommation de 5 fruits et légumes par jour selon l'âge (%)



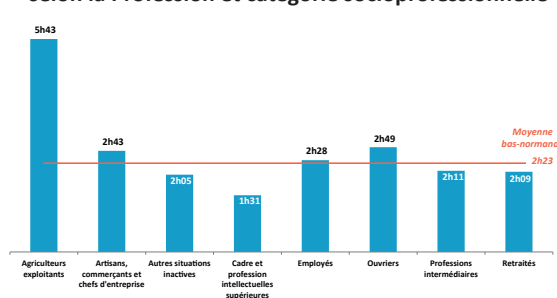
Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie
Ecart significatifs (ajustés sur le sexe, le département et la fragilité socio-économique)

Figure 2: Consommation de 5 fruits et légumes par jour selon le département de domiciliation (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie
Ecart significatifs (ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme et la fragilité socio-économique)

Figure 3 : Activité physique quotidienne moyenne déclarée selon la Profession et catégorie socioprofessionnelle



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

¹Activité physique, Contextes et effets sur la santé, expertise collective Inserm 2008.

Une activité physique qui varie selon le sexe, l'âge et la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)

Tout comme en France métropolitaine, le sexe, l'âge et la PCS sont des facteurs associés à l'activité physique. Les Bas-Normands déclarent en moyenne 2h36 contre 2h11 pour les Bas-Normandes. Un pic d'activité physique est observé entre 30 et 44 ans avec 2h36 d'activité physique déclarée en moyenne par jour pour décroître ensuite avec l'âge (variation similaire à celle observée au niveau national). Les agriculteurs exploitants, les ouvriers et les artisans sont les plus actifs (respectivement 5h43, 2h49 et 2h43 par jour). *A contrario*, les cadres et les professions intellectuelles supérieures déclarent la durée d'activité physique la plus faible (1h31 par jour).

Dénutrition, surpoids et obésité

Une prévalence de la surcharge pondérale en Basse-Normandie similaire au niveau national

La surcharge pondérale concerne 46% des Bas-Normands enquêtés (surpoids et obésité), soit une proportion similaire à celle observée au niveau national selon l'enquête Obépi de l'Institut Roche actualisée en 2012. En 1997, lors de la première vague d'enquête nationale, la prévalence de la surcharge pondérale atteignait moins de 40% de la population si l'on s'en tient à l'indication donnée par l'Indice de Masse Corporelle (cf. Définitions p. 115).

Des situations extrêmes plus fréquentes chez les femmes

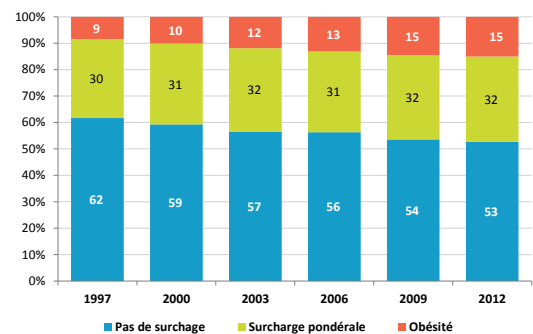
Les Bas-Normandes interrogées présentent plus souvent que les hommes des valeurs de poids « extrêmes », c'est-à-dire une maigreur ou une dénutrition (5 % *versus* 1 % des hommes), ou à l'inverse une obésité (15 % *versus* 12 % chez les hommes). Cependant, le surpoids est nettement plus fréquent chez les hommes (37% *versus* 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 et deux hommes sur trois. Notons également que 4 % des femmes âgées de 75 ans et plus sont en situation de maigreur ou de dénutrition.

Des troubles du sommeil plus fréquents et un état de santé perçu plus dégradé chez les Bas-Normands en situation de dénutrition et d'obésité

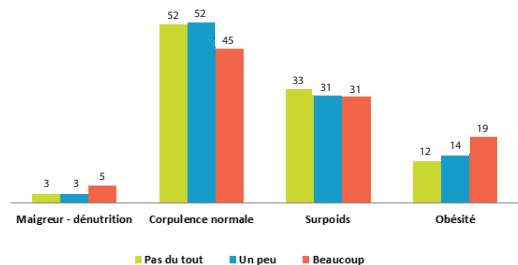
Près de 20 % des Bas-Normands déclarant avoir beaucoup de troubles du sommeil sont obèses, contre 12 % de ceux n'en déclarant pas. De même, 5 % des individus déclarant en avoir beaucoup sont en situation de maigreur ou de dénutrition, contre 3 % des individus qui n'en déclarent pas.

Figure 4 : Evolution de l'Indice de masse corporelle en France métropolitaine / 1997-2012 (%)



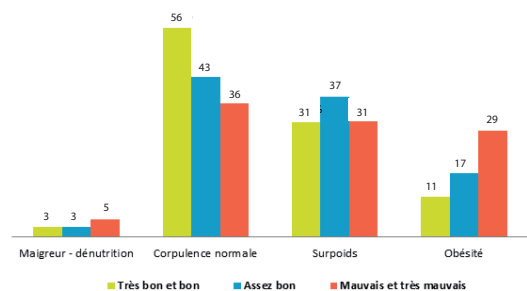
Source : Enquête Obépi - Institut Roche

Figure 5 Prévalence des troubles du sommeil selon l'Indice de masse corporelle (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 6 : Etat de santé perçu selon l'Indice de masse corporelle (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

L'usage d'alcool en Basse-Normandie

Près d'un Bas-Normand interrogé sur dix présente un usage d'alcool à risque ponctuel ou régulier

Selon les derniers résultats du Baromètre Santé publié par l'Inpes (2010), près de 13 % des métropolitains âgés de 18 à 75 ans déclaraient ne jamais avoir consommé d'alcool, soit une proportion inférieure à celle observée en Basse-Normandie (16 % de non consommateurs).

Un tiers des Bas-Normands consomment de l'alcool 2 à 4 fois par mois et un quart une fois par mois ou moins. Plus de 8 % des Bas-Normands enquêtés consomment quotidiennement de l'alcool soit une proportion inférieure à celle observée en moyenne en France métropolitaine en 2010 (11 %).

Au vu de ces consommations, près des trois-quarts des enquêtés ont un usage défini comme « non à risque » (cf. Définitions p. 115) alors que 10 % ont un usage dit « à risque » (9 % à risque ponctuel et 1 % à risque régulier).

Un usage à risque qui concerne toujours majoritairement les hommes même si les écarts se resserrent...

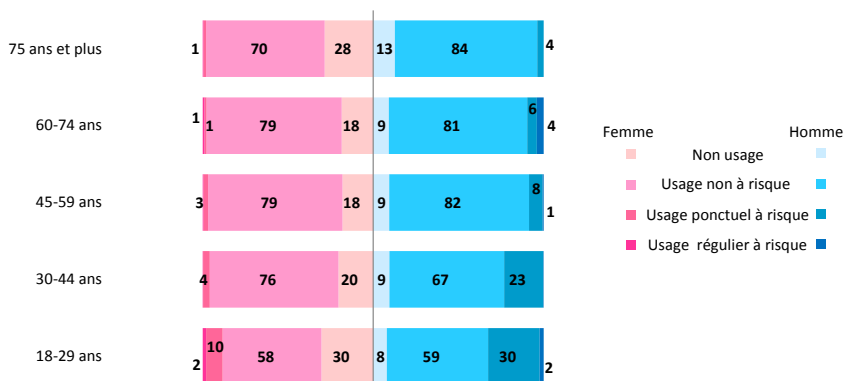
Les françaises ont une consommation d'alcool comportement plus modérée. Toutefois, ces dernières tendent à adopter les comportements à risque masculins en termes de consommation addictive depuis ces 20 à 30 dernières années. Le constat est le même en Basse-Normandie où la consommation d'alcool est certes plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (91 % des hommes ont une consommation de boissons alcoolisées contre 78 % des femmes) mais les écarts constatés entre les hommes et les femmes se réduisent. En 1998, lors de la première enquête santé menée auprès des Bas-Normands, les hommes étaient neuf fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool quotidiennement. En 2012, ils sont trois fois plus nombreux, reflet d'une augmentation de la consommation féminine.

Plus précisément, l'usage « à risque » (cf. figure 8) est trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, concernant ainsi 16 % des Bas-Normands contre 5 % des Bas-Normandes. Cependant, la différence est moins importante sur l'usage régulier à risque. Notons que les faibles effectifs concernés incitent à la prudence quant à l'interprétation de ces derniers résultats. Pour finir, les femmes interrogées sont deux fois plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir consommé de boissons alcoolisées.

... et qui se réduit avec l'âge

Si la consommation quotidienne croît avec l'âge, le niveau de consommation (non usage, usage non à risque ou à risque) suit une variation différente en fonction de l'âge et du sexe. Les répondantes les plus jeunes (moins de 30 ans) sont plus nombreuses que leurs aînées à être classées comme consommatrices à risque mais elles sont aussi plus nombreuses à ne pas consommer d'alcool. Le non usage et l'usage à risque diminuent fortement à partir de 30 ans pour laisser la place à l'usage non à risque. L'usage à risque de boissons alcoolisées des hommes enquêtés suit la même tendance en diminuant à mesure que l'âge des répondants augmente.

Figure 9 : Usage de boissons alcoolisées selon le sexe et l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 7 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées (%)

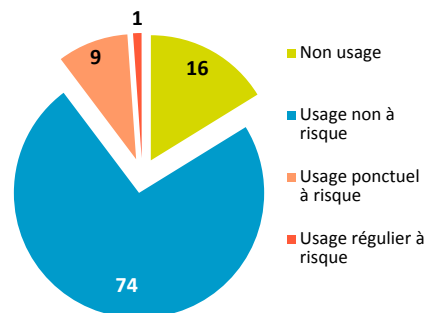
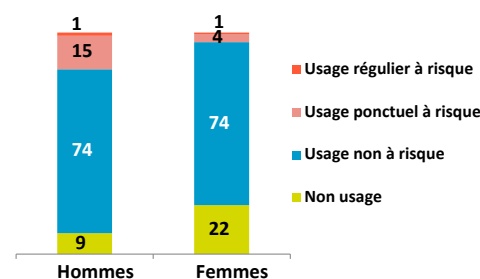


Figure 8 : Répartition de Bas-Normands selon le sexe et l'usage de boissons alcoolisées (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Toutefois, cette diminution de l'usage à risque est plus lente et le plateau de 80 % d'usage non à risque est atteint plus tard que pour les femmes (à partir de 45 ans et non pas 30 ans).

Quant aux hommes âgés de 60 et plus, ils sont plus nombreux à témoigner d'un usage à risque régulier.

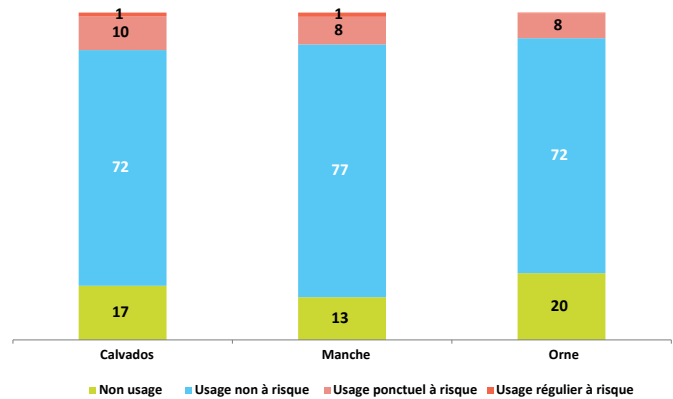
En résumé, l'usage à risque ponctuel est une problématique concentrée chez les plus jeunes alors que l'usage régulier à risque, qui met du temps à s'installer, concerne davantage les sujets âgés.

Une consommation problématique d'alcool sur l'ensemble du territoire bas-normand, toutefois moins marquée dans le département de l'Orne

Un Ornaïen sur cinq déclare ne pas consommer d'alcool, soit une proportion supérieure à celle observée dans les autres départements (20 % des Ornaïens contre 17 % des Calvadosiens et 13 % des Manchois).

En revanche, la part des Bas-Normands ayant un usage d'alcool à risque ponctuel ou régulier est plus élevée dans le département de Calvados et ce, indépendamment du sexe et de l'âge.

Figure 10 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées et leur département de domiciliation (%)

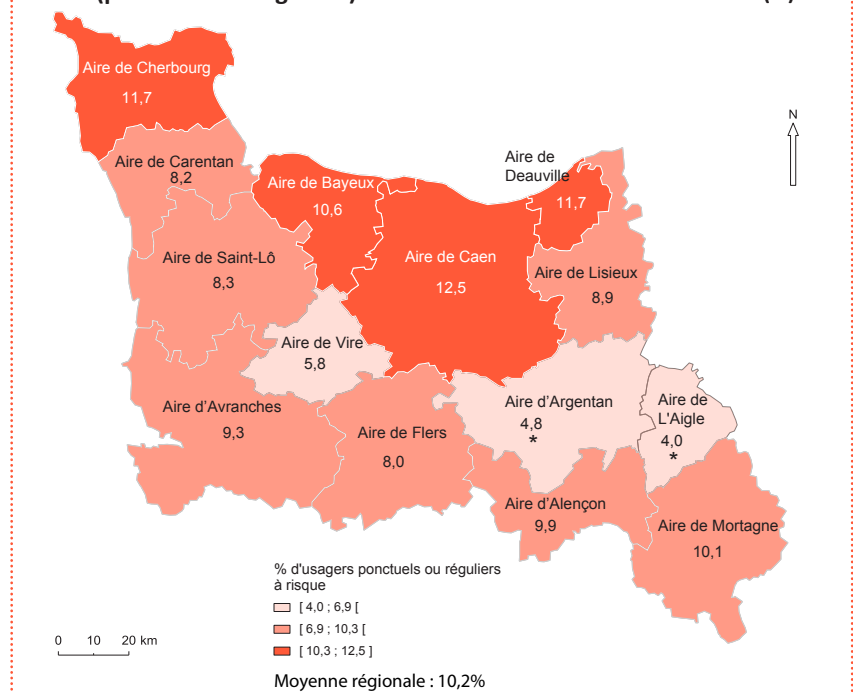


Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Les aires d'études d'Argentan et de L'Aigle moins concernées par un usage d'alcool à risque qu'en moyenne en région

Si le département de domiciliation est un facteur associé au type de consommation d'alcool, l'analyse à une échelle géographique plus fine montre une certaine homogénéité en ce qui concerne la consommation excessive d'alcool. La proportion d'usagers d'alcool à risque (ponctuels ou réguliers) varie de 4 % à 12 %. Toutefois, les écarts constatés entre les aires d'études (cf. Définitions p. 115) et la moyenne régionale ne se vérifient pas au plan statistique, à l'exception des aires d'études d'Argentan et de L'Aigle qui semblent davantage épargnées.

Carte 2 : Proportion d'usagers d'alcool « à risque » (ponctuels ou réguliers) selon l'aire d'étude de domiciliation (%)



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

* Ecarts significatifs entre la moyenne régionale et l'aire d'étude

Un niveau de consommation d'alcool en milieu rural / urbain moins contrasté qu'il y a une dizaine d'années

Lors de la première enquête réalisée en 1998 sur la santé des Bas-Normands, avait été observée une consommation d'alcool plus élevée en milieu rural. Une dizaine d'années plus tard, les niveaux d'usage de boissons alcoolisées entre les personnes domiciliées en milieu rural, périurbain ou urbain sont relativement homogènes et les faibles écarts constatés ne sont pas statistiquement significatifs.

Un usage d'alcool ponctuel à risque plus élevé chez les Bas-Normands en formation

L'usage ponctuel à risque est particulièrement important chez les Bas-Normands en formation : 23 % d'entre-eux ont en effet déclaré un usage ponctuel à risque contre 8 % du reste des Bas-Normands enquêtés (plus précisément 12 % des personnes en situation d'emploi, 11 % de celles sans emploi et 3% des retraitées).

Un niveau de consommation qui varie selon le mode de cohabitation et la composition familiale

Plus précisément, les personnes célibataires ont plus souvent une consommation à risque que les enquêtés mariés (et ce indépendamment du sexe et de l'âge). En 1998, ce même constat était souligné.

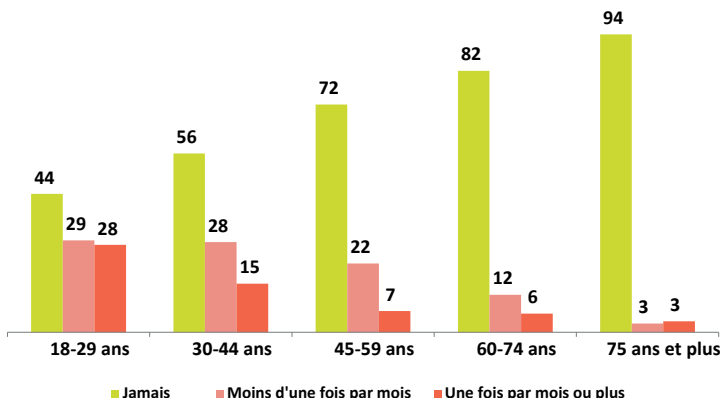
Les Bas-Normands ne vivant pas en couple mais pas seuls pour autant sont plus de 20 % à avoir un usage d'alcool ponctuel à risque contre 10 % des Bas-Normands vivant en couple avec enfant, 7 % des personnes seules et 5 % des parents isolés. Chez ces derniers, la proportion de non consommateurs d'alcool est d'ailleurs la plus élevée (21 %).

La forte proportion de Bas-Normands en situation d'usage d'alcool ponctuel à risque parmi les personnes ne vivant pas seules mais pas en couple est à mettre en lien avec les résultats obtenus précédemment. Rappelons que le fait d'être jeune et d'être en situation de formation sont des facteurs fortement associés au niveau de consommation d'alcool. Or, la colocation est un mode de cohabitation particulièrement privilégié par les jeunes étudiants.

Le « Binge Drinking », un comportement fréquent chez les jeunes bas-normands

Selon les derniers résultats des enquêtes de l'Inpes et de l'OFDT, la pratique d'alcoolisation ponctuelle intensive ou encore de « Binge Drinking » (cf. Définitions p. 115) est particulièrement présente chez les jeunes et s'accroît en France métropolitaine : 18 % des Français âgés de 15-75 ans connaissent des épisodes d'alcoolisation ponctuelle intensive au cours d'un mois (6 verres ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par mois). Cette proportion est de 25 % si l'on considère les personnes âgées de moins de 30 ans.

Figure 13 : Consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 11 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées et leur occupation (%)

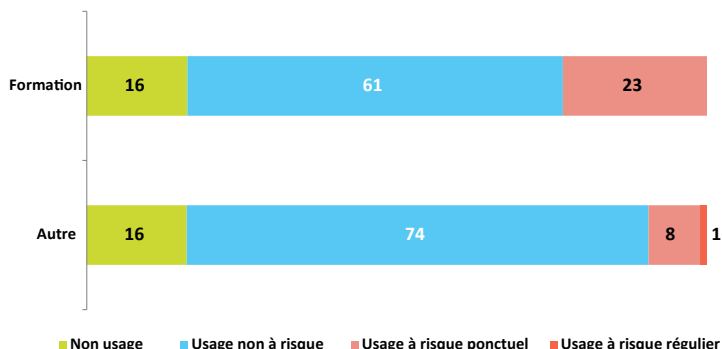
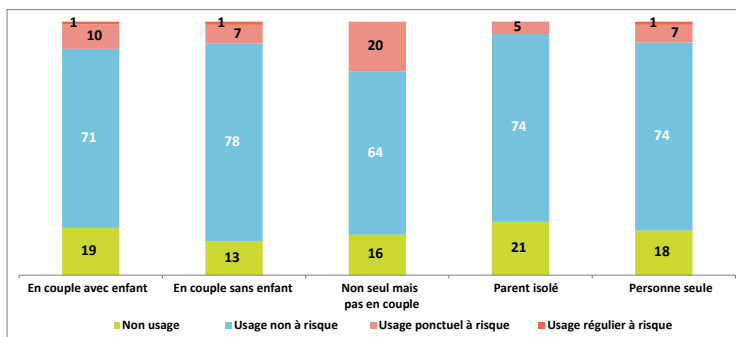


Figure 12 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées et leur statut familial (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

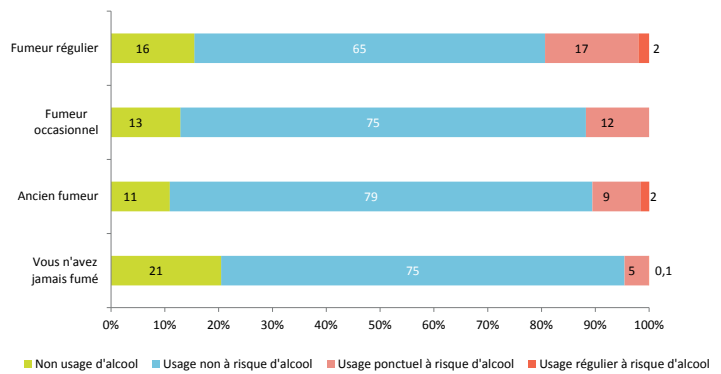
L'importance de ce comportement chez les Bas-Normands enquêtés notamment chez ceux âgés de moins de 30 ans confirme ces résultats à l'échelle régionale. Près de 30 % des Bas-Normands âgés de 18-30 ans déclarent avoir consommé plus de 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion au moins une fois par mois (figure 13). Cette proportion décroît ensuite pour atteindre 3 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Globalement, moins de 45 % des Bas-Normands âgés de moins de 30 ans n'ont jamais eu d'épisode de « Binge Drinking ». Les jeunes sont donc particulièrement concernés par ce phénomène, notamment les jeunes hommes. 35 % des Bas-Normands âgés de moins de 30 ans connaissent des épisodes d'alcoolisation ponctuelle intensive mensuelle contre 16 % de

leurs homologues féminines.

Un usage d'alcool ponctuel à risque plus important chez les fumeurs

Près d'un Bas-Normand enquêté sur quatre est fumeur régulier, 31 % sont d'anciens fumeurs. Le mode de consommation de tabac et le mode de consommation d'alcool sont fortement liés. Pour exemple, parmi les 42 % de Bas-Normands n'ayant jamais fumé, 4 % ont un usage d'alcool à risque tandis qu'ils sont 12 % chez les fumeurs occasionnels et 18 % chez les fumeurs réguliers. Ainsi, parmi l'ensemble des Bas-Normands enquêtés, 5 % consomment à la fois du tabac régulièrement et sont usagers de boissons alcoolisées à risque (ponctuels ou réguliers).

Figure 14 : Usage d'alcool selon la consommation de tabac (%)



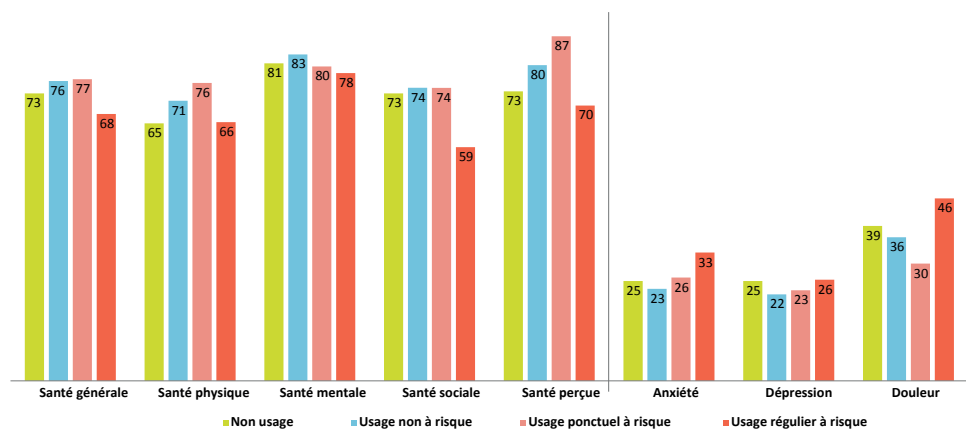
Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Une qualité de vie générale moins bonne chez les usagers réguliers « à risque », notamment en termes de santé sociale et perçue...

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Depuis, cette définition a été modifiée afin d'inclure la capacité à mener une « vie socialement et économiquement fructueuse ». Dans ce cas, les éléments définissant la qualité de vie doivent être pris en considération pour définir au mieux l'état de santé d'une population. La qualité de vie est une notion complexe à mesurer dont l'approche peut se faire de différentes manières. Dans l'enquête santé des Bas-Normands, elle a été mesurée au moyen du score de Duke (cf. Définitions p. 115) qui permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus. Le score de Duke, aussi appelé Profil Santé, s'attache à analyser une dizaine de dimensions dont la santé physique, la santé mentale, sociale ou bien encore perçue.

Tout comme en France métropolitaine, la perception de la qualité de vie varie selon le sexe. Les hommes présentent des scores plus élevés que les femmes et ce quelles que soient les dimensions considérées (78 contre 72 pour les femmes en ce qui concerne la santé générale). Les écarts constatés entre les hommes et les femmes sont particulièrement importants pour les dimensions « santé physique », « dépression » et « douleur ». L'âge est également un facteur associé au score de Duke, avec une santé générale et notamment perçue qui se dégrade avec l'âge.

Figure 15 : Score de Duke moyen en fonction de l'usage d'alcool



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Le niveau de consommation d'alcool est également un facteur associé à la qualité de vie des Bas-Normands interrogés. Les scores des différentes dimensions sont moins bons chez les individus ayant un usage à risque régulier de boissons alcoolisées, suivis de ceux qui ne consomment pas d'alcool. Les scores sont particulièrement faibles pour les Bas-Normands usagers réguliers à risque en ce qui concerne les dimensions « santé sociale » et « santé perçue ». Les scores moyens sont assez proches entre les individus ayant un usage ponctuel d'alcool à risque et les individus ayant un usage non à risque d'alcool, excepté, pour la santé perçue. L'usage à risque ponctuel étant un caractère souvent constaté chez les plus jeunes, il n'est pas étonnant de retrouver un score moyen de santé perçue élevé chez les individus présentant un usage à risque ponctuel.

Un manque de lien social, un facteur associé à l'usage régulier à risque de boissons alcoolisées

De nombreux facteurs peuvent être liés à une situation d'isolement ou de manque de lien social. Cette notion d'isolement peut être approchée au moyen de variables concernant l'entourage familial ou amical, la pratique d'activités en groupe, l'estime de soi, le fait d'occuper un emploi...

Allant dans le sens d'une corrélation entre manque de lien social et usage régulier d'alcool, nous avons vu précédemment que les scores de la dimension « santé sociale » du profil de Duke (notamment le manque de relations familiales et amicales), les plus faibles étaient mesurés chez les Bas-Normands en situation d'usage régulier à risque de boissons alcoolisées.

Ce lien entre isolement et usage régulier d'alcool avait déjà été mis en évidence lors de l'enquête de 1998.

De même, les Bas-Normands sans emploi sont également proportionnellement plus nombreux à être dans cette situation. Près de 5 % de ces derniers présentent un usage régulier à risque alors que ce comportement reste marginal pour le reste de la population enquêtée.

Toutefois il est important de noter que les Bas-Normands sans emploi se caractérisent également par une part d'utilisateurs non à risque plus faible au profit des non consommateurs d'alcool.

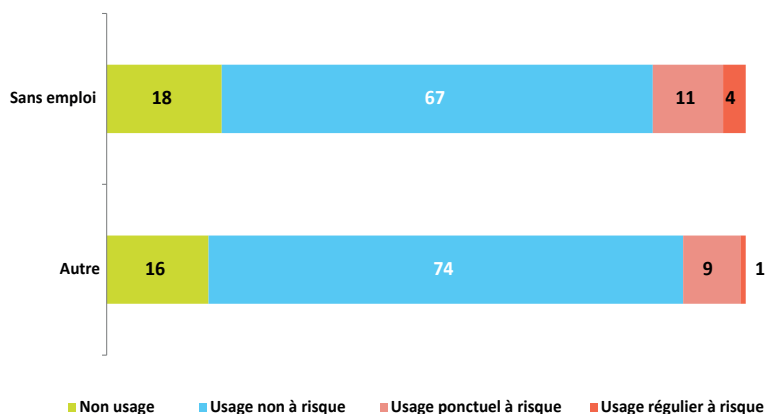
Un non usage d'alcool plus fréquent chez les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique

Cette même tendance s'observe avec l'étude du score EPICES qui mesure la fragilité socio-économique (cf. Définitions p. 115). Cette notion ne peut s'appréhender uniquement avec le fait d'avoir un emploi ou non, même si cette dernière composante paraît essentielle. Le score EPICES regroupe un ensemble de questions portant notamment sur la situation familiale, les relations sociales, les difficultés financières.... (cf. Définitions p. 115).

Globalement, près de 30 % des Bas-Normands enquêtés sont en situation de fragilité socio-économique selon ce score. Les facteurs fortement corrélés à la fragilité socio-économique sont l'âge élevé, le fait d'être célibataire, une santé perçue comme étant mauvaise, un faible niveau d'études ou bien encore une santé mentale dégradée (symptômes dépressifs, pensées suicidaires).

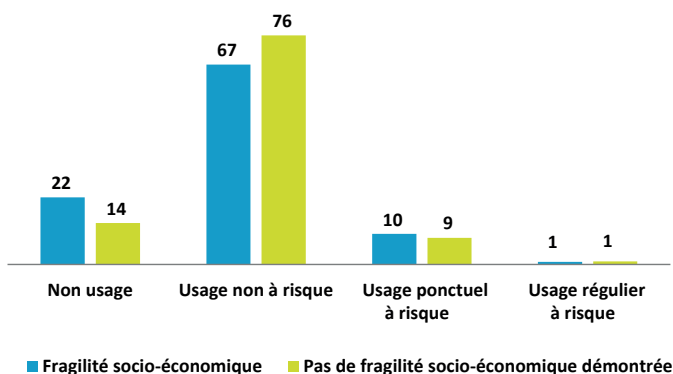
L'analyse croisée de ce score avec l'usage d'alcool nous apprend que les individus ayant une fragilité socio-économique sont proportionnellement moins nombreux à avoir un usage de boissons alcoolisées non à risque au profit des non consommateurs d'alcool. En revanche, la part d'utilisateurs à risque (ponctuels ou réguliers) ne varie pas, quant à elle, en fonction de cette variable.

Figure 16 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées et leur occupation (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 17: Usage d'alcool selon la fragilité socio-économique (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Facteurs associés au profil global à risque de consommation d'alcool

Associés à l'usage de boissons alcoolisées, les résultats du questionnaire DETA ont permis de déterminer un profil global de consommation d'alcool (cf. Définitions p. 115) tenant compte de la notion de dépendance au-delà d'une consommation mesurée en nombre de verres. Trois profils ont ainsi pu être définis : profil sans risque, profil à risque sans dépendance et profil à risque avec dépendance.

Il s'agit ici d'examiner quelles caractéristiques sont associées au profil global à risque (avec ou sans dépendance) de consommation d'alcool des Bas-Normands enquêtés, qu'elles soient socio-démographiques, géographiques ou autres. On parle de « facteurs associés » car, a priori, ces caractéristiques peuvent être liées à la consommation d'alcool, sans en être elles-mêmes des conséquences. Des régressions logistiques (cf. Définitions p. 115) sont utilisées ici, non pas pour mesurer des relations causales à proprement parler, mais pour vérifier qu'une relation entre une caractéristique donnée et le profil global de consommation d'alcool reste significative, une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés.

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées, sept variables sont particulièrement associées au fait de présenter un profil global à risque de consommation d'alcool. En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », les hommes ont 5,5 fois plus de « chances » de présenter un profil global à risque de consommation d'alcool. Les individus de l'échantillon ayant déclaré avoir eu une fois au moins « une période d'au moins deux semaines pendant laquelle ils se sentaient constamment tristes, déprimés, sans espoir », ont également 1,7 fois plus de risque d'avoir une consommation d'alcool à risque que ceux qui n'ont jamais vécu une telle période. Le constat est identique pour les personnes qui ont déclaré avoir « au cours des 12 derniers mois pensé au suicide » (Odds Ratio¹=1,9). Déclarer des problèmes de sommeil est également associé à un risque plus important de présenter un profil global à risque ainsi que la prise d'un traitement médicamenteux quotidien (OR=1,5).

A l'inverse, à partir de 45 ans on constate une diminution nette du risque de présenter un profil global à risque. De même, le fait de vivre dans l'Orne ou dans la Manche, toutes choses égales par ailleurs, est un facteur « protecteur » comparativement au fait de vivre dans le Calvados.

Tableau 3 : Facteurs associés au profil global à risque de consommation d'alcool

Selon les caractéristiques sélectionnées	Odds Ratio	Intervalle de confiance	Significativité à 5%
Sexe			
Féminin	Réf		
Masculin	5,49	[4,25 ; 7,09]	S
Age			
18-29 ans	Réf		
30-44 ans	0,79	[0,58 ; 1,07]	ns
45-59 ans	0,38	[0,27 ; 0,54]	S
60-74 ans	0,34	[0,23 ; 0,51]	S
75 ans et plus	0,15	[0,08 ; 0,27]	S
Département de domiciliation			
Calvados	Réf		
Manche	0,71	[0,55 ; 0,93]	S
Orne	0,68	[0,50 ; 0,93]	S
Traitement médicamenteux			
Non ou occasionnellement	Réf		
Oui, régulièrement	0,64	[0,34 ; 1,20]	ns
Oui, quotidiennement	1,53	[1,17 ; 2,01]	S
Période de 2 semaines triste, déprimé, sans espoir			
Non	Réf		
Oui, une fois	1,70	[1,26 ; 2,28]	S
Oui, plusieurs fois	1,77	[1,33 ; 2,36]	S
Penser au suicide au cours des 12 derniers mois			
Non	Réf		
Oui	1,92	[1,27 ; 2,91]	S
Problème de sommeil			
Pas du tout	Réf		
Un peu	1,66	[1,29 ; 2,15]	S
Beaucoup	1,37	[0,97 ; 1,94]	ns

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie
Aide à la lecture : les hommes ont 5,49 fois plus de « risques » de présenter un profil global à risque de consommation d'alcool

¹ Les Odds-Ratio (OR) ou « rapports des chances » permettent de quantifier le lien entre la variable à expliquer et la variable explicative. Un OR significativement supérieur à 1 signifie qu'il y a plus de « chances », au sens statistique du terme, de posséder la caractéristique expliquée que de ne pas la posséder, et inversement pour un OR inférieur à 1.

Dépistage

Cancer du col de l'utérus

L'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus ont diminué de moitié depuis une trentaine d'années dans les pays développés, grâce à la diffusion du dépistage par frottis cervico-utérin. S'il n'existe pas de programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, un frottis du col utérin est recommandé pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, tous les 3 ans, après 2 frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle. Un autre moyen complémentaire a été identifié pour lutter contre le cancer : la vaccination préventive pour les jeunes filles contre le papillomavirus humain (HPV).

Une pratique du frottis du col utérin bien en deçà de la moyenne nationale

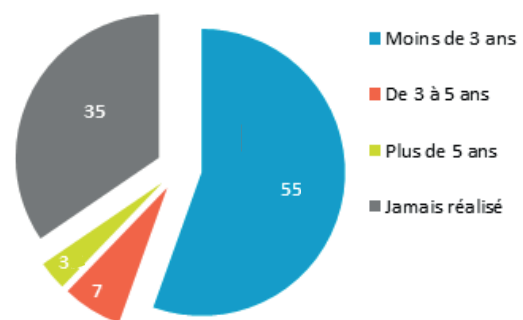
Plus d'un tiers des Bas-Normandes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus (c.à.d. âgées de 25 à 65 ans) ont déclaré n'avoir jamais réalisé de frottis du col utérin au cours de leur vie. 3 % l'ont réalisé il y a plus de 5 ans et 10 % entre 3 et 5 ans. Ce sont donc 55 % des Bas-Normandes âgées de 25 à 65 ans qui déclarent avoir réalisé un frottis au cours des trois dernières années, soit une proportion similaire à celle observée lors de l'enquête menée en 1998.

Dans le cadre d'enquêtes déclaratives, la prévalence de réalisation d'un frottis du col utérin dans les trois dernières années varie au niveau national de 74 % à 81 % selon les estimations (Enquête Santé et Protection Sociale-Irdes¹ et Baromètre Cancer Inpes/INCa²). La Basse-Normandie présente donc une prévalence déclarée en deçà de celle observée au niveau national.

L'âge est un facteur déterminant dans la prévalence du frottis : les Bas-Normandes âgées de 25 à 34 ans y ont moins recours que leurs aînées (51 % des 25-34 ans contre 70 % des 55-65 ans). De même, les femmes en situation de fragilité socio-économique (cf. Définitions p. 115) sont moins sensibles aux recommandations en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus. Si plus de 70 % des femmes qui ne sont pas en situation de fragilité socio-économique ont réalisé un frottis au cours de leur vie, seulement la moitié de celles « fragiles socio-économiquement » sont dans ce cas.

Si l'on considère les femmes concernées par le dépistage du col utérin, celles qui n'ont pas consulté de médecins généralistes au cours des 12 derniers mois et qui n'ont pas d'enfant ont plus de « risque » de ne jamais avoir réalisé de frottis.

Figure 18 : Dernier frottis du col utérin (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Les structures de gestion du dépistage organisé en Basse-Normandie

Le dépistage organisé sur le territoire national repose sur des structures de gestion chargées de la promotion, de la gestion et du suivi de ces dépistages. En Basse-Normandie, les structures intervenant sont :

- Mathilde pour le Calvados,
- Régie départementale de la prévention et du suivi des cancers pour l'Orne,
- Iris pour la Manche.

Les structures présentes sur les départements du Calvados et de l'Orne gèrent le dépistage organisé des cancers du sein et du côlo-rectum. IRIS Manche a été constituée pour organiser le « tri-dépistage » du cancer du sein, du cancer colo-rectal mais également du cancer du col de l'utérus.

¹ Caroline Allonier, Paul Dourgnon, Thierry Rochereau. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Rapport n° 547 (biblio n° 1800) - Juin 2010. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

² Beck F., Gautier A. (dir.). Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2012 : 272 p.

Cancer du sein

Une mammographie de dépistage du cancer du sein est conseillée pour toute femme âgée de 50-74 ans tous les deux ans. Le référentiel européen de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé, mis à jour en 2006, préconise pour un coût-bénéfice suffisant un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %. Toutefois, le bénéfice individuel sur le risque de décéder d'un cancer du sein reste vrai quel que soit le taux de participation de la population. Au delà de la première participation au dépistage organisé, c'est la fidélisation des femmes au programme qui est visée puisqu'afin d'observer un effet réducteur sur la mortalité par cancer du sein, les femmes doivent bénéficier régulièrement et à long terme d'une mammographie de dépistage.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé à tout le territoire français en 2004. En Basse-Normandie, les actions ont commencé dès le début des années 90 avec la mise en œuvre dans le département de l'Orne du « Mammobile 61 », camion de radiologie allant à la rencontre des femmes concernées. Actuellement, 4 mammobiles sont en activité en France : un mammobile participe au dépistage dans l'Orne, un dans l'Aveyron et deux dans l'Hérault.

Le programme de dépistage organisé, en France tout comme en Basse-Normandie, coexiste avec une démarche de détection individuelle, à l'initiative des femmes ou du professionnel de santé qui les suit.

Un taux de participation au dépistage organisé supérieur en Basse-Normandie

Selon l'institut de veille sanitaire, 57 % des Bas-Normandes âgées de 50-74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein en 2012-2013, soit une proportion supérieure à celle observée au niveau national (52 %). Le taux de participation au programme de dépistage organisé semble avoir atteint, tant au niveau national que régional, un palier en 2008 qui se confirme de nouveau en 2013.

Une prévalence déclarée (dans le cadre d'une démarche organisée ou individuelle) moins importante qu'au niveau national

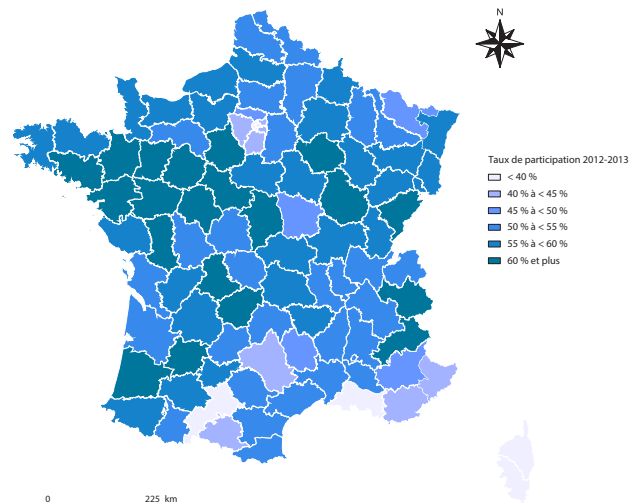
Si plus de 90 % des Bas-Normandes enquêtées âgées de 50-74 ans ont déjà réalisé une mammographie de dépistage du cancer du sein, seules 72 % en ont bénéficié dans le cadre d'une démarche individuelle ou organisée, depuis moins de deux ans.

Au niveau national, la proportion de femmes ayant déclaré avoir réalisé une mammographie depuis moins de deux ans varie de 76 % à 87 % selon les différentes estimations (Enquête Santé et Protection Sociale-Irdes, Enquête Handicap Santé-Insee et Baromètre Cancer Inpes/INCa). La Basse-Normandie présente donc une prévalence déclarée en deçà de celle observée au niveau national (démarche organisée ou individuelle).

En 1998, l'enquête santé des Bas-Normands faisait déjà état d'un dépistage moins fréquent en région qu'au plan national.

Rappelons qu'à l'inverse, le taux de participation au dépistage organisé constaté en Basse-Normandie est supérieur au taux national. Ceci sous-entendrait donc une moindre pratique du dépistage en région dans le cadre d'une démarche individuelle. Si l'âge ne semble pas influencer sur la participation et la date de dépistage (organisé ou individuel), les femmes en situation de fragilité socio-économique (cf. Définitions p. 115) ont significativement moins réalisé de mammographie de dépistage : 17 % des femmes en situation de fragilité socio-économique n'ont jamais réalisé de mammographie de dépistage contre 6 % des femmes non « fragiles ».

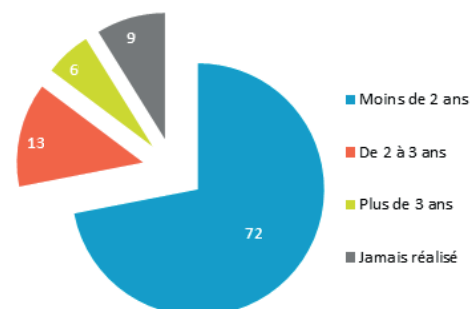
Carte 3 : Taux de participation* au dépistage organisé du cancer du sein par département (2012-2013**)



Sources : Institut de Veille Sanitaire - février et avril 2014 (Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal)
* standardisation sur la population française 2009 (Projections de population Insee [scénario central] 2007-2042)

**Le nombre de femmes dépistées au cours d'une année peut être influencé par les stratégies d'invitation. Les taux calculés sur deux ans permettent de prendre en compte une période au cours de laquelle toute la population cible devrait avoir été invitée et ainsi reflètent mieux la participation des femmes.

Figure 19 : Dernière mammographie de dépistage du cancer du sein (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Cancer du côlon-rectum

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal cible les femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans et propose un test de recherche de sang dans les selles tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité. Il est déployé sur l'ensemble du pays depuis 2009. Le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 % pour que le programme de dépistage soit coût-efficace. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé.

Tout comme pour le cancer du sein, le dépistage organisé est couplé avec les démarches individuelles, à l'initiative des personnes ou du professionnel de santé qui les suit.

Un taux de participation au dépistage organisé supérieur en Basse-Normandie

Selon l'institut de veille sanitaire, 35 % des Bas-Normands âgés de 50-74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal en 2012-2013, soit une proportion supérieure à celle observée au niveau national (31 %). Le taux de participation du département du Calvados est le plus faible de la région, mais cet écart peut s'expliquer par le rôle pilote du département dans le changement de test de recherche de sang occulte dans les selles qui sera étendu au reste de la France en 2015.

Entre 2009 et 2012, le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal constaté en Basse-Normandie était en baisse tout comme au niveau national. Sur les deux dernières années de campagne, ce taux semble repartir à la hausse en région alors qu'il continue de diminuer en France.

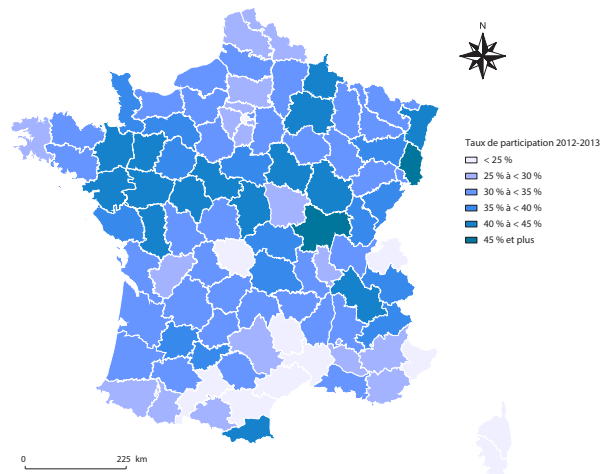
Une prévalence déclarée (dans le cadre d'une démarche organisée et individuelle) similaire à celle observée au niveau national et en augmentation

En Basse-Normandie, 58 % des individus interrogés, concernés par les recommandations de dépistage du cancer colorectal, ont réalisé une recherche de sang occulte dans les selles au cours de leur vie et 46 % au cours des deux dernières années. Au niveau national, près de 45 % des personnes de 50 à 74 ans interrogées en 2010 déclaraient avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux dernières années, et plus de la moitié au cours de leur vie.

En 1998, le dépistage du cancer colorectal ne concernait qu'un peu plus du quart de la population bas-normande enquêtée âgée de 45-74 ans.

Tout comme au niveau national, l'âge est un facteur qui influe fortement sur ce type de dépistage. Près de 70 % des Bas-Normands âgés de 60 à 74 ans se sont déjà fait dépister contre 49 % des individus de 50 à 59 ans. De nouveau, un lien entre fragilité socio-économique et pratique de dépistage est constaté. Les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique sont 47 % à avoir réalisé un dépistage au cours de la vie contre 62 % pour les autres.

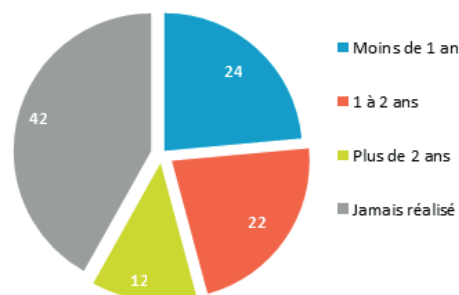
Carte 4 : Taux de participation* au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum par département (2012-2013)



Sources : Institut de Veille Sanitaire - février 2014 (Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal)

* Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes dépistées et la population cible du dépistage (hommes et femmes de 50 à 74 ans) dont sont exclues les personnes exclues du dépistage pour raisons médicales. Le taux est standardisé sur la population française 2009 (Projections de population Insee [scénario centra] 2007-2042).

Figure 20 : Dernière recherche de sang occulte dans les selles (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Facteurs associés au respect des recommandations de dépistage

Il s'agit ici d'examiner quelles caractéristiques des Bas-Normands enquêtés sont associées au respect des recommandations de dépistage (fréquence de réalisation), qu'elles soient socio-démographiques, géographiques ou autres. On parle de « facteurs associés » car, a priori, ces caractéristiques peuvent être liées au dépistage, sans en être elles-mêmes des causes ou conséquences. Des régressions logistiques (cf. Définitions p. 115) sont utilisées ici, non pas pour mesurer des relations causales à proprement parler, mais pour vérifier qu'une relation entre une caractéristique donnée et le respect des recommandations de dépistage reste significative, une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés.

Fragilité socio-économique et non recours à un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois : principaux facteurs associés au non respect des recommandations de dépistage

Cancer du col de l'utérus

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête, cinq variables sont particulièrement associées au fait de respecter ou non les recommandations de dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », les femmes âgées de 35-54 ans ont 1,7 fois plus de chances, que celles âgées de 25-34 ans, d'avoir réalisé un frottis du col utérin dans les trois dernières années. Déclarer un usage d'alcool non à risque apparaît également comme un facteur protecteur.

A l'inverse, être en situation de fragilité socio-économique, être domicilié dans l'aire d'étude de Saint-Lô et ne pas avoir eu recours à un médecin généraliste, sont des facteurs de risque de non respect des recommandations de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Cancer du sein

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête (cf. Définitions p. 115), cinq variables sont particulièrement associées au fait de respecter ou non les recommandations de dépistage du cancer du sein. En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », les femmes domiciliées dans le département de l'Orne ont 2 fois plus de « chances », que celles domiciliées dans le Calvados, d'avoir réalisé une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années. A l'inverse, déclarer une consommation tabagique régulière, présenter une obésité, être en situation de fragilité socio-économique et ne pas avoir consulté de médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, sont associés à un risque plus important de ne pas respecter les recommandations de dépistage du cancer du sein.

Cancer du côlon-rectum

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête, quatre variables sont particulièrement associées au fait de respecter ou non les recommandations de dépistage du cancer du côlon-rectum. En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », les Bas-Normands retraités ont 2 fois plus de « chances », que les personnes en emploi, d'avoir réalisé une recherche de sang dans les selles dans les deux dernières années.

A l'inverse, être en situation de fragilité socio-économique, être divorcé ou ne pas avoir consulté de médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, est associé à un risque plus important de ne pas respecter les recommandations de dépistage du cancer du côlon-rectum.





COMPORTEMENTS DE SANTÉ : CONSOMMATION, REPORT ET RENONCEMENT AUX SOINS

Les recours aux soins ou plus exactement le report et/ou le renoncement aux soins font encore aujourd'hui l'objet de nombreuses études. En 2008, plus de 16 % des français ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours de l'année pour des raisons financières. Ces renoncements concernent les soins dentaires (11% de la population), les achats de lunettes (4 %) et les visites chez le spécialiste ou le médecin généraliste (3 %)¹. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a récemment mené une enquête sur les déterminants individuels du renoncement aux soins pour raisons financières et ses conséquences sur l'évolution de l'état de santé².

Se basant sur une exploitation transversale de quatre vagues d'Enquête santé et protection sociale (ESPS), les auteurs ont montré que *«les renoncements aux soins, expliqués par les difficultés économiques des patients et par l'assurance, c'est-à-dire par le niveau de reste à charge laissé au patient, ont un effet causal sur la dégradation à quatre ans de l'état de santé perçu»*. Renoncer à des soins entraînerait ainsi un risque plus important de dégradation de l'état de santé, indépendamment de caractéristiques individuelles influant sur l'évolution de l'état de santé.

¹ Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique ». Irdes, Questions d'économie de la santé n° 170, octobre.

² Dourgnon P., Jusot F. et Fantin R., « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », Économie publique/Public economics [En ligne], 28-29 | 2012/1-2, mis en ligne le 20 décembre 2012, consulté le 10 juillet 2014. URL : <http://economiepublique.revues.org/8851>.

Consommation de soins

La consommation de soins peut être abordée à travers l'analyse des fichiers de l'assurance maladie et d'enquêtes en population. Les Bas-Normands ont été interrogés sur leur recours aux professionnels de santé (de premiers recours et de spécialistes entre autres), aux soins hospitaliers et sur leur consommation médicamenteuse.

Recours aux professionnels de santé

Médecin généraliste

Plus de 85 % des Bas-Normands enquêtés ont consulté un généraliste au moins une fois au cours des douze derniers mois (91 % des femmes et 84 % des hommes). Ces proportions sont similaires à celles observées au niveau national. Plus précisément, 38 % des Bas-Normands ont consulté un généraliste une à deux fois et 50 % au moins trois fois au cours de l'année. Un peu plus d'un Bas-Normand sur 10 n'a pas consulté de généraliste au cours des douze derniers mois.

Si les femmes déclarent davantage avoir eu recours à un généraliste, elles déclarent également un plus grand nombre de consultations (55 % ont consulté au moins 3 fois au cours de l'année contre 47 % des hommes). La fréquence de consultation augmente également avec l'âge (un tiers des Bas-Normands âgés de moins de 20 ans ont consulté au moins trois fois contre 80 % de ceux âgés de 75 ans et plus).

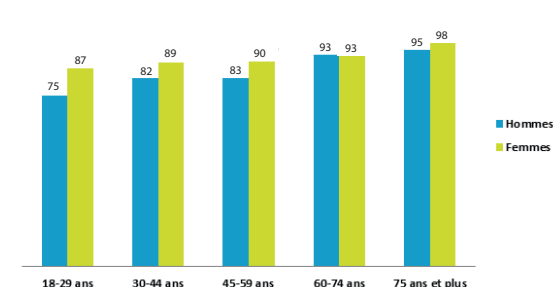
Facteurs associés au fait d'avoir consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête, neuf variables sont particulièrement associées au fait d'avoir eu recours à un généraliste dans les 12 mois précédant l'enquête (cf. tableau 4). Ces variables peuvent se classer selon trois dimensions : variables sociodémographiques, comportementales et d'état de santé. Dans le tableau, un Odds-Ratio supérieur à 1 augmente le « risque » d'avoir consulté un généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête par rapport à l'item de référence (Réf.).

Un recours plus important chez les personnes présentant un état de santé dégradé et chez les Bas-Normands les plus âgés

Être en situation de handicap, présenter une maladie ou un problème de santé chronique ou de caractère durable ainsi qu'être limité dans les actes de la vie quotidienne sont des facteurs associés au recours à un médecin généraliste («risque» de consulter multiplié par plus de 2). De même, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », les Bas-Normands âgés de moins de 75 ans ont près de 5 fois plus de «risque», que ceux âgés de 18 ans à 29 ans, d'avoir eu recours à un médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Les femmes consultent également davantage (toutes choses égales par ailleurs).

Figure 21 : Recours à un médecin généraliste au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Tableau 4 : Facteurs associés au fait d'avoir consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois

	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance	Significativité à 5%
Âge			
18-29 ans	Réf.		
30-44 ans	1,72	[1,24 ; 2,38]	S
45-59 ans	1,22	[0,88 ; 1,70]	ns
60-74 ans	2,39	[1,54 ; 3,70]	S
75 ans et plus	4,88	[2,48 ; 9,60]	S
Sexe			
Homme	Réf.		
Femme	1,64	[1,28 ; 2,10]	S
Département			
Manche	Réf.		
Calvados	1,57	[1,20 ; 2,04]	S
Orne	1,52	[1,09 ; 2,13]	S
Assurance maladie complémentaire			
Pas d'assurance maladie complémentaire	Réf.		
CMU-c	1,20	[0,48 ; 3,05]	ns
Mutuelle ou assurance	2,21	[1,34 ; 3,63]	S
Consommation de tabac			
Non fumeur	Réf.		
Ancien fumeur	0,72	[0,54 ; 0,98]	S
Fumeur occasionnel	1,70	[0,76 ; 3,83]	ns
Fumeur régulier	0,65	[0,48 ; 0,87]	S
Limitation depuis au moins 6 mois dans les activités quotidiennes			
Non	Réf.		
Oui, mais pas fortement	2,22	[1,27 ; 3,85]	S
Oui, fortement	2,07	[0,89 ; 4,78]	ns
Considéré en situation de handicap			
Non	Réf.		
Oui	2,64	[1,10 ; 6,30]	S
Maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable			
Non	Réf.		
Oui	2,76	[2,02 ; 3,75]	S
Indice de masse corporelle			
Corpulence normale	Réf.		
Maigreur/dénutrition	0,89	[0,45 ; 1,77]	ns
Surpoids	0,63	[0,48 ; 0,82]	S
Obésité	1,14	[0,74 ; 1,77]	ns

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Aide à la lecture :

Le «risque» d'avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois est multiplié par 1,64 chez les femmes comparativement aux hommes (toutes choses égales par ailleurs)

Absence d'une couverture maladie complémentaire : facteur socio-démographique fortement associé au non recours à un généraliste

Il apparaît que bénéficier d'une assurance maladie complémentaire est significativement associé au fait d'avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois («risque» multiplié par 2,2, cf. Tableau 4). C'est à dire, qu'à âge, sexe, état de santé comparable... les personnes ne bénéficiant pas d'une mutuelle complémentaire consultent moins.

Les personnes enquêtées domiciliées dans le département de la Manche présentent également, «toutes choses égales par ailleurs» un recours à un médecin généraliste moins important.

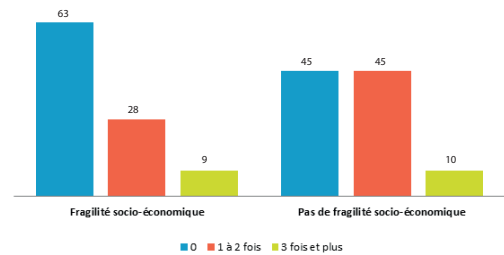
De même, les Bas-Normands en situation de surpoids, « toutes choses égales par ailleurs », ont 1,6 fois plus de risque de ne pas avoir consulté de médecin généraliste au cours des 12 derniers mois que les Bas-Normands de corpulence normale (cf. Définitions p. 115).

Les autres professionnels de premiers recours : chirurgiens-dentistes ou orthodontistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes

Un faible recours au chirurgien-dentiste ou orthodontiste notamment chez les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique

Alors que la Haute autorité de santé (HAS) préconise une visite annuelle chez le dentiste, plus de la moitié des Bas-Normands enquêtés n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste ou orthodontiste au cours des 12 derniers mois. Le non recours à ce professionnel au cours des douze derniers mois est, tout comme au niveau national, plus élevé chez les hommes (54 % versus 47 %). Il est également plus important avant 30 ans et après 75 ans (respectivement 57 % et 61 %). Les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique (selon le score Epices - cf. Définitions p. 115) et au chômage sont ceux présentant le plus faible recours.

Figure 22 : Recours à un chirurgien-dentiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon la fragilité socio-économique (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

A structure sociodémographique comparable (âge, sexe et situation économique et sociale), le fait d'avoir consulté un chirurgien-dentiste ou orthodontiste au cours des 12 derniers mois est lié au fait d'avoir eu recours à un généraliste. Plus de la moitié des Bas-Normands ayant consulté au moins une fois un généraliste ont eu recours au moins une fois à un dentiste ou orthodontiste contre à peine un tiers de ceux n'ayant pas consulté de généraliste.

Un recours aux infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes lié à l'état de santé

Globalement, 28 % des Bas-Normands ont consulté au moins une fois un infirmier pendant l'année. Le sexe et l'âge sont des facteurs liés à la fréquence des consultations : une femme consulte davantage, le recours augmente de façon croissante avec l'âge et il est plus important chez les personnes retraitées et employées (regroupant aussi bien, au sens de l'Insee, les agents de bureau, les agents hospitaliers, les pompiers). De même, les individus en situation de fragilité socio-économique et ayant un état de santé perçu comme dégradé présentent un recours plus important. Toutefois, « toutes choses égales par ailleurs », seules les variables état de santé perçu, fragilité socio-économique et Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) restent significatives.

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, le recours est également lié à l'état de santé perçu des individus, ceux déclarant un mauvais état de santé étant ceux ayant le plus consulté. Cependant, les Bas-Normands au chômage (une fois ajusté sur l'état de santé perçu, le sexe et l'âge) ont eu moins recours à un masseur-kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois que les Bas-Normands en emploi (8 % versus 18 %).

Les spécialistes

Un recours au spécialiste qui augmente avec l'âge

Comme pour la médecine générale, le recours à la médecine spécialisée augmente globalement avec l'âge. Ce constat est particulièrement marqué pour le recours au cardiologue : 5 % des Bas-Normands âgés de moins de 30 ans déclarent avoir consulté un cardiologue dans l'année contre près de 40 % à partir de 75 ans. Si les femmes consultent davantage que les hommes, ces écarts tendent à se réduire avec l'âge. Concernant la variable âge, le recours au gynécologue décroît quant à lui selon l'âge : plus de 60 % des femmes âgées de moins de 45 ans ont consulté un gynécologue au cours des 12 derniers mois contre moins d'un tiers des femmes âgées de 60-74 ans et 7 % des femmes de 75 ans et plus.

Les plus diplômés, les moins fragiles socio-économiquement et les mieux couverts déclarent davantage de recours à un spécialiste

Quelle que soit la spécialité considérée, les Bas-Normands ne présentant pas de fragilité socio-économique (au sens du score Epices) ont un recours plus important aux spécialistes. A âge, sexe, situation familiale et état de santé comparable, les Bas-Normands qui bénéficient d'une couverture maladie (CMU-C ou assurance ou mutuelle) ont eu davantage recours à un spécialiste au cours des derniers mois. Toutefois, ce constat est à nuancer en ce qui concerne le recours à un « psy » (médecins psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou psychanalystes), plus fréquent pour les Bas-Normands au chômage.

La médecine non conventionnelle

Plus de 15 % des Bas-Normands enquêtés ont déclaré avoir consulté un professionnel de la médecine non conventionnelle non remboursé par la sécurité sociale (ostéopathe, homéopathe...) au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Les femmes ont davantage recours à ce type de professionnel (19 % versus 13 %) ainsi que les individus qui ne présentent pas de fragilité socio-économique. A noter, que le recours à un professionnel de médecine non conventionnelle est également plus élevé (à âge, sexe et situation sociale comparable) chez les Bas-Normands ayant déclaré avoir reporté ou renoncé à des soins (24 % versus 15 %).

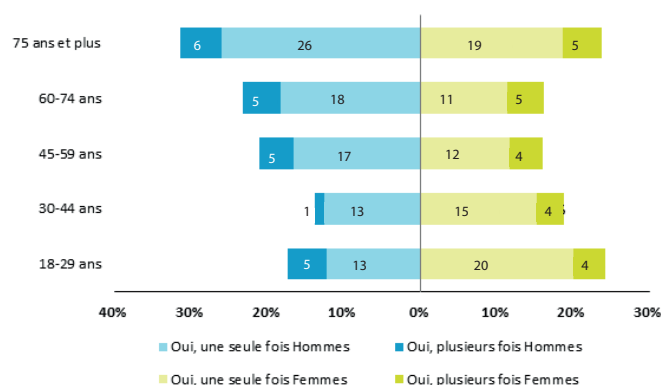
Recours aux soins hospitaliers

Un recours à l'hospitalisation plus important chez les hommes à partir de 60 ans

Près de 20 % des Bas-Normands enquêtés ont été hospitalisés au cours des douze derniers mois (15 % une fois et 4 % plusieurs fois). Tout comme au niveau national¹, ce taux de recours est fortement associé à l'âge et au sexe des individus. Les hommes déclarent plus fréquemment une hospitalisation que les femmes à partir de 60 ans. Près d'un tiers d'entre eux sont concernés contre moins d'une femme sur quatre. Ces dernières, quant à elles, connaissent un pic de recours à l'hospitalisation entre 18 et 29 ans (reflet du suivi des grossesses). Près de 25 % des femmes âgées de moins de 30 ans déclarent avoir été hospitalisées au moins une fois contre 17 % des hommes.

Ce recours à l'hospitalisation est corrélé à l'état de santé perçu avec un recours d'autant plus important que l'état de santé perçu se dégrade. Moins de 12 % des Bas-Normands percevant leur santé comme très bonne déclarent avoir été hospitalisés au moins une fois au cours des 12 derniers mois, contre 57 % de ceux percevant leur santé comme très mauvaise.

Figure 23 : Recours à l'hospitalisation selon le sexe et l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

¹ A. Montaut. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap Santé 2008. Drees, collection Etude et résultats, n°717, février 2010.

Consommation médicamenteuse

Une inadéquation entre prise de traitement médicamenteux et déclaration de pathologie

Près de la moitié des Bas-Normands ont déclaré prendre un traitement médicamenteux régulièrement ou quotidiennement au moment de l'enquête (52 % pas de traitements ou occasionnellement, 5 % régulièrement et 43 % quotidiennement). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses dans ce cas (51 % versus 45 %) ainsi que les personnes plus âgées. Les principaux traitements médicamenteux cités par les Bas-Normands sont ceux traitant l'hypertension artérielle (14 %), le cholestérol (9 %), la douleur (8 %), les troubles du rythme cardiaque (6 %) et le diabète (5 %). Notons également que 6 % des Bas-Normands ont déclaré consommer régulièrement ou quotidiennement des médicaments psychotropes (contre l'insomnie, les troubles anxieux et la dépression). Notons, que ces proportions peuvent être sous évaluées en raison du caractère déclaratif de l'enquête ainsi que de la méconnaissance éventuelle des médicaments consommés.

A noter, une part non négligeable des Bas-Normands prenant un traitement médicamenteux régulièrement ou quotidiennement contre une pathologie n'a pas déclaré par ailleurs souffrir d'une pathologie à caractère durable ou d'une maladie chronique (en lien avec le traitement déclaré). Par exemple, près de 60 % des personnes prenant un traitement contre le cholestérol n'ont pas déclaré souffrir de cette pathologie ou, plus précisément, ne la considèrent pas comme une pathologie à caractère durable ou une maladie chronique. Il en est de même pour l'hypertension : 46 % des Bas-Normands traités régulièrement ou quotidiennement ne déclarent pas souffrir de cette pathologie.

Report ou renoncement aux soins

Une analyse socio-anthropologique menée par C. Déspres pour la Drees ^[6] en 2010 a mis en avant la complexité de la notion de renoncement aux soins et en a proposé la définition suivante : « une personne renonce aux soins si elle abandonne la poursuite d'un objectif visant à soigner et recouvrer sa santé. Elle renonce à un soin spécifique, si elle abandonne la démarche d'obtention ou l'usage de ce soin (bien ou service/curatif ou préventif) ».

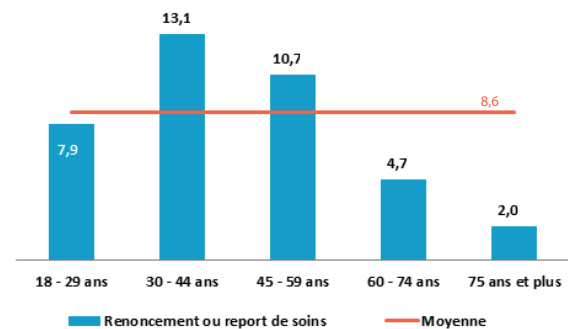
Un Bas-Normand sur 10 déclare avoir reporté ou renoncé à des soins (soins dentaires y compris)

Près de 9 % de la population enquêtée a répondu positivement à la question suivante : « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous reporté ou renoncé à des soins ? ». S'il n'existe pas de différence significative selon le sexe et le lieu d'habitation sur la proportion de renoncement aux soins, en revanche l'âge est un facteur important.

Un report ou un renoncement aux soins plus fréquent chez les jeunes...

Les individus de 30 à 44 ans sont ceux qui ont déclaré le plus de renoncement (13 %). A partir de cette tranche d'âge, la proportion de personnes ayant reporté ou renoncé à des soins diminue significativement pour atteindre 2 % chez les personnes de plus de 75 ans.

Figure 24 : Fréquence de report ou de renoncement aux soins au cours des 6 derniers mois selon l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

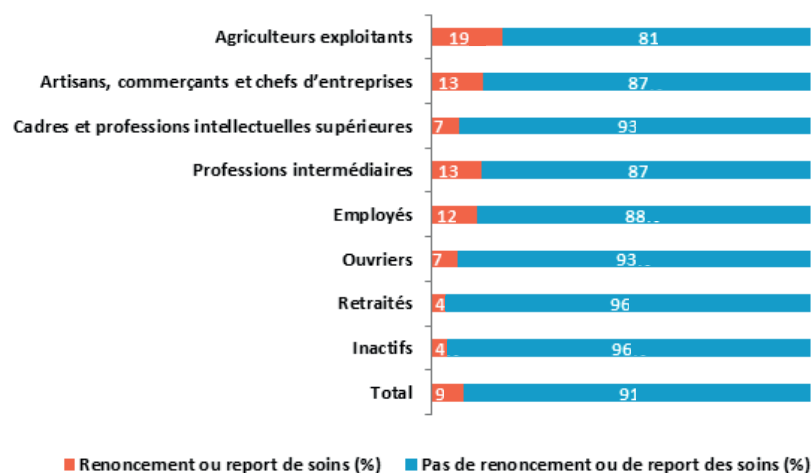
... et chez les personnes en situation de fragilité socio-économique

La situation socio-économique des individus a un impact important sur l'accès aux soins. Près de 12 % des individus les plus fragiles ont renoncé ou reporté au moins un soin au cours des 6 derniers mois contre 7 % pour les autres.

La Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) des individus a aussi un rôle important dans le renoncement aux soins. Les retraités ou préretraités sont les individus ayant le moins renoncé aux soins au cours des 6 derniers mois, fait fortement corrélé avec l'effet âge présenté précédemment. Les agriculteurs exploitants sont les personnes renonçant le plus aux soins avec 19 % de report ou de renoncement, suivis par les artisans, commerçants et chefs d'entreprises et les professions intermédiaires avec 13 % de report ou de renoncement.

Il est possible de distinguer les individus en fonction de leur situation face à l'emploi. La plus forte proportion de personnes ayant renoncé ou reporté des soins se retrouve chez les actifs en emploi (12 %), 10 % des actifs à la recherche d'un emploi et 9 % des hommes et femmes au foyer versus seulement 1 % des individus en études ou en formation. Tout comme pour la PCS, ces variations sont à mettre en lien avec l'âge.

Figure 25 : Fréquence de report ou de renoncement aux soins au cours des 6 derniers mois selon la PCS (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Facteurs associés au report ou au renoncement aux soins

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête (cf. Définitions Régression logistique p. 115), six variables sont particulièrement associées au fait d'avoir reporté ou renoncé à des soins au cours des six derniers mois (cf. tableau 5).

Ces variables peuvent se classer selon 2 dimensions : variables socio-démographiques et d'état de santé. Dans le tableau ci-contre, un Odds-Ratio supérieur à 1 augmente le risque de reporter ou de renoncer à des soins par rapport à l'item de référence (Réf.).

Age et problème de sommeil : principaux facteurs associés au report ou au renoncement aux soins

Il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », les Bas-Normands âgés de 30-44 ans ont 7 fois plus de risque que les Bas-Normands les plus âgés, de reporter ou de renoncer à des soins. Déclarer des problèmes de sommeil, être limité dans les actes de la vie quotidienne et être en situation de fragilité socio-économique sont également associés au fait de reporter ou renoncer à des soins. À l'inverse, être étudiant, comparativement à un Bas-Normands qui travaille, être en couple sans enfant ou non en couple mais ne vivant pas seul pour autant, s'avèrent être des « facteurs protecteurs ».

Tableau 5 : Facteurs associés au fait d'avoir reporté ou renoncé aux soins

	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance	Significativité à 5%
Âge			
75 ans et plus	Réf.		
60-74 ans	3,59	[1,37 ; 9,46]	S
45-59 ans	6,39	[2,01 ; 20,28]	S
30-44 ans	6,91	[2,09 ; 22,90]	S
18-29 ans	5,65	[1,67 ; 19,09]	S
Situation professionnelle			
Travail	Réf.		
Chômage	0,65	[0,40 ; 1,08]	ns
Etudes	0,38	[0,15 ; 0,95]	S
Retraite	0,58	[0,26 ; 1,29]	ns
Autres inactifs	0,60	[0,35 ; 1,03]	ns
Composition du foyer			
En couple avec enfant(s)	Réf.		
En couple sans enfant	0,63	[0,43 ; 0,92]	S
Non seul mais pas en couple	0,52	[0,28 ; 0,97]	S
Personne seule	0,95	[0,60 ; 1,52]	ns
Parent isolé	1,56	[0,79 ; 3,05]	ns
Score EPICES			
Pas de fragilité socio-économique	Réf.		
Fragilité socio-économique	1,60	[1,15 ; 2,24]	S
Problème de sommeil			
Pas du tout	Réf.		
Un peu	1,61	[1,17 ; 2,22]	S
Beaucoup	2,66	[1,86 ; 3,81]	S
Limitation depuis au moins 6 mois dans les activités quotidiennes			
Non	Réf.		
Oui, mais pas fortement	1,99	[1,35 ; 2,93]	S
Oui, fortement	1,44	[0,92 ; 2,25]	ns

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Aide à la lecture :

Le risque de renoncer aux soins est multiplié par 1,6 pour les personnes en situation de fragilité socio-économique.

Type de report ou de renoncement et raisons évoquées

La renoncement aux soins peut être dû à plusieurs causes qui sont classées dans la littérature en trois catégories : acceptabilité, disponibilité et accessibilité. La première catégorie renvoie à la notion de renoncement choisi ou renoncement refus (renoncement de type personnel ou culturel tels que la peur ou le manque de temps) et les deux autres catégories à un renoncement subi ou renoncement barrière (disponibilité des infrastructures, temps d'accès et accessibilité en termes de coût et de transport relevant ainsi du système de santé).

Selon la dernière enquête menée par l'Irdes, plus de 15% de la population française aurait renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois pour raisons financières (correspondant ainsi dans ce cas au renoncement subi pour cause d'accessibilité).

Les soins dentaires représentent près de la moitié des renoncements ou reports de soins

Plusieurs types de soins ont été proposés aux individus afin de mieux cerner les soins les plus concernés par le report ou le renoncement. La question était à réponses multiples : consultation chez un généraliste, consultation chez un spécialiste, soins dentaires / prothèses dentaires, ophtalmologie et lunetterie, prothèses auditives, radios, examens d'imagerie et analyses de laboratoire.

Les types de soins les plus reportés ou renoncés, au cours des 6 derniers mois avant l'enquête sont les soins et prothèses dentaires (46 %), les consultations chez un spécialiste (28 %), et l'ophtalmologie et la lunetterie (20 %). Les autres types de soins ont été très peu cités.

Si les hommes et les femmes reportent ou renoncent autant aux soins, cela ne porte pas sur les mêmes types de soins. Un tiers des femmes déclarant avoir reporté ou renoncé à des soins, précise l'avoir fait pour une ou des consultation(s) chez un spécialiste versus un cinquième des hommes.

La proportion d'individus déclarant avoir reporté ou renoncé à des soins d'ophtalmologie ou de lunetterie augmente avec l'âge, passant de 15 % entre 18 et 29 ans à 50 % chez les 75 ans et plus. Les individus de 75 ans et plus ont déclaré avoir renoncé à un plus grand nombre de type de soins que les autres. Les 18-29 ans qui ont renoncé à des soins ont essentiellement renoncé à des soins dentaires (58 %) et des consultations chez un spécialiste (31 %). Les individus fragiles sur le plan socio-économique (score EPICES) renoncent également à un plus grand nombre de soins que les autres.

Un report ou un renoncement aux soins chez un spécialiste plus important en milieu rural

En fonction de la zone géographique de résidence, la proportion d'individus qui a reporté ou renoncé à des soins n'est pas statistiquement différente. Cependant, ces personnes ne renoncent pas aux mêmes soins selon qu'ils résident en milieu urbain ou plutôt rural. Les habitants des zones urbaines et périurbaines renoncent ou reportent plus souvent des soins dentaires que les ruraux (respectivement 55 % et 49 % versus 36 %), tandis que le renoncement/report de consultations chez le spécialiste, l'ophtalmologie et la lunetterie est plus fréquent en milieu rural. Cette observation se répercute sur les départements, le Calvados étant un département majoritairement urbain et périurbain et l'Orne plutôt rural.

Raisons financières et manque de temps : principaux motifs de report ou de renoncement aux soins

Plusieurs items de réponses ont été proposés aux individus afin d'expliquer les raisons de leur renoncement, la question était à réponses multiples : trop cher, dépassement d'honoraires / attente trop longue / manque de temps / trop loin / ne sais pas à qui s'adresser.

Les principales raisons avancées par les personnes qui ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des 6 derniers mois sont le prix (47 % des cas) et le temps (40 % des cas), les autres raisons sont négligeables au vu des effectifs.

Des motifs de renoncement ou de report différents selon le sexe, l'âge, la fragilité socio-économique et l'état de santé

Les femmes ont déclaré renoncer pour des raisons de prix (51 % versus 41 % des hommes) alors que les hommes ont plus souvent déclaré renoncer par manque de temps (54 % versus 28 % des femmes).

Aucun des individus de 75 ans ou plus qui a déclaré avoir renoncé ne l'a fait par manque de temps, cependant trois quart d'entre eux ont renoncé ou reporté des soins pour des raisons financières. A l'inverse, les plus jeunes renoncent plus par manque de temps que pour des raisons financières.

Les individus en situation de fragilité socio-économique renoncent principalement pour des raisons financières et peu par manque de temps, contrairement aux autres.

Des motifs de renoncement ou de report également différents selon le type de soins

Les raisons des renoncements diffèrent en fonction du type de soins auquel les individus ont déclaré avoir renoncé. Le renoncement ou le report de soins des prothèses dentaires ainsi que de l'ophtalmologie et de la lunetterie se font essentiellement pour des raisons économiques (trop chers, dépassements d'honoraires).

Le renoncement ou le report des consultations chez d'autres spécialistes est quant à lui davantage lié à un manque de temps.

Tableau 6 : Motifs de report ou de renoncement selon le type de soins

	Prix (47%)	Temps (40%)
Spécialiste (28%)	31%	48%
Dentaire (46%)	66%	34%
Ophtalmologie (20%)	66%	20%

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Aide à la lecture :

66 % des reports ou renoncements aux soins dentaires et d'ophtalmologie le sont pour raisons financières.



SANTÉ MENTALE

La santé mentale est une dimension fondamentale, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales) ».

Les pays européens¹ distinguent la santé mentale « positive », notion proche de celle du « bien-être » et la santé mentale « négative » qui regroupe, d'une part la détresse psychologique témoignant d'une souffrance psychique plus ou moins importante et, d'autre part, les troubles mentaux.

Le champ de la santé mentale dépasse largement celui de la pathologie psychiatrique et relève de l'aptitude de l'individu dans ses relations avec son environnement.

Compte tenu de ce caractère multidimensionnel de la santé mentale, son approche doit reposer sur des données d'origine multiple (données recueillies en routine et enquêtes en population) et s'intéresser aux déterminants que sont l'environnement familial, social ou professionnel et l'histoire personnelle.

D'après l'Organisation mondiale de la santé, d'ici 2020, les troubles dépressifs deviendraient la seconde cause d'invalidité dans le monde après les maladies cardio-vasculaires. Ils se caractérisent par une grande tristesse, un sentiment de désespoir et une perte de motivation et peuvent être qualifiés de légers, moyens ou sévères. Les formes les plus sévères peuvent conduire au suicide, principale cause de décès parmi les personnes dépressives. Selon le sociologue David Stuckler², l'augmentation des taux de mortalité constaté dans certains pays européens est à mettre en lien avec la crise économique et la montée du chômage depuis 2008. En France métropolitaine tout comme en Basse-Normandie, la mortalité par suicide ne cesse de baisser depuis le milieu des années 80 même si un ralentissement de cette tendance s'observe depuis les trois dernières années de recueil.

Toutefois, la Basse-Normandie présente depuis longtemps des taux de mortalité par suicide nettement supérieurs à ceux observés en moyenne en France métropolitaine, ce constat concernant aussi bien les hommes que les femmes. Avec une surmortalité masculine de 35 % par rapport au niveau national en 2008-2010 (à structure d'âge comparable), la Basse-Normandie se place en 3^{ème} position des régions françaises les plus touchées par la mortalité par suicide. Pour les femmes, la région atteint le second rang (surmortalité de 28 % par rapport à la moyenne nationale).

Cette partie s'attache à apprécier la « santé mentale » des Bas-Normands au travers des dimensions suivantes :

- qualité de vie,
- détresse psychologique,
- pensées suicidaires et tentatives de suicide.

Pour chacune de ces dimensions, l'objectif est de mieux appréhender les facteurs de risques inhérents à une santé mentale dégradée. Les comportements de soins associés sont également analysés.

¹ Commission européenne de l'Union européenne et conférence ministérielle européenne de l'OMS (2006).

² Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-23.

Qualité de vie

Selon l'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Depuis, cette définition a été modifiée afin d'inclure la capacité à mener une « vie socialement et économiquement fructueuse ». Les éléments définissant la qualité de vie doivent ainsi être pris en considération pour définir au mieux l'état de santé d'une population. La qualité de vie est une notion complexe à mesurer et dont l'approche peut se faire de différentes manières. Dans l'enquête santé des Bas-Normands, elle est mesurée au moyen du score de Duke (cf. Définitions p.115) qui permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus. Le score de Duke, aussi appelé Profil Santé, s'attache à analyser une dizaine de dimensions dont la santé mentale, l'estime de soi, la dépression ou encore l'anxiété.

Une qualité de vie moins favorable pour les femmes

Tout comme en France métropolitaine et quelle que soit la dimension considérée, les bas-normandes présentent une situation moins favorable que leurs homologues masculins avec des écarts particulièrement marqués pour les dimensions « santé physique », « douleur », « dépression », « anxiété » et « santé mentale » (cf. figure 26).

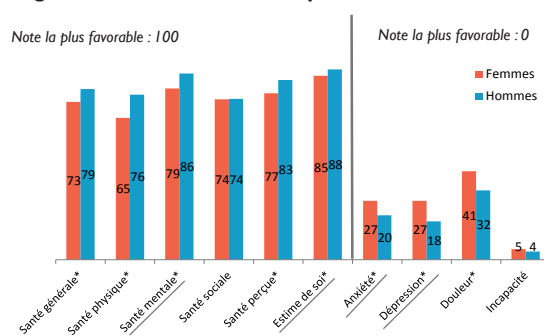
Une qualité de vie en lien avec la santé mentale moins favorable pour les plus jeunes

L'âge est également un facteur important. Si les scores moyens de « santé générale », de « santé physique » et de « santé perçue » (non présentés dans la figure pour plus de lisibilité), se dégradent avec l'âge les scores constatés pour les dimensions en lien avec la santé mentale sont moins favorables chez les plus jeunes et ce de manière significative pour les dimensions « santé mentale », « estime de soi » et « anxiété » (cf. figure 27).

Rural / urbain : des scores similaires de qualité de vie en lien avec la santé mentale

Les résultats de l'enquête menée en 1998 par la Maison de la Recherche en Sciences Humaines et l'Insee sur la santé des Bas-Normands montraient une nette distinction entre les populations rurales et urbaines concernant la dépression (celle-ci apparaissait comme un phénomène plutôt urbain). En 2012, cet écart ne se vérifie plus, cette situation pouvant s'expliquer par une homogénéisation de la population sur le territoire.

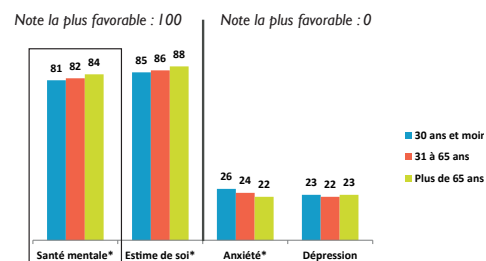
Figure 26 : Score de Duke moyen en fonction du sexe



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

*Écarts significatifs entre les hommes et les femmes (test réalisé à l'aide de Kruskal-Wallis)

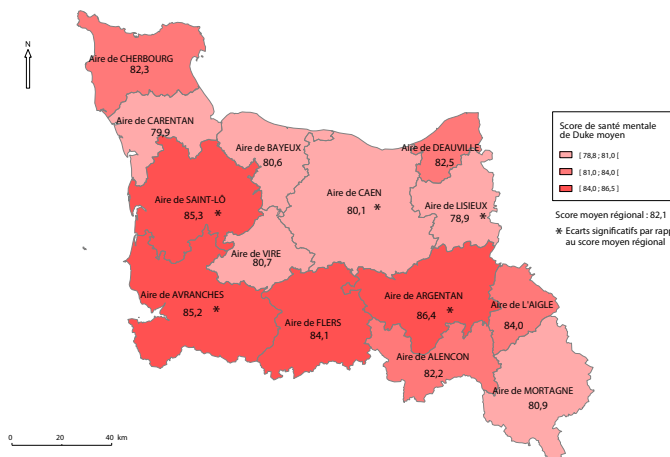
Figure 27 : Score de Duke moyen en fonction de l'âge (dimension en lien avec la santé mentale)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

*Écarts significatifs entre les âges (test réalisé à l'aide de Kruskal-Wallis)

Carte 5 : Score de santé mentale moyen selon l'aire de domiciliation



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Malgré des écarts importants entre certaines aires d'études et la moyenne régionale, ces derniers ne sont pas systématiquement significatifs. Ceci peut s'expliquer par un manque de puissance statistique.

Des scores de santé mentale plus élevés dans les aires d'études d'Avranches, d'Argentan et de Saint-Lô

Les aires d'études d'Avranches, d'Argentan et de Saint-Lô (cf. Définitions p. 115) présentent des scores moyens de santé mentale plus favorables que dans les autres aires d'études régionales (cf. carte 5). À l'inverse, les aires d'études de Caen et de Lisieux présentent des scores moyens de santé mentale significativement moins favorables qu'en région. Ces écarts, significatifs au plan statistique, peuvent s'expliquer, entre autres, par la structure socio-démographique (âge, situation professionnelle...) de ces territoires.

Facteurs associés au score de santé mentale

Il s'agit ici d'examiner quelles caractéristiques sont associées à la dimension santé mentale du score de Duke constatée chez les Bas-Normands enquêtés. On parle de facteurs « associés » car, *a priori*, ces caractéristiques peuvent être liées à la santé mentale, sans en être elles-mêmes des conséquences. Une régression linéaire (cf. Définitions p. 115) est utilisée, pour mesurer et vérifier qu'une relation entre une caractéristique donnée et le score de santé mentale reste significative, une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés.

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées, 10 variables sont significativement associées au score de santé mentale (cf. tableau 7). Ces variables peuvent se classer en trois dimensions : variables socio-démographiques, comportementales et d'état de santé. Dans le tableau, un score négatif reflète une santé mentale plus dégradée par rapport à l'item de référence (Réf.).

Une santé mentale moins favorable pour les personnes en situation de fragilité socio-économique

Il apparaît que le score de santé mentale constaté chez les femmes est en moyenne inférieur de 6 points à celui observé chez les hommes, après ajustement sur les autres variables du modèle. On constate également une baisse du score de santé mentale chez les personnes âgées de moins de 75 ans.

De même, un lien important entre la situation professionnelle, la fragilité socio-économique (cf. Définitions p. 115) la situation familiale et le score de santé mentale est observé. Ce dernier, chez les personnes sans emploi ou les étudiants est plus défavorable que pour les Bas-Normands ayant un emploi. Les enquêtés présentant une fragilité socio-économique et les parents isolés (*versus* en couple avec enfants) ont également des scores de santé mentale plus dégradés « toutes choses (autres variables du modèle) égales par ailleurs ».

Un lien important entre la consommation d'alcool et le score de santé mentale

Les Bas-Normands ayant un usage d'alcool à risque (cf. Définitions p. 115) présentent un score de santé mentale moins favorable à celui d'un non consommateur d'alcool.

Le score de santé mentale d'un ancien fumeur est quant à lui moins dégradé que pour un fumeur régulier.

Une relation forte entre les limitations dans les activités de la vie quotidienne et la santé mentale

Le score de santé mentale des individus limités dans leurs activités de la vie quotidienne, ou présentant une maigreur est nettement moins favorable que pour les personnes non limitées ou de corpulence normale. Les individus en situation de handicap ont également un score de santé mentale plus faible.

Tableau 7 : Facteurs associés à la dimension santé mentale du score de qualité de vie de Duke

Dimension santé mentale du score de Duke	coef.	signif.
Âge		
75 ans et plus	Réf	
60-74 ans	-4,24	S
45-59 ans	-7,44	S
30-44 ans	-4,82	S
18-29 ans	-4,55	S
Sexe		
Homme	Réf	
Femme	-6,30 *	S
Situation familiale		
En couple avec enfant(s)	Réf	
En couple sans enfant	-0,76	ns
Parent isolé	-5,20	S
Personne seule	-2,45	ns
Non seul mais pas en couple	0,82	ns
Situation professionnelle		
Travail	Réf	
Chômage	-8,70	S
Etudes	-3,65	S
Retraite	-0,14	ns
Autres inactifs	-2,29	ns
Score EPICES		
Pas de fragilité socio-économique	Réf	
Fragilité socio-économique	-7,53	S
Consommation de tabac		
Fumeur régulier	Réf	
Ancien fumeur	2,06	S
Fumeur occasionnel	2,98	ns
Non fumeur	1,67	ns
Consommation d'alcool		
Non usage	Réf	
Usage non à risque	-1,33	ns
Usage à risque	-6,24	S
Limitation depuis au moins 6 mois dans les activités quotidiennes		
Non	Réf	
Oui, mais pas fortement	-4,49	S
Oui, fortement	-9,31	S
Considéré en situation de handicap		
Non	Réf	
Oui	-5,07	S
Indice de masse corporelle		
Corpulence normale	Réf	
Maigre/dénutrition	-7,98	S
Surpoids	0,23	ns
Obésité	-0,60	ns

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Aide à la lecture :

Le score de santé mentale constaté chez les femmes est en moyenne inférieur de 6 points à celui observé chez les hommes.

Détresse psychologique

La détresse psychologique est définie comme « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Cette détresse indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostics et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique »¹.

Dans l'enquête santé des Bas-Normands, la mesure de la détresse psychologique s'est effectuée au moyen des deux questions suivantes :

« Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une ou plusieurs périodes d'au moins 2 semaines pendant lesquelles vous vous sentiez constamment triste, déprimé, sans espoir ? »

« Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une ou plusieurs périodes d'au moins 2 semaines où vous aviez perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses que vous aimiez faire habituellement ? »

40 % des Bas-Normands ont déclaré avoir vécu, une ou plusieurs périodes d'au moins deux semaines pendant lesquelles ils se sont sentis constamment tristes, déprimés, sans espoir

Plus précisément, 13 % des personnes enquêtées ont déclaré avoir vécu au cours des 12 derniers mois, une ou plusieurs périodes d'au moins deux semaines pendant lesquelles ils se sont sentis constamment tristes, déprimés, sans espoir (cf. figure 28).

Plus de 17 % des Bas-Normands ont déclaré avoir vécu une telle période une fois au cours de leur vie. Près d'un Bas-Normand sur quatre a été concerné plusieurs fois par cette situation au cours de sa vie.

Près d'un tiers des Bas-Normands a déclaré avoir vécu, une ou plusieurs périodes d'au moins deux semaines où ils avaient perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses qu'ils aimaient faire habituellement

Plus précisément, 10 % des personnes enquêtées ont déclaré avoir vécu au cours des 12 derniers mois une ou plusieurs périodes d'au moins deux semaines où ils avaient perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses qu'ils aimaient faire habituellement (cf. figure 29).

Moins de 15 % des Bas-Normands ont déclaré avoir vécu une telle période une fois au cours de leur vie. Plus de 16 % ont été concernés plusieurs fois par cette situation.

Globalement, près d'un Bas-Normand enquêté sur deux déclare avoir vécu au moins une fois une période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement OU un sentiment de tristesse, déprime, et désespoir » au cours de leur vie, 25 % au moins une fois les deux événements et 13 % plusieurs fois les deux événements.

Des personnes fragiles qui parlent moins

Plus d'un quart des répondants ont déclaré ne pas se confier lorsqu'ils se sentent déprimés, plus souvent les hommes que les femmes (30 % contre 24 %). L'âge est un facteur prépondérant (cf. figure 30) ; plus la personne est âgée moins elle déclare parler ou se confier lorsqu'elle se sent déprimée (38 % des 75 ans et plus n'en parlent pas contre 17 % des 18-29 ans). De même, les individus en situation de fragilité sociale et économique en parlent moins que les autres (33 % n'en parlent à personne contre 25 %). La moitié des répondants ont néanmoins déclaré se confier à un proche lorsqu'ils se sentent déprimés, plus souvent les femmes que les hommes (54 % contre 45 %). Après les proches, les médecins généralistes sont les plus sollicités (près de 14% ont dit en parler à leur médecin généraliste), de même plus souvent les femmes que les hommes (15 % contre 11 %).

Figure 28 : Sentiment de tristesse, de déprime et de désespoir (%)

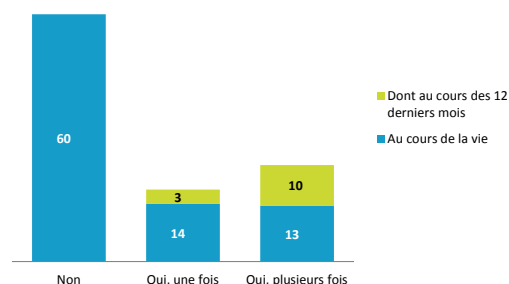


Figure 29 : Perte d'intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement (%)

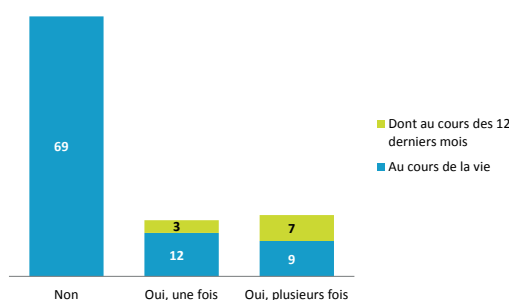
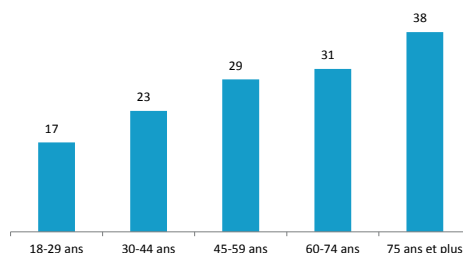


Figure 30 : Proportion d'individus qui ne parlent pas lorsqu'ils se sentent déprimés (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

¹ « La santé mentale, l'affaire de tous » remis en novembre 2009 au secrétaire d'État en charge de la Prospective et du Développement de l'Économie numérique, par un groupe de travail « Santé mentale et déterminant du bien-être », du Centre d'analyse stratégique dirigé par Viviane Kovess-Masféty.

Facteurs associés à la détresse psychologique

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête (cf. Définitions Régression logistique p. 115), onze variables sont particulièrement associées au fait d'avoir vécu au moins une fois une période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement ET un sentiment de tristesse, déprime, et désespoir » (cf. tableau 8). Ces variables peuvent se classer en quatre dimensions : variables socio-démographiques, comportementales, d'état de santé et d'événements douloureux vécus pendant l'enfance ou l'adolescence (maltraitance, privation matérielle...). Un Odds-Ratio supérieur à 1 augmente le risque de détresse psychologique par rapport à l'item de référence, noté « Réf » dans le tableau.

Age et problème de sommeil : principaux facteurs associés à la détresse psychologique

En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », le fait d'être une femme, d'être âgé de moins de 75 ans, d'être en situation de fragilité socio-économique augmente le risque d'avoir connu au moins une fois une période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement et sentiment de tristesse, déprime et désespoir ». A l'inverse, le fait d'être marié s'avère être un facteur protecteur.

Le risque d'avoir vécu au moins un épisode de détresse psychologique est également lié à la consommation tabagique (cf. Définitions p. 115), au fait de présenter des troubles du sommeil, d'être limité dans les actes de la vie quotidienne ou bien encore d'avoir déclaré souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou à caractère durable.

Outre ces différents facteurs, certains événements vécus pendant l'enfance sont également liés de manière significative à la détresse psychologique. Avoir souffert de privation matérielle, avoir eu une mesure d'assistance éducative ou avoir constaté entre ses parents de graves tensions ou un climat de violence augmente le risque de répondre par l'affirmative à ces deux événements (période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement ET un sentiment de tristesse, déprime, et désespoir »).

Détresse psychologique répétée : un lien plus marqué avec l'âge et les problèmes de sommeil

La même analyse réalisée auprès des personnes ayant déclaré avoir vécu plusieurs fois des périodes de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement ET un sentiment de tristesse, déprime, et désespoir » met l'accent sur le même type de variables associées (sexe, âge, fragilité socio-économique, situation matrimoniale, problème de sommeil, limitation dans les actes de la vie quotidienne). La consommation tabagique n'est quant à elle plus significativement liée, remplacée par l'usage régulier à risque d'alcool. De même, le fait d'avoir constaté entre ses parents de graves tensions ou un climat de violence n'intervient plus de manière significative substitué par le fait d'avoir été soi-même en conflit avec ses ou l'un de ses parents.

Tableau 8 : Facteurs associés à la détresse psychologique (au moins une fois les deux événements)

	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance	Significativité à 5%
Âge			
75 ans et plus	Réf		
60-74 ans	2,12	[1,30 ; 3,45]	S
45-59 ans	2,99	[1,92 ; 4,65]	S
30-44 ans	2,59	[1,71 ; 3,93]	S
18-29 ans	2,00*	[1,32 ; 3,04]	S
Sexe			
Homme	Réf		
Femme	1,51	[1,24 ; 1,84]	S
Statut matrimonial			
Célibataire (jamais légalement marié(e))	Réf		
Marié(e) (ou séparé(e) mais pas légalement divorcé(e))	0,72	[0,57 ; 0,92]	S
Divorcé(e)	1,24	[0,80 ; 1,93]	ns
Veuf, veuve	1,26	[0,81 ; 1,97]	ns
Score EPICES			
Pas de fragilité socio-économique	Réf		
Fragilité socio-économique	1,44	[1,15 ; 1,79]	S
Consommation de tabac			
Non fumeur	Réf		
Ancien fumeur	1,42	[1,12 ; 1,79]	S
Fumeur occasionnel	1,72	[1,03 ; 2,88]	S
Fumeur régulier	1,67	[1,30 ; 2,15]	S
Problème de sommeil			
Pas du tout	Réf		
Un peu	1,89	[1,53 ; 2,34]	S
Beaucoup	2,62	[2,02 ; 3,40]	S
Limitation depuis au moins 6 mois dans les activités quotidiennes			
Non	Réf		
Oui, mais pas fortement	1,61	[1,21 ; 2,14]	S
Oui, fortement	1,29	[0,95 ; 1,76]	ns
Maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable			
Non	Réf		
Oui	1,35	[1,09 ; 1,66]	S
Souffert de privation matérielle (pendant l'enfance ou l'adolescence)			
Non	Réf		
Oui	1,47	[1,13 ; 1,93]	S
Eu une mesure d'assistance éducative (pendant l'enfance ou l'adolescence)			
Non	Réf		
Oui	1,84	[1,09 ; 3,11]	S
Constaté entre vos parents de graves tensions ou un climat de violence (pendant l'enfance ou l'adolescence)			
Non	Réf		
Oui	2,06	[1,60 ; 2,66]	S

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Aide à la lecture :

Le risque de présenter une détresse psychologique est multiplié par 2 chez les personnes âgées de 18-29 ans comparativement à celles âgées de 75 ans et plus.

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

6 % des Bas-Normands déclarent avoir « pensé à se suicider » au cours des 12 derniers mois

Un peu plus de 6 % des individus interrogés âgés d'au moins 18 ans déclarent avoir pensé au suicide pour eux-mêmes au cours des 12 derniers mois (cf. figure 31). En France métropolitaine, les derniers chiffres publiés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) font état d'une prévalence de 4% des 15-85 ans. Les Bas-Normandes, tout comme au niveau national, sont significativement plus nombreuses à avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Près d'un tiers des Bas-Normands ayant tenté de se suicider n'ont pas fait l'objet d'un suivi après cette tentative

En 2010, les résultats du Baromètre Santé de l'Inpes évoquaient une prévalence des tentatives de suicide de 6 % des 15-85 ans. En Basse-Normandie, 7 % des enquêtés majeurs déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Près de 3 % de ces derniers ont fait leur dernière tentative en 2012 (soit dans l'année précédant l'enquête). Tout comme pour les pensées suicidaires les femmes sont plus nombreuses à avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (8 % versus 5 %).

Parmi les individus ayant fait une tentative de suicide, 64 % en déclarent une, 20 % en déclarent deux et 16 % en déclarent trois ou plus. Suite à la dernière tentative de suicide, plus de 60 % des enquêtés se sont rendus à l'hôpital ou en clinique. Après cette tentative, près d'un tiers des enquêtés n'ont pas fait l'objet d'un suivi par un médecin ou un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute...

Si la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide est relativement similaire au niveau national, les taux de mortalité par suicide sont quant à eux bien plus élevés en région qu'en France métropolitaine.

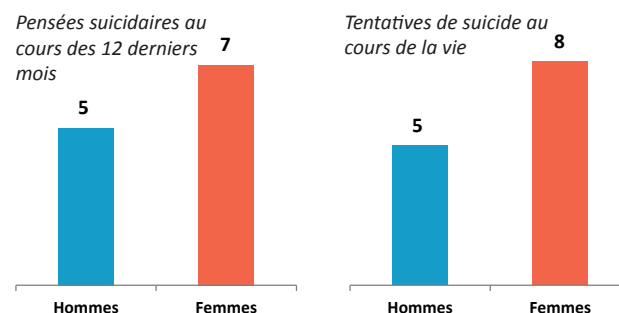
Facteurs associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide

Isolement, consommation d'alcool et problème de sommeil : des variables fortement corrélées aux pensées suicidaires

En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », le fait d'être parent isolé ou une personne seule augmente fortement le risque d'avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédant l'enquête (cf. tableau 9). De même, déclarer un usage d'alcool régulier à risque, des troubles de sommeil ou se déclarer en situation de handicap sont également des facteurs de risque de la pensée suicidaire.

Les événements douloureux survenus pendant l'enfance sont également significativement associés aux pensées suicidaires. Le fait d'avoir eu un conflit très grave avec l'un de ses parents, d'avoir constaté entre ses parents de graves tensions ou un climat de violence ou d'avoir subi des sévices ou reçu des coups répétés au sein de sa famille, augmente nettement le risque de pensées suicidaires.

Figure 31 : Proportion d'individus ayant eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide selon le sexe (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Tableau 9 : Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance	Significativité à 5%
Composition du foyer			
En couple avec enfant(s)	Réf		
En couple sans enfant	1,18	[0,78 ; 1,79]	ns
Non seul mais pas en couple	0,86	[0,44 ; 1,69]	ns
Personne seule	2,17	[1,27 ; 3,20]	S
Parent isolé	2,99	[1,36 ; 6,56]	S
Usage d'alcool			
Non usage	Réf		
Usage non à risque	1,06	[0,68 ; 1,66]	ns
Usage à risque ponctuel	1,65	[0,89 ; 3,06]	ns
Usage à risque régulier	4,10	[1,41 ; 11,97]	S
Problème de sommeil			
Pas du tout	Réf		
Un peu	2,79	[1,90 ; 4,10]	S
Beaucoup	3,65	[2,39 ; 5,58]	S
Considérez-vous que vous êtes en situation de handicap			
Non	Réf		
Oui	1,84	[1,22 ; 2,77]	S
Eu un conflit très grave avec vos ou l'un de vos parents			
Non	Réf		
Oui	1,76	[1,10 ; 2,82]	S
Constaté entre vos parents de graves tensions ou un climat de violence			
Non	Réf		
Oui	1,97	[1,28 ; 3,03]	S
Subi des sévices ou reçu des coups répétés, au sein de votre famille			
Non	Réf		
Oui	2,01	[1,18 ; 3,44]	S

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie
Aide à la lecture : le risque d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est multiplié par 2,99 chez les parents isolés comparativement aux Bas-Normands en couple avec enfant.

Le passage à l'acte : des variables associées similaires

La même analyse réalisée auprès des personnes ayant tenté de se suicider au cours de leur vie met l'accent sur des variables associées similaires.

En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », le fait d'être divorcé accroît le risque de tentative de suicide. Etre en situation de fragilité socio-économique est également un facteur de risque tout comme l'usage régulier à risque d'alcool et la consommation de tabac (consommation régulière ou ancien fumeur).

Tout comme pour les pensées suicidaires, les limitations dans les actes de la vie quotidienne et les troubles de sommeil sont des facteurs aggravants. Pour finir, avoir constaté entre ses parents de graves tensions ou un climat de violence ou bien encore avoir subi des sévices ou reçu des coups répétés, au sein de sa famille augmente le risque de tentative de suicide au cours de la vie.

Notons que contrairement aux résultats obtenus pour la détresse psychologique et le score de santé mentale de Duke, l'âge et le sexe ne sont pas associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide.

Recours aux soins et santé mentale

Selon les derniers résultats du Baromètre Santé, le recours aux soins pour cause d'épisode dépressif caractérisé serait en nette amélioration par rapport aux données collectées en 2005. La part des personnes présentant des signes dépressifs n'ayant pas recours à une structure de soins, ne consultant pas un professionnel de santé ou ne suivant pas de psychothérapie est passée de 63 % en 2005 à 40 % en 2010, traduisant une amélioration du recours aux soins. Parallèlement, une baisse du recours aux médicaments psychotropes a également été constatée entre ces deux périodes de recueil¹.

Une absence de recours à un médecin psychiatre, psychologue, psychothérapeute ou psychanalyste pour plus de huit Bas-Normands ayant eu des pensées suicidaires sur dix

Plus de 5 % des Bas-Normands² enquêtés ont déclaré avoir consulté au moins une fois un « psy » (médecins psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou psychanalystes). Les personnes en situation de fragilité sociale et économique sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré au moins une consultation (9 % versus 4 %). De même, ce sont les individus les plus jeunes qui ont le plus de recours avec 8 % des 18-29 ans et 2 % des plus de 75 ans, sans différence entre les sexes.

Que l'on s'intéresse à la détresse psychologique ou aux pensées suicidaires, moins de 25 % des individus ayant connu ces événements au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête ont consulté un « psy » au cours de cette même période.

De même, seuls 17 % des individus ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie ont consulté un « psy » au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

Près de trois-quarts des Bas-Normands qui consomment des psychotropes régulièrement voire quotidiennement n'ont pas consulté de « psy » au cours des 12 derniers mois

Près de 6 % des Bas-Normands enquêtés déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes (pour lutter contre l'insomnie, les troubles anxieux ou la dépression) régulièrement ou quotidiennement au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les traitements contre la dépression sont les plus fréquemment cités (3 %), suivis des traitements contre les insomnies et les troubles anxieux (2 %). Notons que ces proportions peuvent être sous évaluées en raison du caractère déclaratif de l'enquête ainsi que de la méconnaissance éventuelle des médicaments consommés.

Tout comme au niveau national, les femmes présentent un plus fort recours à ces traitements (8 % versus 3 % des hommes) ainsi que les personnes âgées de 45-59 ans (8 % contre 3 % des 18-29 ans).

Il est important de noter que près de trois quarts des personnes ayant déclaré consommer des médicaments psychotropes régulièrement ou quotidiennement n'ont pas consulté de médecin psychiatre, psychologue, psychothérapeute ou psychanalyste au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

LA SANTÉ MENTALE : ÉVOLUTION 1998-2012

Lors de l'Enquête Santé menée en 1998, les analyses réalisées sur la santé mentale des Bas-Normands avaient mis en avant un certain nombre de facteurs liés aux troubles dépressifs ou anxieux. En 2012, les populations les plus sensibles à la dépression et à l'anxiété sont quasiment toujours les mêmes. Les femmes, les personnes en situation de fragilité socio-économique et les Bas-Normands non-mariés sont toujours des populations plus fragiles. Des évolutions sont néanmoins à noter. La distinction rural/urbain constatée en 1998 (la dépression apparaissait comme un phénomène plutôt urbain) ne se vérifie plus aujourd'hui, pouvant s'expliquer par l'homogénéisation des populations sur le territoire. De même, les personnes âgées de moins de 40 ans étaient davantage touchées par les symptômes dépressifs. En 2012, la classe d'âge la plus concernée s'est allongée au moins de 75 ans.

¹ Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. La santé de l'homme n°421, Septembre-octobre 2012, p 43-45.

² Suite à un problème de recueil lors du terrain d'enquête, les données de recours aux soins pour l'aire d'étude de Cherbourg n'ont pu être intégrées aux résultats. Les données régionales présentées considèrent que les personnes enquêtées dans l'aire de Cherbourg ont un recours aux soins similaire à la moyenne des 13 autres aires d'études.





MALADIES CHRONIQUES, HANDICAP ET QUALITÉ DE VIE

Au plan national, si deux tiers des personnes âgées de 15 ans ou plus se déclarent en bon ou très bon état de santé, 39 % déclarent un problème de santé chronique et 27 % déclarent une limitation dans les activités du quotidien depuis au moins 6 mois (d'après les résultats de l'Enquête Santé et Protection Sociale - ESPS 2012). Les maladies les plus déclarées sont les troubles ostéo-articulaires (lombalgies, cervicalgies, arthrose des membres...), les allergies, l'hypertension artérielle et le diabète. Ces affections apparaissent plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. A l'exception des allergies et de l'asthme, elles augmentent avec l'âge et sont encore plus fréquentes au-delà de 65 ans.

Les limitations fonctionnelles, particulièrement sur le plan moteur, sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes ; elles augmentent avec l'âge et concernent 34 % des 65 ans et plus (contre 13 % des 15 ans et plus). Les limitations fonctionnelles auditives concernent quant à elles davantage les hommes et s'accroissent après 65 ans.

La perception de handicap résulte d'un sentiment de limitation dans les activités ou de difficultés pour accomplir certaines actions. En France métropolitaine, une personne sur dix vivant chez elle considère avoir un handicap (d'après l'enquête Vie quotidienne et santé de 2007). Pour autant, elles sont deux fois moins nombreuses que celles déclarant être limitées dans leurs activités. A cet égard, notons qu'au-delà de 60 ans les limitations sont davantage perçues comme une conséquence naturelle du vieillissement et moins comme une situation de handicap.

L'analyse présentée dans ce chapitre s'attache à qualifier les liens entre maladie chronique ou handicap et qualité de vie, santé mentale et consommation de soins des personnes.

Maladies et problèmes de santé chroniques ou de caractère durable

Description du public

Moins d'un Bas-Normand sur deux déclare une maladie ou un problème de santé chronique ou de caractère durable

Dans le cadre de l'enquête santé, les Bas-Normands sont 45 % à avoir déclaré une maladie chronique ou un problème de santé de caractère durable. Comme au niveau national, ce constat concerne plus fortement les femmes que les hommes (47 % versus 42 %), ces dernières ayant aussi plus souvent déclaré plusieurs maladies : si 32 % en ont déclaré une, 10 % en ont déclaré deux, 4% en ont déclaré entre trois et jusqu'à dix (versus 29 %, 9 % et 3 % chez les hommes).

Tel qu'observé au plan national, les déclarations de maladie chronique augmentent avec l'âge, passant d'un quart du public âgé de moins de 45 ans, à la moitié des 45-59 ans et aux deux tiers des 75 ans et plus.

Les déclarations de maladie ou autre problème de santé chronique ou de caractère durable sont également plus fréquentes parmi les individus qui sont en situation de fragilité économique (cf. Définitions p. 115) : parmi eux, l'enquête a identifié plus d'un individu sur deux ayant un problème de santé, contre 41% des autres.

En revanche, la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS) n'a pas d'impact significatif sur les déclarations de maladie et autre problème de santé chronique ou de caractère durable.

Un Bas-Normand sur cinq est pris en charge au titre d'une affection de longue durée

Sur l'ensemble du public interrogé, 21 % des personnes déclarent être prises en charge au titre d'une Affection de longue durée (cf. Définitions p. 115) et parmi celles présentant une maladie chronique ou un problème de santé durable, ce pourcentage atteint 41 %.

A noter que 15 % des personnes prises en charge au titre d'une ALD n'ont toutefois pas déclaré de maladie chronique ou autre problème de santé durable.

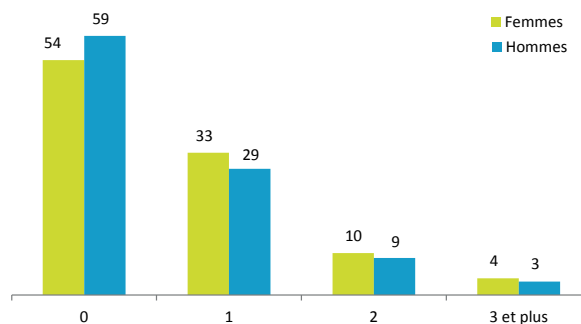
Si les déclarations d'ALD ne varient pas selon le sexe, elles augmentent avec l'âge : elles concernent 8 % des enquêtés âgés de 18 à 29 ans, contre 41 % des personnes de 75 ans et plus. Comme pour les maladies chroniques, les individus en situation de fragilité socio-économique (score EPICES) sont plus nombreux à déclarer une ALD (28 % vs 18 %).

Des limitations rencontrées dans la réalisation d'activités habituelles

Sur l'ensemble du public interrogé, 23 % des personnes déclarent être limitées depuis au moins 6 mois dans la réalisation d'activités que font les gens habituellement, dont 11 % fortement.

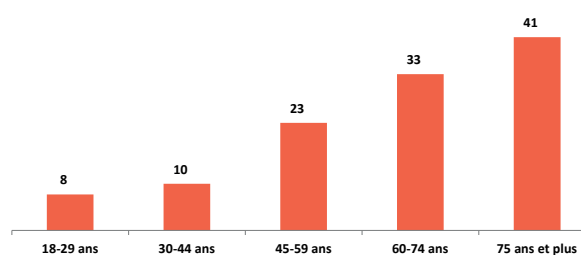
La présence de maladie(s) chronique(s) ou autre(s) problème(s) de santé de caractère durable se traduit par des limitations plus fréquentes, qui concernent 4 personnes sur 10 : 21 % se déclarent limitées « fortement » et 19 % « pas fortement ». Ces limitations sont encore renforcées concernant le public pris en charge en ALD : 29 % se déclarent limités « fortement » et 21 % « pas fortement » (versus 3% et 6% pour les personnes ne présentant ni maladie chronique ni problème de santé durable). Les limitations se renforcent naturellement avec l'avancée en âge. Elles apparaissent aussi plus fréquentes et plus intenses pour certaines maladies : 59 % des individus ayant déclaré un cancer ou une maladie cardiaque se déclarent limités, dont respectivement 36 % et 30 % fortement. De même 57 % des individus déclarant des problèmes articulaires ont rapporté être limités dans leurs activités quotidiennes depuis au moins 6 mois, dont 29 % fortement.

Figure 32 : Nombre de maladies ou problèmes de santé chroniques ou de caractère durable déclarés selon le sexe (%)



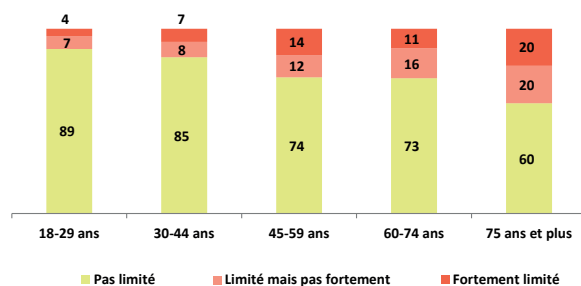
Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 33 : Admission en affection de longue durée déclarée selon l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 34 : Limitations rencontrées dans les actes de la vie quotidienne selon l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Problèmes articulaires et hypertension ; les deux problèmes de santé les plus déclarés...

Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés dans la population bas-normande sont, comme au plan national :

- Les problèmes articulaires / rhumatismes / lombalgies, qui concernent beaucoup plus fortement les femmes : 12 % des Bas-Normandes sont concernées contre 7% des hommes, avec une différence significative sur le plan statistique. Les individus affectés par ces troubles sont 5 % sur la classe d'âge de moins de 45 ans, 13 % sur la classe d'âge de 45-59 ans, et 15 % parmi les 60 ans et plus.
- L'hypertension, qui concerne 8% des Bas-Normands (sans différence significative entre hommes et femmes).

NB : L'analyse des résultats de l'enquête relatifs à la prise de traitements médicamenteux a permis de mettre en évidence une sous déclaration de certaines maladies chroniques. C'est notamment le cas pour le cholestérol ou l'hypertension, la prise d'un traitement adapté amenant certaines personnes à ne pas se sentir concernées par un problème de santé.

... Suivis des maladies cardiaques, cholestérol et diabète

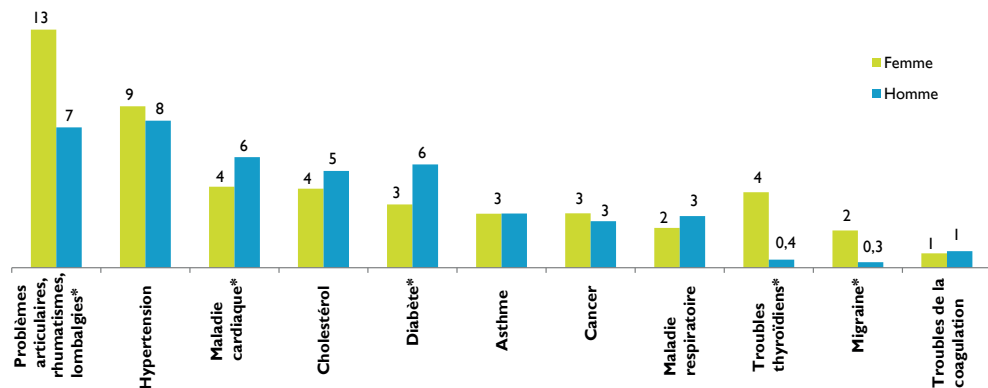
D'après les déclarations, les maladies cardiaques, le cholestérol et le diabète concernent entre 4 et 5 % des Bas-Normands : celles-ci touchent davantage les hommes, avec une différence significative concernant les maladies cardiaques et le diabète. S'ils concernent plus fortement les hommes, les problèmes cardiaques augmentent aussi fortement avec l'âge : ils touchent 2 % des moins de 30 ans, 9 % des 30-44 ans, 15 % des 45-59 ans, 28 % des 60-74 ans et jusqu'à 45 % des 75 ans et plus.

L'asthme et les migraines affectent davantage les plus jeunes

A l'inverse, l'asthme est une maladie qui concerne particulièrement un public jeune, mais indifféremment les hommes et les femmes. Plus d'un jeune de 18 à 29 ans sur trois se déclare concerné par cette maladie, puis la proportion de personnes touchées décroît avec l'âge : 21 % des 30-44 ans, 20 % des 45-59 ans, 13 % des 60-74 ans et 9 % des 75 ans et plus.

Autre maladie concernant les tranches d'âge les plus basses, les migraines concernent 20 % des moins de 30 ans, mais aussi 26 % des 30-44 ans et 35 % des 45-59 ans (contre moins de 10 % au-delà de 60 ans). Peu déclarée par des hommes, elle touche principalement les femmes avec une différence significative. C'est également le cas pour les troubles thyroïdiens, déclarés par 4 % des Bas-Normandes et par moins d'1 % de Bas-Normands : ces problèmes sont plus fortement déclarés sur la tranche d'âge de 45 à 59 ans.

Figure 35 : Type de pathologies déclarées selon le sexe (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie / * Ecart significatif

Plus d'un Bas-Normands sur 10 déclarent un tableau de pathologies multiples

Environ 13 % des Bas-Normands ont déclaré au moins deux maladies. Ainsi, plus de la moitié des personnes ayant déclaré les maladies suivantes, ont à la fois déclaré un autre problème de santé : le cholestérol (seul un quart des personnes ayant du cholestérol n'ont pas d'autre pathologie associée), puis le diabète, les problèmes articulaires, les troubles de la coagulation, les migraines. Naturellement, l'avancée en âge rend plus fréquent ce tableau de pathologies multiples.

La présence d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou durable renforcée dans les situations de surpoids ou d'obésité

Les personnes présentant une corpulence normale sont 36 % à déclarer une maladie ou un problème de santé durable : ce pourcentage s'établit à 50 % concernant les personnes en surpoids et atteint 62 % parmi les personnes obèses (cf. Définitions p. 115).

Ce constat particulièrement marqué concernant le diabète et l'hypertension

Les personnes diabétiques sont pour 36 % en situation d'obésité, pour 44 % en surpoids et seulement 20 % de corpulence normale. Les chiffres relatifs aux personnes souffrant d'hypertension sont respectivement de 23 %, 42 % et 34 % (avec également 1 % de personnes en situation de maigre ou de dénutrition). On observe ensuite une plus forte part d'individus en excès de poids (obésité ou surpoids) sur les maladies suivantes (par ordre d'importance décroissante) : problèmes articulaires, cancer, maladies cardiaques, troubles de la thyroïde.

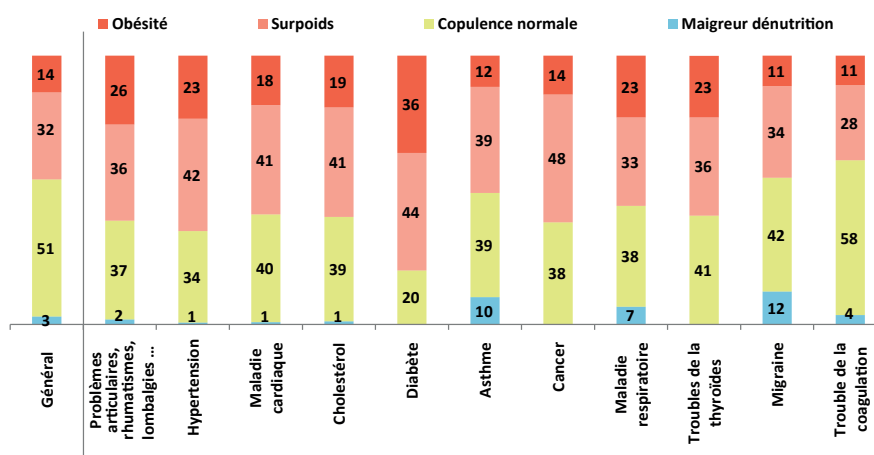
A l'inverse, les migraines, l'asthme et les maladies respiratoires affectent plus fortement les personnes qui sont en situation de maigre ou de dénutrition.

Impact sur la qualité de vie

Cancer, maladie cardiaque et diabète affectent fortement « l'état de santé en général »

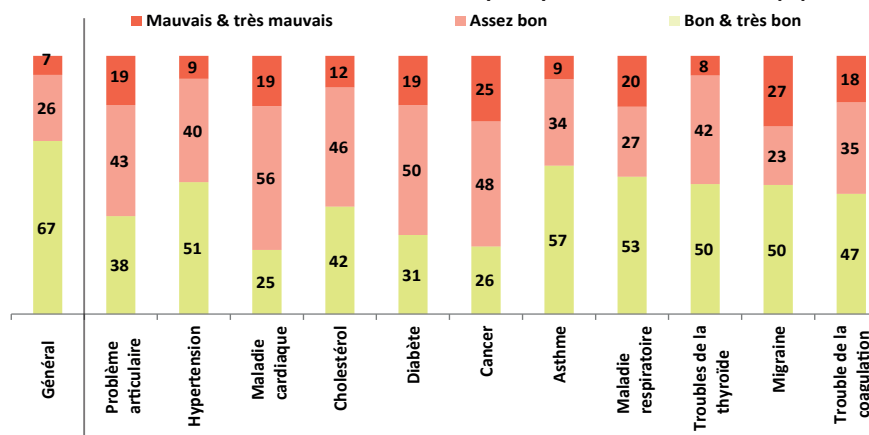
La perception de l'état de santé par les Bas-Normands se trouve naturellement affectée par la présence d'une maladie ou d'un problème de santé. L'impact le plus fort est mesuré parmi les personnes qui présentent un cancer, une maladie cardiaque ou encore un diabète : ces publics comprennent à la fois moins de 30 % de personnes se considérant en « bonne ou très bonne santé » et plus de 20 % se considérant en « mauvaise ou très mauvaise santé » (à titre comparatif, les pourcentages tous publics confondus sont respectivement de 67 % et 7 %). Notons que les migraines affectent aussi fortement la perception de l'état de santé, avec plus d'une personne sur 4 se déclarant en mauvais ou très mauvais état de santé.

Figure 36 : Type de maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable déclaré selon le statut pondéral (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie
 Général : désigne l'ensemble du public bas-normand ayant participé à l'enquête santé
 Note de lecture : 36% des Bas-Normands qui déclarent souffrir de diabète sont en situation d'obésité contre 14% des Bas-Normands

Figure 37 : Type de maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable déclaré selon la perception de l'état de santé (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Une qualité de vie fortement affectée par le problème de santé

La présence d'une maladie chronique ou autre problème de santé de caractère durable quel qu'il soit, a un impact sur la qualité de vie des individus, qui se traduit dans l'ensemble des dimensions mesurées par le score de Duke (cf. Définitions p. 115). Ainsi, si les scores mesurés sur la santé physique, la santé perçue ou la douleur sont naturellement les plus fortement impactés, d'autres dimensions telles que l'estime de soi, la santé sociale et la santé mentale sont aussi affectées de manière significative. Ces conséquences sont toutefois à nuancer en fonction de la pathologie identifiée. Les problèmes articulaires apparaissent comme la pathologie dégradant le plus fortement la qualité de vie, toutes les dimensions étant affectées, excepté « l'incapacité ». Le cumul de maladies ou autres problèmes de santé durables contribue aussi à dégrader plus fortement la qualité de vie des individus, particulièrement sur les dimensions de « santé perçue », « santé physique » et « douleur ».

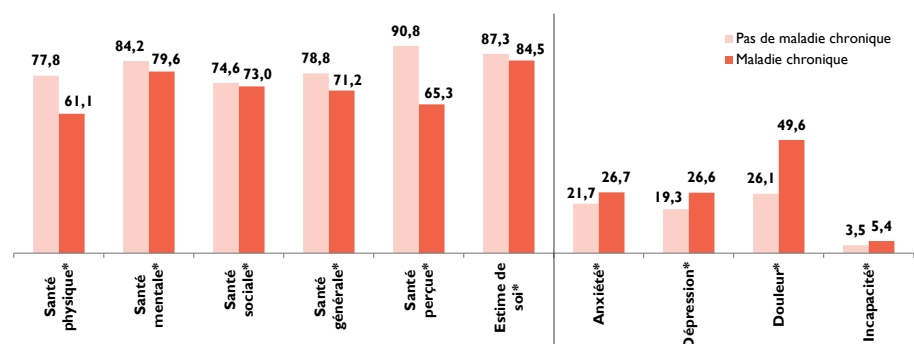
Impact sur la santé mentale

L'impact des maladies chroniques et problèmes de santé à caractère durable a également une traduction sur le plan psychique qui est appréhendée dans le cadre de ce travail à travers la manifestation chez les individus d'une détresse psychologique, de pensées suicidaires, voire de tentatives de suicide.

L'expression d'une détresse psychologique plus forte chez les personnes avec un problème de santé

Parmi les Bas-Normands ayant déclaré une maladie chronique ou un problème de santé de caractère durable, 31% ont exprimé une détresse psychologique (cf. Définitions p. 115), contre 20 % des autres. Ils sont donc plus confrontés à des sentiments de tristesse, de déprime, de désespoir, de perte d'intérêt ou de plaisir pour des choses aimées habituellement.

Figure 38 : Score de Duke selon la déclaration d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de caractère durable



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie
* Ecart significatif

Des pensées suicidaires et des passages à l'acte plus fréquents parmi les personnes souffrant d'un (ou plusieurs) problème(s) de santé

Ils ont aussi plus souvent déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, soit 8 % contre 5 % des personnes n'ayant déclaré ni maladie, ni problème de santé chronique ou durable. Parallèlement, 9 % ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, contre 5 % des individus non concernés.

On observe une forte corrélation entre maladie et pensées suicidaires, concernant plus spécifiquement les personnes atteintes d'une maladie respiratoire, de problèmes articulaires, de cancer et également de migraines. Ces comportements apparaissent d'autant plus marqués dans les situations de cumul d'au moins deux problèmes de santé : tandis que 7 % des personnes ayant une maladie chronique ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année passée, le pourcentage atteint 12 % lorsque trois maladies ou plus se cumulent. Les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois ont respectivement concerné 8 % et 13 % des personnes concernées.

Consommation de soins

La consommation de soins peut être abordée au travers de l'analyse des fichiers de l'assurance maladie et d'enquêtes en population. Dans le cadre de l'enquête-santé, les Bas-Normands ont été interrogés sur leur recours aux professionnels de santé, leur recours aux soins hospitaliers et sur leur consommation médicamenteuse.

Davantage de consultations chez le médecin généraliste en cas de maladie ou de problème de santé durable

Tel que présenté dans un précédent Info-Santé ⁽¹⁾, souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de caractère durable est un facteur associé au fait d'avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois (avec un « risque » multiplié par 2,8).

Les individus présentant au moins une des maladies identifiées par l'enquête ont été en effet amenés plus que les autres à consulter leur médecin généraliste trois fois ou plus au cours de l'année passée : la différence est particulièrement marquée concernant les personnes souffrant d'une maladie cardiaque, d'un cancer, d'hypertension ou de diabète.

Un recours à la médecine non conventionnelle différencié selon le type de maladie

Plus de 15 % des Bas-Normands enquêtés ont déclaré avoir consulté un professionnel de la médecine non conventionnelle non remboursée par la sécurité sociale (ostéopathe, homéopathe...) au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Si les personnes souffrant de problèmes articulaires ou de troubles de la thyroïde le font davantage (ils sont respectivement 22 % et 28 %), les Bas-Normands diabétiques ou hypertendus sollicitent moins ce type de professionnels (ils sont respectivement 5 % et 8 %).

Pas de recours particulier à un professionnel « psy »

Quelle que soit la pathologie concernée, l'enquête a mis en évidence que les individus déclarant une maladie ou autre problème de santé chronique ou à caractère durable, ne déclarent pas davantage de consultations chez un « psy » (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychanalyste confondus). Ce constat interroge, dans la mesure où ces derniers ont pourtant exprimé une plus grande détresse psychologique, ainsi que des pensées suicidaires et même des passages à l'acte plus fréquents que les individus non confrontés à un problème de santé durable.

Des hospitalisations plus fréquentes

Près de 25 % des individus ayant déclaré une maladie chronique ont été hospitalisés au cours des 12 derniers mois dont 6 % plusieurs fois, contre 15 % des personnes qui n'ont pas déclaré de maladie chronique, dont 3 % plusieurs fois.

Une consommation d'antidouleurs particulièrement importante chez les Bas-Normands souffrant de problèmes articulaires et de maladies respiratoires

Outre les traitements médicamenteux adaptés pour traiter la pathologie, de nombreuses personnes consomment des antidouleurs, voire des psychotropes. Tous publics confondus, ce sont 8 % des bas-normands qui prennent des antidouleurs : ils sont 29 % parmi les individus souffrant de problèmes articulaires, 21 % parmi ceux ayant déclaré une maladie respiratoire, 15 % parmi les victimes d'un cancer et 14 % parmi les personnes présentant une maladie cardiaque.

Une consommation de psychotropes multipliée par deux concernant les personnes souffrant d'un cancer ou de troubles articulaires

La consommation de psychotropes, visant à traiter les troubles du sommeil, les troubles anxieux ou la dépression, concerne 6 % des Bas-Normands d'après les résultats de l'enquête. Celle-ci est multipliée par deux s'agissant des personnes souffrant d'un cancer ou de problèmes articulaires (avec respectivement 12 % et 10 % de personnes concernées).

Un renoncement aux soins de même fréquence parmi les personnes confrontées à un problème de santé durable ou non

Près d'un Bas-Normand sur dix a déclaré avoir reporté ou renoncé à des soins au cours des 6 derniers mois. Les personnes ayant déclaré un problème de santé chronique ou durable ne sont pas plus fortement concernées que les autres. Ces dernières évoquent les dépassements d'honoraires comme raison principale de ce renoncement : ils portent sur des consultations chez un spécialiste, des radios ou autres examens d'imagerie médicale, ou encore des analyses de laboratoire.

Enfin, notons que l'enquête n'a pas mis en évidence de différence significative sur la couverture santé (sécurité sociale et mutuelle) des personnes présentant ou non un problème de santé.

Situations de handicap

Caractérisation des situations de handicap

Un Bas-Normand sur dix se déclare en situation de handicap

Les Bas-Normands ayant répondu à l'enquête santé sont 11 % à se considérer en situation de handicap, observation conforme à ce qui est constaté au plan national, puisque d'après l'enquête Vie quotidienne et santé de 2007, « une personne sur dix vivant chez elle, considère avoir un handicap ». Parmi eux, 85 % ont déclaré une maladie chronique ou autre problème de santé chronique ou de caractère durable, et près de deux tiers (64 %) ont déclaré être pris en charge au titre d'une Affection de longue durée.

Cette situation ne se traduit pas nécessairement par une reconnaissance administrative

Les personnes se déclarant en situation de handicap n'ont pas nécessairement une reconnaissance administrative de cette situation, ils sont moins de deux tiers à déclarer en avoir fait la demande. Notons qu'à l'échelle nationale, environ 6 % de la population âgée de 15 à 64 ans détient une reconnaissance administrative de son handicap, ouvrant droit à l'obligation d'emploi de travailleur handicapé (source : enquête Handicap et santé auprès des ménages, 2008). Si la perception de handicap est bien souvent associée à une limitation dans les activités ou à des difficultés pour accomplir certaines actions, l'enquête a mis en évidence que 17 % des Bas-Normands en situation de handicap déclarent ne pas se sentir limités depuis au moins 6 mois dans les activités que font les gens habituellement. Rappelons que le handicap revêt des formes très variées (cf. Définitions p. 115), certains troubles ne se traduisant pas par des limitations physiques, mais par une grande fatigabilité, des difficultés de concentration ou de mémorisation ou des comportements inadaptés par exemple. Les limitations que peuvent rencontrer certaines personnes peuvent aussi être compensées par des aménagements matériels ou organisationnels, faisant disparaître la perception de limitations.

Description du public

Une situation de handicap plus fortement ressentie par les 45-59 ans

L'enquête n'a pas mis en évidence de distinction significative entre les hommes et les femmes. Concernant la structure d'âge de ce public, il apparaît que la tranche d'âge des 45 à 59 ans se déclare plus fréquemment en situation de handicap, avec 18 % d'individus concernés (contre 11 % tous âges confondus). C'est la traduction du handicap acquis au cours de la vie, notamment consécutif à un accident du travail ou de la vie privée, ou encore la survenue d'une maladie (éventuellement professionnelle), avec des gênes et des limitations qui s'ensuivent. Les personnes qui se considèrent en situation de handicap sont ensuite 9 % parmi les 60-74 ans, sachant qu'après 60 ans, les limitations sont davantage associées au vieillissement qu'au handicap (selon un constat observé au plan national). Au-delà de 75 ans, ce sont encore 14 % des personnes qui se déclarent concernées.

Une situation de handicap qui apparaît comme un frein à l'emploi

Sur le plan de l'emploi, l'enquête a mis en évidence que les personnes se considérant en situation de handicap sont deux fois moins souvent en emploi que celles ne déclarant pas de handicap (soit 25 % contre 51 %). Elles sont aussi plus fréquemment concernées par le chômage (13 % contre 8 %). Ces résultats apparaissent conformes aux constats dressés au plan national, à savoir des taux d'emploi des publics ayant une reconnaissance de handicap très inférieurs à ceux de l'ensemble de la population en âge de travailler¹. Les personnes se considérant en situation de handicap et occupant un emploi lors de l'enquête, sont plus fortement représentées sur certaines PCS, particulièrement parmi les ouvriers (17 % de ce public se considère en situation de handicap), puis les employés (12 %).

Impact sur la qualité de vie

Une situation de handicap qui affecte la perception de l'état de santé

Les personnes en situation de handicap sont 17 % à déclarer un état de santé « très bon ou bon », 39 % un état de santé « assez bon » et 43 % un état de santé « mauvais ou très mauvais » (contre respectivement 73 %, 24 % et 3 % des personnes sans handicap).

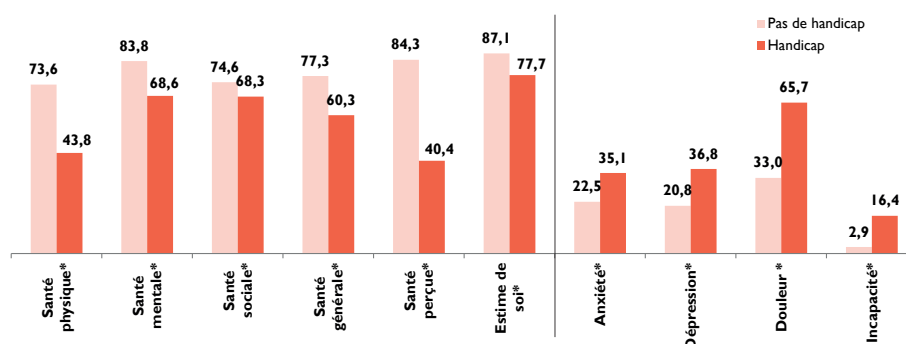
¹ DARES Analyses - La situation sur le marché du travail en 2008 des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap - Juin 2011

Impact sur la qualité de vie et la santé mentale

Une situation de handicap qui affecte la perception de l'état de santé...

Les personnes en situation de handicap sont 17 % à déclarer un état de santé « très bon ou bon », 39 % un état de santé « assez bon » et 43 % un état de santé « mauvais ou très mauvais » (contre respectivement 73 %, 24 % et 3 % des personnes sans handicap).

Figure 39 : Déclaration d'un handicap selon le score de Duke



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie / * Ecart significatif

... la qualité de vie

Parallèlement à ce qui est observé concernant les personnes atteintes d'une maladie ou autre problème de santé chronique ou de caractère durable (à savoir une population en partie identique), les personnes qui se considèrent en situation de handicap ont une qualité de vie dégradée. Cela est observé sur toutes les dimensions du score de Duke, et plus particulièrement sur la santé perçue, la santé physique, la douleur ou l'incapacité.

Trois fois plus de tentatives de suicide parmi les personnes se sentant en situation de handicap

Les personnes qui se considèrent en situation de handicap sont aussi plus fragiles sur le plan psychique. Elles sont quatre sur dix à déclarer être en situation de détresse psychologique. Aussi, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide auront concerné parmi elles, trois fois plus de personnes que parmi l'ensemble de la population bas-normande.

Consommation de soins

Un recours aux soins renforcé, particulièrement en médecine générale, soins infirmiers, kinésithérapie et suivi « psy »

Le besoin de consultations médicales est renforcé par la présence d'un handicap. Ce constat est observé tant pour les consultations de médecin généraliste (84 % de personnes en situation de handicap ont consulté au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois, contre 46 % pour les autres), que d'infirmier (53 % de personnes en situation de handicap ont consulté, contre 22 % pour les autres) ou de kinésithérapie (soit 30 % contre 14 %).

Si aucun lien n'a été observé entre maladie ou problème de santé durable et consultation « psy », les personnes se déclarant en situation de handicap sont quant à elles quatre fois plus nombreuses à consulter ce type de professionnels (ils sont 14 % contre 4 % des autres).

Une consommation plus fréquente d'antidouleurs et de psychotropes

En dehors des traitements médicamenteux quotidiens, qui concernent 71 % des enquêtés ayant déclaré être en situation de handicap (versus 40 % des autres), ce public a aussi plus fréquemment recours à des antidouleurs et des psychotropes : les personnes en situation de handicap sont respectivement 30 % et 16 % à en consommer (contre 6 % et 4 % pour les autres).

Des renoncements ou reports de soins plus fréquents, pour raison financière

Les personnes se déclarant en situation de handicap sont amenées à reporter voire à renoncer à des soins, davantage que le reste du public (ils sont 12 % contre 8 %). La raison majeure est financière et elle concerne prioritairement les consultations de médecine spécialisée.

Facteurs associés à la déclaration d'une maladie, d'un problème de santé chronique ou d'une situation de handicap

Il s'agit ici d'examiner quelles caractéristiques sont associées au fait d'avoir déclaré « une maladie ou un problème de santé chronique » ou « une situation de handicap ». On parle de facteurs « associés » car, a priori, ces caractéristiques peuvent être liées à ces déclarations, sans en être elles-mêmes des conséquences. Une régression logistique (cf. Définitions p. 115) est utilisée pour mesurer et vérifier qu'une relation entre une caractéristique donnée et le fait de déclarer une situation reste significative, une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés.

Maladie ou problème de santé chronique

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées, sept variables sont significativement associées à la déclaration d'une maladie chronique. Ces variables peuvent se classer en trois dimensions : variables socio-démographiques, d'état de santé et d'évènements difficiles vécus pendant l'enfance ou l'adolescence (cf. tableau 10).

En termes de caractéristiques socio-démographiques seul l'âge et la situation face à l'emploi sont significativement corrélés à la déclaration d'une maladie chronique. Le risque de présenter une maladie ou un problème de santé chronique est d'autant plus grand que l'âge augmente. Il en est de même pour les Bas-Normands en recherche d'emploi, à la retraite ou pré-retraite et ou classés dans la catégorie « autres » comparativement à ceux en situation d'emploi. A l'inverse, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être étudiant apparaît comme un facteur protecteur.

Concernant l'état de santé, les Bas-Normands présentant des limitations dans les activités quotidiennes, une situation de handicap, des troubles du sommeil et une surcharge pondérale ont un risque accru de présenter une maladie chronique. Enfin, avoir été exposé à de la violence conjugale parentale pendant son enfance augmente ce risque.

Situation de handicap

Être âgé de 30 à 59 ans multiplie par plus de trois le risque de déclarer une situation de handicap. La situation face à l'emploi est également fortement corrélée à la déclaration d'une situation de handicap avec un risque accru parmi les Bas-Normands en recherche d'emploi (OR=3,4) ou classés en autres (OR=6,0 correspondant pour cette catégorie aux personnes en situation d'invalidité). Être un homme et ne pas vivre en couple augmente également de manière significative le risque de déclaration d'une situation de handicap (risque multiplié respectivement par 1,4 et 2,2). À l'inverse, être diplômé du 2nd ou 3^{ème} cycle réduit ce risque par deux et demi (OR=0,4).

En termes d'état de santé, un lien significatif est observé entre le fait de présenter des troubles du sommeil, une surcharge pondérale et le fait de déclarer une situation de handicap. De même, être admis en affection de longue durée est fortement corrélé à cette situation (OR=7). Enfin, avoir été exposé à de la violence conjugale parentale pendant son enfance et/ou adolescence est significativement corrélé à la déclaration d'une situation de handicap à l'âge adulte (OR=1,8).

Tableau 10 : Facteurs associés à la déclaration d'une maladie ou d'un problème de santé chronique

	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance	Significativité à 5%
Âge			
18-29 ans	Réf.		
30-44 ans	0,87	[0,65 ; 1,18]	ns
45-59 ans	1,80	[1,34 ; 2,42]	S
60-74 ans	2,18	[1,33 ; 3,56]	S
75 ans et plus	2,13	[1,24 ; 3,63]	S
Situation face à l'emploi			
En emploi	Réf.		
Autres	1,51	[1,03 ; 2,22]	S
A la recherche d'un emploi	1,41	[1,02 ; 1,95]	S
En étude	0,60	[0,36 ; 0,99]	S
Retraité ou préretraité	1,75	[1,15 ; 2,67]	S
Considéré en situation de handicap			
Non	Réf.		
Oui	2,69	[1,80 ; 4,03]	S
Problème de sommeil			
Pas du tout	Réf.		
Un peu	1,23	[1,01 ; 1,49]	S
Beaucoup	1,78	[1,37 ; 2,31]	S
Limitation depuis au moins 6 mois dans les activités quotidiennes			
Non	Réf.		
Oui, mais pas fortement	2,87	[2,17 ; 3,80]	S
Oui, fortement	4,08	[2,79 ; 5,97]	S
Indice de masse corporelle			
Corpulence normale	Réf.		
Maigre/dénutrition	1,23	[0,72 ; 2,07]	ns
Surpoids	1,29	[1,06 ; 1,56]	S
Obésité	1,93	[1,47 ; 2,52]	S
Constaté entre vos parents de grave tension ou un climat de violence (pendant l'enfance ou l'adolescence)			
Non	Réf.		
Oui	1,58	[1,2214 ; 2,04]	S

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, les Bas-Normands ayant été exposé à de la violence conjugale parentale ont 1,58 fois plus de « risques » de déclarer une maladie ou un problème de santé durable





VIE AFFECTIVE, RELATIONNELLE ET SEXUELLE

Rappelons que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La mesure de ce bien-être physique, mental et social fait l'objet de nombreux travaux et pléthore d'indicateurs sont désormais disponibles afin de mesurer l'état de santé d'une population.

Au delà des indicateurs standards souvent perçus d'un point de vue physique et de manière négative (mortalité, morbidité déclarée, motifs de recours aux soins, ...), les préoccupations relatives au bien-être et à la vie relationnelle se sont développées. De nombreuses échelles de mesure de la qualité de vie sont venues compléter ces indicateurs. Ces échelles, dans leur élaboration, intègrent des questions concernant la vie relationnelle et affective des individus comme composante à part entière de leur santé physique, mentale et sociale.

L'éducation à la vie relationnelle, affective et également sexuelle fait partie des principes fondamentaux de la promotion de la santé, notamment auprès des adolescents, afin de les rendre responsables et acteurs de leur santé et de leur bien-être. Cette éducation s'attache à favoriser des choix responsables en matière de vie affective, sexuelle et de désir d'enfant (contraception, interruption volontaire de grossesse).

Rappelons sur ce point, qu'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 est l'un des 5 objectifs liés à la périnatalité de la loi de santé publique du 9 août 2004. En 2015, la loi de modernisation du système de santé rappelle cette volonté de faciliter l'accès à la contraception d'urgence, à l'IVG (en supprimant notamment le délai de réflexion de 7 jours jusque là imposé aux femmes demandant une IVG) et plus généralement réaffirme le droit des femmes à disposer librement de leur corps.

Ce chapitre s'attache ainsi à décrire la vie relationnelle, affective et sexuelle des Bas-Normands. Sont également traitées dans cette partie les informations concernant la contraception et plus particulièrement la contraception d'urgence ainsi que les interruptions volontaires de grossesse.

De nouveau et comme pour les autres analyses menées, au-delà des résultats descriptifs de la population bas-normande portant sur ces sujets, les facteurs associés à ces thématiques sont également décrits.

Vie relationnelle et affective

Relation de couple et statut marital

Des femmes plus fréquemment en couple

Plus de 70 % des enquêtés sont en couple, les femmes étant davantage concernées que les hommes (74 % vs 68 %). L'écart constaté entre les hommes et les femmes est significatif avant 30 ans et après 75 ans. Les jeunes femmes ont en effet plus fréquemment déclaré vivre en couple.

A l'inverse, après 75 ans, les situations de veuvage sont plus fréquentes pour ces dernières (espérance de vie moins élevée chez les hommes). Concernant le statut matrimonial, 55 % des Bas-Normands sont mariés (ou séparés mais non divorcés) et 31 % sont célibataires. Notons que 9% de l'échantillon déclare être veuf/veuve (12% des femmes et 5 % des hommes) et 5 % divorcé(e) (autant d'hommes que de femmes).

Situation familiale

Une situation familiale qui varie selon le sexe et l'âge

Près de 41 % des Bas-Normands enquêtés vivent en couple sans enfant à leur domicile, 30 % sont en couple avec enfant(s) à leur domicile et 2 % sont parents isolés. Plus de 17 % des Bas-Normands enquêtés vivent seuls. Enfin, un Bas-Normand sur 10 ne vit pas seul mais n'est pas pour autant en couple (colocation, membres de la famille).

De nouveau, le sexe et l'âge font varier ces répartitions avec des femmes plus fréquemment en couple avec enfant(s) à leur domicile ou parent isolé et des personnes âgées vivant davantage seules (20 % des personnes vivant seules sont âgées de 60-74 ans et plus de 45 % sont âgées de 75 ans et plus).

Des Bas-Normands globalement satisfaits de leur vie familiale

Plus de 80 % des Bas-Normands déclarent être « contents » de leur vie familiale, 12 % en sont « à peu près contents ». Près de 4 % sont quant à eux insatisfaits de leur vie familiale et ce, sans différence entre les hommes et les femmes.

L'âge et la fragilité socio-économique sont quant à elles des variables discriminantes. En effet, à partir de 45 ans, la proportion de Bas-Normands mécontents de leur vie de famille augmente. De même, seulement 69 % des Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique sont satisfaits contre 88 % de ceux ne présentant pas de fragilité socio-économique.

Isolement social et santé sociale

Un soutien en cas de nécessité qui se restreint avec l'avancée en âge

Les trois-quarts des Bas-Normands ont au cours des 6 mois précédant l'enquête rencontré des membres de leur famille, des amis ou des connaissances au moins une fois par mois (dont 20 % au moins une fois par jour), 19 % environ une fois par mois. Ainsi, près de 7 % des Bas-Normands ont rencontré des membres de leur famille, des amis ou des connaissances moins d'une fois par mois. Par ailleurs, 7 à 8 % des Bas-Normands ont déclaré ne pas avoir dans leur entourage des personnes sur qui pouvoir compter pour les héberger ou pour leur apporter une aide matérielle en cas de besoin. Que ce soit pour la fréquence des relations familiales ou amicales ou le soutien en cas de nécessité, aucune différence significative n'est constatée entre les hommes et les femmes. En revanche, l'âge est une variable discriminante. En effet, si 2 % des 18-29 ans déclarent ne pas avoir dans leur entourage des personnes sur qui compter, cette proportion croît avec l'avancée en âge pour atteindre 12 % à partir de 75 ans.

Une «santé sociale» moins favorable chez les parents isolés et chez les personnes ayant eu des pensées suicidaires

Il est difficile de déterminer les variables associées à l'isolement social mesuré via la fréquence des rencontres familiales ou amicales au cours des 6 derniers mois (le degré d'incertitude dû au faible pourcentage de concordance des régressions incite à la prudence quant aux interprétations).

Toutefois, si l'on étudie l'isolement social via la dimension «santé sociale» du score de qualité de vie de Duke, certaines variables se démarquent. Rappelons que le score de Duke est une mesure qui permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus (cf. Définitions p. 115).

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées, 6 variables sont significativement associées au score de santé sociale (cf. tableau 11).

Ces variables peuvent se classer en trois dimensions : variables socio-démographiques, d'état de santé et d'évènements douloureux vécus pendant l'enfance ou l'adolescence.

Dans le tableau, un score négatif reflète une santé sociale plus dégradée par rapport à l'item de référence (Réf.). Il apparaît ainsi que le score de santé sociale constaté chez les Bas-Normands ayant eu des pensées suicidaires est en moyenne inférieur de 8 points à celui observé chez les autres, après ajustement sur les autres variables du modèle. On constate également une baisse importante du score chez les parents isolés (vs couple avec enfants : -7 points) et chez les Bas-Normands à la recherche d'un emploi (vs en emploi : - 4 points). Les limitations dans les actes de la vie quotidienne, avoir été confronté à de la violence conjugale parentale au cours de l'enfance ou l'adolescence ainsi que présenter une détresse psychologique influencent à la baisse le score de santé sociale.

A l'inverse, le fait d'être en études augmente le score de santé sociale de plus de 3 points comparativement aux Bas-Normands en emploi.

Tableau 11 : Facteurs associés à la dimension santé sociale du score de qualité de vie de Duke

Dimension santé sociale du score de Duke	coef.	signif.
Situation familiale		
En couple avec enfant	Réf	
En couple sans enfant	0,3	ns
Parent isolé	-6,5	S
Personne seule	-3,2	S
Non seul mais pas en couple	0	ns
Situation professionnelle		
En emploi	Réf	
En étude	3,3	S
Retraité	0,4	ns
A la recherche d'un emploi	-3,9	S
Autres	-0,8	ns
Limitation depuis au moins 6 mois dans les activités quotidiennes		
Non	Réf	
Oui, mais pas fortement	-2,9	S
Oui, fortement	-4,6	S
Pensées suicidaires		
Non	Réf	
Oui	-7,8	S
Constaté entre vos parents de graves tensions ou climat de violence		
Non	Réf	
Oui	-3,5	S
Détresse psychologique		
Non	Réf	
Oui	-2,2	S

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Aide à la lecture : Le score de santé sociale constaté chez les parents isolés est en moyenne inférieur de 6,5 points à celui observé chez les Bas-Normands en couple avec enfant.

Vie sexuelle, contraception et Interruption Volontaire de Grossesse

Relations sexuelles

95 % des Bas-Normands enquêtés ont déjà eu des rapports sexuels au cours de leur vie

La quasi-totalité des Bas-Normands enquêtés ont déjà eu des relations sexuelles au cours de leur vie (95 %) et ce sans différence significative entre les hommes et les femmes. Un peu plus de 1% ont déclaré ne jamais avoir eu de rapports sexuels. Près de 5 % des personnes enquêtées n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Si aucune différence n'est constatée entre les hommes et les femmes concernant les relations sexuelles au cours de la vie, les femmes ont cependant moins souvent déclaré une pratique sexuelle au cours des 12 mois précédant l'enquête (75 % des femmes versus 81 % des hommes).

Les personnes en couple ont plus souvent que les autres déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête mais aussi au cours de leur vie.

Une majorité de rapports hétérosexuels

Près de 94 % des Bas-Normands ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir des relations sexuelles avec des personnes du sexe opposé, 4 % avec des personnes du même sexe et 2 % avec les deux sexes.

Contraception

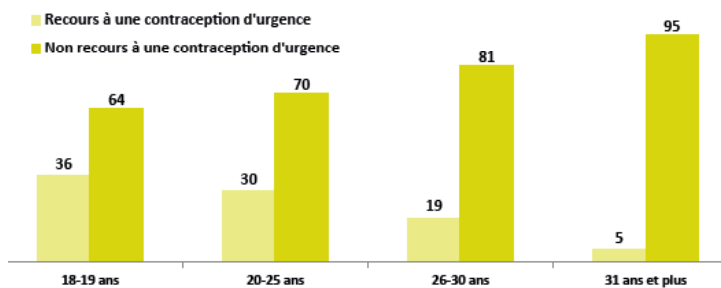
Une utilisation importante de la pilule

Près de la moitié (48%) des femmes interrogées ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête n'ont pas utilisé de moyen de contraception au cours de cette période. Parmi les hommes, cette proportion est de 56 %.

La pilule demeure le moyen de contraception le plus fréquemment cité par les Bas-Normandes (51 %) ainsi que le préservatif (15 %). Il en est de même pour les hommes qui citent ces deux modes de contraception prioritairement. Ces derniers mentionnent toutefois le préservatif en premier lieu (46 %) et la pilule (pour leur partenaire) en second lieu (35 %).

Près de 30 % des femmes ont également évoqué le stérilet : cela concerne des femmes plus âgées ayant en général au moins un enfant. A l'inverse, les nouveaux modes de contraception comme l'implant, l'anneau vaginal et les patchs (utilisés par respectivement 3 %, 1 % et 1 % des Bas-Normandes enquêtées) sont davantage évoqués parmi les plus jeunes (moins de 25 ans).

Figure 40 : Recours des Bas-Normandes à la contraception d'urgence au cours de la vie selon l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Contraception d'urgence

Un recours à la contraception d'urgence en augmentation

Quand on étudie un comportement «au cours de la vie», les fréquences observées augmentent logiquement avec l'âge. Pour la contraception d'urgence¹, on observe une inversion des tendances avec un recours à la contraception d'urgence plus fréquent chez les plus jeunes. Plus de 25 % des Bas-Normandes âgées de 18-30 ans déclarent avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie (17 % une seule fois et 9 % plusieurs fois). Alors que 5 % des femmes de plus de 30 ans y ont eu recours au moins une fois dans leur vie, cette proportion est d'autant plus forte que la femme était jeune au moment de l'enquête : plus d'un tiers des 18-25 ans et un cinquième des 26-30 ans y ont déjà eu recours.

Age, niveau d'études, composition familiale et recours à l'IVG : des variables fortement associées à la prise d'une contraception d'urgence

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête, quatre variables sont particulièrement associées au fait d'avoir eu recours à la contraception d'urgence au moins une fois au cours de la vie (cf. tableau 12). Comme évoqué précédemment, on retrouve l'âge comme un facteur fortement corrélé avec un recours plus fréquent chez les plus jeunes. De même, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'avoir un niveau d'études de 2nd et 3^{ème} cycle (vs Bac) et d'être parent isolé (vs personnes seules) multiplie le recours à la contraception d'urgence par respectivement 4,0 et 3,7. Enfin, le recours à la contraception d'urgence est fortement associé à la pratique d'une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse (recours multiplié par 2,8).

Tableau 12 : Facteurs associés au recours à la contraception d'urgence au cours de la vie

	Odds ratio (OR)	Intervalles de confiance	Significativité à 5%
Age			
18-24 ans	Réf.	-	-
25-29 ans	0,39	[0,19 - 0,79]	S
30-44 ans	0,14	[0,07 - 0,27]	S
45-59 ans	0,09	[0,05 - 0,17]	S
60 ans et plus	0,01	[0,00 - 0,04]	S
Situation familiale			
Personne seule	Réf.	-	-
En couple avec enfant	0,64	[0,27 - 1,53]	ns
En couple sans enfant	0,52	[0,22 - 1,21]	ns
Non seule mais pas en couple	0,59	[0,21 - 1,63]	ns
Parent isolé	3,70	[1,26-10,88]	S
Niveau d'étude			
Aucun	1,64	[0,76 - 3,93]	ns
Inférieur au Bac	0,89	[0,52 - 1,56]	ns
Baccalauréat	Réf.	-	-
1er cycle	0,96	[0,48 - 1,90]	ns
2 ^{ème} ou 3 ^{ème} cycle	3,96	[2,19 - 7,16]	S
Recours à l'IVG			
Non	Réf.	-	-
Oui	2,84	[1,76 - 4,60]	S

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Aide à la lecture : toutes choses égales par ailleurs, les Bas-Normandes ayant un niveau d'étude de 2nd ou 3^{ème} cycle ont 3,9 fois plus de «risques» d'avoir déjà eu recours à une contraception d'urgence.

¹ En juin 1999, la contraception d'urgence est devenue accessible en pharmacie sans prescription, favorisant ainsi son utilisation. Toutefois, d'après le Baromètre Santé 2010 de l'Inpes, 48 % des dernières grossesses n'étaient pas planifiées chez les femmes de 18-24 ans. Le recours insuffisant à la contraception d'urgence est l'une des raisons qui peuvent expliquer ce pourcentage. En 2007, d'après l'enquête sur les IVG de la Drees, seulement une femme sur dix ayant eu recours à l'IVG avait utilisé la contraception d'urgence pour éviter la grossesse. Neuf femmes sur dix ne mettent donc pas en place de stratégie de rattrapage à l'issue d'un rapport sexuel à risque.

Interruption volontaire de grossesse

Une femme sur 6 déclare avoir eu une IVG au cours de sa vie

Près de 16 % des Bas-Normandes interrogées ont déclaré avoir eu recours à l'IVG au cours de leur vie : 12 % une fois et 4 % plusieurs fois. Si l'on considère les plus jeunes, 13 % des Bas-Normandes âgées de moins de 25 ans ont déjà eu recours à l'IVG (dont 3 % plusieurs fois).

Les fréquences les plus élevées sont recensées parmi les femmes âgées de 45-59 ans. Plus de 20 % d'entre elles ont eu recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie.

Pas de profil type associé à l'interruption volontaire de grossesse

Aucun profil type de femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse ne peut être dégagé. Toutefois, certaines variables étudiées de manière isolée s'avèrent discriminantes.

Les femmes en situation de fragilité socio-économique sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré au moins une IVG au cours de la vie : 22 % d'entre elles ont été concernées une fois et 6 % plusieurs fois contre respectivement 13 % et 3 % des autres femmes.

De même, les mères isolées (29 %) et les femmes non seules mais ne vivant pas en couple (25 %) ont plus souvent déclaré une IVG que les autres (15 %).

Zoom sur les Interruptions volontaires de grossesse en France et en Basse-Normandie - Données 2013

Selon les dernières données publiées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 229 000 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en 2013 en France entière (dont 217 000 en métropole). Le nombre d'IVG comptabilisées en France entière est relativement stable depuis une dizaine d'années avec néanmoins quelques fluctuations à la hausse ou à la baisse sur quelques années.

Taux de recours

Près de 15,6 IVG sont recensées pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans (15,3 en métropole). Ce taux de recours à l'IVG varie fortement selon l'âge et atteint son maximum entre 20 et 24 ans avec un taux de près de 29 IVG pour 1 000. Chez les mineurs le taux est de 9,5 pour 1 000. Il atteint près de 22 chez les 18-19 ans.

Type et lieu des IVG

58 % des interruptions volontaires sont médicamenteuses, soit une part de plus en plus importante depuis le début des années 90. Toutefois, le nombre d'IVG chirurgicales en établissement a légèrement augmenté en 2013.

84 % des IVG sont pratiquées en établissement. Celles pratiquées hors établissements de santé sont concentrées sur certaines régions (Ile-de-France et PACA) et quasiment inexistantes sur d'autres (Limousin, Pays-de-la-Loire et Alsace).

En Basse-Normandie

En 2013, 3 758 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en Basse-Normandie, soit un taux de recours de 12,4 IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer. Ce taux de recours est inférieur à celui observé en moyenne en France entière ou en France métropolitaine (respectivement 15,6 et 15,3 p. 1 000).

Si le taux global régional est inférieur au taux national, le taux de recours chez les mineurs est quant à lui similaire : 9,9 IVG pour 1 000 femmes de 17-19 ans ont été recensées en Basse-Normandie contre 9,7 en France métropolitaine et 10,2 en France entière.

Sources : PMSI, SAE, CNAMTS

Exploitation : Drees





LES JEUNES ÂGÉS DE 18-30 ANS

La santé des jeunes est une priorité indiscutable pour les pays occidentaux et une problématique particulièrement prise en compte par les décideurs nationaux et régionaux. Ce thème a d'ailleurs été intégré à la loi de santé publique d'août 2004 et se situe depuis au centre des stratégies de santé publique. Plus généralement, il est au cœur des stratégies gouvernementales au travers du Plan Priorité Jeunesse redéfini en début d'année 2013¹. Ce dernier vise à améliorer la situation des jeunes, en matière de formation, de lutte contre le décrochage scolaire, d'emploi, d'autonomie, de logement, de santé et de valorisation de l'engagement des jeunes. « *Améliorer la santé des jeunes et favoriser l'accès à la prévention et aux soins* » est ainsi l'un des treize chantiers de ce plan. Les initiatives menées pour comprendre les jeunes à travers leur état de santé et leurs comportements pour les guider vers l'âge adulte en conservant leur « capital santé », sont donc très précieuses.

Derrière l'appellation générique « jeunes », il existe une grande diversité de conditions de vie et de comportements. La tranche d'âge choisie pour cette publication s'étend de 18 à 30 ans, incluant à la fois des personnes en fin d'adolescence et de jeunes adultes indépendants. La tranche d'âge est étendue à 30 ans et non pas 25 ans afin de prendre en compte les évolutions sociétales (allongement des études, indépendance familiale et financière plus tardive ainsi qu'âge moyen au premier enfant désormais à 30 ans). Cette analyse s'ajuste ainsi sur la dernière publication de l'Inpes consacrée aux comportements de santé des jeunes².

Cette partie s'attache à décrire les jeunes Bas-Normands âgés de 18-30 ans et revêt ainsi un caractère multithématique. Le profil social et économique, la perception et l'état de santé, ainsi que les comportements de santé dans toutes les dimensions que cela implique (habitude de vie, consommation de soins...) sont ainsi étudiés.

Pour chacune de ces dimensions, l'objectif est toujours de mieux appréhender les facteurs associés aux différents comportements.

¹ Priorité Jeunesse. Comité interministérielle de la jeunesse. «Faire que les jeunes vivent mieux en 2017 qu'en 2012». 21 février 2013. www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/CJL_Rapport_21_fevrier_2013.pdf

² Beck F., Richard J.-B., dir Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2013 : 44 p.

Profil social et économique

Les Bas-Normands âgés de 18 à 30 ans représentent 10% de l'échantillon de personnes enquêtées. Après redressement, cette proportion atteint 19 % de l'échantillon (soit 576 individus). Près de 52 % de ces personnes sont des hommes.

Situation familiale et relations sociales

Plus d'un jeune Bas-Normand sur deux est en couple

Près de 54 % des Bas-Normands âgés de 18-30 ans sont en couple, les femmes étant davantage concernées que les hommes. Concernant le statut marital, plus de 80 % des jeunes Bas-Normands sont célibataires et 18 % sont mariés. Une différence entre les hommes et les femmes est également constatée avec une proportion de femmes mariées plus importante. Notons que moins de 1 % de l'échantillon déclare être divorcé. Enfin plus de 40 % des personnes âgées de 18-30 ans ont des enfants.

Des jeunes Bas-Normands majoritairement satisfaits de leur vie familiale

Plus de 80 % des Bas-Normands âgés de 18-30 ans déclarent être « contents » de leur vie familiale, 15 % en sont « à peu près contents ». Moins de 3 % des jeunes Bas-Normands sont pour leur part insatisfaits de leur vie familiale. Si plus de 10 % des Bas-Normands âgés de 18-30 ans déclarent ne pas avoir rencontré de parents ou d'amis lors de conversations ou de visites au cours des huit derniers jours, ils sont moins de 5 % à déclarer ne pas avoir dans leur entourage des personnes sur qui pouvoir compter pour les héberger ou pour leur apporter une aide matérielle en cas de besoin. Que ce soit le degré de satisfaction des relations familiales ou le soutien en cas de nécessité, aucune différence significative n'est constatée entre les hommes et les femmes. Par contre, la fréquence de rencontre avec les membres de leur famille, des amis ou des connaissances est plus élevée chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes : 86 % des femmes contre 72 % des hommes rencontrent des membres de leur famille, des amis ou des connaissances au moins une fois par semaine.

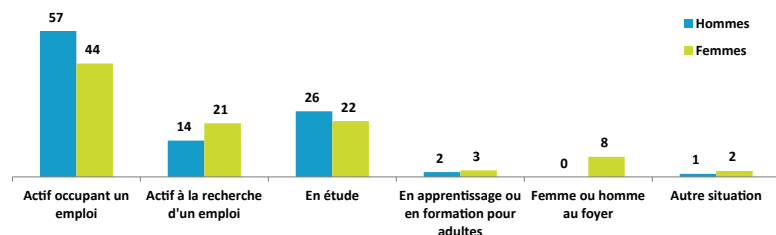
Situation professionnelle et financière

Une situation économique plus difficile chez les jeunes Bas-Normandes

Plus de la moitié des Bas-Normands âgés de 18-30 ans occupent un emploi, 26 % sont étudiants, en apprentissage ou en formation pour adultes et 18 % sont à la recherche d'un emploi. Leur situation professionnelle diffère selon le sexe avec une proportion de jeunes femmes actives à la recherche d'un emploi nettement supérieure à celle observée chez les hommes (21 % versus 14 %) contre une part de jeunes hommes en emploi plus importante (57 % versus 44 %).

Notons également que près de 8 % des jeunes femmes se déclarent « au foyer » alors qu'aucun homme n'est concerné par cette situation. Le niveau de diplôme varie également selon le sexe avec une part de jeunes hommes ayant un niveau de diplôme supérieur au bac plus importante (39 % versus 32 %). Les jeunes femmes sont également plus nombreuses à avoir déclaré rencontrer de réelles difficultés financières : 36 % contre 28 % des jeunes hommes.

Figure 41 : Statut occupationnel des Bas-Normands enquêtés âgés de 18-30 ans selon le sexe (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Fragilité socio-économique

La fragilité socio-économique est ici mesurée au moyen du score Epices (cf. Définitions p. 115) regroupant des variables à la fois sociales et économiques.

Une fragilité socio-économique globalement aussi fréquente chez les 18-30 ans que leurs aînés...

En effet, 31 % des Bas-Normands âgés de 18-30 ans présentent une situation de précarité, soit une proportion relativement similaire à celle observée chez les enquêtés âgés de plus de 30 ans.

...mais avec des composantes différentes :

- *des relations sociales plus développées chez les plus jeunes*

Les Bas-Normands âgés de 18-30 ans présentent un profil social différent de leurs aînés. Ils ont des relations familiales et amicales plus fréquentes, davantage de soutien en cas de nécessité ainsi qu'un degré de satisfaction plus élevé concernant la vie familiale.

- *mais une situation économique plus tendue*

Près d'un tiers d'entre eux déclare rencontrer de réelles difficultés financières à faire face à leurs besoins, soit une proportion supérieure à celle observée chez les plus de 30 ans (24 %).

Perception de santé et indicateurs de santé des jeunes

Santé perçue

Plus de 4 % des jeunes Bas-Normands perçoivent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais

D'une façon générale, 82 % des jeunes Bas-Normands âgés de 18-30 ans se déclarent en bonne santé (39 % en très bonne santé et 43 % en bonne santé). Près de 14% des jeunes enquêtés considèrent toutefois leur santé comme assez bonne. Ainsi, plus de 4 % des jeunes Bas-Normands déclarent un état de santé mauvais voir très mauvais. Cette situation est similaire à celle observée au plan national selon les derniers résultats du Baromètre santé consacré aux jeunes en France métropolitaine (3,8 % des 15-30 ans).

Une perception de l'état de santé plus dégradée chez les jeunes en situation de précarité

Entre 18 et 30 ans, la perception de l'état de santé ne varie pas selon le genre mais plutôt selon la situation socio-économique. En effet, les jeunes en recherche d'emploi ou plus globalement en situation de fragilité socio-économique (au sens du score Epices) sont bien plus nombreux à percevoir leur santé comme assez bonne ou mauvaise. Près de 35 % des actifs à la recherche d'un emploi sont dans cette situation contre moins de 13% des jeunes en emploi. De la même manière, moins de 30 % des jeunes Bas-Normands en situation de précarité âgés de 18-30 ans qualifient leur santé de très bonne contre près de 45 % des « non précaires ».

Indicateurs de santé

Plus d'un jeune Bas-Normand sur quatre déclare souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou à caractère durable

Si la part des jeunes Bas-Normands déclarant une maladie chronique ou à caractère durable est logiquement moins élevée que chez leurs aînés, plus de 25 % d'entre eux sont néanmoins concernés. La pathologie la plus fréquemment citée par les jeunes Bas-Normands est l'asthme (6% d'entre eux). Viennent ensuite les problèmes articulaires (3 %), le diabète (2 %), ou bien encore les allergies (2 %).

Près de 8 % ont déclaré être pris en charge au titre d'une affection de longue durée, 4 % ont déclaré être fortement limités depuis au moins six mois dans leurs activités (7 % se déclarent limités mais pas fortement) et enfin 4 % se déclarent en situation de handicap.

Tout comme pour la perception de l'état de santé, les jeunes en situation de précarité déclarent davantage souffrir d'un problème de santé ou d'une maladie à caractère durable, ainsi qu'être limités dans les actes de la vie quotidienne ou bien être en situation de handicap.

Une santé mentale fragilisée pour un nombre important de jeunes Bas-Normands et tout particulièrement ceux en situation de fragilité socio-économique

Près de 25 % des jeunes Bas-Normands ont déjà connu au moins une période de deux semaines au cours de laquelle ils avaient perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses qu'ils aiment faire habituellement et au cours de laquelle ils se sentaient constamment tristes, déprimés et sans espoir. Plus précisément, 8 % ont connu une telle période **plusieurs fois** au cours de leur vie. Cette proportion atteint plus de 24 % pour les jeunes Bas-Normands en recherche d'emploi (contre 4 % de ceux en étude ou en emploi).

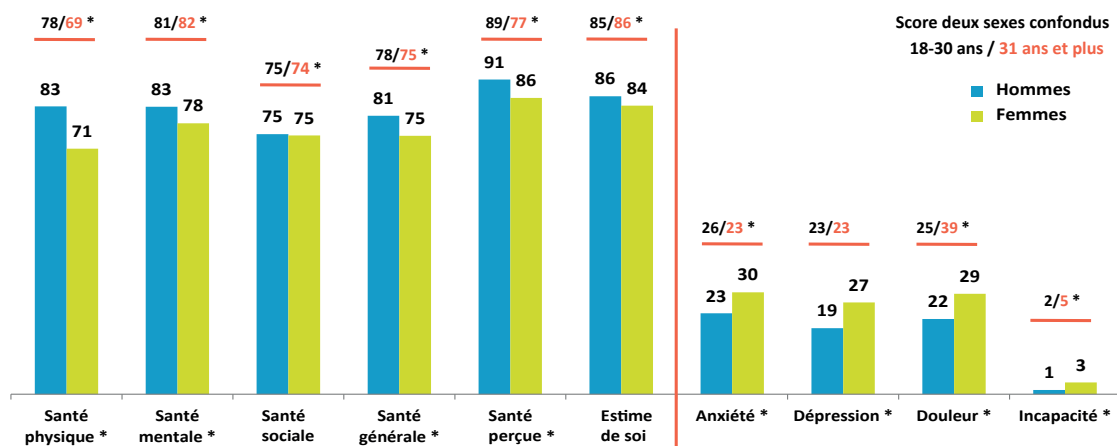
Près de 6 % des jeunes âgés de 18-30 ans ont déclaré avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois. Plus de 8 % ont tenté de se suicider au cours de leur vie, soit une proportion légèrement supérieure à celle observée en France métropolitaine (5 % des 20-25 ans et 6 % des 26-30 ans). Tout comme au niveau national, les jeunes femmes ont davantage tenté à leur vie que leurs homologues masculins (12 % vs 5 %). Les jeunes Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique sont également davantage dans ce cas : 14 % d'entre eux ont déjà tenté de se suicider contre 6 % des jeunes Bas-Normands « sans fragilité socio-économique ».

Des scores de qualité de vie en lien avec la santé mentale moins élevés chez les jeunes Bas-Normands que chez leurs aînés

La qualité de vie est une notion complexe à mesurer et dont l'approche peut se faire de différentes manières. Dans l'enquête santé des Bas-Normands, elle a été mesurée au moyen du score de Duke (cf. Définitions p. 115) qui permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus. Le score de Duke, aussi appelé Profil Santé, s'attache à analyser une dizaine de dimensions dont la santé physique, la santé mentale, sociale ou bien encore perçue. Tout comme en France métropolitaine, les jeunes Bas-Normandes présentent des scores de qualité de vie inférieurs à ceux observés chez leurs homologues masculins pour une majorité des dimensions observées. L'écart le plus important est mesuré pour la dimension santé physique (-10 points). Pour la dimension sociale et l'estime de soi, les écarts observés ne sont pas significatifs.

Si d'une façon générale, les jeunes âgés de 18-30 ans présentent des scores de qualité de vie plus favorables que leurs aînés et ce pour une majorité de dimensions, les scores de santé mentale, d'estime de soi et d'anxiété sont quant à eux plus dégradés.

Figure 42 : Score de qualité de vie de Duke chez les Bas-Normands selon le sexe



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie
* Ecart significatif

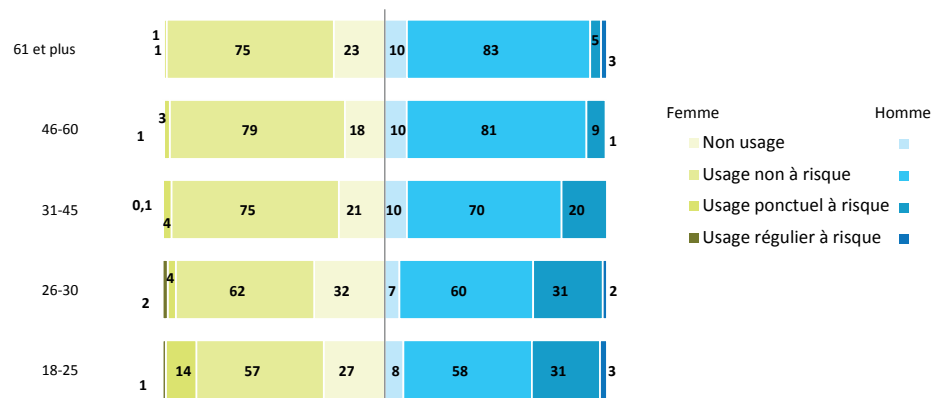
Comportements de santé

La consommation de boissons alcoolisées

Près de 25 % des jeunes Bas-Normands présentent un usage d'alcool à risque ponctuel ou régulier

Un tiers des Bas-Normands âgés de 18-30 ans consomment de l'alcool 2 à 4 fois par mois et un tiers une fois par mois ou moins. Plus de 11 % des jeunes Bas-Normands enquêtés consomment de l'alcool 1 à 2 fois par semaine et plus de 2 % en consomment quotidiennement. Enfin, 18 % des jeunes bas-normands n'en consomment jamais.

Figure 43 : Usage d'alcool selon l'âge et le sexe chez les jeunes Bas-Normands (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Au vu de ces consommations, près de 60 % des enquêtés âgés de 18-30 ans ont un usage défini comme « non à risque » (cf. Définitions p.115) alors que 23% ont un usage dit « à risque » (21 % un usage ponctuel et 2 % un usage régulier). Cet usage à risque est nettement plus marqué chez les hommes : plus d'un tiers présentent un tel usage contre moins de 12 % des jeunes femmes. Si la consommation à risque notamment ponctuelle reste marquée tout au long de la période 18-30 chez les hommes, une nette baisse de cette pratique est observée chez les femmes après 25 ans.

« Binge Drinking » : comportement particulièrement fréquent chez les jeunes en études

Selon les derniers résultats des enquêtes de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la pratique d'alcoolisation ponctuelle intensive ou encore de « Binge Drinking » (cf. Définitions p. 115) est particulièrement présente chez les jeunes. En 2010, près de 30 % des jeunes français âgés de 20-25 ans et 25 % des 26-30 ans ont déclaré avoir consommé plus de 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion au moins une fois par mois. En Basse-Normandie, près de 28 % des 18-30 ans sont concernés. Cette pratique est particulièrement fréquente chez les hommes qui ont près de 8 fois plus de risque que les femmes d'être concernés.

De même, toutes choses égales par ailleurs, poursuivre des études, être domicilié en zone urbaine et être fumeur régulier sont des facteurs associés à une consommation excessive ponctuelle à risque.

Les jeunes Bas-Normands fumeurs réguliers ont un risque de « Binge Drinking » multiplié par 5 comparativement aux non fumeurs. Ceux en études (vs en emploi) et domiciliés en zone urbaine (vs zone péri-urbaine) ont 2,5 fois plus de risque de présenter un tel comportement.

Un profil d'usage d'alcool différent chez les jeunes au chômage

Alors que 20 % des Bas-Normands âgés de 18-30 ans présentent un usage ponctuel à risque de boissons alcoolisées, cette proportion est de 13 % si l'on considère les jeunes au chômage. Toutefois, ces jeunes Bas-Normands en situation de recherche d'emploi présentent une consommation régulière à risque plus importante. Près de 6 % d'entre eux présentent un usage régulier à risque contre 1 % des actifs du même âge.

La consommation de tabac

Moins de fumeurs réguliers chez les jeunes Bas-Normands qu'en France métropolitaine

Plus d'un tiers des jeunes Bas-Normands de 18-30 ans sont fumeurs réguliers (36 %), près de 8 % sont des fumeurs occasionnels et 12 % sont anciens fumeurs (cf. Définitions p. 115). Ainsi, près de 44 % des jeunes Bas-Normands n'ont jamais fumé ou ont juste essayé au cours de leur vie. La consommation tabagique observée chez les jeunes Bas-Normands est moins importante qu'en France métropolitaine. Selon le Baromètre santé consacré aux jeunes, 41 % des Français âgés de 20-25 ans et 43 % des 26-30 ans sont fumeurs réguliers. En Basse-Normandie, 37 % des jeunes âgés de 20-30 ans sont dans ce cas.

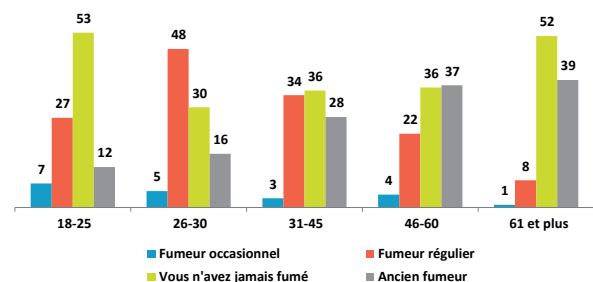
Des fumeurs réguliers plus fréquents chez les jeunes de 18-30 ans que chez leurs aînés

Parmi les 18 ans et plus, les Bas-Normands âgés de 18-30 ans sont les plus nombreux à fumer que ce soit de manière régulière ou occasionnelle. Près d'un jeune Bas-Normand fumeur régulier sur deux a déjà essayé d'arrêter de fumer plusieurs fois et 30 % une fois. Près de 20 % des fumeurs réguliers de 18-30 ans n'ont ainsi encore jamais tenté de stopper leur consommation tabagique.

Une consommation tabagique plus importante chez les hommes et les personnes en situation de fragilité socio-économique

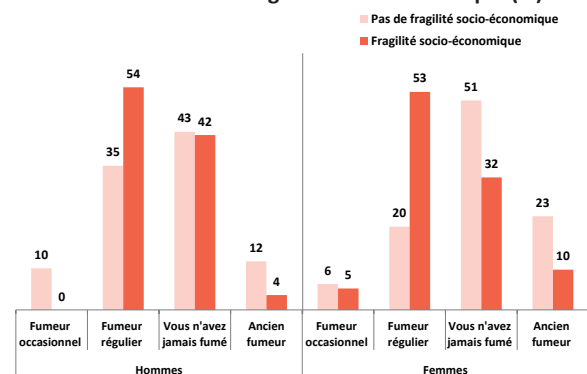
Tout comme en France métropolitaine, les jeunes Bas-Normands sont plus fréquemment fumeurs réguliers que leurs homologues féminines. Près de 40 % des jeunes hommes fument régulièrement contre 30 % des jeunes femmes. De même, s'ils sont plus nombreux à fumer régulièrement, ils fument également une plus grande quantité de cigarettes (16 cigarettes fumées en moyenne par jour contre 11 chez les femmes). À l'inverse, l'arrêt du tabac est plus fréquent chez les jeunes femmes (19 % versus 9 %). Le statut tabagique des Bas-Normands varie également selon la fragilité socio-économique et ce indépendamment du sexe : plus de la moitié des jeunes de 18-30 ans en situation de fragilité socio-économique (selon le score Epices) sont fumeurs réguliers contre 28 % des « non précaires ». La quantité de cigarettes consommée par jour est également plus importante chez les fumeurs réguliers en situation de fragilité socio-économique.

Figure 44 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 18 ans et plus (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 45 : Statut tabagique des 18-30 ans selon le sexe et la fragilité socio-économique (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Les comportements alimentaires

Des recommandations de consommation de fruits et légumes moins suivies chez les jeunes

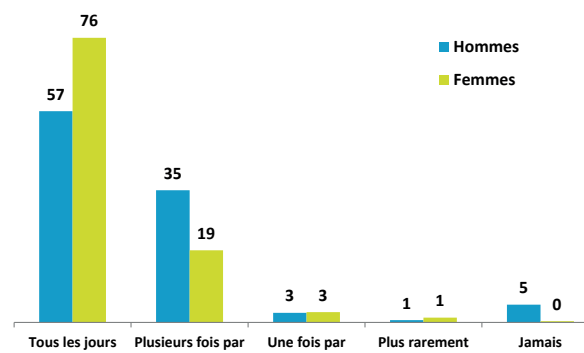
Près de 80 % des Bas-Normands enquêtés ont déclaré consommer des fruits et légumes tous les jours. Cette proportion est de 66 % parmi les 18-30 ans. Près de 12 % des jeunes Bas-Normands enquêtés en consomment au moins 5 par jour soit une proportion bien en deçà des objectifs du PNNS (cf. Définitions p. 115). Les femmes sont plus nombreuses à suivre cette recommandation (16 % vs 8 % des hommes).

Au delà de l'âge et du sexe, la fragilité socio-économique influe également sur la consommation journalière de fruits et légumes. Moins de la moitié des Bas-Normands âgés de 18-30 ans en situation de fragilité socio-économique (selon le score Epices) consomment des fruits et légumes quotidiennement, contre plus des trois-quarts des Bas-Normands sans fragilité socio-économique.

Grignotage entre les repas : une problématique importante chez les jeunes Bas-Normands

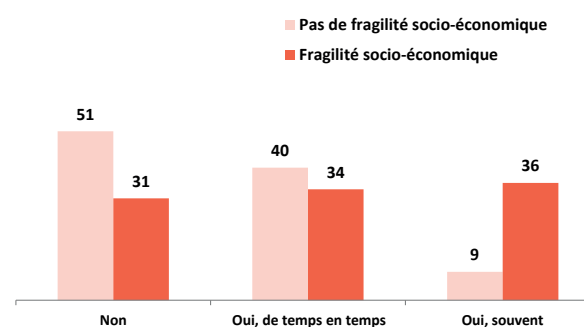
Près de 40 % des jeunes Bas-Normands de 18-30 ans déclarent manger de temps en temps entre les repas et 17 % déclarent le faire souvent. Si aucune différence significative n'est observée entre les femmes et les hommes sur ce point, le profil socio-économique intervient. En effet, plus du tiers (35 %) des Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique grignotent souvent entre les repas, contre moins de 10 % des « non précaires ». De même, les jeunes déclarant plusieurs périodes de détresse psychologique¹ au cours des douze derniers mois grignotent davantage (34 % grignotent souvent vs 16 %).

Figure 46 : Consommation de fruits et légumes chez les Bas-Normands âgés de 18-30 ans selon le sexe (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 47 : Grignotage chez les Bas-Normands âgés de 18-30 ans selon la fragilité socio-économique (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Dénutrition, surpoids et obésité

Plus d'un jeune Bas-Normand sur cinq en situation de surpoids ou d'obésité

Plus de 20 % des jeunes Bas-Normands âgés de 18-30 ans sont en situation de surpoids et près de 7 % en situation d'obésité (cf. Définition p. 115). Ces proportions sont similaires à celles observées en France métropolitaine selon l'enquête Obépi de l'Institut Roche actualisée en 2012².

Des situations extrêmes plus fréquentes chez les femmes

Plus de 7 % des jeunes Bas-Normands présentent une maigreur ou une dénutrition. Cette situation concerne davantage les jeunes femmes (9 % vs 6 %) et se révèle également plus fréquente chez les jeunes âgés de 18-30 ans que chez leurs aînés.

A l'inverse, la proportion de jeunes en situation d'obésité est moins importante que chez leurs aînés. Les jeunes femmes restent en revanche toujours plus concernées par cette situation que leurs homologues masculins.

Une prévalence de l'obésité plus importante chez les Bas-Normands de 18-30 ans ayant vécu des évènements difficiles pendant l'enfance ou l'adolescence

Une série de 6 questions portant sur la privation matérielle, l'existence de conflits ou d'un climat de violence entre ou avec ses parents, la prise en charge par l'aide sociale à l'enfance ou la DDASS ou bien encore la violence familiale subie a été posée pour mesurer la prévalence de ces évènements à l'échelle régionale mais également pour mesurer l'impact éventuel de ces évènements sur l'état de santé.

La proportion de jeunes Bas-Normands âgés de 18-30 ans en situation d'obésité est plus élevée parmi ceux ayant déclaré avoir fait l'objet d'une mesure de placement par l'assistance publique (15 % versus 7 %), avoir eu un conflit très grave avec l'un ou ses deux parents (14 % versus 5 %), avoir constaté entre ses parents de graves tensions ou conflits (16 % versus 5 %) ou bien encore avoir subi des sévices ou reçus des coups répétés (27 % versus 6 %). Les faibles effectifs incitent néanmoins à la prudence quant à l'interprétation des résultats³.

¹ Avoir vécu plusieurs périodes de deux semaines avec perte de tout intérêt pour les choses aimées habituellement et avec un sentiment de tristesse, de déprime et de désespoir.

² INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE. Obépi - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2012, 60p.

³ Les évènements difficiles survenus pendant l'enfance feront l'objet d'une étude approfondie dont les résultats sont détaillés dans un chapitre spécifique.

Pratiques contraceptives des jeunes femmes de 18-30 ans

Une utilisation importante de la pilule

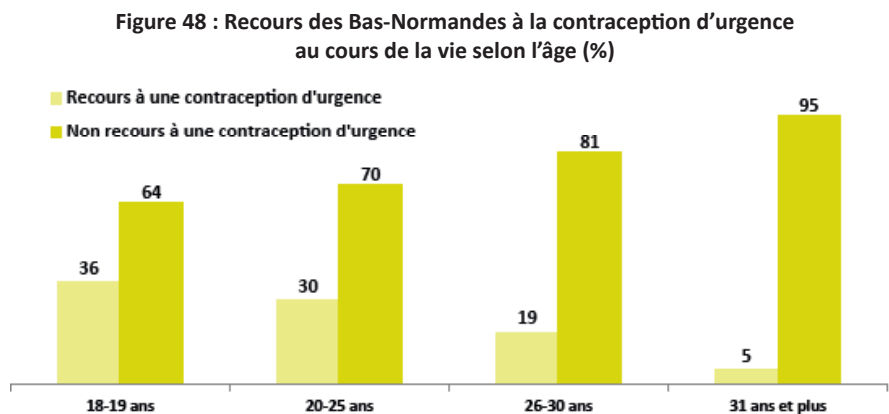
Près de 93 % des Bas-Normandes âgées de 18-30 ont déjà eu des rapports sexuels au cours de leur vie (part identique chez les hommes). La pilule demeure le moyen de contraception le plus fréquemment cité par les jeunes Bas-Normandes (53 %) ainsi que le préservatif (25 %). Plus de 6 % des femmes ont également évoqué le stérilet : cela concerne des femmes plus âgées ayant en général au moins un enfant. À l'inverse, les nouveaux modes de contraception comme l'implant, l'anneau vaginal et les patchs (utilisés par respectivement 5 %, 1 % et 1 % des Bas-Normandes de 18-30 ans) sont davantage évoqués parmi les plus jeunes de la tranche d'âge considérée.

Un recours à la contraception d'urgence en augmentation

Plus de 25 % des Bas-Normandes âgées de 18-30 ans ont eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie (17 % une seule fois et 9 % plusieurs fois). Alors que 5 % des femmes de plus de 30 ans y ont eu recours au moins une fois dans leur vie, cette proportion est d'autant plus forte que la femme était jeune au moment de l'enquête (cf. figure 48) : plus d'un tiers des 18-20 ans y ont déjà eu recours. Cette même tendance

est observée pour l'interruption volontaire de grossesse. Depuis les deux dernières décennies, on note une part de plus en plus importante de femmes jeunes concernées. Le recours à l'IVG se concentrant de plus en plus entre 19 et 25 ans.

Les jeunes femmes ayant eu recours à une contraception d'urgence sont proportionnellement plus nombreuses à avoir interrompu volontairement une ou plusieurs grossesses. Globalement, plus de 13% des Bas-Normandes âgées de 18-30 ans ont eu une interruption volontaire de grossesse au cours de leur vie. Cette proportion atteint près de 23 % des jeunes Bas-Normandes ayant déjà utilisé une contraception d'urgence (versus 9 %).



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Recours, report et renoncement aux soins

Une moins bonne couverture santé chez les jeunes Bas-Normands au chômage

Près de 93 % des Bas-Normands âgés de 18-30 bénéficient d'une mutuelle ou d'une assurance complémentaire privée. Plus de 2 % déclarent bénéficier de la CMU-C et enfin, 5 % ont déclaré ne pas avoir de mutuelle. Cette dernière situation concerne davantage les jeunes inactifs : près de 12 % des jeunes au chômage ne disposent pas de mutuelle contre 3 % des jeunes en emploi ou en formation.

Un recours au généraliste plus fréquent chez les femmes et chez les jeunes Bas-Normands possédant une mutuelle

Plus de 80 % des jeunes Bas-Normands âgés de 18-30 ans ont consulté un médecin généraliste au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête, faisant de ce dernier le professionnel le plus consulté à cet âge. Tout comme au niveau national et en population générale (tous âges), les femmes consultent plus fréquemment le médecin généraliste : plus d'un quart des jeunes hommes n'ont pas eu recours à un généraliste contre 12 % des jeunes femmes.

Selon les analyses consacrées au recours aux soins en population générale, il apparaît que bénéficier d'une assurance maladie complémentaire est significativement associé au recours à un médecin généraliste.

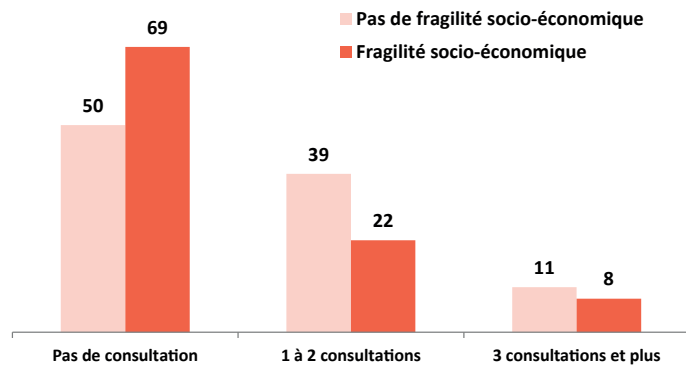
Ce lien entre recours aux soins et couverture santé est également observé chez les plus jeunes. Plus de 30 % des 18-30 ans ne disposant pas de mutuelle n'ont pas consulté de médecin généraliste au cours de l'année, contre 18 % de ceux ayant une mutuelle.

Un plus faible recours au dentiste pour les jeunes en situation de fragilité socio-économique et les non bénéficiaires d'une mutuelle

Alors que la Haute autorité de santé (HAS) préconise une visite annuelle chez le dentiste, plus de 56 % des Bas-Normands enquêtés âgés de 18-30 ans n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste ou orthodontiste au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les jeunes Bas-Normands présentant le plus faible recours au dentiste sont, tout comme en population générale (tous âges), ceux en situation de fragilité socio-économique ou au chômage (70 % versus 50 % des « non précaires » ou en emploi n'ont pas consulté de dentiste au cours des 12 derniers mois).

De nouveau, les jeunes ne possédant pas d'assurance complémentaire consultent moins fréquemment ces professionnels de santé. Plus de 45 % des jeunes bénéficiant d'une mutuelle ont eu recours à un dentiste dans l'année précédant l'enquête contre 13 % de ceux sans mutuelle.

Figure 49 : Recours au dentiste au cours de l'année précédant l'enquête selon le profil socio-économique (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Un recours aux spécialistes plus fréquent chez les jeunes qui consultent un généraliste

A structure sociodémographique comparable (âge, sexe et situation économique et sociale), le fait d'avoir consulté un chirurgien-dentiste ou orthodontiste au cours des 12 derniers mois est lié au fait d'avoir eu recours à un généraliste. Près de 48% des jeunes Bas-Normands de 18-30 ans ayant consulté au moins une fois un généraliste ont eu recours au moins une fois à un dentiste ou orthodontiste contre 30 % de ceux n'ayant pas consulté de généraliste.

Ce même constat est fait pour la consultation auprès d'un gynécologue : 68 % des jeunes femmes ayant consulté un généraliste dans l'année ont également consulté un gynécologue, contre 49 % de celles n'ayant pas consulté de généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Il faut rappeler que les dentistes n'étant pas concernés par le « parcours de soins coordonné » et les gynécologues étant des spécialités à « accès direct spécifique », il n'est pas nécessaire de consulter un généraliste au préalable pour pouvoir bénéficier de la prise en charge normale de l'Assurance Maladie.

Un report ou renoncement aux soins qui concerne majoritairement les soins dentaires

Près de 9 % des jeunes Bas-Normands de 18-30 ans déclarent avoir déjà reporté ou renoncé à des soins au cours des 6 derniers mois. Les principaux motifs de report ou de renoncement évoqués par les jeunes sont le manque de temps (50 %), les raisons financières (33 %), le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (22 %) et enfin la distance (11 %). Les soins les plus fréquemment reportés ou annulés sont les soins dentaires (55 %), les consultations chez un spécialiste (29 %) et les soins d'ophtalmologie (19 %).

Profil des Bas-Normands âgés de 18-30 ans

Un bon état de santé général, mais des points de vigilance à avoir

Si les jeunes Bas-Normands présentent un bon état de santé global, certains points restent néanmoins préoccupants. C'est à ces âges que les consommations addictives à risque s'installent et tout particulièrement la consommation ponctuelle excessive d'alcool ainsi que la consommation régulière de tabac (c'est d'ailleurs à cet âge que ces pratiques sont les plus fréquentes). Les jeunes suivent également peu les recommandations d'une bonne alimentation (consommation de fruits et légumes faibles, importance du grignotage...).

Derrière une bonne santé perçue se cachent également chez les jeunes des indicateurs de santé mentale préoccupants avec notamment une proportion inquiétante de jeunes en situation de détresse psychologique, ayant des pensées suicidaires ou bien ayant tenté de se suicider. De plus, les situations de maigreur ou de dénutrition sont particulièrement présentes à ces âges.

Des points importants à considérer pour adapter au mieux les campagnes de prévention

- Le **sexe**, une variable extrêmement discriminante sur une majorité des comportements de santé :

Les jeunes femmes se déclarent en moins bonne santé, souffrent davantage de problèmes de santé mentale. Cependant, elles ont une consommation d'alcool et de tabac plus réduite, et présentent des habitudes alimentaires globalement meilleures. Enfin, elles ont davantage recours aux soins que leurs homologues masculins.

- Des **inégalités sociales de santé** déjà présentes chez les jeunes de 18-30 ans :

Pour la quasi-totalité des thématiques abordées, les jeunes Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique présentent un état de santé ou des comportements de santé plus défavorables (santé perçue dégradée, maladies chroniques plus fréquentes, santé mentale plus fragile, consommation tabagique importante ...). Le statut professionnel intervient également avec deux catégories présentant une situation vulnérable en matière de santé (état ou comportement) : les chômeurs et les étudiants présentent des comportements de santé défavorables notamment en termes de conduites addictives à risque et de non recours aux soins.

- Le rôle central du **médecin généraliste** :

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté par les jeunes. Cette fréquence du recours au généraliste chez les jeunes en fait le professionnel au centre de la prise en charge de la santé des plus jeunes, susceptible de favoriser le recours à des soins de prévention (dentiste...).





LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT À DOMICILE

Sous l'effet de l'allongement de la vie cumulé aux mouvements migratoires, la Basse-Normandie fait face au vieillissement progressif de sa population. En effet, selon les dernières analyses de l'Insee (réalisées sur les données du recensement de la population 1968 et 2011¹), l'espérance de vie a gagné une dizaine d'années en France. Ce gain, observé au niveau national, est plus élevé pour la Basse-Normandie. De plus, si les jeunes Bas-Normands quittent la région pour leurs études ou pour trouver un premier emploi, la Basse-Normandie accueille un nombre important de retraités notamment sur le littoral. Ainsi, en quatre décennies, la part des personnes âgées de 75 ans et plus a triplé en région, soit l'évolution la plus importante de France.

Avec une hypothèse d'un maintien des taux de fécondité, une baisse de la mortalité au même rythme qu'en France métropolitaine et du maintien des flux migratoires, l'Insee estime ainsi qu'en 2040, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront 30 % de la population régionale (contre 20 % en 2012).

Ces évolutions posent indiscutablement la question de la prise en charge des besoins de la population vieillissante notamment en termes de soins. Avec l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation forte de la prévalence des maladies chroniques qui en découle, la société doit faire face à la perte d'autonomie d'une partie de sa population et veiller à maintenir sa qualité de vie (réduire le nombre d'années avec incapacités, favoriser le maintien à domicile, prendre en charge la douleur, accompagner les aidants...).

Ainsi une meilleure connaissance de l'état de santé physique et mentale et des comportements de santé des personnes âgées est nécessaire, afin d'adapter au mieux ces actions.

Cette partie s'attache à décrire les Bas-Normands âgés de 65 ans et plus et revêt ainsi un caractère multithématique. Le profil social et économique, la perception et l'état de santé, ainsi que les comportements de santé (habitude de vie, consommation de soins...) sont étudiés. Afin de prendre en compte l'hétérogénéité de cette population (retraités jeunes ou âgés aux situations de vie différentes), les indicateurs seront analysés par grandes classes d'âge (65-74 ans et 75 ans et plus) et seront comparés dans la majorité des cas non pas à l'ensemble de la population âgée de moins de 65 ans mais à celle plus proche des 45-64 ans.

Pour chacune de ces dimensions, l'objectif est toujours de mieux appréhender les facteurs associés aux différents comportements.

¹ Insee Flash Basse-Normandie N° 22 - mars 2015 - « Les Bas-Normands de 75 ans et plus sont trois fois plus nombreux qu'en 1968 »

Profil social et économique

892 Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile ont été interrogés, représentant ainsi 30 % de l'échantillon (18 % âgés de 75 ans et plus). Après redressement, cette proportion atteint 24 % de l'échantillon (13 % âgés de 75 ans et plus).

Situation familiale

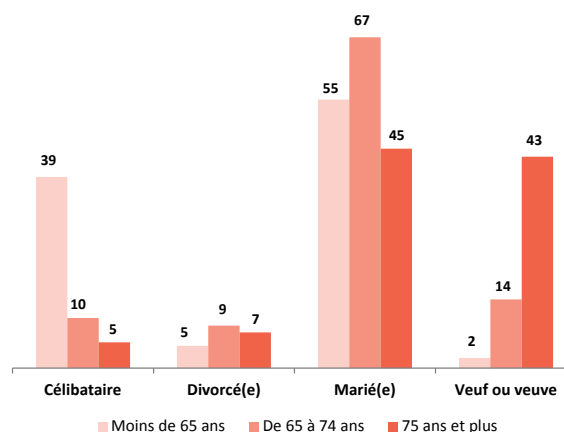
Près de 40 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivent seuls

En 1998, lors de la première enquête santé menée auprès des Bas-Normands, 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivaient seules, davantage les femmes que les hommes et ce de manière plus marquée en milieu urbain. Dans l'enquête santé 2012, cette situation concerne 38 % de la population enquêtée et demeure plus fréquente chez les femmes (42 % versus 32 % des hommes). Par contre, la distinction entre rural et urbain ne se vérifie plus. L'âge quant à lui reste une variable discriminante : 48 % des Bas-Normands âgés de 75 ans et plus vivent seuls contre 26 % de ceux âgés de 64-75 ans et 14 % des 45-64 ans.

Plus de 58 % des Bas-Normands interrogés et âgés de 65 ans et plus vivant à domicile sont en couple (71 % de 65 à 74 ans et seulement 47 % à partir de 75 ans) et 4 % ont déclaré ne pas être en couple mais ne pas vivre seul.

Concernant le statut marital (cf. figure 50), plus de 55 % des seniors sont mariés, 8 % divorcés, seuls 8 % sont célibataires et 29 % sont veufs. Moins de 1 % des 65 ans et plus ont déclaré avoir des enfants mineurs à leur domicile.

Figure 50 : Statut familial des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Les seniors Bas-Normands sont majoritairement satisfaits de leur vie familiale

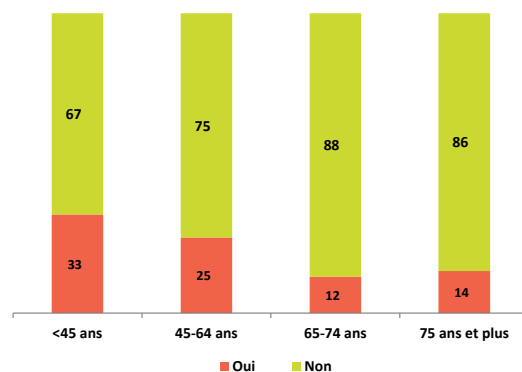
Plus de 8 Bas-Normands âgés de 65 ans ou plus sur 10 déclarent être « contents » de leur vie familiale sans différence avec les moins de 65 ans. Ils sont moins de 5% à se déclarer insatisfaits de leur vie de famille. Aucune différence significative n'est constatée entre les hommes et les femmes.

Fragilité économique et sociale

Plus d'un Bas-Normand âgé de 65 ans et plus sur 10 déclare avoir rencontré de réelles difficultés financières

La fragilité socio-économique est, sur l'ensemble des travaux consacrés à l'Enquête Santé, mesurée au moyen du score Epices (cf. Définitions p. 115). N'ayant pas été validé d'un point de vue statistique au delà de 59 ans, ce score ne peut être utilisé pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Toutefois, certaines des questions constituant ce score ont été analysées. Ainsi, 13 % des Bas-Normands enquêtés âgés de 65 ans et plus vivant à domicile ont déclaré avoir rencontré de réelles difficultés financières (cf. figure 51), soit une proportion deux fois moins élevée que parmi les 45-64 ans (25 %). Toutefois, cette proportion tend à augmenter avec l'âge : les Bas-Normands âgés de 75 ans et plus déclarent plus fréquemment des difficultés financières que ceux âgés de 65-74 ans. Comme chez les plus jeunes, les femmes ont plus souvent déclaré de telles difficultés (16 % des femmes de 65 ans ou plus vs 10 % des hommes du même âge).

Figure 51 : Difficultés financières rencontrées au cours des 12 derniers mois selon l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Les seniors sont plus souvent propriétaires de leur logement que leurs cadets (79 % vs 61 %), cependant la proportion de propriétaires diminue après 75 ans (81 % des 65-74 ans sont propriétaires contre 78 % des 75 ans et plus).

7 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile rencontrent leur famille, des amis ou des connaissances moins d'une fois par mois, soit deux fois moins qu'en 1998

Plus de la moitié des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus ont rencontré dans les 6 mois précédant l'enquête des membres de leur famille, des amis ou des connaissances « au moins une fois par semaine », 20 % environ « une fois par mois » et 18 % « au moins une fois par jour ». Ainsi, 7 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus ont rencontré au cours des 6 derniers mois des membres de leur famille, des amis ou des connaissances « moins d'une fois par mois ». Cette proportion est deux fois moins élevée que celle constatée en 1998 (15 %).

Si cette fréquence de rencontres ne diffère pas significativement entre les groupes d'âge (75 ans et plus, 65-74 ans et 45-64 ans), la rencontre avec « d'autres membres de la famille autre que les parents ou enfants » varie selon l'âge. Plus de 21 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus n'ont pas vu ces personnes au cours des 6 derniers mois (versus 11% avant 65 ans). Cette proportion est d'autant plus importante que l'âge de la personne enquêtée augmente : 25 % des Bas-Normands âgés de 75 ans et plus sont concernés contre 17 % de ceux âgés de 64-74 ans.

Un soutien en cas de nécessité qui se restreint avec l'avancée en âge

Alors que plus de 8 % des 45-64 ans déclarent ne pas avoir dans leur entourage des personnes sur qui ils peuvent compter pour les héberger, ils sont plus de 12 % à partir de 75 ans. De même, si 11 % des personnes âgées de 45 à 64 ans déclarent ne pas avoir dans leur entourage quelqu'un pour leur apporter une aide matérielle en cas de besoin, 17 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile sont concernés.

La même tendance s'observe concernant le soutien en cas de maladies physique ou mentale : 6 % des personnes âgées de 45-64 ans n'ont personne dans leur entourage sur qui s'appuyer en cas de maladie contre 10 % des 65-74 ans et 13 % de celles âgées de 75 ans et plus.

Tant pour le degré de satisfaction des relations familiales que le soutien en cas de nécessité, aucune différence significative n'est constatée entre les hommes et les femmes.

Perception de l'état de santé et indicateurs de santé

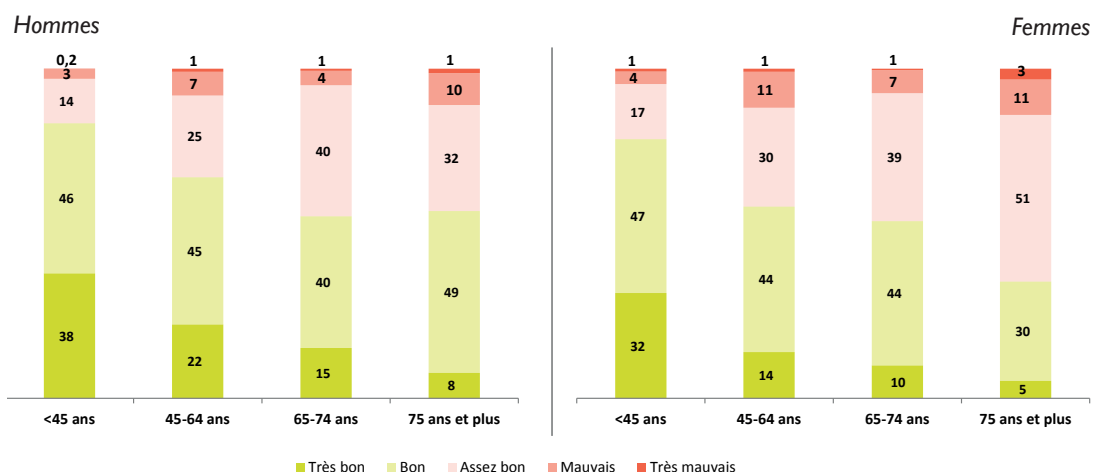
Il est important de noter que cette partie ne reflète pas la santé des Bas-Normands âgés dans leur ensemble. Rappelons en effet que les Bas-Normands interrogés dans cette enquête vivent à domicile. Ainsi, un biais de sélection est observé avec des Bas-Normands en capacité de rester à domicile malgré un âge avancé (notamment chez les plus de 75 ans).

Santé perçue

10 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile perçoivent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais

D'une façon générale, 49 % des seniors se déclarent en bonne santé (9 % en très bonne santé et 40 % en bonne santé). Près de 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus considèrent toutefois leur santé comme « mauvaise » voire « très mauvaise ». La perception de l'état de santé se dégrade globalement avec l'âge. Cette perception se dégrade particulièrement entre 45-64 ans et à partir de 75 ans et plus. En effet, si 7 % des Bas-Normands âgés de 65-74 ans estiment leur état de santé mauvais voire très mauvais, ceux âgés de 45-64 ans et de 75 ans et plus sont respectivement 10 % et 12 % dans ce cas.

Figure 52 : Perception de l'état de santé selon l'âge et le sexe (%)



Santé perçue (suite)

Une santé perçue plus dégradée chez les femmes et les bas-normands éprouvant des difficultés financières

Comme en population générale (tous âges), les femmes enquêtées de 65 ans et plus ont plus souvent que les hommes déclaré un état de santé dégradé. En effet, 11 % d'entre elles estiment avoir un état de santé mauvais ou très mauvais contre 8 % des hommes. À l'inverse, elles sont 45 % à avoir déclaré un assez bon état de santé contre 36 % des hommes du même âge.

Rappelons que 13 % des Bas-Normands enquêtés âgés de 65 ans et plus ont déclaré avoir rencontré de réelles difficultés financières. Parmi ces Bas-Normands, plus de 17 % ont une perception de leur état de santé mauvaise ou très mauvaise (contre 8 % des Bas-Normands n'éprouvant pas de difficultés financières).

Indicateurs de santé

Des maladies chroniques ou des problèmes de santé à caractère durable et des limitations dans les actes de la vie quotidienne fréquents

Près de 65 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile déclarent souffrir d'une maladie chronique ou de problèmes de santé à caractère durable.

Les pathologies les plus fréquemment citées par les enquêtés sont l'hypertension (26 %), les affections périarticulaires (25 %), les maladies cardiaques (22 %), l'hypercholestérolémie (16 %) et le diabète (14 %).

Plus d'un tiers des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus a déclaré être limité dans les actes de la vie quotidienne (18 % non fortement et 16 % fortement). Enfin, 38 % ont déclaré être admis en Affection de Longue Durée (ALD).

Que cela soit pour les limitations dans les actes de la vie quotidienne ou pour l'admission en ALD, les Bas-Normands les plus âgés sont les plus concernés : 40 % de ceux âgés de 75 ans et plus sont limités et 41 % sont reconnus en ALD contre respectivement 28 % et 34 % des Bas-Normands âgés de 65-74 ans.

Concernant les troubles du sommeil, un tiers des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile déclarent être « un peu concernés » et 14 % « beaucoup ». Ces fréquences sont ainsi similaires à celles observées chez les Bas-Normands âgés de 45-64 ans.

Des situations de handicap aussi fréquentes avant et après 65 ans

Si les maladies chroniques, les limitations dans les actes de la vie quotidienne et les admissions en ALD sont davantage fréquentes avec l'avancée en âge, la part de Bas-Normands (non pris en charge par un établissement médico-social) déclarant une situation de handicap est similaire avant et après 65 ans. Ainsi plus d'un Bas-Normand sur 10 âgé de 65 ans et plus vivant à domicile sont concernés.

Des traitements médicamenteux fréquents

82 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile sont sous traitement médicamenteux (76 % quotidiennement et 6 % régulièrement). Cette proportion, 2,2 fois plus élevée qu'avant 65 ans atteint 88 % à partir de 75 ans. Les principaux traitements médicamenteux cités sont en cohérence avec les pathologies chroniques déclarées : 39 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus déclarant prendre quotidiennement ou régulièrement un traitement sont traités contre l'hypertension, 25 % contre l'hypercholestérolémie, 18 % contre les troubles du rythme cardiaque et 14 % contre le diabète.

Des accidents aussi fréquents qu'avant 65 ans mais de nature différente

4 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus ont été victimes d'un accident au cours des 12 mois précédant l'enquête, soit une proportion statistiquement similaire à celle observée entre 45-64 ans (6 %). Les accidents de la vie courante et les chutes sont les plus fréquemment cités (85% des cas). Viennent ensuite les accidents de la circulation (7 %) et ceux liés à une pratique sportive (2 %). Entre 45-64 ans, le poids des chutes et accidents de la vie courante est moins important (56 % des accidents) au profit des accidents du travail (30 %).

Une santé mentale moins fragilisée que chez les plus jeunes

Comme évoqué dans le chapitre consacré à la santé mentale, l'âge est l'un des principaux facteurs associé à la détresse psychologique ponctuelle ou répétée. Ainsi, la probabilité de présenter une détresse psychologique (cf. Définitions p. 115) est d'autant plus élevée que l'âge est peu avancé.

A la question, « Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une ou plusieurs périodes d'au moins 2 semaines pendant lesquelles vous vous sentiez constamment triste, déprimé, sans espoir ? », 35 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile ont répondu par l'affirmative (vs 44 % des 45-64 ans).

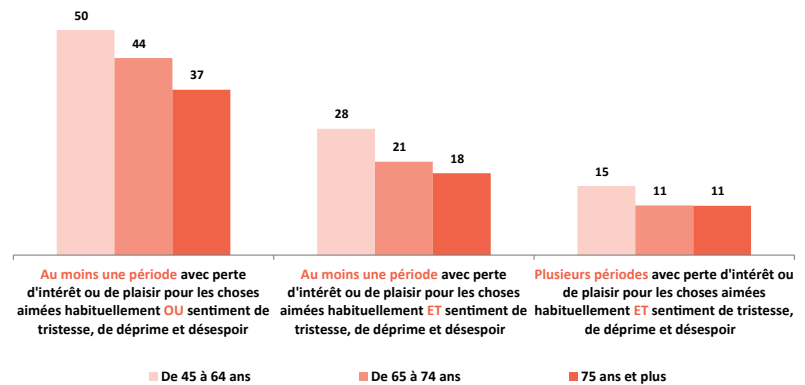
De même, 24 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus ont déjà au cours de leur vie vécu une ou plusieurs périodes d'au moins 2 semaines où ils avaient perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses qu'ils aimaient faire habituellement (versus 34 % des Bas-Normands âgés de 45-64 ans).

Si l'on se concentre sur les 12 mois précédant l'enquête, 9 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus ont vécu au mois une période de deux semaines au cours de laquelle ils se sont sentis tristes, sans espoir et déprimés et 8% où ils avaient perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement, soit des proportions de nouveau inférieures à celles observées chez les plus jeunes.

Globalement, 20 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus ont au moins connu une fois au cours de leur vie les deux périodes évoquées et 11 % plusieurs fois, contre respectivement 28 % et 15 % des Bas-Normands âgés de 45-64 ans (cf. figure 53).

Quels que soient l'âge et l'item retenus, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir présenté au cours de leur vie des signes de détresse psychologique (une fois ou plusieurs fois).

Figure 53 : Détresse psychologique selon l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Des tentatives de suicide moins fréquentes que chez les plus jeunes

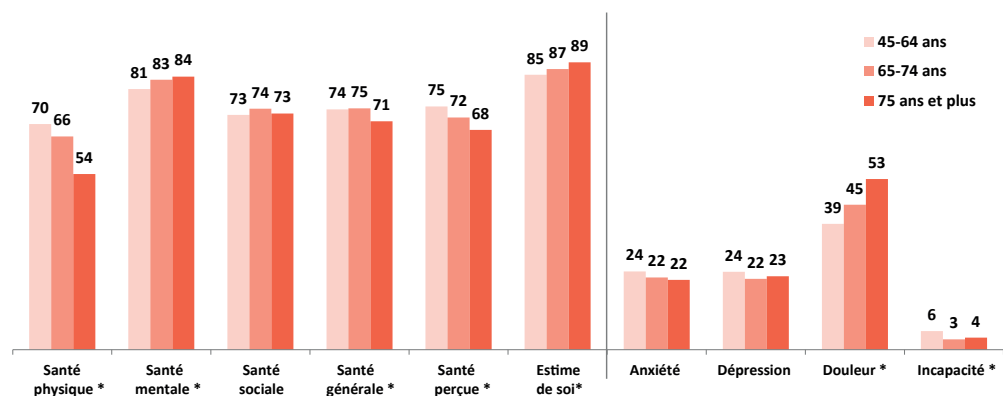
Près de 6 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile ont pensé au suicide pour eux-même au cours des 12 derniers mois, soit une proportion globalement similaire à celle observée avant 65 ans. Concernant le passage à l'acte au cours de la vie, les personnes âgées de 75 ans et plus sont moins concernées que leurs cadets et ce de manière significative (4 % vs 7 % des Bas-Normands âgés de 65-74 ans et 8% de ceux âgés de 45-64 ans).

De faibles scores de qualité de vie en ce qui concerne la santé physique et la douleur

En cohérence avec les éléments précédemment cités, la qualité de vie mesurée au moyen du score de Duke (cf. Définitions p. 115) chez les personnes âgées de 65 ans et plus est globalement plus dégradée en ce qui concerne les dimensions santé physique et douleur mais également en ce qui concerne la santé générale et la santé perçue.

A l'inverse, les Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile présentent des scores liés aux dimensions santé mentale et estime de soi significativement plus élevés que chez les 45-64 ans.

Figure 54 : Score de qualité de vie de Duke chez les Bas-Normands âgés de 45 ans et plus



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Ecart significatif selon l'âge

Comportements de santé

Consommations addictives

Le professeur Lydia Fernandez et son équipe¹ ont montré dans leurs travaux que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes sont les trois substances psychoactives les plus régulièrement consommées entre 60 et 75 ans. Les changements physiques, psychologiques et sociaux qui accompagnent le vieillissement augmenteraient le risque de débuter ou de renforcer des pratiques addictives. Les auteurs du Baromètre santé consacré aux personnes âgées de 55-85 ans² ont identifié deux profils de consommateurs chez la personne âgée : « ceux pour qui la conduite addictive est ancienne et qui ont survécu aux conséquences de cette consommation ; et ceux pour qui les consommations de substances psychoactives sont arrivées plus récemment, souvent à la suite d'événements négatifs et anxiogènes ».

Une consommation tabagique toujours plus importante chez les hommes et qui se réduit avec l'âge

Parmi les Bas-Normands âgés de 65 ans et plus, la proportion de fumeurs réguliers (cf. Définitions p. 115) est de 7 %, soit une proportion largement inférieure à celle observée avant cet âge (29 %). Moins de 1 % sont des fumeurs occasionnels et près de 38 % sont anciens fumeurs. Ainsi, la moitié des « seniors » enquêtés (54 %) n'ont jamais fumé au cours de leur vie.

Si les hommes sont toujours plus concernés par le tabagisme régulier (9 % vs 6 % des femmes), la consommation tabagique observée chez les Bas-Normands, tout comme en France, se réduit avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes (cf. figures 55 et 56). Chez ces dernières, la prévalence tabagique (consommation régulière) passe de 20 % entre 45-64 ans

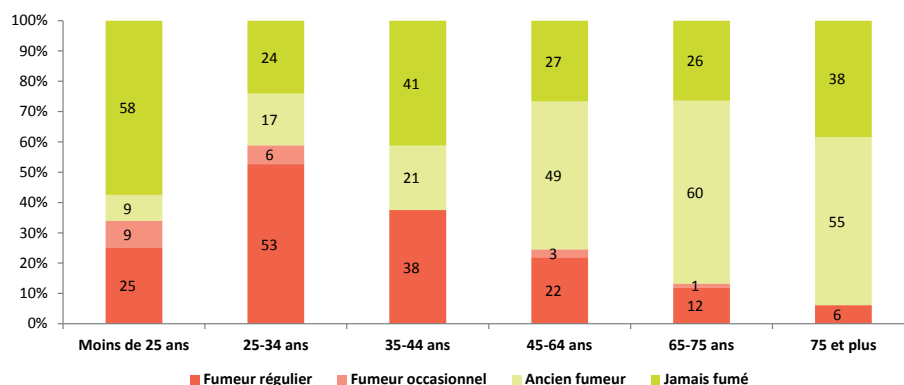
à 6 % entre 65-74 ans et 6 % également à partir de 75 ans. Chez les hommes elle passe de 22 % entre 45 et 64 ans à 12 % entre 65 et 74 ans et à 6 % au-delà de 74 ans. Cette baisse de la prévalence peut s'expliquer d'une part par l'âge moyen à l'arrêt du tabac qui se situe aux alentours de 40 ans et également, chez les femmes, par un effet de génération. Leur entrée dans le tabagisme, plus tardive que pour les hommes, explique la forte proportion dans l'échantillon de femmes n'ayant jamais fumé âgées de plus de 65 ans (68 % des femmes âgées de 65-74 ans et 78 % de celles de 75 ans et plus n'ont jamais fumé contre 47 % des femmes âgées de 45-64 ans). De plus, rappelons que la consommation de tabac est une cause de mortalité prématurée et que de ce fait, une part importante des fumeurs n'atteint pas l'âge des 65 ans.

Genre, statut matrimonial, difficultés financières et recours au médecin généraliste : facteurs associés à une consommation régulière de tabac au delà de 65 ans

Il s'agit ici d'examiner quelles caractéristiques sont associées au fait d'être fumeur régulier. On parle de facteurs « associés » car, a priori, ces caractéristiques peuvent être liées à cette consommation, sans en être elles-mêmes des conséquences. Une régression logistique est utilisée, pour mesurer et vérifier qu'une relation entre une caractéristique donnée et le fait de déclarer une situation reste significative, une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés.

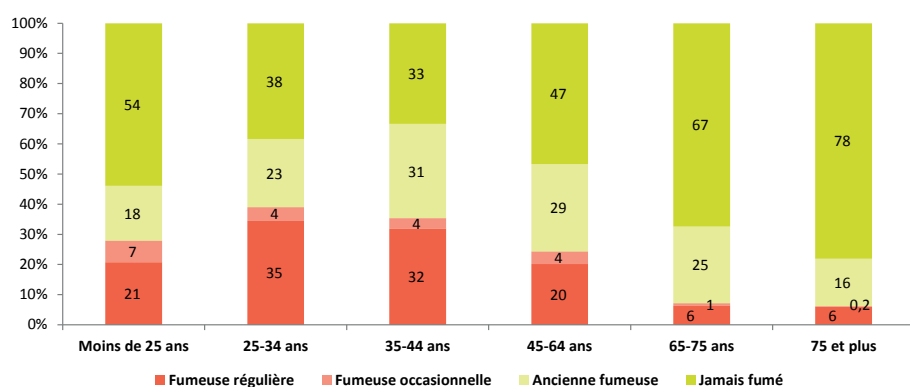
Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées, quatre variables sont significativement associées à la déclaration d'une consommation régulière de tabac au delà de 64 ans. En termes de caractéristiques socio-démographiques, être un homme, être en situation de veuvage (comparativement au fait d'être marié) et éprouver des difficultés financières multiplient respectivement par 1,8, 2,5 et 2,2 fois le risque d'être fumeur régulier. A l'inverse, avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois apparaît comme un facteur protecteur.

Figure 55 : Consommation de tabac chez les hommes selon l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 56 : Consommation de tabac chez les femmes selon l'âge (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

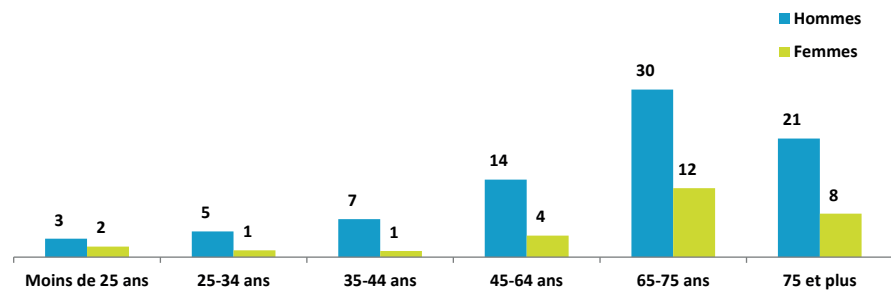
¹ Fernandez L., Finkelstein-Rossi J., Fantini-Hauwel C., Combaluzier S., Hamraoui M., Bellego M. « Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées ». *Alcoologie et addictologie*, 2010, vol. 32, n° 4 : p. 279-289.

² Léon C., Beck F., dir. *Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2014 : 192 p.

Une consommation d'alcool quotidienne importante

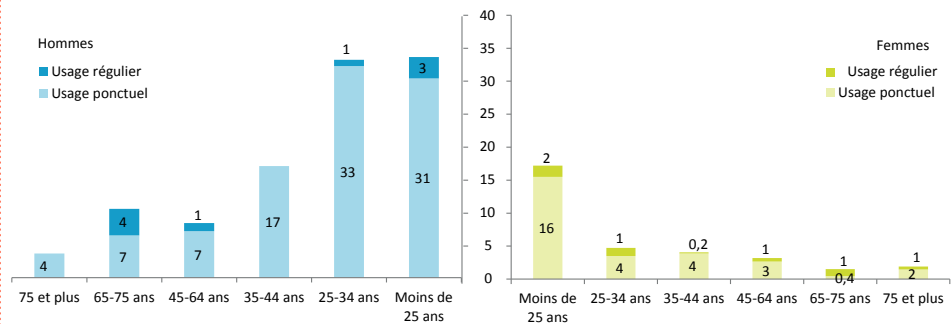
17 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus consomment de l'alcool quotidiennement. Cette consommation est comme pour les enquêtés les plus jeunes plus fréquente chez les hommes (25 % vs 10 % des femmes) et ce quelle que soit la tranche d'âge considérée. La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool augmente fortement avec l'âge et atteint son maximum entre 65 et 75 ans (cf. figure 57). Ce constat régional est également observé en moyenne en France métropolitaine. Ainsi 30 % des hommes âgés de 65-74 ans et 12 % des femmes du même âge consomment de l'alcool tous les jours contre 5 % des hommes et 1 % des femmes âgés de moins de 45 ans.

Figure 57 : Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool selon l'âge et le sexe (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 58 : Consommation d'alcool à risque selon l'âge et le sexe (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Genre et pensées suicidaires : facteurs associés à un usage d'alcool régulier ou ponctuel à risque au delà de 64 ans

Par rapport aux plus jeunes, la consommation ponctuelle à risque est moins fréquente à l'inverse de l'usage régulier à risque (cf. figure 58). Ainsi, 4 % des hommes âgés de 65 ans et plus présentent un usage régulier à risque contre 1 % de ceux âgés de 45-64 ans. De nouveau, cet usage à risque est particulièrement fréquent chez les hommes.

Si l'on considère l'usage à risque dans son ensemble (ponctuel ou régulier), le fait d'être un homme, toutes choses égales par ailleurs, multiplie par 4,7 le risque de présenter un tel usage. De même, les pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête et l'usage ponctuel ou régulier au delà de 65 ans sont liés (risque multiplié par 3,5).

Comportements alimentaires et activité physique

Des recommandations de pratiques alimentaires mieux suivies chez les seniors

La plupart des enquêtes épidémiologiques qui ont analysé les facteurs alimentaires impliqués dans la prévention de nombreuses pathologies (notamment les cancers), ont mis en évidence le rôle important des fruits et légumes. Le Programme national nutrition santé (PNNS) recommande de manger au moins 5 fruits et légumes par jour (cf. Définitions p. 115).

Comme déjà évoqué dans l'Info Santé consacré aux comportements de santé, en Basse-Normandie, et de manière générale en France, la proportion de personnes qui suit les recommandations de consommation de fruits et légumes augmente avec l'âge. Les plus jeunes suivent particulièrement peu ces recommandations. En région, 12% des enquêtés âgés de moins de 30 ans respectent les repères PNNS contre 30 % de ceux âgés de 65 ans et plus. Toutefois, les différences selon l'âge tendent à s'estomper et il n'existe pas de différence significative entre les Bas-Normands âgés de 45-64 ans et leurs aînés quant au respect du PNNS (incitant à consommer au moins 5 fruits et légumes par jour). On constate néanmoins une augmentation de la fréquence de consommation quotidienne de fruits et légumes avec l'âge : alors que près de 82 % des personnes âgées de 45-64 ans ont déclaré une consommation de fruits et légumes quotidienne, ils sont 87 % parmi les 65-74 ans et plus de 94 % à partir de 75 ans. Les différences par sexe qui s'observent sur cette consommation de fruits et légumes ont tendance à diminuer avec l'âge. Entre 45-64 ans, 86 % des femmes consomment quotidiennement des fruits et légumes contre 77 % des hommes, soit un écart de 9 points. A partir de 75 ans, l'écart observé entre les hommes et les femmes est quasiment nul (2 points).

Tout comme pour la consommation de fruits et légumes, les personnes âgées de 65 ans et plus grignotent moins que leurs cadets : 23 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus déclarent le faire de temps en temps ou souvent (respectivement 18 % et 7 %) contre 35 % de ceux âgés de 45-64 ans et 50 % de ceux âgés de moins de 45 ans.

Une activité physique et sportive encore importante

Le rôle de l'activité physique comme facteur déterminant de l'état de santé des individus et des populations est aujourd'hui reconnu. L'augmentation de la dépense énergétique permet de réduire le risque de maladies cardio-vasculaires, de diabète de type 2, d'obésité, de cancers et d'ostéoporose. L'activité physique inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne et ne se réduit donc pas à l'activité sportive.

Tout comme en France métropolitaine, le sexe et l'âge sont des facteurs associés à l'activité physique. Un pic d'activité physique est observé entre 30 et 44 ans avec 2h36 d'activité physique déclarée en moyenne par jour, pour décroître ensuite avec l'âge (variation similaire à celle observée au niveau national). Ainsi, les personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré 2h06 minutes d'activité physique ou sportive par jour (2h29 entre 65-74 ans et 1h47 entre 75 ans et plus).

Comme en population générale (tous âges), les hommes âgés de 65 ans et plus déclarent une activité physique ou sportive plus conséquente que les femmes (2h19 vs 1h58).

Recours, report et renoncement aux soins

Une couverture santé similaire à celle observée avant 65 ans

Près de 95 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus bénéficient d'une mutuelle ou d'une assurance complémentaire privée, soit une situation statistiquement semblable à celle observée avant 65 ans. Ainsi, 5 % ont déclaré ne pas avoir de mutuelle. Cette dernière situation concerne davantage les plus âgés : 6 % des Bas-Normands âgés de 75 ans et plus vivant à domicile ont déclaré être dépourvus de mutuelle contre 4 % de ceux âgés de 65-74 ans.

Un recours au généraliste qui s'accroît avec l'âge

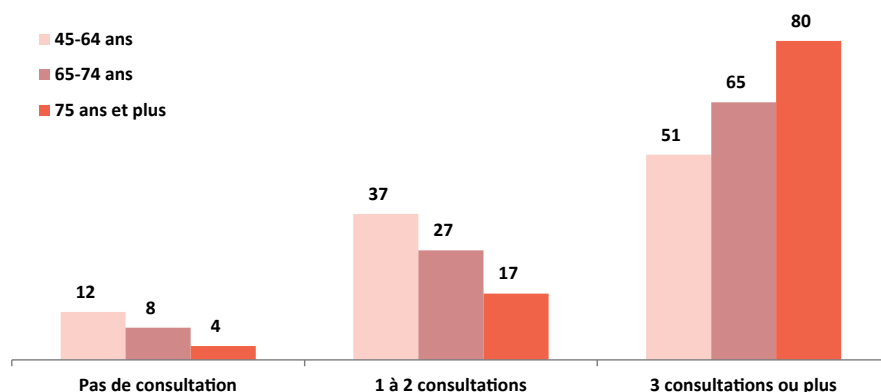
Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 96 % des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus vivant à domicile ont consulté « au moins une fois » un médecin généraliste, 42 % un dentiste, 41 % un infirmier, 35 % un cardiologue, 20 % un kinésithérapeute, 8 % un professionnel d'une médecine non conventionnelle et 2 % un professionnel de santé mentale. En 1998, l'enquête santé avait mis en avant un moindre recours aux soins (médicaux ou paramédicaux) des Bas-Normands domiciliés en milieu rural. Tout comme pour l'isolement social, cette variable n'est plus discriminante en 2012.

Concernant la médecine générale, la proportion de consultation d'un généraliste est d'autant plus importante que l'âge augmente (cf. figure 59). Ainsi, 97 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont consulté un médecin généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête contre 92 % de ceux âgés de 65-74 ans. Parallèlement, la fréquence de ces consultations est plus importante (80 % des Bas-Normands âgés de 75 ans et plus ont consulté ce professionnel « au moins trois fois » dans l'année contre 65 % de ceux âgés de 65-74 ans).

Tout comme en population générale (tous âges), les hommes consultent moins fréquemment le médecin généraliste. Plus des trois-quarts des femmes âgées de 65 ans et plus ont consulté au moins 3 fois ce professionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête contre moins de 70 % des hommes.

Selon les analyses consacrées au recours aux soins en population générale, il apparaît que bénéficier d'une assurance maladie complémentaire est significativement associé au recours à un médecin généraliste. Ce lien entre recours aux soins et couverture santé qui se vérifie chez les plus jeunes n'est pas observé chez les Bas-Normands plus âgés.

Figure 59 : Recours à un médecin généraliste selon l'âge et le nombre de consultations (%)

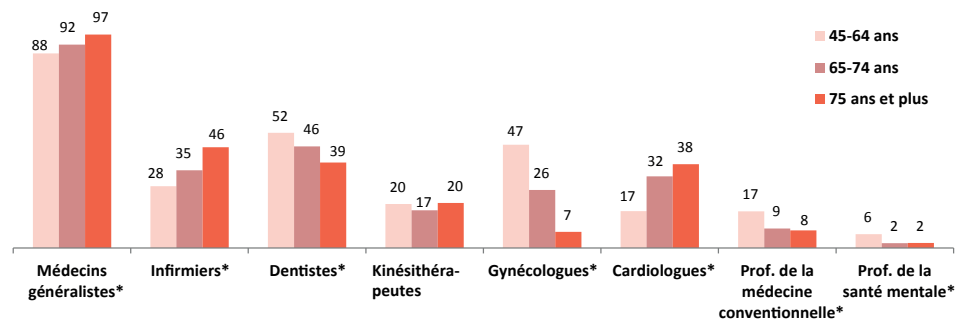


Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Un recours aux autres professionnels de santé qui se réduit avec l'âge, à l'exception des infirmiers et des cardiologues

Alors que le recours aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux cardiologues est de plus en plus important avec l'avancée en âge, les personnes âgées consultent moins fréquemment les autres professionnels de santé (cf. figure 60). Ainsi, si 52 % des Bas-Normands enquêtés âgés de 45-65 ans et plus vivant à domicile ont consulté un chirurgien-dentiste ou orthodontiste au cours des 12 mois précédant l'enquête, cette proportion atteint moins de 40 % chez les plus âgés (75 ans et plus). La même tendance s'observe pour le recours à un professionnel de médecine non conventionnelle (16 % des 45-64 ans ont consulté au moins une fois vs 8 % des 75 ans et plus), un professionnel de santé mentale (6% vs 2%), et un gynécologue (47 % des femmes de 45-64 ans ont consulté au moins une fois vs 7 % des 75 ans et plus).

Figure 60 : Recours aux différents professionnels de santé selon l'âge (%)
Consultation au moins une fois au cours des 12 derniers mois



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Écarts significatifs selon l'âge / Les données concernant les gynécologues sont calculées sur les femmes

Un report ou renoncement aux soins moins fréquent que chez leurs cadets

4 % des Bas-Normands de 65 ans déclarent avoir déjà reporté ou renoncé à des soins au cours des 6 derniers mois, soit une proportion inférieure à celle observée chez les plus jeunes (10 % avant 65 ans). Ce report aux soins est significativement associé au fait de connaître de réelles difficultés financières. Ainsi, 9% des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus éprouvant des difficultés financières ont renoncé à des soins au cours des 6 derniers mois contre 3 % de ceux n'ayant pas de difficultés financières.

Confirmant cette analyse, le principal motif de report ou de renoncement évoqué par les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile est la raison financière (55 %). Viennent ensuite le fait de ne pas savoir à qui s'adresser (21 %), le manque de temps (11 %) et le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (9 %). Comparativement aux plus jeunes, le manque de temps est moins fréquemment cité contrairement aux raisons financières et au fait de ne pas savoir à qui s'adresser.


Un report ou renoncement aux soins qui concerne majoritairement les soins dentaires et d'ophtalmologie

Les soins les plus fréquemment reportés ou annulés chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont les soins dentaires (40 %), les soins d'ophtalmologie (36 %), et les consultations chez un spécialiste (35 %).

Globalement, les soins reportés chez les personnes âgées sont globalement similaires à ceux déclarés chez les moins de 65 ans, exception faite des soins d'ophtalmologie beaucoup plus fréquemment mentionnés chez les plus âgées (36 % vs 19 % des moins de 65 ans).

Nb : Suite à un problème de recueil lors du terrain d'enquête, les données de recours aux soins pour l'aire d'étude de Cherbourg n'ont pu être intégrées aux résultats. Les données régionales présentées considèrent que les personnes enquêtées dans l'aire de Cherbourg ont un recours aux soins similaire à la moyenne des 13 autres aires d'études.





ÉVÈNEMENTS DIFFICILES SURVENUS PENDANT L'ENFANCE ET/OU L'ADOLESCENCE ET SANTÉ

Comme déjà vu précédemment, la santé est aujourd'hui définie de manière large, l'OMS concevant comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle est déterminée par de nombreux facteurs y compris l'histoire personnelle et familiale de chacun. Les événements difficiles vécus durant l'enfance recouvrent des situations de maltraitance variées (exposition à la violence conjugale parentale, violences psychologiques, violences physiques, privations matérielles) avec ou sans réponses institutionnelles (le fait d'avoir eu une mesure éducative et/ou d'avoir été placé en institution ou en famille d'accueil).

La maltraitance n'est pas une notion simple à définir, elle recouvre en effet des réalités diverses, elle peut être de nature différentes (physique, psychologique, sexuelle¹), de sévérité et de fréquence variable. Les auteurs évoquent souvent l'idée d'un continuum de la violence. De manière générale, la maltraitance est vue comme un ensemble hétérogène de conduites violentes à l'égard des enfants sur les plans physique, psychologique et sexuel ainsi que de carences éducatives. Ces comportements constituent une atteinte au respect ou à la dignité de l'enfant et entravent à plus ou moins long terme son développement et sa santé. La violence intrafamiliale est un phénomène difficile à évaluer en raison de son caractère privé, caché et non dit : le postulat que le parent est toujours bon, protecteur et plein d'amour demeure encore vif.

Différents travaux menés par des psychologues, des psychiatres et des médecins épidémiologistes depuis une vingtaine d'années ont montré que les événements difficiles vécus durant l'enfance comme la maltraitance ont un impact sur la santé physique et psychique de l'individu. A ce titre la violence intrafamiliale constitue une préoccupation majeure de santé publique. Ces événements et violences vécues sont en effet cause de troubles dépressifs majeurs chez l'adulte et de passages à l'acte suicidaire². Ces troubles se manifestent par une grande tristesse, un sentiment de désespoir et une perte de toute motivation. Le risque de reproduction intergénérationnelle de la violence est aussi présent, les victimes pouvant devenir à leur tour des auteurs. Considérée comme une forme de maltraitance psychologique (Durning et Fortin, 1993), l'exposition aux violences conjugales parentales crée un climat familial d'insécurité et de stress, elle favorise l'apparition de troubles dépressifs et de conduites agressives. Les travaux de Claire Chamberland (2003) ont montré que les violences conjugales sont souvent associées aux violences envers les enfants, cette concomitance des deux phénomènes varie entre 20 et 40% selon les études. Enfin, les personnes ayant été placées dans l'enfance rencontrent plus que les autres des problèmes dépressifs, des tentatives de suicide et une fragilité plus importante en ce qui concerne leur santé (Pronovost et al., 2003). Les effets de la violence subie durant l'enfance demeurent toutefois modulés selon les individus, on soulignera ici notamment l'importance du soutien social apporté par l'entourage (effet protecteur pour l'individu en diminuant les effets du stress) ainsi que la théorie de la résilience (faculté à « rebondir », à vaincre des situations traumatiques, théorie entre autres développée par le psychiatre Boris Cyrulnik³).

¹ Les agressions sexuelles n'ont pas été abordées dans l'enquête santé des Bas-Normands.

² Margairaz et al., 2006 pour une revue des impacts de la violence sur la santé.

³ Cyrulnik B. Séron C., La Résilience ou comment naître de sa souffrance ?, Ed Broché, 2009.

Ce chapitre se penche sur les situations de maltraitance à travers les événements difficiles vécus durant l'enfance. L'objectif est d'évaluer le lien entre ces situations et la situation sociale et professionnelle des enquêtés devenus adultes, sur leur état de santé physique et mental et de dégager les facteurs associés à ces situations. Ces événements douloureux de l'enfance ont été appréhendés en utilisant les six items de l'Enquête nationale sur la violence envers les femmes en France (ENVEFF) menée en 2000 par l'équipe de Maryse Jaspard¹. L'ENVEFF a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 6000 femmes françaises âgées de 20 à 59 ans. Cette enquête avait pour objectif de mieux connaître le phénomène de la violence à l'égard des femmes sous tous ses aspects. Cherchant à savoir s'il existait un lien entre les violences conjugales à l'âge adulte et les éléments biographiques des femmes, une série de six items abordait, de façon rétrospective, les situations difficiles vécues durant l'enfance considérées comme des situations de maltraitance.

Les items consacrés aux événements douloureux de l'enfance étaient placés en milieu de questionnaire de l'Enquête Santé des Bas-Normands. L'item concernant les conflits graves entre les parents et les enfants a été considéré par Jaspard et al. (2003) comme révélateur de violence psychologique, de privations matérielles, à la fois indicateurs d'un manque de moyens financiers et de négligence.

A noter que les termes « violence » et « maltraitance », trop subjectifs, n'ont pas été utilisés dans le questionnaire. Rappelons que les agressions sexuelles n'ont pas été abordées dans l'enquête santé des Bas-Normands.

¹ Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillachon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., Les Violences envers les femmes en France. Une enquête nationale, Paris, La Documentation française, 2003.

Prévalence des événements difficiles survenus pendant l'enfance et/ou l'adolescence en région

4,5 % des enquêtés déclarent avoir subi des sévices ou reçu des coups répétés au sein de leur famille

Les proportions d'individus ayant vécu pendant l'enfance des situations difficiles s'échelonnent de 2 à 13 % selon les items (cf. figure 61). Plus de 10 % des Bas-Normands déclarent avoir au moins vécu deux de ces événements douloureux durant leur jeunesse. Près de 5 % de l'échantillon représentatif des Bas-Normands déclarent, de manière rétrospective, avoir été physiquement maltraité durant l'enfance. Quoique réalisée quatorze ans plus tard, l'Enquête santé des Bas-Normands montre des résultats quasi identiques à ceux de l'enquête ENVEFF. On notera cependant que la proportion de personnes déclarant avoir été victimes de maltraitements est un peu plus élevée en Basse-Normandie qu'en France entière (4,5 % versus 3,9 %). Il en est de même pour le fait d'avoir connu un conflit très grave avec l'un ou ses deux parents (9,5 % versus 7,6 %).

Parmi les personnes ayant été placées

- Un tiers estime avoir été maltraité, ce qui permet de souligner l'importance de la maltraitance comme motif de prise en charge,
- 45 % ont rencontré un conflit grave avec leur(s) parent(s),
- 47 % ont été exposés à la violence conjugale parentale,
- 48 % ont souffert de privations matérielles.

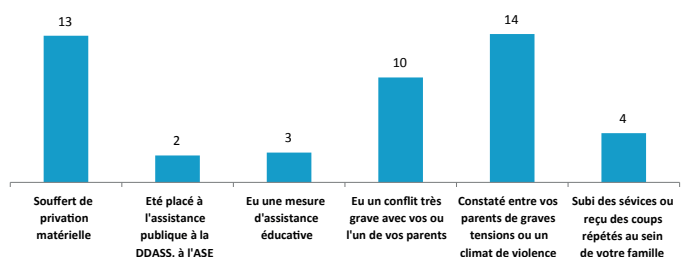
Parmi les personnes ayant eu une mesure éducative

- Un peu plus du quart a été victime de maltraitance,
- Un tiers a aussi connu une mesure de placement (chronologie cependant méconnue),
- Un tiers a été exposé à la violence conjugale parentale,
- Un peu plus d'un tiers a connu un grave conflit avec l'un ou ses deux parent(s).

Parmi les personnes ayant subi ou reçu des coups répétés

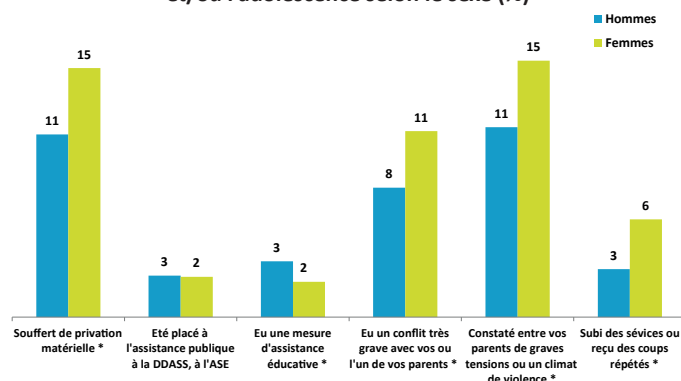
- Plus de la moitié (53 %) déclarent avoir souffert de privation matérielle,
- 57 % ont rencontré un conflit grave avec l'un ou ses deux parent(s),
- 65 % déclarent avoir été exposés à la violence conjugale parentale. Ce résultat montre clairement que les violences envers les enfants sont dans deux tiers des situations liées aux violences dans le couple, faisant de la violence un mode relationnel.

Figure 61 : Événements survenus pendant l'enfance et/ou l'adolescence (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Figure 62 : Événements survenus pendant l'enfance et/ou l'adolescence selon le sexe (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Ecart significatif selon le sexe

Note de lecture : 6% des femmes ont déclaré avoir subi des sévices et des coups répétés au cours de leur enfance et/ou adolescence contre 3% des hommes.

Bref portrait des personnes déclarant avoir vécu des événements difficiles durant l'enfance

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir vécu des événements difficiles

Globalement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir vécu des événements difficiles (cf. figure 62) : avoir souffert de privations matérielles (15 % des femmes sont concernées vs 11 % des hommes), avoir rencontré un conflit grave avec l'un ou ses deux parents (11 % versus 8 %), avoir été exposées à la violence conjugale parentale (15 % versus 11 %) et avoir subi des sévices ou reçu des coups répétés au sein de leur famille (6 % versus 3 %). La prépondérance des femmes dans les victimes de maltraitance a été mise en évidence par divers travaux, les résultats varient toutefois d'une étude à une autre et on constate qu'il existe des variations en fonction du type de violence subie. On peut aussi émettre l'hypothèse que la formulation relativement large de l'item « subi des sévices » englobe les agressions sexuelles.

A l'inverse, les hommes sont proportionnellement légèrement plus nombreux à avoir eu une mesure d'assistance éducative. Il n'y a pas en revanche de différence significative entre le sexe et le placement à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou l'Assistance publique.

Des privations matérielles liées à un effet de génération, des violences qui varient selon l'âge

Plus de 13 % des Bas-Normands ont déclaré avoir souffert de privation matérielle. Cette situation est significativement corrélée à l'âge avec près de 25 % des Bas-Normands âgés de 75 ans et plus concernés contre 15 % des 45-59 ans, 10 % des 30-44 ans et enfin 6 % des plus jeunes (18-29 ans). La privation matérielle déclarée peut ainsi être de deux natures : des privations liées aux restrictions et rationnements de la deuxième guerre mondiale ou de l'après-guerre et des privations liées à une situation sociale défavorisée.

En ce qui concerne le placement à l'ASE, la fréquence de déclaration est plus importante parmi les Bas-Normands âgés de 45-60 ans (près de 4 % d'entre eux). Les parts les plus faibles sont observées chez les Bas-Normands âgés de 60 ans et plus et les moins de 30 ans. À l'inverse, plus de 6 % des moins de 30 ans ont bénéficié d'une mesure éducative contre moins de 2 % des personnes âgées de 30 ans et plus. On peut déceler ici l'effet des politiques de protection de l'enfance privilégiant, depuis le début des années 1980, les mesures éducatives en milieu ouvert et évitant les mesures de séparation, « mesures phares de l'ancienne DDASS » (Barbe, 2005).

Un Bas-Normand sur 10 déclare un conflit grave avec l'un ou ses parents pendant son enfance et/ou adolescence. Cette situation varie selon l'âge. Elle est particulièrement présente chez les Bas-Normands âgés de moins de 60 ans (12 %) et beaucoup moins fréquente après cet âge (8 % chez les 60-74 ans et 2 % chez les 75 ans et plus). De même, les plus âgés ont moins fréquemment déclaré avoir été témoin de violence conjugale parentale.

Enfin, déclarer des sévices ou des coups répétés durant l'enfance et/ou l'adolescence est plus fréquent parmi les Bas-Normands âgés de moins de 60 ans (5 % vs 3 %).

Notons qu'aucune relation significative n'est observée entre la déclaration d'événements difficiles et le département de résidence, ni avec les caractéristiques du territoire (rural, urbain, périurbain).

Événements difficiles et milieu social actuel

Le milieu social a été appréhendé au travers des Professions et catégories socio-professionnelles (PCS - classification simplifiée de l'Insee en 8 classes) et le statut occupationnel. Ce dernier est détaillé selon les items « emploi », « retraite », « études », « en recherche d'emploi » et « autres ». Cette dernière catégorie regroupe essentiellement les femmes au foyer et les personnes en situation d'invalidité.

Pour la majorité des événements difficiles considérés, un lien significatif a été observé entre le milieu social actuel (statut occupationnel, Professions et catégories socio-professionnelles) et la prévalence de déclaration d'événements difficiles survenus au cours de l'enfance et/ou de l'adolescence.

Concernant les privations matérielles, les retraités sont les plus concernés (en concordance avec les éléments cités précédemment concernant l'âge). Près de 20 % d'entre eux ont déclaré avoir souffert de privations matérielles. Toutefois, la part des Bas-Normands, en recherche d'emploi ainsi que ceux classés en « autres », ayant souffert de privations matérielles est également importante (respectivement 16 % et 17 % des personnes concernées). Plus précisément, les proportions de Bas-Normands ayant déclaré un tel événement sont particulièrement importantes parmi les ouvriers, les agriculteurs-exploitants et les employés (respectivement 18 %, 13 % et 12 % de ces derniers), contre moins de 5 % des cadres et professions intellectuelles supérieures.

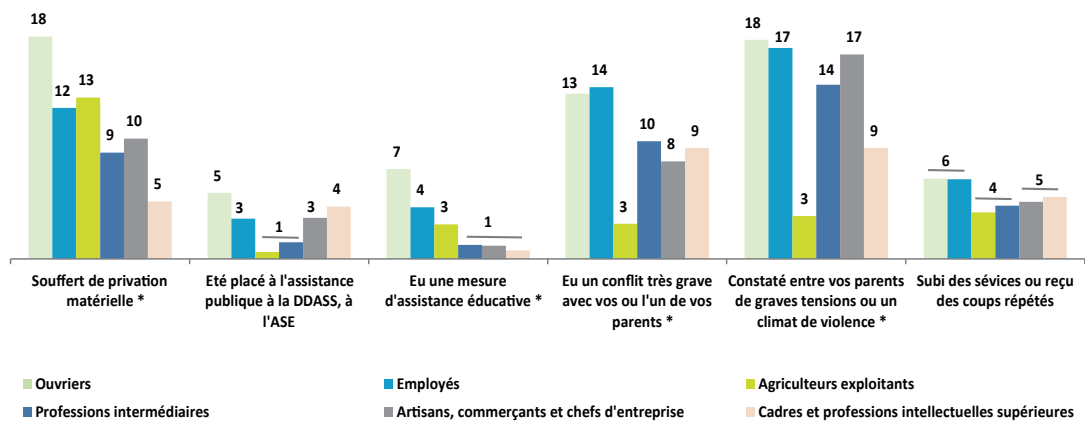
Pour l'ensemble des autres événements considérés, les prévalences les plus importantes concernent les Bas-Normands en recherche d'emploi ou classés en « autres ». Les écarts selon le statut occupationnel sont particulièrement marqués en ce qui concerne la mesure d'assistance éducative, le fait d'avoir eu un grave conflit avec ses parents ou bien encore d'avoir subi des sévices et des coups répétés. Les écarts sont beaucoup moins marqués voire non significatifs en ce qui concerne l'exposition à la violence conjugale parentale et le placement à l'ASE. Les proportions de Bas-Normands ayant déclaré de tels événements sont relativement similaires parmi les personnes en emploi et celles au chômage.

Si l'on observe plus précisément les Professions et catégories socio-professionnelles (cf. figure 63), on notera que tout comme pour les privations matérielles, la part de Bas-Normands actifs ayant déclaré une mesure d'assistance éducative au cours de leur enfance est plus importante parmi les ouvriers et les employés. Respectivement, plus de 7 % des ouvriers et 4 % des employés ont été concernés par une telle situation contre moins de 1 % des cadres, professions intellectuelles supérieures, des professions intermédiaires ou bien encore des artisans commerçants, chefs d'entreprise. Davantage d'ouvriers (14 %) et d'employés (13 %) sont également concernés par le fait d'avoir eu un conflit grave avec leurs parents pendant l'enfance ou l'adolescence. Il en est de même concernant le fait d'avoir été exposé à la violence conjugale parentale avec une part également importante de Bas-Normands concernés parmi les artisans commerçants. Les agriculteurs-exploitants sont les moins concernés par ces deux derniers événements.

Tout comme pour le statut occupationnel, les écarts constatés selon la PCS concernant la déclaration d'un placement à l'ASE ne se confirment pas au plan statistique.

Enfin, si avoir reçu des sévices et des coups répétés pendant l'enfance a plus fréquemment été déclaré parmi les Bas-Normands en recherche d'emploi ou classés dans la catégorie « autres », aucune différence significative n'est relevée en ce qui concerne la PCS déclarée au moment de l'enquête.

Figure 63: Évènements difficiles survenus pendant l'enfance selon la PCS actuelle (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Ecart significatif selon la PCS

Des personnes nettement plus souvent en situation de fragilité socio-économique...

Pour terminer ce portrait à grands traits, on note que les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique (évaluée par le score Epices, cf. Définitions p. 115) ont davantage déclaré des évènements difficiles au cours de leur enfance et/ou adolescence (cf. figure 64). Ce constat se vérifie quel que soit l'évènement concerné. Les écarts sont particulièrement marqués en ce qui concerne le placement à l'Assistance publique, la mesure éducative et les sévices et coups répétés. Avoir déclaré de tels évènements est deux à quatre fois plus fréquent chez les Bas-Normands en situation de vulnérabilité socio-économique.

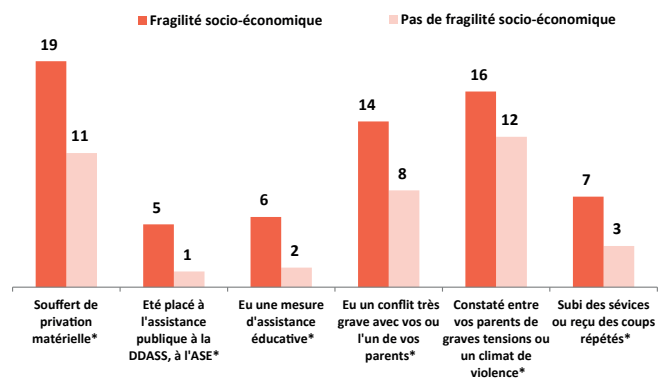
... Les personnes ayant vécu des situations difficiles sont plus souvent moins diplômées

Si l'on observe à présent le niveau d'études, divers liens significatifs ont pu être mis en évidence pour trois variables : avoir souffert de privation matérielle, avoir été placé à l'ASE et avoir bénéficié d'une mesure éducative. En ce qui concerne les privations matérielles, près de 16% des Bas-Normands pas ou peu diplômés (18% aucun diplôme et 15% niveau inférieur au Bac) ont déclaré avoir souffert de cette situation pendant leur enfance contre moins de 9% des Bas-Normands détenteurs d'un diplôme de 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} cycle. La part importante de Bas-Normands non diplômés parmi ceux ayant déclaré cet évènement difficile peut en partie s'expliquer par un effet d'âge. Rappelons en effet que plus de 40% de ces personnes sont nées avant 1950, période sur laquelle les études longues étaient encore peu répandues. La proportion de Bas-Normands ayant déclaré un placement à l'ASE décroît d'autant que le niveau de diplôme augmente. Plus de 5% des Bas-Normands non diplômés ont été placés à l'ASE contre moins de 2% des Bas-Normands ayant entrepris des études supérieures (1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} cycle). On retrouve cette même orientation des résultats pour les personnes ayant bénéficié d'une mesure éducative.

... Une vulnérabilité relationnelle plus importante

Qu'en est-il de l'entourage social actuel des personnes ayant vécu des évènements difficiles durant l'enfance ? De manière générale, on observe que les personnes ayant connu un placement à l'ASE, une mesure éducative ou des maltraitances physiques déclarent avoir, au cours des six derniers mois, significativement moins de contacts avec les membres de leur famille que les autres. Les personnes ayant connu une mesure éducative ou un grave conflit avec leur(s) parent(s) déclarent des relations sociales globalement moins fréquentes (familiales, amicales et connaissances). La population ayant vécu des évènements difficiles durant l'enfance se distingue aussi de l'ensemble de la population enquêtée par la présence d'un entourage moins soutenant. Les personnes ayant connu la maltraitance intrafamiliale, les privations et ayant eu une mesure de protection déclarent toutes avoir moins que les autres une personne proche pouvant les héberger en cas de difficulté. Par exemple, les personnes ayant été placées déclarent quatre fois plus souvent que les autres ne pas disposer d'une personne pouvant les accueillir en cas de problème (26% vs 6%), de même pour les personnes maltraitées (16% vs 6%). Les mêmes tendances sont observées pour le soutien matériel apporté par l'entourage social. Enfin, on notera qu'avoir vécu des évènements difficiles durant l'enfance (conflit parent/enfant, exposition à la violence conjugale parentale et maltraitance physique) est plus fréquent parmi les parents isolés, comparativement aux autres compositions familiales.

Figure 64 : Évènements difficiles survenus pendant l'enfance selon la fragilité socio-économique (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

* Ecart significatif selon la fragilité socio-économique

Évènements difficiles survenus pendant l'enfance et/ou l'adolescence : quelle relation avec la santé à l'âge adulte ?

Santé physique actuelle

Un état de santé perçu mauvais ou très mauvais plus fréquent chez les Bas-Normands ayant vécu des évènements difficiles pendant l'enfance

D'une façon générale, 67 % des Bas-Normands se déclarent en bonne santé (23 % en très bonne santé et 44 % en bonne santé). Plus de 25 % des enquêtés considèrent toutefois leur santé comme assez bonne. 7 % des Bas-Normands déclarent un état de santé mauvais voire très mauvais. Cette dernière proportion est nettement plus élevée si l'on considère les Bas-Normands ayant vécu des évènements difficiles pendant l'enfance, s'échelonnant de 10 % à près de 25 % en fonction des évènements considérés.

Davantage de maladies chroniques, de limitations dans les actes de la vie quotidienne et de situations de handicap

Les Bas-Normands ayant vécu des évènements difficiles pendant l'enfance ont déclaré plus souvent que les autres souffrir d'un problème de santé durable ou une maladie chronique. Ceci va dans le sens des conclusions émises par Georges Menahem (1992). Cet auteur a montré, en exploitant les données de l'enquête Insee « Situations défavorisées » réalisée en 1978-1979, les liens entre les évènements familiaux graves vécus durant l'enfance et les maladies. Les conflits familiaux durant l'enfance sont selon lui associés à une surmorbidity déclarée des adultes enquêtés.

Les résultats de l'enquête santé vont également dans ce sens pour l'ensemble des évènements considérés. Plus précisément, 20 % des Bas-Normands ayant souffert de privations matérielles ont déclaré une maladie chronique (versus 9 %). Cette forte représentation peut s'expliquer en partie par l'âge plus élevé des personnes ayant déclaré cet évènement (comme vu dans la première partie de cette publication). Toutefois, une fois ajustés sur l'âge et le sexe, les écarts observés restent significatifs. Les Bas-Normands ayant vécu des évènements difficiles pendant leur enfance et/ou adolescence ont, selon le type d'évènement, entre 1,7 fois et 2,7 fois plus de risques de déclarer une maladie à caractère durable à l'âge adulte (ajusté sur l'âge et le sexe). Près de 64 % des Bas-Normands ayant déclaré avoir subi des sévices et des coups répétés présentent une maladie chronique au moment de l'enquête, contre moins de 44 % des Bas-Normands non concernés par un tel évènement.

Avoir connu des évènements difficiles au cours de son enfance et/ou adolescence augmente également le risque d'être pris en charge dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), d'être limité ou fortement limité dans ses activités quotidiennes et de se considérer en situation de handicap.

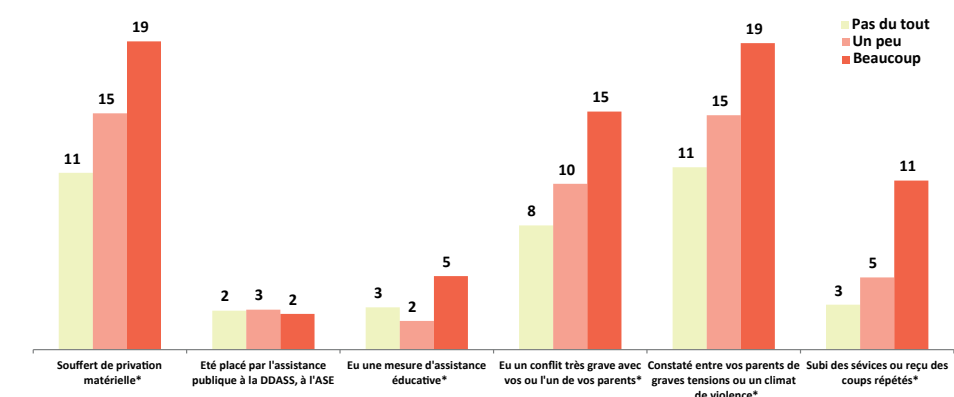
Un statut pondéral et des troubles du sommeil corrélés avec certains évènements difficiles survenus pendant l'enfance

Les privations et les violences domestiques ont également un lien avec l'Indice de masse corporelle (cf. Définitions p. 115). Les personnes ayant vécu des privations matérielles sont moins nombreuses à avoir une corpulence normale et

sont plus nombreuses dans les classes maigreur, surpoids et obésité. De même, 17 % des Bas-Normands en situation d'obésité ont déclaré avoir été exposés à la violence conjugale parentale et 8% avoir subi des maltraitements enfant, contre respectivement 12 % et 4 % des Bas-Normands ayant une corpulence normale.

Enfin, les personnes ayant vécu des évènements difficiles durant l'enfance (à l'exception du placement à l'ASE) rencontrent également plus de problèmes de sommeil que les autres (cf. figure 65).

Figure 65 : Évènements survenus pendant l'enfance et troubles du sommeil (%)



Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie
*Écarts significatifs selon la présence de troubles du sommeil

¹ Par évènements familiaux graves, l'auteur entend la maladie ou le décès du ou des parents, la séparation du couple parental et la mésentente entre les parents (Menahem, 1992).

Des conduites addictives plus souvent déclarées

Les Bas-Normands ayant vécu des situations difficiles durant l'enfance, et ce quel que soit l'évènement, se distinguent en étant plus souvent que les autres « fumeurs réguliers », ils sont aussi moins nombreux à déclarer ne « jamais avoir fumé ». La part de Bas-Normands ayant vécu des évènements difficiles pendant l'enfance est entre 1,5 et 9 fois plus élevée que parmi les Bas-Normands non fumeurs. En exemple, 18 % des fumeurs réguliers ont été exposés à la violence conjugale parentale (vs 10 % des non fumeurs) et 8 % ont subi des sévices et des coups répétés (vs 2 % des non fumeurs).

Un tiers des personnes qui ont un usage d'alcool régulier à risque (cf. Définitions p. 115) disent avoir souffert de privations matérielles contre 14 % des non consommateurs. Les Bas-Normands ayant bénéficié d'une mesure éducative ou ayant eu un grave conflit avec leur parent ont déclaré un usage ponctuel ou régulier à risque supérieur aux autres.

Enfin, les Bas-Normands ayant subi des sévices et coups répétés au cours de leur enfance et/ou adolescence sont proportionnellement moins nombreux à présenter un usage d'alcool non à risque. Ils présentent tout aussi bien un usage ponctuel ou régulier à risque ainsi qu'un non usage plus élevés que les Bas-Normands n'ayant pas été maltraités.

Situations difficiles pendant l'enfance et/ou l'adolescence et santé mentale

Des troubles dépressifs majeurs

Les personnes qui ont vécu des situations difficiles (sauf le placement à l'ASE) sont plus nombreuses que les autres à déclarer avoir vécu, plusieurs fois au cours de leur vie, des périodes de tristesse, de déprime, de désespoir et de perte d'intérêt à réaliser des activités habituellement aimées. Entre 11 % et 12 % des Bas-Normands n'ayant pas déclaré d'évènements difficiles pendant leur enfance et/ou adolescence ont présenté plusieurs fois de telles périodes de détresse psychologique. Cette proportion varie de 25 % à près de 33 % parmi les personnes ayant vécu des évènements difficiles (33 % des Bas-Normands ayant été maltraités, 31 % de ceux ayant eu une mesure éducative, 29 % de ceux ayant eu un conflit grave avec leur parent, 25 % de ceux ayant été exposés à la violence conjugale parentale sont concernés et 24 % de ceux ayant souffert de privation matérielle). L'étude menée par Serge Paugam et coll (2010) montre de même que les personnes ayant connu des évènements difficiles durant leur jeunesse sont plus à risque de connaître des états dépressifs. Toutefois et tout comme dans notre échantillon, les auteurs montrent que « le placement n'a pas d'effet prédictif significatif sur la détresse psychologique à l'âge adulte ». Il y aurait de fait des manières différentes de vivre le placement.

Prédominance des pensées et des actes suicidaires

La population ayant vécu des évènements difficiles durant l'enfance déclare plus souvent que la population « ordinaire » avoir pensé au suicide : ce sont principalement les personnes ayant connu les privations matérielles, un placement à l'ASE, un conflit grave avec leur(s) parent(s), la violence conjugale parentale et la maltraitance physique. Quasiment un quart des personnes maltraitées ont en effet déjà pensé au suicide.

Un lien entre passage à l'acte suicidaire et évènements difficiles est également observé : 12 % des personnes ayant eu une mesure éducative, 14 % des personnes ayant connu des privations matérielles, 17 % des personnes ayant connu la violence conjugale parentale, un quart des personnes placées, la même proportion pour les personnes ayant rencontré un conflit grave avec leur(s) parent(s), et presque un tiers des personnes maltraitées (31 %) ont déjà commis une tentative de suicide.

Dans l'enquête ENVEFF, Maryse Jaspard et al. (2003) ont montré que les femmes victimes de maltraitance physique durant l'enfance présentent un niveau élevé de détresse psychologique comparé à celles qui n'ont pas été maltraitées et que les tentatives de suicide, sur les douze derniers mois précédant l'enquête, chez les premières sont dix fois plus fréquentes.

Vu autrement :

- 1/5^{ème} des personnes ayant déjà attenté à leur vie ont été maltraitées,
- Plus du tiers des personnes ayant fait une tentative de suicide ont été exposées à la violence conjugale parentale ou ont rencontré un conflit grave avec leur(s) parent(s),
- Plus du quart (29 %) des personnes ayant commis un passage à l'acte suicidaire ont vécu des privations matérielles.

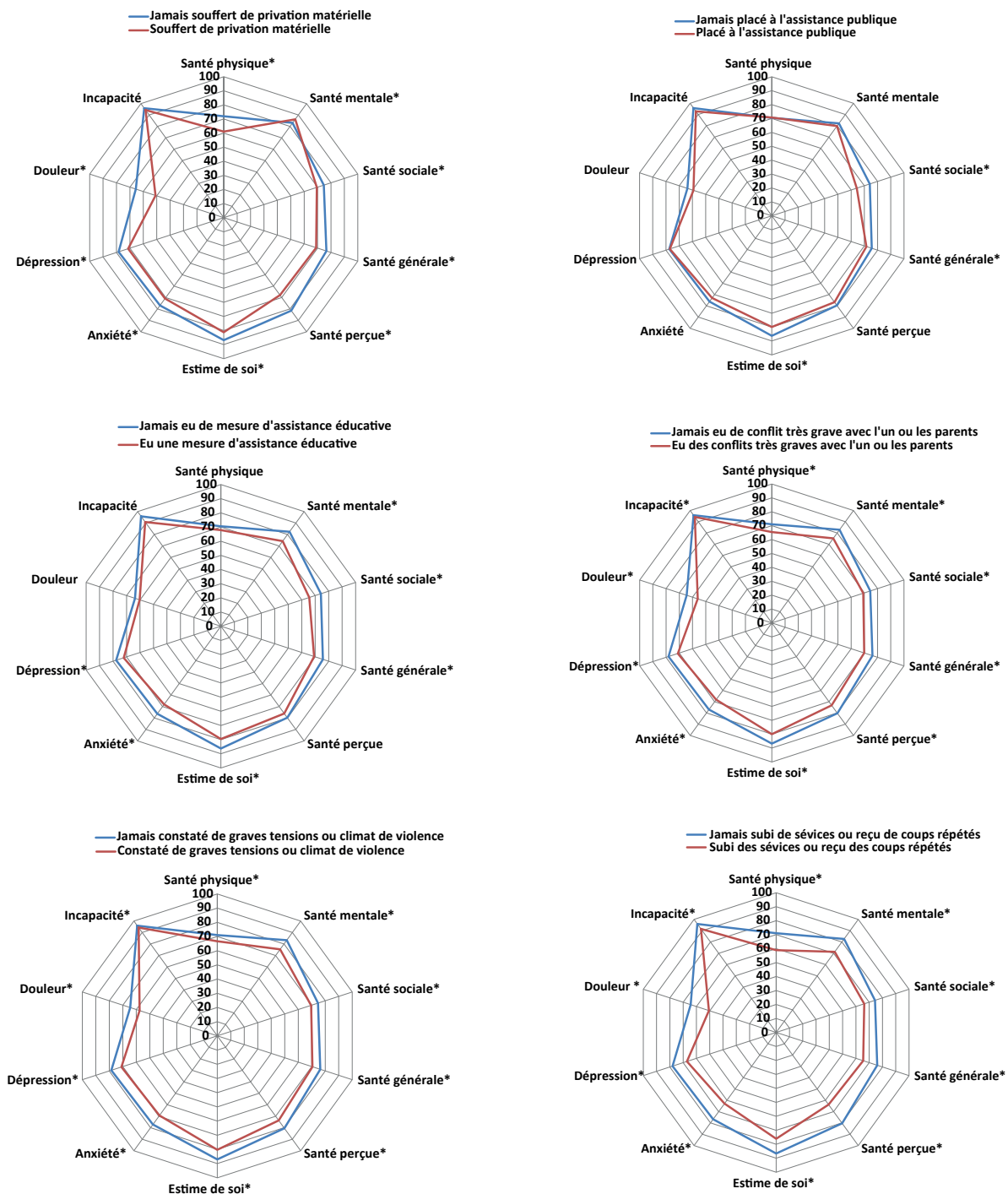
Situations difficiles pendant l'enfance et/ou l'adolescence et qualité de vie

Une moins bonne qualité de vie

Ont été comparés dans cette partie, les scores de qualité de vie (cf. Définitions p. 115) des personnes ayant déclaré un évènement difficile pendant l'enfance comparativement à ceux n'ayant pas déclaré cet évènement précis (pouvant de ce fait en avoir déclaré un autre).

Pour la quasi totalité des dimensions du profil de Duke (cf. figure 66), les scores sont inférieurs pour les Bas-Normands ayant déclaré de tels évènements. Les écarts sont particulièrement importants pour les Bas-Normands ayant subi des sévices et des coups répétés. A l'inverse, ils sont moins marqués pour les personnes ayant été placées.

Figure 66 : Score de Duke selon la déclaration d'évènements difficiles pendant l'enfance et/ou l'adolescence



Facteurs associés aux évènements survenus pendant l'enfance et/ou l'adolescence

Il s'agit ici d'examiner quelles caractéristiques sont associées au fait d'avoir déclaré des évènements difficiles survenus pendant l'enfance ou l'adolescence. On parle de facteurs « associés » car, a priori, ces caractéristiques peuvent être liées à ces déclarations, sans en être elles-mêmes des conséquences. Une régression logistique (cf. Définitions p. 115) est utilisée, pour mesurer et vérifier qu'une relation entre une caractéristique donnée et le fait de déclarer un évènement reste significative, une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés.

Conflit grave avec un parent et violence conjugale parentale

Notons tout d'abord que ces deux évènements sont très corrélés entre eux. Les Bas-Normands ayant déclaré un de ces évènements ont 13 fois plus de risques de déclarer également le second. Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées, une dizaine de variables sont significativement associées à la déclaration de tels évènements. Ces variables peuvent se classer en trois dimensions : variables socio-démographiques, comportementales et d'état de santé (cf. tableau 13).

Concernant l'exposition à la violence conjugale parentale, être une femme et être domicilié dans l'aire d'étude de Mortagne augmente le risque d'avoir été exposé à un tel évènement. À l'inverse, être domicilié dans l'aire d'étude de Flers et être âgé de 75 ans et plus diminuent ce risque. En termes de comportements de santé et d'état de santé, être fumeur augmente le risque d'avoir déclaré cet évènement. Un lien significatif est également observé avec une situation de surpoids ou d'obésité (risque multiplié par 1,5) et avec la déclaration d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de caractère durable (OR=1,44). Enfin, les Bas-Normands présentant des indicateurs de santé mentale dégradée (détresse psychologique, pensées suicidaires et tentative de suicide) ont deux fois plus de risque d'avoir déclaré un tel évènement au cours de leur enfance et/ou adolescence.

Concernant les conflits graves, les femmes et les personnes âgées de moins de 30 ans ont plus de risques d'avoir déclaré cet évènement. De nouveau, les Bas-Normands domiciliés dans l'aire d'étude de Mortagne ainsi que celles d'Alençon, d'Avranches et de Vire ont plus de risques d'avoir eu un conflit grave avec l'un ou leurs deux parents au cours de l'enfance. Les Bas-Normands ayant un niveau de diplôme inférieur au Bac sont également dans ce cas. Être fumeur régulier, présenter une situation de handicap, être en situation de surpoids augmente également ce risque. De même, une relation entre détresse psychologique et pensées suicidaires est observée. Enfin, avoir attenté à sa vie multiplie par plus de 4 le risque d'avoir eu ce type de conflit durant l'enfance.

Tableau 13 : Facteurs associés à l'exposition à la violence conjugale parentale pendant l'enfance et/ou l'adolescence

	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance	Significativité à 5 %
Sexe			
Homme	Réf.		
Femme	1,45	[1,14 ; 1,85]	S
Âge			
18-29 ans	Réf.		
30-44 ans	0,91	[0,64 ; 1,30]	ns
45-59 ans	0,98	[0,69 ; 1,39]	ns
60-74 ans	0,71	[0,47 ; 1,08]	ns
75 ans et plus	0,39	[0,23 ; 0,68]	S
Aire d'étude			
Aire de Caen	Réf.		
Aire d'Alençon	1,46	[0,85 ; 2,49]	ns
Aire d'Argentan	0,67	[0,30 ; 1,48]	ns
Aire d'Avranches	1,38	[0,92 ; 2,07]	ns
Aire de Bayeux	1,11	[0,60 ; 2,04]	ns
Aire de Carentan	1,22	[0,61 ; 2,44]	ns
Aire de Cherbourg	1,18	[0,80 ; 1,76]	ns
Aire de Deauville	1,12	[0,61 ; 2,07]	ns
Aire de Flers	0,38	[0,18 ; 0,82]	S
Aire de L'Aigle	1,40	[0,61 ; 3,21]	ns
Aire de Lisieux	0,97	[0,54 ; 1,75]	ns
Aire de Mortagne	2,60	[1,51 ; 4,50]	S
Aire de Saint-Lô	1,30	[0,85 ; 1,99]	ns
Aire de Vire	0,91	[0,42 ; 1,98]	ns
Consommation de tabac			
Vous n'avez jamais fumé	Réf.		
Fumeur occasionnel	1,86	[1,04 ; 3,35]	S
Fumeur régulier	1,56	[1,15 ; 2,13]	S
Ancien fumeur	1,38	[1,03 ; 1,85]	S
Maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable			
Non	Réf.		
Oui	1,44	[1,12 ; 1,84]	S
Indice de masse corporelle			
Corpulence normale	Réf.		
Maigreur/dénutrition	1,03	[0,52 ; 2,04]	ns
Surpoids	1,45	[1,11 ; 1,90]	S
Obésité	1,42	[1,01 ; 2,00]	S
Pensées suicidaires			
Non	Réf.		
Oui	1,98	[1,35 ; 2,91]	S
Tentative de suicide			
Non	Réf.		
Oui	2,38	[1,65 ; 3,43]	S
Détresse psychologique			
Non	Réf.		
Oui	1,86	[1,43 ; 2,42]	S

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, les Bas-Normands ayant attenté à leur vie ont 2,4 fois plus de « risques » d'avoir été exposé à la violence conjugale parentale.

Facteurs associés aux évènements survenus pendant l'enfance et/ou l'adolescence (suite)

Séances et coups répétés

Sept variables sont particulièrement associées au fait d'avoir subi des sévices et des coups répétés pendant l'enfance (cf. tableau 14). Les femmes sont de nouveau davantage concernées (OR=1,7) ainsi que les Bas-Normands en couple sans enfant (OR=2,6) et les parents isolés (OR=3,0). Être fumeur régulier ou ancien fumeur augmente le risque d'avoir subi de tels traitements. Concernant l'état de santé actuel, déclarer souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques, et présenter des problèmes de sommeil multiplie par 2 ce risque. Enfin, et tout comme pour les conflits avec les parents ou l'exposition à la violence conjugale parentale, avoir eu des pensées suicidaires ou avoir tenté à sa vie est particulièrement lié avec une maltraitance pendant l'enfance.

Tableau 14 : Facteurs associés à la déclaration de sévices et de coups répétés pendant l'enfance

	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance	Significativité à 5 %
Sexe			
Homme	Réf.		
Femme	1,7	[1,12 ; 2,57]	S
Composition du foyer			
Personne seule	Réf.		
En couple sans enfant	2,61	[1,38 ; 4,93]	S
En couple avec enfant	1,35	[0,71 ; 2,55]	ns
Non seul mais pas en couple	1,58	[0,66 ; 3,81]	ns
Parent isolé	3,04	[1,11 ; 8,33]	S
Consommation de tabac			
Vous n'avez jamais fumé	Réf.		
Fumeur occasionnel	1,26	[0,39 ; 4,12]	ns
Fumeur régulier	2,49	[1,49 ; 4,14]	S
Ancien fumeur	1,87	[1,13 ; 3,11]	S
Problème de sommeil			
Pas du tout	Réf.		
Un peu	1,30	[0,82 ; 2,05]	ns
Beaucoup	1,99	[1,23 ; 3,22]	S
Maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable			
Non	Réf.		
Oui	2,35	[1,56 ; 3,53]	S
Pensée suicidaire			
Non	Réf.		
Oui	3,12	[1,90 ; 5,13]	S
Tentative de suicide			
Non	Réf.		
Oui	4,53	[2,88 ; 7,1]	S

Source : Enquête Santé des Bas-Normands - ORS de Basse-Normandie

En conclusion, les situations difficiles vécues durant l'enfance ou l'adolescence, (notamment la violence intrafamiliale et les privations matérielles sans avoir déclaré de situation de placement ou de mesure éducative), marquent les trajectoires biographiques et engendrent des effets dépressifs importants chez les individus ainsi que des passages à l'acte suicidaires. Cette population, fragilisée à tous niveaux (moins diplômée, plus souvent en situation de précarité socio-économique, d'isolement), présente aussi plus que les autres des problèmes de santé physique : surcharge pondérale, présence plus fréquente d'une maladie durable, d'un handicap, de conduites addictives et de troubles du sommeil. La Haute Autorité de Santé a d'ailleurs récemment évoqué les effets de la maltraitance sur la santé¹ : les études de cohorte, selon ce rapport, « démontrent qu'indépendamment du niveau socio-économique, la maltraitance dans l'enfance est liée, à l'âge adulte, à un mauvais état de santé global, (...) à la consommation de drogue et d'alcool, à des troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété majeure (...), les idées suicidaires et les tentatives de suicide ».

¹ Maltraitance chez l'enfant : repérage et mesures de protection - Rapport d'élaboration - HAS 2014



FRAGILITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ

Comme l'attestent des indicateurs de santé publique (allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc.), l'état de santé de la population générale s'améliore. Force est de constater que cette amélioration ne profite pas à tous de manière équitable. Les inégalités sociales influent largement sur l'état de santé de la population. Comme le rappellent les auteurs de l'ouvrage « Réduire les inégalités sociales de santé », « Au-delà des écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée qui sont les plus grands, les épidémiologistes ont, en outre, pu objectiver des écarts existants pour l'ensemble de la hiérarchie sociale, selon la catégorie socioprofessionnelle, le revenu, la situation familiale, etc. Les inégalités sociales de santé suivent donc une distribution socialement stratifiée au sein de la population. Ce « gradient social » existe aussi tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention. Dès lors, toute politique de santé publique se doit de prendre en compte les données de ce constat, afin de ne pas creuser les écarts ».

Au fur et à mesure des chapitres précédents, un fil rouge se dégage : la fragilité socio-économique s'avère quasi systématiquement présente dans la recherche des facteurs associés inhérents à un état de santé dégradé. Ainsi, ce chapitre est consacré au lien existant entre la santé et la fragilité socio-économique. Deux dimensions y sont traitées : les comportements de santé d'une part, et la santé mentale et physique d'autre part. Les comportements de santé sont tous les éléments repérés dans l'enquête qui peuvent affecter la santé des Bas-Normands, de manière positive ou négative. Ainsi, outre ce qui relève de la prévention primaire (la consommation d'alcool notamment), le dépistage de certaines pathologies et le recours aux soins ont été retenus comme pouvant avoir un impact sur la santé des individus.

La notion de fragilité socio-économique a principalement été mesurée dans l'enquête santé des Bas-Normands via le score d'Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé (EPICES). Ce score est calculé à l'aide de 11 questions et permet de mesurer la fragilité socio-économique d'une population. Il est issu d'un questionnaire initial de 42 questions abordant la précarité. Les résultats d'analyses statistiques (une analyse factorielle des correspondances suivie d'une régression multiple) ont montré que 11 questions sur 42 expliquent à 90 % leur position sur l'axe, où à chaque réponse est affecté un coefficient correspondant au poids calculé par la régression. Ces 11 questions prennent en compte plusieurs dimensions de la précarité : l'emploi, les ressources, le logement, l'éducation et la culture, la famille, le lien social et la protection sociale. La mesure du score se fait sur une échelle de 0 à 100, où 0 correspond à une absence de précarité et 100 à un maximum de précarité. Ainsi, lorsque le score est supérieur ou égal à 30, la personne est considérée en situation de précarité.

Les variables étudiant la situation face à l'emploi et le niveau de diplôme ont également été utilisées afin de compléter les analyses. De même, certains items du score Epices ont été utilisés de manière isolée (bénéficiaire d'une couverture maladie complémentaire, qualité et fréquence des relations familiales ou amicales,...) afin de caractériser certaines situations.

Globalement, 28 % des Bas-Normands enquêtés sont en situation de fragilité socio-économiques. Les personnes âgées sont davantage concernées par cette situation. La variable âge intervient de manière différenciée sur les composantes de la fragilité socio-économique avec des relations sociales plus développées chez les plus jeunes mais une situation économique plus tendue chez ces derniers. Les femmes sont plus fréquemment en situation de vulnérabilité. Si les écarts entre les hommes et les femmes ne se vérifient pas d'un point de vue statistique avec l'indicateur synthétique Epices de fragilité socio-économique (30 % des femmes vs 27 % des hommes), les femmes sont significativement plus fréquemment en recherche d'emploi et elles sont également plus nombreuses que les hommes à avoir déclaré devoir faire face à de réelles difficultés financières (28 % versus 23 %).

Fragilité socio-économique et comportements de santé

Dépistage

Des recommandations moins suivies chez les personnes en situation de fragilité socio-économique

Plus d'un tiers des Bas-Normandes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus (c'est à dire âgées de 25 à 65 ans) ont déclaré n'avoir jamais réalisé de frottis du col utérin au cours de leur vie. 3 % l'ont réalisé il y a plus de 5 ans et 10 % entre 3 et 5 ans. Ce sont donc 55 % des Bas-Normandes âgées de 25 à 65 ans qui déclarent avoir réalisé un frottis au cours des trois dernières années.

Si l'âge est un facteur déterminant dans la prévalence du frottis du col utérin (les Bas-Normandes âgées de 25 à 34 ans y ont moins recours que leurs aînées : 51 % contre 70 % des 55-65 ans), les femmes en situation de fragilité socio-économique sont également moins sensibles aux recommandations en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus. Plus de 70 % des femmes qui ne sont pas en situation de fragilité socio-économique ont réalisé un frottis au cours de leur vie contre seulement la moitié de celles présentant une fragilité socio-économique.

Le même constat est fait en ce qui concerne le cancer du sein. Globalement, bien que plus de 90 % des Bas-Normandes enquêtées âgées de 50-74 ans aient déjà réalisé une mammographie de dépistage du cancer du sein, seules 72 % en ont bénéficié dans le cadre d'une démarche individuelle ou organisée, depuis moins de deux ans. Les femmes en situation de fragilité socio-économique ont significativement moins réalisé de mammographie de dépistage : 17 % des femmes en situation de fragilité socio-économique n'ont jamais réalisé de mammographie de dépistage contre 6 % des autres femmes.

Enfin, 58 % des individus interrogés, concernés par les recommandations de dépistage du cancer colorectal, ont réalisé une recherche de sang occulte dans les selles au cours de leur vie et 46 % au cours des deux dernières années. Tout comme au niveau national, l'âge est un facteur qui influe fortement sur ce type de dépistage. Près de 70 % des Bas-Normands âgés de 60 à 74 ans se sont déjà fait dépister contre 49 % des individus de 50 à 59 ans.

De nouveau, un lien entre fragilité socio-économique et pratique de dépistage est constaté. Les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique sont 47 % à avoir réalisé un dépistage au cours de la vie contre 62 % pour les autres.

Ainsi, si l'on résume les facteurs associés au non suivi des recommandations de dépistage, deux variables ressortent systématiquement des analyses statistiques mises en œuvre (dans ce cas des régressions logistiques – cf. Définitions p. 115). En effet, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être en situation de fragilité socio-économique et de ne pas avoir eu recours à un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois multiplie le risque de ne pas suivre les recommandations de dépistage.

Consommation d'alcool

Un usage à risque d'alcool qui concerne toujours majoritairement les hommes même si les écarts se resserrent

Un tiers des Bas-Normands consomment de l'alcool 2 à 4 fois par mois et un quart en consomment une fois par mois ou moins. Plus de 8 % des Bas-Normands enquêtés consomment quotidiennement de l'alcool. Au vu de ces consommations, près des trois-quarts des enquêtés ont un usage défini comme « non à risque » (cf. Définitions p. 115) alors que 10 % ont un usage dit « à risque » (dont 9 % à risque ponctuel et 1 % à risque régulier).

Les femmes ont un comportement plus modéré quant à leur consommation d'alcool. Toutefois, ces dernières tendent à adopter les comportements à risque masculins en termes de consommation addictive depuis ces 20 à 30 dernières années. La consommation d'alcool reste certes plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (91 % des hommes ont une consommation de boissons alcoolisées contre 78 % des femmes) mais les écarts constatés se réduisent.

Un usage à risque d'alcool qui se réduit avec l'âge

Si la consommation quotidienne croît avec l'âge, le niveau de consommation (non usage, usage non à risque ou à risque) suit une variation différente en fonction de l'âge et du sexe. Les répondantes les plus jeunes (moins de 30 ans) sont plus nombreuses à être classées comme consommatrices à risque mais elles sont aussi plus nombreuses à ne pas consommer d'alcool. Le non usage et l'usage à risque diminuent fortement à partir de 30 ans pour laisser la place à l'usage non à risque. L'usage à risque de boissons alcoolisées des hommes enquêtés suit la même tendance en diminuant à mesure que l'âge des répondants augmente. Toutefois, cette diminution de l'usage à risque est plus lente et le plateau de 80 % d'usage non à risque est atteint plus tard que pour les femmes (à partir de 45 ans et non pas 30 ans) et les hommes âgés de 60 et plus sont plus nombreux à témoigner d'un usage à risque régulier. En résumé, l'usage régulier à risque, qui met du temps à s'installer, concerne davantage les sujets âgés, alors que l'usage à risque ponctuel est une problématique concentrée chez les plus jeunes.

Le manque de lien social, un facteur associé à l'usage régulier à risque de boissons alcoolisées

De nombreux facteurs peuvent être liés à une situation d'isolement ou de manque de lien social. Cette notion d'isolement peut être approchée au moyen de variables concernant l'entourage familial ou amical, la pratique d'activités en groupe, l'estime de soi, le fait d'occuper un emploi... Allant dans le sens d'une corrélation entre manque de lien social et usage régulier d'alcool, les scores de la dimension « santé sociale » du profil de Duke (notamment le manque de relations familiales et amicales) les plus faibles étaient mesurés chez les Bas-Normands en situation d'usage régulier à risque de boissons alcoolisées. Ce lien entre isolement et usage régulier d'alcool avait déjà été mis en évidence lors de l'enquête de 1998. De même, les Bas-Normands sans emploi sont également proportionnellement plus nombreux à être dans cette situation. 4 % de ces derniers présentent un usage régulier à risque alors que ce comportement reste marginal pour le reste de la population enquêtée. Toutefois il est important de noter que les Bas-Normands sans emploi se caractérisent également par une part d'usagers non à risque plus faible au profit des non consommateurs d'alcool.

Un non usage d'alcool plus fréquent chez les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique

L'analyse croisée du score Epices avec l'usage d'alcool nous apprend que les individus ayant une fragilité socio-économique sont proportionnellement moins nombreux à avoir un usage de boissons alcoolisées non à risque au profit des non consommateurs d'alcool. En revanche, la part d'usagers à risque (ponctuels ou réguliers) ne varie pas, quant à elle, en fonction de cette variable.

Consommation, report et renoncement aux soins

L'absence d'une couverture maladie complémentaire : facteur fortement associé au non recours à un généraliste

Plus de 85 % des Bas-Normands enquêtés ont consulté un généraliste au moins une fois au cours des douze derniers mois. Plus précisément, 38 % des Bas-Normands ont consulté un généraliste une à deux fois et 50 % au moins trois fois au cours de l'année. Un peu plus d'un Bas-Normand sur 10 n'a pas consulté de généraliste au cours des douze derniers mois.

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête, neuf variables sont particulièrement associées au fait d'avoir eu recours à un généraliste dans les 12 mois précédant l'enquête. Ces variables peuvent se classer selon trois dimensions : variables sociodémographiques, comportementales et d'état de santé. En ce qui concerne notre présent sujet d'étude, il apparaît que bénéficier d'une assurance maladie complémentaire est significativement associé au fait d'avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois (« risque » multiplié par 2,2). C'est à dire, qu'à âge, sexe, état de santé comparable les personnes ne bénéficiant pas d'une mutuelle complémentaire consultent moins.

Un faible recours au chirurgien-dentiste ou orthodontiste notamment chez les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique

Alors que la Haute autorité de santé (HAS) préconise une visite annuelle chez le dentiste, plus de la moitié des Bas-Normands enquêtés n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste ou orthodontiste au cours des 12 derniers mois. Le non recours à ce professionnel au cours des douze derniers mois est, tout comme au niveau national, plus élevé chez les hommes (54 % *versus* 47 %). Il est également plus important avant 30 ans et après 75 ans (respectivement 57 % et 61 %). Les Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique et au chômage sont ceux présentant le plus faible recours : 63 % des personnes en situation de fragilité socio-économique n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste dans l'année précédant l'enquête contre moins de 46 % des Bas-Normands ne présentant pas de fragilité socio-économique.

Les plus diplômés et les moins fragiles socio-économiquement déclarent davantage de recours à un spécialiste

Quelle que soit la spécialité considérée, les Bas-Normands ne présentant pas de fragilité socio-économique ont un recours plus important aux spécialistes. A âge, sexe, situation familiale et état de santé comparable, les Bas-Normands qui bénéficient d'une couverture maladie (CMU-C ou assurance ou mutuelle) ont eu davantage recours à un spécialiste au cours des derniers mois. Toutefois, ce constat est à nuancer en ce qui concerne le recours à un « psy » (médecins psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou psychanalystes), plus fréquent pour les Bas-Normands au chômage.

Un report ou un renoncement aux soins plus fréquent chez les jeunes et chez les personnes en situation de fragilité socio-économique

Près de 9 % de la population enquêtée a répondu positivement à la question suivante : « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous reporté ou renoncé à des soins ? ». La situation socio-économique des individus a un impact important sur l'accès aux soins. Près de 12 % des individus les plus fragiles ont renoncé ou reporté au moins un soin au cours des 6 derniers mois contre 7 % pour les autres.

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête, six variables sont particulièrement associées au fait d'avoir reporté ou renoncé à des soins au cours des six derniers mois (variables socio-démographiques et d'état de santé). Il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », les Bas-Normands âgés de 30-44 ans ont 7 fois plus de risque, que les Bas-Normands les plus âgés (75 ans et plus), de reporter ou de renoncer à des soins. Déclarer des problèmes de sommeil, être limité dans les actes de la vie quotidienne et être en situation de fragilité socio-économique sont également associés au fait de reporter ou renoncer à des soins. A l'inverse, être étudiant comparativement à un Bas-Normand qui travaille, être en couple sans enfant ou non en couple mais ne vivant pas seul pour autant, s'avèrent être des « facteurs protecteurs ».

Près de la moitié des soins reportés ou renoncés concernent les soins dentaires

Les types de soins les plus reportés ou renoncés, au cours des 6 derniers mois avant l'enquête sont les soins et prothèses dentaires (46 %), les consultations chez un spécialiste (28 %), et l'ophtalmologie et la lunetterie (20 %).

Si les hommes et les femmes reportent ou renoncent autant aux soins, cela ne porte pas sur les mêmes types de soins. Un tiers des femmes déclarant avoir reporté ou renoncé à des soins, précise l'avoir fait pour une ou des consultations chez un spécialiste *versus* un cinquième des hommes (renonçant davantage aux soins dentaires). La proportion d'individus déclarant avoir reporté ou renoncé à des soins d'ophtalmologie ou de lunetterie augmente avec l'âge, passant de 15 % entre 18 et 29 ans à 50 % chez les 75 ans et plus. Les individus de 75 ans et plus ont déclaré avoir renoncé à un plus grand nombre de types de soins que les autres. Les 18-29 ans qui ont renoncé à des soins ont essentiellement renoncé à des soins dentaires (58 %) et des consultations chez un spécialiste (31 %). Les individus fragiles sur le plan socio-économique renoncent également à un plus grand nombre de soins que les autres.

Les raisons financières et le manque de temps : principaux motifs de report ou de renoncement aux soins

Plusieurs items de réponses ont été proposés aux individus afin d'expliquer les raisons de leur renoncement, la question était à réponses multiples : trop cher, dépassement d'honoraires, attente trop longue, manque de temps, trop loin et ne sais pas à qui s'adresser. Les principales raisons avancées par les personnes qui ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des 6 derniers mois sont le prix (47 % des cas) et le temps (40 % des cas), les autres raisons sont « négligeables » au vu des effectifs.

Des motifs de renoncement ou de report différents selon le sexe, l'âge, la fragilité socio-économique et l'état de santé

Les raisons des renoncements diffèrent en fonction du type de soins auquel les individus ont déclaré avoir renoncé. Le renoncement ou le report de soins dentaires ainsi que de l'ophtalmologie et de la lunetterie se font essentiellement pour des raisons économiques (trop chers, dépassements d'honoraires). Le renoncement ou le report des consultations chez d'autres spécialistes est quant à lui davantage lié à un manque de temps.

Fragilité socio-économique et santé mentale

Une santé mentale moins favorable pour les personnes en situation de fragilité socio-économique

Selon l'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Depuis, cette définition a été modifiée afin d'inclure la capacité à mener une « vie socialement et économiquement fructueuse ». Les éléments définissant la qualité de vie doivent ainsi être pris en considération pour définir au mieux l'état de santé d'une population. La qualité de vie est une notion complexe à mesurer et dont l'approche peut se faire de différentes manières. Dans l'enquête santé des Bas-Normands, elle est mesurée au moyen du score de Duke (cf. Définitions p. 115) qui permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus. Rappelons que le score de Duke s'attache à analyser une dizaine de dimensions dont la santé mentale, l'estime de soi, la dépression ou encore l'anxiété.

Il apparaît que le score de santé mentale constaté chez les femmes est en moyenne inférieur de 6 points à celui observé chez les hommes, après ajustement sur les autres variables du modèle. On constate également une baisse du score de santé mentale chez les personnes âgées de moins de 75 ans. De même, un lien important entre la situation professionnelle, la fragilité socio-économique, la situation familiale et le score de santé mentale est observé. Ce dernier, chez les personnes sans emploi ou les étudiants est plus défavorable que pour les Bas-Normands ayant un emploi. Les enquêtés présentant une fragilité socio-économique et les parents isolés (*versus* en couple avec enfants) ont également des scores de santé mentale plus dégradés « toutes choses (autres variables du modèle) égales par ailleurs ».

La fragilité socio-économique : un des facteurs associés à la détresse psychologique ponctuelle ou répétée

La détresse psychologique est définie comme « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Cette détresse indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostics et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique »¹.

Globalement, près d'un Bas-Normand enquêté sur deux déclare avoir vécu au moins une fois une période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement ou un sentiment de tristesse, déprime, et désespoir » au cours de leur vie, 25 % au moins une fois les deux événements et 13 % plusieurs fois les deux événements. Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées disponibles dans l'enquête, onze variables sont particulièrement associées au fait d'avoir vécu au moins une fois une période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement et un sentiment de tristesse, déprime, et désespoir ». En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », le fait d'être une femme, d'être âgé de moins de 75 ans, d'être en situation de fragilité socio-économique augmente le risque d'avoir connu au moins une fois une période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement et sentiment de tristesse, déprime et désespoir ». A l'inverse, le fait d'être marié s'avère être un facteur protecteur.

Il apparaît également que « toutes choses égales par ailleurs », le fait d'être en situation de fragilité soio-économique accroît le risque de tentative de suicide.

¹ « La santé mentale, l'affaire de tous » remis en novembre 2009 au secrétaire d'État en charge de la Prospective et du Développement de l'Économie numérique, par un groupe de travail « Santé mentale et déterminant du bien-être », du Centre d'analyse stratégique dirigé par Viviane Kovess-Masfáty.

Fragilité socio-économique et santé physique

Une perception de l'état de santé plus dégradée chez les personnes en situation de précarité

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 et cette perception décroît fortement avec l'âge. De même, l'état de santé perçu des individus considérés en situation de précarité est globalement moins bon (près de 14 % des personnes en situation de fragilité socio-économique perçoivent leur santé comme mauvaise ou très mauvaise contre moins de 5 % des autres). 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 %.

Des maladies chroniques ou de caractères durables plus fréquemment déclarées chez les personnes en situation de fragilité socio-économique

Dans le cadre de l'enquête santé, les Bas-Normands sont 45 % à avoir déclaré une maladie chronique ou un problème de santé de caractère durable. Comme au niveau national, ce constat concerne plus fortement les femmes que les hommes (47 % versus 42 %), ces dernières ayant aussi plus souvent déclaré plusieurs maladies : si 32 % en ont déclaré une, 10 % en ont déclaré deux, 4 % en ont déclaré entre trois et jusqu'à dix (versus 29 %, 9 % et 3 % chez les hommes). Tel qu'observé au plan national, les déclarations de maladie chronique augmentent avec l'âge, passant d'un quart du public âgé de moins de 45 ans, à la moitié des 45-59 ans et aux deux tiers des 75 ans et plus. Les déclarations de maladie ou autres problèmes de santé chronique ou de caractère durable sont également plus fréquentes parmi les individus qui sont en situation de fragilité économique : parmi eux, l'enquête a identifié plus d'un individu sur deux ayant un problème de santé, contre 41 % des autres.

Sur l'ensemble du public interrogé, 21 % des personnes déclarent être prises en charge au titre d'une Affection de longue durée (ALD). Si les déclarations d'ALD ne varient pas selon le sexe, elles augmentent avec l'âge : elles concernent 8 % des enquêtés âgés de 18 à 29 ans, contre 41 % des personnes de 75 ans et plus. Comme pour les maladies chroniques, les individus en situation de fragilité socio-économique sont plus nombreux à déclarer une ALD (28 % vs 18 %).

Des troubles du sommeil et des situations d'obésité plus fréquents chez les personnes en situation de fragilité socio-économique

Que ce soient pour les troubles du sommeil ou pour la surcharge pondérale, le sexe et l'âge sont des variables discriminantes et ainsi la fragilité socio-économique (qui concerne davantage les plus âgées et les femmes). Plus précisément, près de 15 % des Bas-Normands enquêtés ont déclaré avoir beaucoup de troubles du sommeil. Cette proportion atteint 23 % si l'on considère les personnes en situation de fragilité socio-économique. Le même constat est fait en ce qui concerne le statut pondéral défini à l'aide de l'Indice de Masse Corporelle (cf. Définition p. 115). Près de 18 % des personnes en situation de fragilité socio-économique sont en situation d'obésité contre 12 % des autres.

En conclusion, les différentes analyses engagées ont mis en évidence des liens forts entre fragilité socio-économique et état de santé au sens large du terme (comportement de santé, santé mentale, santé physique). Il est important de noter que ces inégalités sociales de santé constatées sur l'ensemble de l'échantillon sont également présentes chez les plus jeunes. En effet, pour la quasi-totalité des thématiques abordées, les jeunes Bas-Normands en situation de fragilité socio-économique présentent un état de santé ou des comportements de santé plus défavorables. Entre 18 et 30 ans, la perception de l'état de santé ne varie pas selon le genre mais plutôt selon la situation socio-économique. En effet, les jeunes en recherche d'emploi ou plus globalement en situation de fragilité socio-économique sont bien plus nombreux à percevoir leur santé comme assez bonne ou mauvaise. De même les jeunes en situation de fragilité socio-économique souffrent de maladies chroniques plus fréquentes, d'une santé mentale plus fragile et d'une consommation tabagique importante. Le statut professionnel intervient également avec deux catégories présentant une situation vulnérable en matière de santé (état ou comportement) : les chômeurs et les étudiants, qui présentent des comportements de santé défavorables notamment en termes de conduites addictives à risque et de non recours aux soins.





GENRE ET SANTÉ

En 2015, l'espérance de vie des femmes reste supérieure à celle des hommes de 6,1 années : les femmes vivent en moyenne 85,1 années contre 79,0 années pour les hommes (compte-tenu des conditions de mortalité actuelles, cf. Définitions p. 115). Les femmes présentent également une meilleure espérance de vie en bonne santé (63,6 ans contre 62,7 ans pour les hommes en 2011), même si cet écart est beaucoup plus réduit qu'en matière d'espérance de vie globale. Ainsi, les femmes auront 21,4 années de vie avec limitations d'activités et/ou incapacités (vs 15,7 ans pour les hommes). Toutefois, après conversion des résultats en valeurs relatives, les femmes passent une plus grande part de leur vie en mauvaise santé.

Au cours de ces dix dernières années, les gains d'espérance de vie ont été plus rapides pour les hommes que pour les femmes et l'écart se resserre, notamment en matière d'espérance de vie en bonne santé. Ce rattrapage des hommes (similaire à celui observé dans d'autres pays européens provient essentiellement d'une baisse de la mortalité masculine aux âges jeunes mais aussi de l'évolution des comportements féminins notamment « à risque » avec une augmentation importante de la consommation de tabac.

Précisons que les principales causes de décès varient fortement selon l'âge et le sexe. Globalement, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire représentent les deux principales causes de décès : les tumeurs sont la première cause de mortalité des hommes, les maladies de l'appareil circulatoire la première cause de mortalité des femmes. Plus précisément, la mortalité des enfants âgés de moins de 15 ans est principalement le fait d'accidents ou de pathologies tumorales. De 15 à 24 ans, période marquée par une surmortalité masculine importante, les accidents (notamment de la circulation), sont responsables de plus de 40 % des décès. Viennent ensuite les suicides pour les garçons et les tumeurs pour les filles. De 25 à 44 ans, les causes externes (accidents, suicides, etc.) constituent la première cause de décès chez les hommes (60 % des décès) suivis des tumeurs. Pour les femmes du même âge, ce sont les tumeurs qui sont responsables de plus de la moitié des décès. La mortalité entre 45 et 64 ans est principalement due aux cancers, pour les hommes comme pour les femmes. À partir de 65 ans, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire représentent près de 60 % des causes de décès.

Bien qu'ayant des espérances de vie plus longues avec des taux de mortalité inférieures aux hommes à tout âge, les femmes se déclarent en moins bonne santé que les hommes, et ce, à tout âge (prévalence importante de maladies chroniques, de limitations dans les actes de la vie quotidienne, de consommation médicamenteuse). Ce constat a donné naissance au terme de « paradoxe de la santé et des sexes »¹. Une des principales hypothèses avancées pour expliquer ce paradoxe est que les femmes souffrent de types de maladie différents en raison de l'interaction de facteurs biologiques, sociaux, psychologiques et comportementaux. Ainsi, les femmes déclareraient plus souvent des problèmes de santé que les hommes mais d'une gravité et d'une létalité moindres que ceux dont souffrent les hommes. Une récente étude menée par Marc Luy et Yuka Minagawa analyse le lien entre la durée de vie et la santé chez les hommes et les femmes². La proportion de vie vécue en mauvaise santé est utilisée comme indicateur de santé. Les résultats de cette recherche, qui tiennent compte de la différence de longévité entre hommes et femmes, montrent que ces dernières ne vivent pas plus longtemps en dépit d'une mauvaise santé mais affichent une mauvaise santé parce qu'elles vivent plus longtemps.

¹ P.P. Rieker et C.E. Bird, « Rethinking gender differences in health : why we need to integrate social and biological perspectives », *Journals of Gerontology : Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B, 2005, p. 40-47.

² M. LUY, Y. MINAGAWA, Écarts hommes-femmes : espérance de vie et proportion de la vie vécue en mauvaise santé • Travaux de recherche. Rapports sur la santé, vol. 25, n° 12, p. 14 à 22, décembre 2014 • Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue

Une fois redressée, la population étudiée se compose de 52 % de femmes et de 47 % d'hommes. D'un point de vue socio-démographique et économique, les femmes interrogées, légèrement plus âgées que les hommes, vivent plus fréquemment en couple, sont davantage en recherche d'emploi et « au foyer ». Elles sont également plus nombreuses que les hommes à avoir déclaré devoir faire face à de réelles difficultés financières (28 % versus 23 %). Les hommes occupent quant à eux davantage un emploi et sont moins fréquemment « parent isolé ». Globalement, 30 % des femmes présentent une fragilité socio-économique, au sens du score Epices (cf. Définitions p. 115), contre 27 % des hommes (écart toutefois statistiquement non significatif).

Genre et comportements de santé

Pratiques alimentaires et activité physique

Un quart des femmes suivent les recommandations de consommation de fruits et légumes contre moins d'un cinquième des hommes

Près de 80 % des Bas-Normands enquêtés ont déclaré consommer des fruits et légumes tous les jours. Un Bas-Normand enquêté sur cinq déclare en consommer au moins 5 par jour soit une proportion bien en deçà des objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS). En Basse-Normandie, et de manière générale en France, la proportion de personnes ayant suivi cette recommandation augmente principalement avec l'âge et le niveau de diplôme. Les femmes ont également plus tendance à suivre ces préconisations : 25 % d'entre elles contre 18 % des hommes.

Grignotage entre les repas : un comportement plus féminin

Si les femmes suivent davantage les préconisations du PNNS en ce qui concerne la consommation de fruits et légumes, elles mangent toutefois plus fréquemment entre les repas. En effet, 35% des hommes déclarent grignoter entre les repas contre 42% des femmes. Cependant, il faut préciser que les hommes et les femmes déclarent aussi fréquemment grignoter « souvent » entre les repas, l'écart se portant uniquement sur le fait de manger entre les repas « de temps en temps » (25% des hommes contre 32% des femmes).

Une activité physique plus fréquente chez les hommes

Tout comme en France métropolitaine, le sexe, l'âge et la Profession et Catégorie Socioprofessionnelle sont des facteurs associés à l'activité physique. Rappelons que l'activité physique inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne et ne se réduit donc pas à l'activité sportive. Les Bas-Normands déclarent en moyenne 2h36 d'activité physique par jour contre 2h11 pour les Bas-Normandes. Un pic d'activité physique est observé entre 30 et 44 ans avec 2h36 d'activité physique déclarée en moyenne par jour pour décroître ensuite avec l'âge (variation similaire à celle observée au niveau national). Les agriculteurs exploitants, les ouvriers et les artisans (professions les plus masculines) sont les plus actifs (respectivement 5h43, 2h49 et 2h43 par jour), expliquant ainsi les différences observées entre hommes et femmes. *A contrario*, les cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent la durée d'activité physique la plus faible (1h31 par jour).

Dépistage

Concernant le dépistage du cancer côlon-rectal pour lequel une analyse genrée peut être réalisée, les résultats ne montrent pas de différence significative entre hommes et femmes. Les analyses multiples montrent que deux variables influent systématiquement sur le suivi des recommandations de dépistage du cancer colorectal (et également pour le cancer du sein et de l'utérus chez les femmes). En effet, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être en situation de fragilité socio-économique et de ne pas avoir eu recours à un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois multiplie le risque de ne pas suivre les recommandations de dépistage.

Consommation de tabac

Une consommation tabagique plus élevée chez les hommes...

Près d'un Bas-Normand enquêté sur quatre est fumeur régulier et 31 % sont d'anciens fumeurs. Plus de 40 % des Bas-Normands enquêtés ont déclaré ne jamais avoir fumé au cours de leur vie. La consommation régulière est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. En effet, la moitié de ces dernières n'ont jamais fumé contre un tiers des hommes.

... et ce quelque soit l'âge

Les jeunes Bas-Normands sont plus fréquemment fumeurs réguliers que leurs homologues féminines. Près de 40 % des jeunes hommes fument régulièrement contre 30 % des jeunes femmes. De même, s'ils sont plus nombreux à fumer régulièrement, ils fument également une plus grande quantité de cigarettes (16 cigarettes fumées en moyenne par jour contre 11 chez les femmes). Cette consommation tabagique importante chez les plus jeunes se réduit avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Chez ces dernières, la prévalence tabagique (consommation régulière) passe de 20 % entre 45-64 ans, à 6 % entre 65-74 ans et 6 % également à partir de 75 ans. Chez les hommes, elle passe de 22 % entre 45 et 64 ans à 12 % entre 65 et 74 ans et à 6 % au-delà de 74 ans (comme pour les femmes). Cette baisse de la prévalence peut s'expliquer d'une part par

l'âge moyen à l'arrêt du tabac qui se situe aux alentours de 40 ans et également, chez les femmes, par un effet de génération. Leur entrée dans le tabagisme, plus tardive que pour les hommes, explique la forte proportion dans l'échantillon de femmes n'ayant jamais fumé âgées de plus de 65 ans (68 % des femmes âgées de 65-74 ans et 78 % de celles de 75 ans et plus n'ont jamais fumé contre 47 % des femmes âgées de 45-64 ans). De plus, rappelons que la consommation de tabac est une cause de mortalité prématurée et que de ce fait, une part importante des fumeurs n'atteint pas l'âge des 65 ans.

Consommation d'alcool

Un usage à risque d'alcool qui concerne toujours majoritairement les hommes même si les écarts se resserrent

Un tiers des Bas-Normands consomment de l'alcool 2 à 4 fois par mois et un quart en consomment une fois par mois ou moins. Plus de 8 % des Bas-Normands enquêtés consomment quotidiennement de l'alcool. Au vu de ces consommations, près des trois-quarts des enquêtés ont un usage défini comme « non à risque » (cf. Définitions p. 115) alors que 10 % ont un usage dit « à risque » (dont 9 % à risque ponctuel et 1 % à risque régulier).

Les femmes, au comportement plus modéré tendent à adopter les comportements à risque masculins en termes de consommation addictive depuis ces 20 à 30 dernières années. La consommation d'alcool reste certes plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (91 % des hommes ont une consommation de boissons alcoolisées contre 78 % des femmes) mais les écarts constatés se réduisent. En 1998, lors de la première enquête santé menée auprès des Bas-Normands, les hommes étaient neuf fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool quotidiennement. En 2012, ils sont trois fois plus nombreux, reflet d'une augmentation de la consommation féminine. Plus précisément, l'usage « à risque » est trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, concernant ainsi 16 % des Bas-Normands contre 5 % des Bas-Normandes. Cependant, la différence est moins importante sur l'usage régulier à risque. Notons que les faibles effectifs concernés incitent à la prudence quant à l'interprétation de ces derniers résultats. Pour finir, les femmes interrogées sont deux fois plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir consommé de boisson alcoolisée.

Un risque de présenter un profil global à risque de consommation d'alcool 5 fois plus élevé chez les hommes

Associés à l'usage de boissons alcoolisées, les résultats du questionnaire DETA ont permis de déterminer un profil global de consommation d'alcool tenant compte de la notion de dépendance au-delà du niveau de consommation mesuré en nombre de verres (cf. Définitions p. 115). Trois profils ont ainsi pu être définis : profil sans risque, profil à risque sans dépendance et profil à risque avec dépendance. Une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés (âge, département de domiciliation, détresse psychologique...), il apparaît que les hommes ont 5,5 fois plus de « risques » de présenter un profil global à risque de consommation d'alcool.

Recours, report et renoncement aux soins

Un recours aux soins plus fréquent chez les femmes

Plus de 85 % des Bas-Normands enquêtés ont consulté un généraliste au moins une fois au cours des douze derniers mois (91 % des femmes et 84 % des hommes). Si les femmes déclarent davantage avoir eu recours à un généraliste, elles déclarent également un plus grand nombre de consultations (55 % ont consulté au moins 3 fois au cours de l'année contre 47 % des hommes). En résumé, toutes choses égales par ailleurs (âge, état de santé, département de domiciliation), les femmes ont 1,6 fois plus de « risques », d'avoir eu recours à un médecin généraliste au cours des douze derniers mois.

Les femmes ont également plus fréquemment déclaré avoir consulté un chirurgien-dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête (53 % versus 46 %), comme préconisé par la Haute autorité de santé. Elles sont également plus nombreuses à avoir consulté un professionnel de médecine non conventionnelle (19 % versus 13 %).

Un recours à l'hospitalisation plus important chez les hommes à partir de 60 ans

Près de 20 % des Bas-Normands enquêtés ont été hospitalisés au cours des douze derniers mois (15 % une fois et 4 % plusieurs fois). Tout comme au niveau national¹, ce taux de recours est fortement associé à l'âge et au sexe des individus. Les hommes déclarent plus fréquemment une hospitalisation que les femmes à partir de 60 ans. Près d'un tiers d'entre eux sont concernés contre moins d'une femme sur quatre. Ces dernières, quant à elles, connaissent un pic de recours à l'hospitalisation entre 18 et 29 ans (reflet du suivi des grossesses). Près de 25 % des femmes âgées de moins de 30 ans déclarent avoir été hospitalisées au moins une fois contre 17 % des hommes.

Un report ou renoncement aux soins similaires entre les hommes et les femmes mais pour des motifs différents

Près de 9 % de la population enquêtée a répondu positivement à la question suivante : « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous reporté ou renoncé à des soins ? » et ce, sans différence significative entre les hommes et les femmes. Les femmes ont davantage déclaré renoncer pour des raisons de prix (51 % versus 41 % des hommes) alors que les hommes ont plus souvent déclaré renoncer par manque de temps (54 % versus 28 % des femmes).

¹ A. Montaut. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap Santé 2008. Drees, collection Etude et résultats, n°717, février 2010.

Genre et santé mentale

Une qualité de vie mesurée moins favorable pour les femmes

Rappelons tout d'abord que la qualité de vie est une notion complexe à mesurer dont l'approche peut se faire de différentes manières. Dans l'enquête santé des Bas-Normands, elle est mesurée au moyen du score de Duke (cf. Définitions p. 115) qui permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus. Le score de Duke, aussi appelé Profil Santé, s'attache à analyser une dizaine de dimensions dont la santé mentale, l'estime de soi, la dépression ou encore l'anxiété.

Tout comme en France métropolitaine et quelle que soit la dimension considérée, les Bas-Normandes présentent une situation moins favorable que leurs homologues masculins avec des écarts particulièrement marqués pour les dimensions « santé physique », « douleur », « dépression », « anxiété » et « santé mentale ». Si l'on s'intéresse plus précisément au score de santé mentale, il apparaît que ce dernier est en moyenne inférieur de 6 points chez les femmes et ce, après ajustement sur d'autres variables socio-démographiques ou d'état de santé (âge, situation familiale et professionnelle, fragilité socio-économique, consommation addictive, limitation dans les actes de la vie quotidienne, handicap, indice de masse corporelle).

Une détresse psychologique plus fréquemment constatée et davantage de pensées suicidaires chez les femmes

Globalement, 47 % des Bas-Normands enquêtés ont déclaré avoir vécu au moins une fois une période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement ou un sentiment de tristesse, déprime, et désespoir » au cours de leur vie (53 % des femmes vs 40 % des hommes), 25 % au moins une fois les deux événements (29 % des femmes vs 21 % des hommes) et 13 % plusieurs fois les deux événements (16 % des femmes vs 10 % des hommes).

Plus précisément, une fois ajusté certains paramètres socio-démographiques et d'état de santé, il s'avère que les femmes ont 1,5 fois plus de « risques » d'avoir connu au moins une fois les deux événements.

Un peu plus de 6 % des individus interrogés âgés d'au moins 18 ans ont déclaré avoir pensé au suicide pour eux-mêmes au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les femmes sont significativement plus nombreuses dans cette situation. Toutefois, contrairement à la qualité de vie et à la détresse psychologique, une fois contrôlé certains paramètres, ce sont davantage la composition familiale, les comportements et l'état de santé ou bien encore le fait d'avoir subi des événements difficiles au cours de l'enfance et/ou l'adolescence qui augmentent le risque de pensées suicidaires ou de passage à l'acte.

Une consommation plus fréquente de médicaments psychotropes chez les femmes

Près de 6 % des Bas-Normands enquêtés déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes (pour lutter contre l'insomnie, les troubles anxieux ou la dépression) régulièrement ou quotidiennement au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les traitements contre la dépression sont les plus fréquemment cités (3 %), suivis des traitements contre les insomnies et les troubles anxieux (2 %). Notons que ces proportions peuvent être sous évaluées en raison du caractère déclaratif de l'enquête ainsi que de la méconnaissance éventuelle des médicaments consommés. Les femmes présentent un plus fort recours à ces traitements (8 % versus 3 % des hommes).

Genre et santé physique

Des hommes qui se considèrent plus fréquemment en très bonne santé que les femmes

Près d'un Bas-Normands sur quatre (23 %) se perçoit en « très bonne santé ». Cette proportion est de 27 % chez les hommes contre 20 % des femmes. A l'inverse, 9 % des Bas-Normandes jugent leur état de santé mauvais voire très mauvais contre 6 % des hommes. Ajusté sur l'âge et également sur l'état de santé (limitation dans les actes de la vie quotidienne, maladies chroniques, situation de handicap), ces écarts constatés entre les hommes et les femmes persistent.

Indice de Masse Corporelle : des situations extrêmes plus fréquentes chez les femmes

La surcharge pondérale concerne 46 % des Bas-Normands enquêtés (surpoids et obésité). Les Bas-Normandes interrogées présentent plus souvent que les hommes des valeurs de poids « extrêmes », c'est-à-dire une maigreur ou dénutrition (5 % versus 1 % des hommes), ou à l'inverse obésité (15 % versus 12 % chez les hommes). Cependant, le surpoids est nettement plus fréquent chez les hommes (37 % versus 29 % chez les femmes). Rappelons toutefois que la surcharge pondérale augmente avec l'âge quel que soit le sexe.

Une déclaration de maladies chroniques plus fréquentes chez les femmes

Rappelons que 45 % des Bas-Normands enquêtés ont déclaré une maladie chronique ou un problème de santé de caractère durable. Ce constat concerne plus fortement les femmes que les hommes (47 % versus 42 %), ces dernières ayant aussi plus souvent déclaré plusieurs maladies : si 32 % en ont déclaré une, 10 % en ont déclaré deux, 4 % en ont déclaré entre trois et dix (versus 29 %, 9 % et 3 % chez les hommes). Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés dans la population

bas-normande sont en premier lieu les problèmes articulaires / rhumatismes / lombalgies (qui concernent beaucoup plus fortement les femmes) et l'hypertension, qui concerne 8 % des Bas-Normands (sans différence significative entre hommes et femmes). Les maladies cardiaques et le diabète touchent significativement plus les hommes. Les femmes sont également plus nombreuses à avoir déclaré être limitées dans les actes de la vie quotidienne (25 % versus 20 %). Ajusté sur l'âge, ces écarts constatés entre les hommes et les femmes persistent.

Les prévalences d'admission en affection de longue durée et de déclaration de situation de handicap ne diffèrent pas selon le sexe.

Genre et violences subies pendant l'enfance et ou l'adolescence

Des violences subies plus fréquentes chez les femmes

Rappelons que la maltraitance et les violences subies pendant l'enfance et ou l'adolescence ont été appréhendées en utilisant les six items de l'enquête ENVEFF¹ menée en 2000 par l'équipe de Maryse Jaspard, abordant les notions de privations matérielles, de placements à l'aide sociale à l'enfance, de conflits avec les parents ou entre ces derniers ainsi que les sévices et coups répétés subis.

Globalement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir vécu des événements difficiles : avoir souffert de privations matérielles (15 % des femmes sont concernées versus 11 % des hommes), avoir rencontré un conflit grave avec l'un ou ses deux parents (11 % versus 8 %), avoir été exposées à la violence conjugale parentale (15 % versus 11 %) et avoir subi des sévices ou reçu des coups répétés au sein de leur famille (6 % versus 3 %). La prépondérance des femmes dans les victimes de maltraitance a été mise en évidence par divers travaux, les résultats varient toutefois d'une étude à une autre et on constate qu'il existe des variations en fonction du type de violence subie.

A l'inverse, les hommes sont proportionnellement légèrement plus nombreux à avoir eu une mesure d'assistance éducative. Il n'y a pas en revanche de différence significative entre le sexe et le placement à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou l'Assistance publique.

Toutes choses égales par ailleurs (âge, composition familiale, état de santé), les écarts constatés entre les hommes et les femmes persistent. Ces dernières ont en effet, 1,5 fois plus de « risques » d'avoir été exposées à de la violence conjugale parentale et 1,7 fois plus de « risques » d'avoir subi des sévices et des coups répétés au cours de leur enfance et/ou adolescence.

¹ L'Enquête nationale sur la violence envers les femmes en France (ENVEFF) a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 6000 femmes françaises âgées de 20 à 59 ans. Cette enquête avait pour objectif de mieux connaître le phénomène de la violence à l'égard des femmes sous tous ses aspects. Cherchant à savoir s'il existait un lien entre les violences conjugales à l'âge adulte et les éléments biographiques des femmes, une série de six items abordait, de façon rétrospective, les situations difficiles vécues durant l'enfance considérées comme des situations de maltraitance. (Cf. Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougereyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., Les Violences envers les femmes en France. Une enquête nationale, Paris, La Documentation française, 2003).





TERRITOIRE ET SANTÉ

Rappelons, qu'afin d'identifier de possibles inégalités de santé infra-régionales, l'ARS a engagé en 2010 une démarche d'observation des données à une échelle infra-territoriale. Cette démarche s'est déroulée en partenariat avec le CREAM, l'ORS et l'INSEE dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Santé. Dix-neuf territoires intermédiaires bas-normands ont été construits à partir de l'observation de données populationnelles (organisation des flux autour d'un panier de services élémentaires, déplacements domicile / travail). Ce regroupement a permis de catégoriser les territoires en fonction de leur situation et des priorités à mettre en œuvre de manière graduée. Le zonage choisi pour mettre en œuvre l'Enquête Santé des Bas-Normand, que sont les aires d'études, est basé sur ces territoires intermédiaires. C'est dans un souci de taille suffisante des échantillons pour fournir une analyse infra-territoriale que ces territoires intermédiaires de santé ont été regroupés en 14 aires en tenant compte des frontières départementales. La plus petite aire d'étude est celle de L'Aigle composée de plus de 28 000 habitants. Celle de Caen est la plus peuplée avec près de 460 000 personnes.

Ce chapitre est consacré aux relations pouvant exister entre territoire et santé ou plus globalement aux disparités territoriales de santé. Dans les précédentes analyses thématiques, l'aire d'étude ressort très peu comme variable discriminante. Ici, la relation « Territoire et Santé » est analysée à l'aide de classifications permettant un rapprochement de certaines aires d'études sur les thématiques traitées dans l'Enquête Santé des Bas-Normands (santé mentale, santé physique, santé sociale, comportements de santé, recours aux soins). Les conditions de vie et la démographie médicale, via des données du Recensement de la Population 2012 de l'Insee et du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) viennent compléter les analyses. Ainsi, un tableau de synthèse reprenant l'ensemble des thématiques (facteurs influençant l'état de santé physique ou mental ainsi que les comportements qui y sont associés et l'offre de soins) est également proposé.

Des analyses en composante principale (ACP) et des classifications ascendantes hiérarchiques (CAH) ont été menées afin de regrouper les aires d'études ayant des similitudes importantes.

L'ACP remplace des tableaux difficiles à lire par des représentations plus simples en faisant ressortir les éléments qui sont communs à l'ensemble des parties qui la composent. Elle est utilisée pour traiter des données numériques (ici des densités, des proportions, des taux). Elle est fondée sur le calcul des moyennes, variances et coefficients de corrélation, qui permettent d'explorer les liaisons entre variables et les ressemblances entre aires d'études.

La CAH est quant à elle une méthode de classification automatique utilisée en analyse des données. Son objectif est de répartir les individus dans un certain nombre de classes homogènes. Le regroupement des individus se fait successivement entre les individus et les classes ayant les caractéristiques les plus proches¹.

¹ Le regroupement d'individus se fait itérativement en rapprochant les deux individus les plus proches en en faisant une classe puis en cherchant si la moyenne de la classe obtenue est proche d'un individu ou s'il vaut mieux rapprocher deux autres individus pour en faire une classe

Conditions de vie

Classe 1

Composée de 5 aires d'études, Avranches, Carentan, Flers, Mortagne et Vire, cette classe totalise près de 371 000 habitants, soit 25 % des Bas-Normands. Ces aires se caractérisent par une faible densité de population (54,0 habitants au km² en moyenne versus 77,5 sur la Basse-Normandie) et une forte proportion de logements vacants. De plus, cette classe présente une forte proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus mais peu vivant seules par rapport à la moyenne régionale. Ces territoires comptent peu de personnes âgées de 18-24 ans scolarisées et de ménages monoparentaux. En termes de groupes socioprofessionnels, ces aires d'études présentent une forte proportion d'ouvriers (33 % versus 29 % en moyenne en région) et inversement une faible proportion de cadres (7 % versus 9 % en Basse-Normandie). Le taux de chômage moyen de cette classe au sens du recensement de la population est légèrement plus faible qu'en moyenne en région (11 % versus 12 %).

Classe 2

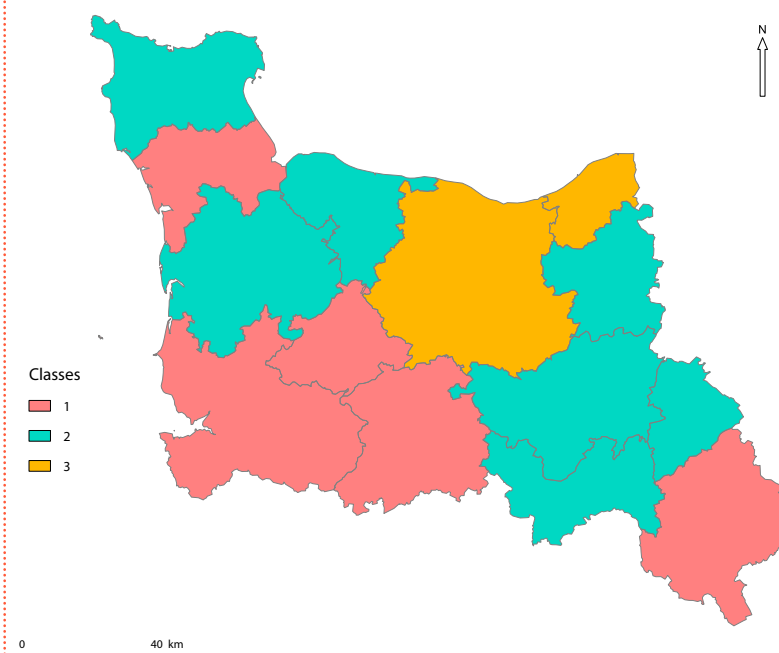
Composée de 7 aires d'études, Alençon, Argentan, Bayeux, Cherbourg, L'Aigle, Lisieux et Saint-Lô, cette classe totalise plus de 592 000 habitants, soit 40 % des Bas-Normands. Ces aires se caractérisent par un taux de chômage important (12 % en moyenne contre 12 % sur la Basse-Normandie) et une population jeune (la part des 0-14 ans est de 18 % en moyenne contre 18 % sur la Basse-Normandie). Sur les autres critères sélectionnés pour cette analyse, les aires d'études de la classe 2 sont semblables aux autres classes.

Classe 3

Composée de 2 aires d'études, Caen et Deauville, cette classe totalise plus de 514 000 habitants, soit 35 % des Bas-Normands. Ces aires sont situées dans le Calvados et ont une densité de population moyenne très importante avec 149,5 habitants au km² contre 77,5 sur la région. La proportion de logement vacant ne dépasse pas les 5 % alors qu'elle est en moyenne de 8 % sur la Basse-Normandie. Cette classe présente une faible part de personnes âgées de 75 ans ou plus mais une proportion importante vivant seules. Ces aires se caractérisent par une part importante de ménages monoparentaux avec en moyenne 24 % des foyers versus 10 % sur la région. Ces aires bénéficient globalement d'une situation socio-économique plus favorisée qu'en moyenne en région avec :

- une part de personnes âgées de 18-24 ans scolarisées qui dépasse la moyenne régionale (49,0% versus 40,0% en région)
- une part plus importante de cadres (13 % versus 9 % en moyenne en région),
- une faible proportion d'ouvriers (21 % versus 29 % en Basse-Normandie).

Carte 6 : Les conditions de vie
Classification des aires d'études bas-normandes



Carte réalisée avec Cartes&Données - © Artique

Indicateurs sélectionnés

- Densité de population,
- Part des personnes de moins de 15 ans,
- Part des personnes de 75 ans et plus,
- Part des ménages monoparentaux,
- Part des personnes âgées de 18-24 ans scolarisées,
- Part des personnes âgées de 75 ans et plus seules,
- Part des cadres,
- Part des ouvriers,
- Taux de chômage (cf. Définitions p. 115),
- Part de logements vacants.

Sources :
DGFIP - Service du cadastre
Insee - Recensement de la population

Démographie médicale

Classe 1

Composée de 3 aires d'études, Alençon, Caen et Deauville, cette classe totalise plus de 583 000 habitants, soit 39,5% des Bas-Normands. Ces aires sont caractérisées par une forte densité de professionnels de santé. Ce constat se vérifie en partie avec les professionnels de premiers recours, en effet en moyenne cette classe compte plus de 99,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants alors que la densité régionale est de 77,0. La densité de masseurs-kinésithérapeutes est de 84,3 sur cette classe et de 61,7 en moyenne sur la région, celle de chirurgiens-dentistes est de 44,4 *versus* 33,0 en Basse-Normandie. Les cardiologues et les sages-femmes sont également plus présents sur ce territoire avec des densités de professionnels respectivement de 11,3 et de 32,8 pour 100 000 habitants *versus* 7,2 et 25,3 en Basse-Normandie. Cependant, les densités d'infirmiers, de gynécologues et de pharmaciens d'officine sont quant à elles similaires à celles observées en moyenne dans la région.

Classe 2

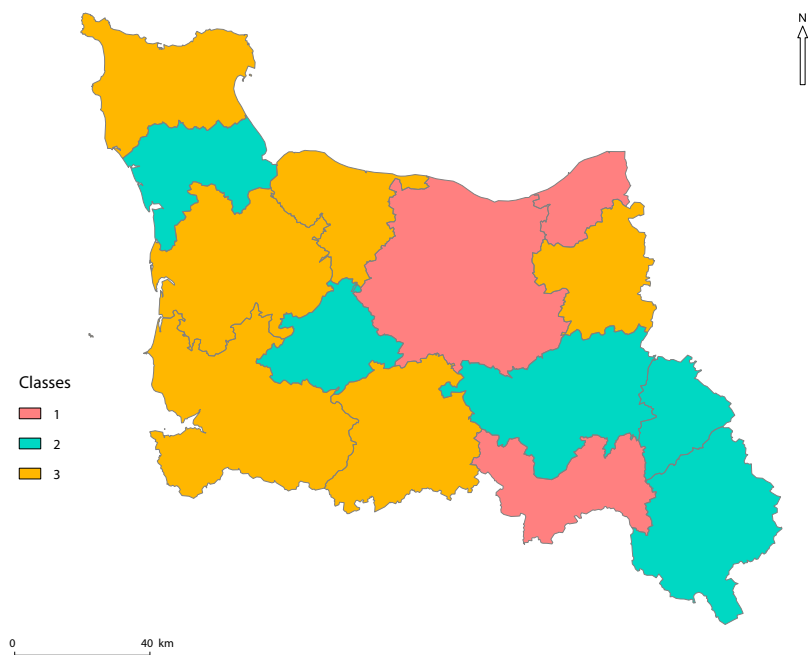
Composée de 5 aires d'études, Argentan, Carentan, L'Aigle, Mortagne et Vire, cette classe totalise plus de 221 000 habitants, soit 15,0% des Bas-Normands. Ces aires se caractérisent par une faible densité de professionnels de santé. En effet, en moyenne cette classe compte 69,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 77,0 en région (densité déjà bien en deçà de celle observée en France métropolitaine 93,3). De même, la densité d'infirmiers de cette classe est de 119,4 pour 100 000 habitants *versus* 143,9 en région. La densité de masseurs-kinésithérapeutes est de 45,1 (*versus* 61,7 en moyenne sur la région) et celle de chirurgiens-dentistes est de 25,7 (*versus* 33,0 en Basse-Normandie). Les cardiologues et les gynécologues sont là aussi moins présents avec des densités respectives de 5,0 et de 7,1 pour 100 000 habitants *versus* 7,2 et 12,1 en Basse-Normandie. La densité de sages-femmes libérales est de 13,5 pour 100 000 sur la classe 2 et de 25,3 sur la région. Les pharmaciens d'officine sont moins présents sur ces aires d'études que sur le reste de la Basse-Normandie (5,2 pharmaciens pour 100 000 habitants contre 47,6 en moyenne).

La densité de sages-femmes libérales est de 13,5 pour 100 000 sur la classe 2 et de 25,3 sur la région. Les pharmaciens d'officine sont moins présents sur ces aires d'études que sur le reste de la Basse-Normandie (5,2 pharmaciens pour 100 000 habitants contre 47,6 en moyenne).

Classe 3

Composée de 6 aires d'études, Avranches, Bayeux, Cherbourg, Flers, Lisieux et Saint-Lô, cette classe totalise près de 673 000 habitants, soit 45,5% des Bas-Normands. La classe 3 se caractérise par des densités de professionnels de santé proche de la moyenne régionale pour la majorité de ceux retenus pour la classification. Seuls les gynécologues, les infirmiers et les pharmaciens d'officines sont davantage présents sur le territoire qu'en moyenne sur la Basse-Normandie (les gynécologues : 15,3 professionnels pour 100 000 habitants *versus* 12,1, les infirmiers : 163,3 *versus* 143,9 et les pharmaciens d'officine : 49,9 *versus* 47,6).

Carte 7 : Démographie médicale
Classification des aires d'études bas-normandes



Carte réalisée avec Cartes&Données - © Artique

Indicateurs sélectionnés

- Densité de médecins généralistes libéraux ou mixtes,
- Densité d'infirmiers libéraux ou mixtes,
- Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes,
- Densité de chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes,
- Densité de pharmacies d'officine,
- Densité de sages-femmes libérales,
- Densité de gynécologues libéraux ou mixtes,
- Densité de cardiologues libéraux ou mixtes.

Sources :
RPPS
Insee - Recensement de la population

Santé mentale

Classe 1

Composée de 7 aires d'études, Argentan, Avranches, Bayeux, Cherbourg, Flers, L'Aigle et Saint-Lô, cette classe totalise près de 691 000 habitants, soit 47 % des Bas-Normands. Du point de vue de la santé mentale, le bilan de la classe 1 est assez favorable. En effet, les enquêtés de ces aires d'études sont moins souvent en situation de détresse psychologique (cf. Définitions p. 115) qu'en moyenne en région (22 % versus 24 % en Basse-Normandie). De même, ils ont moins souvent déclaré ne pas « se sentir bien comme ils sont » (5 % versus 6 % des Bas-Normands). Les enquêtés de la classe 1 ont également moins souvent déclaré « se décourager trop facilement » et « avoir du mal à se concentrer » (respectivement 19 % et 21 % versus 21 % et 23 % en Basse-Normandie). Les déclarations de tentatives de suicide au cours de la vie sont elles aussi moins fréquentes (5 % versus 6 % en Basse-Normandie).

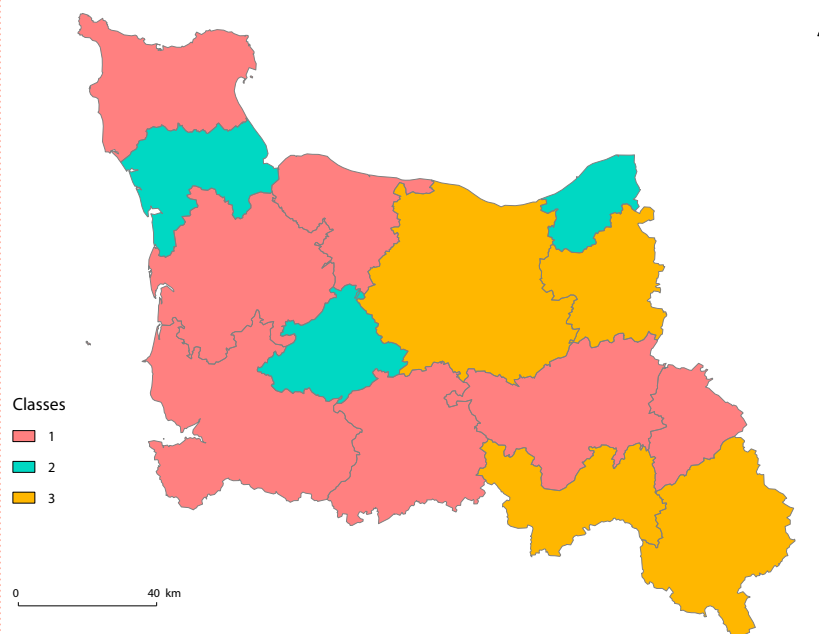
Classe 2

Composée de 3 aires d'études, Carentan, Deauville et Vire, cette classe totalise près de 143 000 habitants, soit 10 % des Bas-Normands. Du point de vue de la santé mentale la classe 2 présente un profil moins tranché du fait de déclarations contradictoires. Effectivement, alors que 21 % des enquêtés de la classe 2 ont déclaré ne pas avoir de mal à se concentrer contre 23 % des Bas-Normands, ils sont aussi proportionnellement moins nombreux à déclarer avoir souvent été tendu ou nerveux au cours des huit derniers jours. Cependant, ils sont proportionnellement plus nombreux à déclarer se décourager trop facilement (28 % versus 21 %). De même, les enquêtés de ces aires d'études ont en moyenne moins souvent déclaré des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (5 % versus 7 % en moyenne en Basse-Normandie), mais ils ont plus souvent déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (8 % versus 6 %).

Classe 3

Composée de 4 aires d'études, Alençon, Caen, Lisieux et Mortagne, cette classe totalise près de 644 000 habitants, soit 44 % des Bas-Normands. En termes de santé mentale cette classe présente une situation dégradée. En effet, les enquêtés de ces aires d'études sont plus souvent en situation de détresse psychologique qu'en moyenne dans la région (27 % versus 24 % en Basse-Normandie). De même, ils ont plus souvent déclaré ne pas se sentir bien comme ils sont (8 % versus 6 % des Bas-Normands), être tristes ou déprimés (respectivement 7 % versus 6 %) et avoir été tendus ou nerveux au cours des huit derniers jours (13,2 % versus 12 % en Basse-Normandie). Ils sont aussi plus nombreux à avoir déclaré avoir du mal à se concentrer (25 % versus 23 % en région). Les déclarations de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois sont plus importantes sur ces aires qu'en moyenne sur la Basse-Normandie (8 % versus 7 %), les passages à l'acte au cours de la vie sont également plus souvent évoqués (7 % versus 6 % en Basse-Normandie).

Carte 8 : Santé mentale
Classification des aires d'études bas-normandes



Carte réalisée avec Cartes&Données - © Artique

Indicateurs sélectionnés

- Avoir souvent été tendu ou nerveux au cours des huit derniers jours,
- Avoir déclaré ne pas se sentir bien comme on est,
- Se décourager trop facilement,
- Avoir du mal à se concentrer,
- Avoir souvent été triste ou déprimé au cours des huit derniers jours,
- Situation de détresse psychologique (cf. Définitions p. 115),
- Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois,
- Tentatives de suicide au cours de leur vie.

Source :
Enquête Santé des Bas-Normands

Santé physique

Classe 1

Composée de 8 aires d'études, Avranches, Bayeux, Caen, Carentan, L'Aigle, Lisieux, Mortagne et Vire, cette classe totalise plus de 901 000 habitants, soit 61 % des Bas-Normands. En termes de santé physique cette classe présente une situation dégradée. En effet, 8 % des enquêtés de la classe 1 ont déclaré se trouver en mauvaise ou très mauvaise santé *versus* 7 % des Bas-Normands en moyenne. Les déclarations de limitation dans les actes de la vie quotidienne ainsi que le handicap (fortement liés) sont elles aussi plus importantes parmi les habitants de cette classe (respectivement 25 % et 13 % *versus* 24 % et 11 % en région). De même, les personnes domiciliées dans ces aires ont plus fréquemment déclaré des troubles du sommeil (17 % contre 15 % en Basse-Normandie).

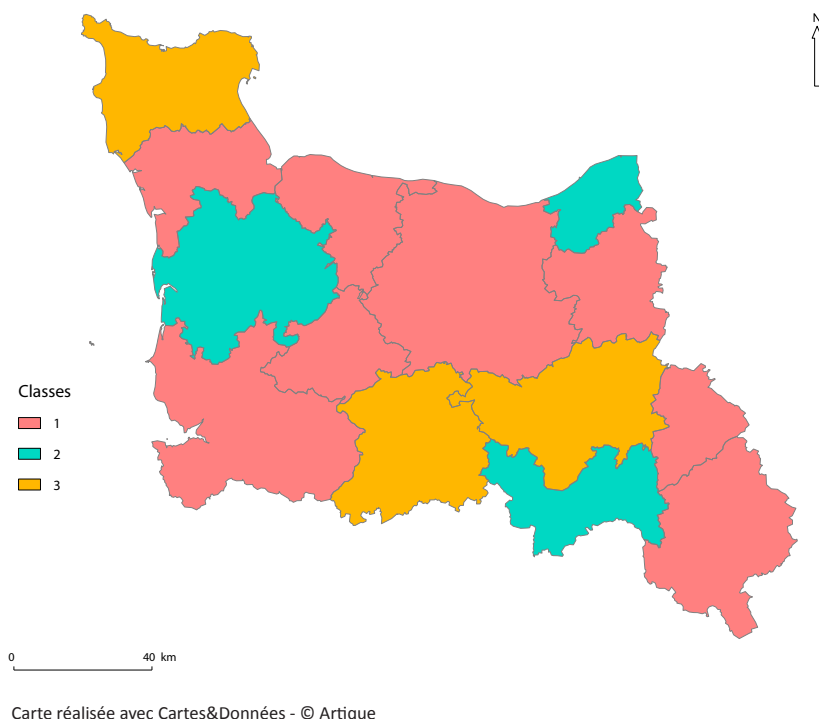
Classe 2

Composée de 3 aires d'études, Alençon, Deauville et Saint-Lô, cette classe totalise près de 258 000 habitants, soit 17 % des Bas-Normands. Cette classe est située dans la moyenne régionale pour l'essentiel des variables sélectionnées pour cette thématique exceptée sur la déclaration d'admission en affection de longue durée. Plus d'un quart des enquêtés de cette classe ont déclaré avoir une ALD *versus* 20 % en Basse-Normandie.

Classe 3

Composée de 3 aires d'études, Argentan, Cherbourg et Flers, cette classe totalise plus de 318 000 habitants, soit 22 % des Bas-Normands. A l'inverse de la 1^{ère} classe, cette classe a un bilan plus favorable concernant la santé physique. En effet, 5 % des habitants de ce territoire ont déclaré se percevoir en mauvaise ou très mauvaise santé *versus* 7 % en moyenne en région. De même, ils sont en moyenne 38 % à déclarer une maladie ou un problème de santé chronique ou de caractère durable *versus* 44 % en Basse-Normandie. Près de 8 % des enquêtés de ces aires d'études ont déclaré un handicap alors qu'ils sont 11 % sur la région.

Carte 9 : Santé physique
Classification des aires d'études bas-normandes



Carte réalisée avec Cartes&Données - © Artique

Indicateurs sélectionnés

- Indices de masses corporelles extrêmes (maigreur et dénutrition ou obésité - cf. Définitions p. 115),
- État de santé perçue,
- Troubles du sommeil,
- Maladies ou problèmes de santé chroniques ou de caractère durable
- Limitations dans les actes de la vie quotidienne, depuis 6 mois, à cause d'un problème de santé.
- Admissions en affection de longue durée,
- Situation de handicap.

Source :
Enquête Santé des Bas-Normands

Santé sociale

Classe 1

Composée de 10 aires d'études, Alençon, Avranches, Bayeux, Caen, Cherbourg, Deauville, Flers, Lisieux, Mortagne et Saint-Lô, cette classe totalise plus de 1 303 000 habitants, soit 88,2% des Bas-Normands. En termes de santé sociale le bilan de cette classe qui regroupe une grande partie des Bas-Normands est relativement positif. Malgré une proportion de couples significativement inférieure à la moyenne régionale, elle reste très proche (71,1% versus 72,1% en Basse-Normandie). L'aide des proches en cas de difficultés d'hébergement et/ou de difficultés matérielles est plus importante qu'en moyenne sur la région. Alors que 92,0% des personnes domiciliées dans ces aires ont déclaré avoir quelqu'un pour les héberger quelques jours en cas de besoin, ils sont 90,9% en moyenne sur la région. De même, 87,9% ont déclaré avoir dans leur entourage des personnes sur qui elles peuvent compter pour leur apporter une aide matérielle versus 86,9% en région. La pratique d'un sport au cours des 12 mois précédant l'enquête est également plus fréquente (58,3% sur cette classe versus 57,0% en région).

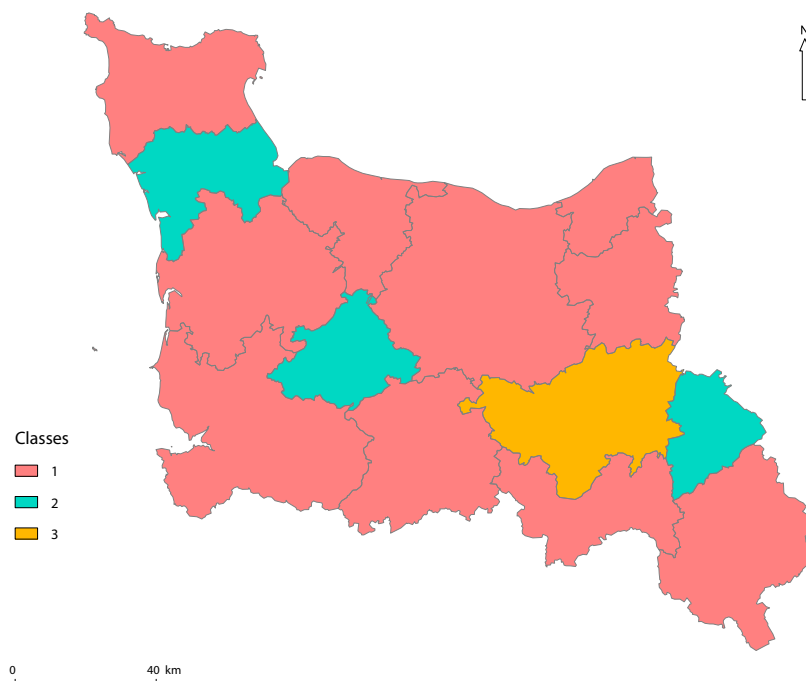
Classe 2

Composée de 3 aires d'études, Carentan, L'Aigle et Vire, cette classe totalise plus de 117 000 habitants, soit 8 % des Bas-Normands. Le bilan sur la santé sociale de cette classe est moins marqué avec des données contradictoires. Plus précisément les enquêtés de cette classe ont moins souvent déclaré avoir dans leur entourage des personnes sur qui compter pour être hébergés quelques jours (87 % versus 90 % en moyenne en région). Ils sont néanmoins autant qu'en région à déclarer avoir en cas de difficultés dans leur entourage des personnes sur qui compter pour leur apporter une aide matérielle. Sur ces aires, les répondants ont moins souvent déclaré avoir fait du sport ou être allés au spectacle (respectivement 52 % versus 57 % en région). Cependant, les répondants de cette classe sont plus souvent en couple que la moyenne régionale (76 % versus 72 % sur la Basse-Normandie.)

Classe 3

Composée d'une seule aire d'études, Argentan, cette classe totalise près de 57 000 habitants, soit 4 % des Bas-Normands. Cette 3^{ème} classe composée d'une seule aire d'étude est assez représentative de la moyenne régionale. En effet, pour toutes les variables sélectionnées afin de définir la santé sociale, cette aire d'étude présente des proportions équivalentes à la moyenne régionale exceptée pour les contacts avec la famille. En effet, parmi cette 3^{ème} classe, 74 % des répondants ont déclaré avoir eu des contacts avec des membres de leur famille autres que leurs parents ou enfants alors qu'ils sont 86 % en moyenne sur la région.

Carte 10 : Santé sociale
Classification des aires d'études bas-normandes



Carte réalisée avec Cartes&Données - © Artique

Indicateurs sélectionnés

- Etre en couple,
- Avoir en cas de difficultés, dans son entourage des personnes sur qui compter pour être hébergé quelques jours,
- Avoir en cas de difficultés, dans son entourage des personnes sur qui compter pour apporter une aide matérielle,
- Avoir eu des contacts avec des membres de sa famille autres que ses parents ou enfants, au cours des six derniers mois,
- Avoir fait du sport,
- Etre allé au spectacle,
- Etre parti en vacances.

Source :
Enquête Santé des Bas-Normands

Comportements de santé

Classe 1

Composée de 5 aires d'études, Alençon, Caen, Cherbourg, Deauville et Mortagne, cette classe totalise près de 803 000 habitants, soit 54 % des Bas-Normands. La principale caractéristique de cette classe est l'importance de la consommation à risque d'alcool. En effet, les usages à risque ponctuels ou réguliers sont plus courants parmi les enquêtés de cette classe qu'en moyenne sur la région. Les autres variables sélectionnées pour cette thématique ne se différencient pas de manière significative de la moyenne régionale.

Classe 2

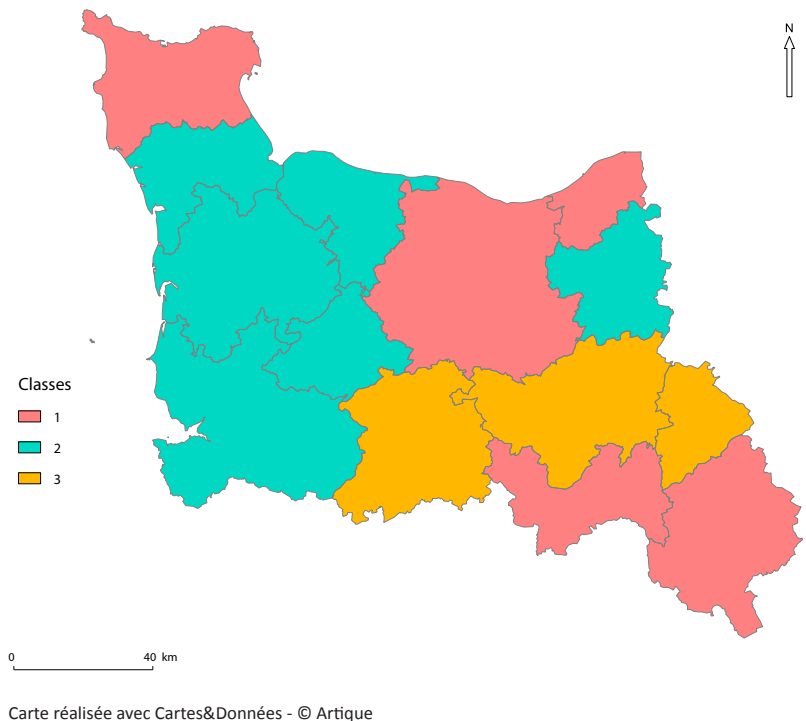
Composée de 6 aires d'études, Avranches, Bayeux, Carentan, Lisieux, Saint-Lô et Vire, cette classe totalise près de 501 000 habitants, soit 34 % des Bas-Normands. En moyenne sur les aires qui composent cette classe, les enquêtés sont plus nombreux à avoir déclaré ne pas être à jour dans leur dépistage du cancer colorectal (recherche de sang occulte), ils sont 58 % en moyenne sur ces aires *versus* 55 % sur la région. Néanmoins, la part de fumeurs réguliers est plus faible (21 % *versus* 23 % en Basse-Normandie). De la même manière, ils sont moins nombreux à ne pas consommer au moins 5 fruits et légumes par jour comme recommandé par le PNNS (76 % *versus* 79 %). Les autres variables sélectionnées pour cette thématique ne présentent pas de différence significative avec la moyenne régionale.

Classe 3

Composée de 3 aires d'études, Argentan, Flers et L'Aigle, cette classe totalise près de 174 000 habitants, soit 12 % des Bas-Normands. Les aires d'études de cette classe sont toutes incluses dans l'Orne et représentent 60 % des habitants du département. Le profil de cette classe est relativement favorable. L'usage à risque ponctuel ou régulier d'alcool est moins élevé qu'en moyenne en Basse-Normandie (5 % *versus* 9 %). Les dépistages de cancers féminins sont plus souvent pratiqués et à jour. En effet, 11 % des femmes de cette classe concernées par la mammographie de dépistage n'en ont pas réalisé au cours des deux ans précédant l'enquête contre 26 % en moyenne en Basse-Normandie. De même, pour le frottis du col utérin, un tiers des femmes âgées de 25 à 65 ans ont déclaré ne pas avoir réalisé de dépistage au cours des deux ans précédant l'enquête contre 43 % en moyenne en région.

Seul 8 % des personnes enquêtées sur cette classe ont déclaré ne pas avoir une activité physique suffisante (au moins 30 minutes par jours comme conseillé par l'OMS) contre 14 % en région. Toutefois, les habitants de ces aires d'études ont plus souvent déclaré ne pas consommer au moins 5 fruits et légumes par jour que les Bas-Normands (86 % *versus* 79 %).

Carte 11 : Comportements de santé
Classification des aires d'études bas-normandes



Indicateurs sélectionnés

- Avoir réalisé un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois ans précédant l'enquête (uniquement pour les femmes âgées de 25 à 65 ans),
- Avoir réalisé une mammographie de dépistage du cancer du sein au cours des deux ans précédant l'enquête (uniquement pour les femmes âgées de 50 à 74 ans),
- Avoir réalisé une recherche de sang occulte pour le dépistage du cancer colorectal dans les deux ans précédant l'enquête (uniquement pour les personnes âgées de 50 à 74 ans),
- Avoir une activité physique d'au minimum 30 minutes par jour comme conseillé par l'OMS,
- Avoir une consommation quotidienne d'au moins 5 fruits et légumes,
- Etre fumeur régulier (cf. Définitions p. 115),
- Avoir un usage d'alcool à risque, ponctuel ou régulier (cf. Définitions p. 115).

Source :
Enquête Santé des Bas-Normands

Recours aux soins

Classe 1

Composée de 6 aires d'études, Argentan, Bayeux, Carentan, Lisieux, Saint-Lô et Vire, cette classe totalise près de 412 000 habitants, soit 28 % des Bas-Normands. Cette classe se caractérise par un plus faible recours au médecin généraliste ainsi qu'au chirurgien-dentiste ou orthodontiste. Effectivement, 15 % des répondants ont déclaré ne pas avoir consulté de généraliste au cours des 12 derniers mois, alors qu'ils sont 13 % en moyenne en Basse-Normandie. De même, pour les consultations dentaires, 54 % des enquêtés de cette classe ont déclaré ne pas y avoir eu recours sur l'année précédente l'enquête contre 50 % en région. Le renoncement ou le report de soins au cours des 6 derniers mois ainsi que la prise quotidienne ou régulière de médicaments ne diffère pas de manière significative.

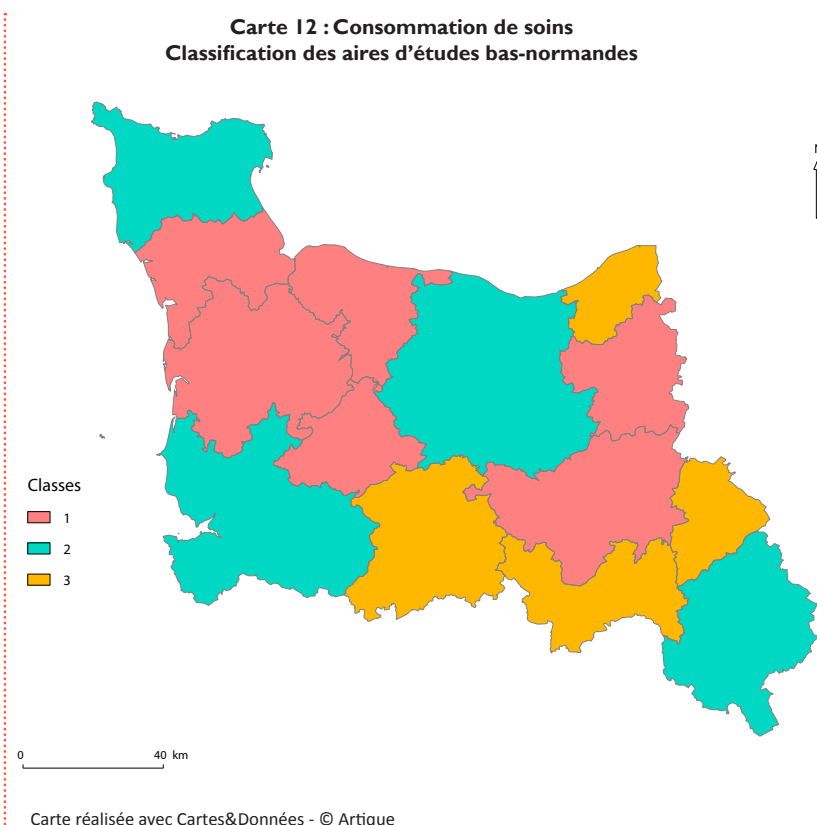
Classe 2

Composée de 4 aires d'études, Avranches, Caen, Cherbourg et Mortagne, cette classe totalise près de 826 000 habitants, soit 56 % des Bas-Normands. Les répondants de ce territoire ont moins souvent déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des 6 mois. En effet, ils sont 7 % au sein de la classe 2 *versus* 9 % en Basse-Normandie. Les déclarations de consultations de médecins généralistes et de chirurgiens-dentistes ou orthodontistes ne sont pas moins fréquentes qu'en région, il en est de même pour la prise quotidienne ou régulière de médicaments.

Classe 3

Composée de 4 aires d'études, Alençon, Deauville, Flers et L'Aigle, cette classe totalise près de 240 000 habitants, soit 16 % des Bas-Normands. Cette classe est caractérisée par une déclaration de prise quotidienne ou régulière de médicament plus importante que la moyenne régionale (54 % *versus* 49 %). Elle se distingue aussi avec des consultations dentaires plus fréquentes, 54 % des répondants de ces aires ont déclaré avoir consulté un chirurgien-dentiste ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois alors qu'ils sont 50 % en région. Toutefois, cela reste bien en deçà des recommandations de la Haute autorité de santé qui préconise une visite annuelle.

Carte 12 : Consommation de soins
Classification des aires d'études bas-normandes



Indicateurs sélectionnés

- Le recours au médecin généraliste au cours des 12 derniers mois,
- Le recours au chirurgien dentiste ou orthodontiste au cours des 12 derniers mois,
- La prise quotidienne de médicament,
- Le renoncement ou le report de soins au cours des six mois précédents l'enquête.

Source :
Enquête Santé des Bas-Normands

Synthèse

Les analyses en composantes principales confirment les résultats des précédentes analyses thématiques. En effet, aucun territoire ne semble se démarquer sur l'ensemble des caractéristiques étudiées.

Toutefois, certaines aires présentent des fragilités sur plusieurs domaines (cf. tableau 15). L'Aire de Mortagne se caractérise en effet par une fragilité pour 4 des thématiques étudiées (santé mentale, santé physique, comportements de santé et démographie médicale). A l'inverse, les aires d'études de Saint-Lô et de Flers ne ressortent pas des analyses.

Tableau 15 : Fragilités thématiques repérées sur les aires d'études

	Démographie médicale	Santé mentale	Santé physique	Santé sociale	Comportements de santé
Aire de Mortagne	✓	✓	✓		✓
Aire de L'Aigle	✓		✓	✓	
Aire de Caen		✓	✓		✓
Aire de Carentan	✓		✓	✓	
Aire de Vire	✓		✓	✓	
Aire d'Alençon		✓			✓
Aire d'Argentan	✓			✓	
Aire de Lisieux		✓	✓		
Aire de Bayeux			✓		
Aire de Avranches			✓		
Aire de Cherbourg					✓
Aire de Deauville					✓
Aire de Flers					
Aire de Saint-Lô					

Source : Enquête Santé des Bas-Normands

Les thématiques conditions de vie et recours aux soins ne sont pas présentées dans le tableau en raison des résultats des analyses en composantes principales ne permettant pas de définir une classe réellement plus fragile qu'une autre.





ANNEXES





DÉFINITIONS

1 | Aires d'études

Les aires d'études ont été définies à partir des Territoires intermédiaires de santé. Ces derniers, au nombre de 19, définis en 2010, ont contribué au découpage de la région en trois Territoires de santé correspondant aux départements. Dans un souci de taille suffisante des échantillons pour fournir une analyse infra-territoriale, ces territoires intermédiaires de santé ont été regroupés en 14 aires d'études en tenant compte des frontières départementales. La plus petite aire d'étude est celle de L'Aigle, composée de plus de 28 000 habitants. Celle de Caen est la plus peuplée avec près de 460 000 personnes.

2 | Mesure de la qualité de vie : le score de Duke

Le profil de DUKE est un indicateur permettant de mesurer quantitativement la qualité de vie en rapport à la santé. Il est composé de 17 questions où à chaque réponse est attribuée une valeur. Les réponses sont réparties dans 10 groupes représentant les dimensions suivantes : la santé physique, la santé mentale, les relations sociales, la santé en général, la santé perçue, l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, la douleur perçue et l'incapacité.

Pour chacune des dimensions et pour chaque personne, on obtient un score compris entre 0 et 100, correspondant au degré de santé que perçoit le sujet dans le domaine de chacune des dimensions. Lorsque l'individu obtient un score de 100, on peut considérer qu'il présente une qualité de vie optimale selon la dimension définie, excepté pour les dimensions suivantes : l'anxiété, la dépression, la douleur et l'incapacité, où le rapport est inversé et le score 100 correspond à une situation dégradée.

3 | Régression linéaire

Lorsque l'on cherche à étudier l'effet qu'un facteur peut avoir sur un phénomène, il faut avant tout être sûr qu'il n'existe pas d'autres facteurs interférant dans le même temps sur ce phénomène. La régression linéaire est une technique statistique permettant de pallier à cela en présentant des relations « toutes choses égales par ailleurs » entre plusieurs variables. Elle détermine donc si tel ou tel facteur peut avoir un effet, indépendamment de tout autre, sur une variable précise. La régression linéaire multiple permet d'expliquer les variations d'une variable numérique (score) en fonction d'un certain nombre de variables. Les coefficients permettent de mesurer les écarts entre le score moyen de l'item de référence et l'item choisi, indépendamment des autres variables du modèle.

4 | Score EPICES

Le score d'Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé (EPICES) est calculé à l'aide de 11 questions et permet de mesurer la fragilité socio-économique d'une population. Il est issu d'un questionnaire initial de 42 questions abordant la précarité. Les résultats d'analyses statistiques (une analyse factorielle des correspondances suivie d'une régression multiple) ont montré que 11 questions sur 42 expliquent à 90 % leur position sur l'axe, où à chaque réponse est affecté un coefficient correspondant au poids calculé par la régression. Ces 11 questions prennent en compte plusieurs dimensions de la précarité : l'emploi, les ressources, le logement, l'éducation et la culture, la famille, le lien social et la protection sociale. La mesure du score se fait sur une échelle de 0 à 100, où 0 correspond à une absence de précarité et 100 à un maximum de précarité. Ainsi, lorsque le score est supérieur ou égal à 30, la personne est considérée en situation de précarité.

Questions :

- Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
 - Vivez-vous en couple ?
 - Etes-vous propriétaire de votre logement ?
 - Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, ...) ?
 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
 - Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
 - Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autre que vos parents ou vos enfants ?
 - En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoins ?
 - En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?
-

5 | Mesure de l'usage d'alcool

La classification de l'usage d'alcool a été construite à l'aide des trois premières questions du questionnaire AUDIT portant sur la consommation d'alcool déclarée au cours des 12 derniers mois. L'intérêt est de distinguer, parmi les usagers à risque, les deux types de comportements caractérisés par des consommations régulières excessives et des consommations ponctuelles élevées.

Quatre modalités ont été définies :

Non usage : ne consomme jamais d'alcool

Usage non à risque : usage non quotidien ou quotidien inférieur ou égal à 3 verres chez les femmes et 5 verres chez les hommes, sans usage ponctuel supérieur ou égal à 6 verres,

Usage ponctuel à risque : usage non quotidien ou quotidien inférieur à 3 verres chez les femmes et 5 verres chez les hommes, avec un usage ponctuel supérieur ou égal à 6 verres,

Usage régulier à risque : usage quotidien supérieur ou égal à 3 verres chez les femmes et 5 verres chez les hommes. En raison de l'absence de réponse, 61 personnes n'ont pas pu être classées.

6 | Régression logistique

Lorsque l'on cherche à étudier l'effet qu'un facteur peut avoir sur un phénomène, il faut avant tout être sûr qu'il n'existe pas d'autres facteurs interférant dans le même temps sur ce phénomène. La régression logistique est une technique statistique permettant de pallier à cela en présentant des relations « toutes choses égales par ailleurs » entre plusieurs variables. Elle détermine donc si tel ou tel facteur peut avoir un effet, indépendamment de tout autre, sur une variable précise.

Le phénomène (ou la variable) étudié est appelé variable dépendante ou variable à expliquer. Il paraît cependant important de nuancer le terme d'« explication », on parlera plutôt de probabilité. Il ne s'agit pas de dire, par exemple, qu'un individu ayant telle ou telle caractéristique aura un profil global à risque de consommation d'alcool, mais plutôt qu'il a, au vu de ses caractéristiques, une probabilité de tant d'en consommer.

Les Odds-Ratio (OR) ou « rapports des chances » permettent de quantifier le lien entre la variable à expliquer et la variable explicative. Un OR significativement supérieur à 1 signifie qu'il y a plus de « chances », au sens statistique du terme, de posséder la caractéristique expliquée que de ne pas la posséder, et inversement pour un OR inférieur à 1.

7 | Consommation de tabac

La consommation tabagique actuelle a été catégorisée selon quatre modes : la non-consommation, les anciens fumeurs, la consommation occasionnelle (« fume une cigarette de temps en temps »), et la consommation régulière (« fume au moins une cigarette par jour »).

8 | Indice de masse corporelle

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.

9 | Mesure de la consommation ponctuelle excessive « Le binge drinking »

Également connu sous les noms « d'intoxication alcoolique aiguë », ou même « d'alcoolisation paroxystique intermittente » ou encore de « biture express », le binge drinking est un terme anglo-saxon que l'on peut traduire par « conduite d'alcoolisation massive dans un temps très court ». Il s'agit d'un mode de consommation qui consiste à absorber une grande quantité d'alcool dans un court laps de temps, l'objectif principal étant une recherche intentionnelle et organisée d'ivresse le plus rapidement possible. Bien que cette définition ne fasse pas encore consensus au niveau mondial, la quantité de boissons nécessaires pour atteindre l'état hyperalcoolique, ou l'« orgie » d'alcool (le « binge ») est généralement la consommation en une seule occasion de cinq verres ou plus pour les hommes et de quatre verres ou plus pour les femmes. Le débat reste cependant ouvert sur la définition de ce mode de consommation. Dans notre enquête, ces épisodes de consommation intensive sont caractérisés par le cumul d'au moins six verres au cours d'une même occasion (à savoir, la troisième question du questionnaire AUDIT de détection de l'alcoolisation excessive).

10 | Profil global à risque de consommation d'alcool

La consommation excessive d'alcool n'est pas facile à appréhender de façon précise, puisqu'elle est ici mesurée à partir des déclarations des individus. Dans l'enquête sur la santé des Bas-Normands, les recueils d'informations ont été conçus de manière à fournir des indicateurs de mesure de la maladie alcoolique.

Trois profils ont été définis à partir de la classification d'usage d'alcool (encart méthodologique p.2) et des réponses au questionnaire de mesure de la maladie alcoolique DETA (abus et dépendance). Ce questionnaire vise à mesurer une évaluation succincte de la consommation d'alcool à partir de la perception qu'en a l'individu. Il repose sur les quatre questions suivantes : Au cours de votre vie, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? / Au cours de votre vie, votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? / Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? / Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Les quatre réponses ont été synthétisées en deux catégories : Existence d'un problème d'alcool : lorsque la personne a donné 2, 3 ou 4 réponses positives au DETA/ Absence de problème d'alcool : Lorsque la personne a donné au plus 1 réponse positive au DETA. Ainsi, trois profils ont été définis :

- Profil sans risque : usage sans risque et DETA inférieur à 2

- Profil à risque sans dépendance : usage à risque et DETA inférieur à 2

- Profil à risque avec dépendance : usage à risque et DETA supérieur ou égal à 2 ou réponse positive à la question 4

Au total, 88 personnes n'ont pas pu être classées.

11 | Affection de longue durée (ALD)

En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites « longue durée » (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'infections.

12 | Mesure de la détresse psychologique

La détresse psychologique est définie comme « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Cette détresse indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique ».

Dans l'enquête santé des bas-normands, la mesure de la détresse psychologique s'est effectuée au moyen des deux questions suivantes :

- Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une ou plusieurs périodes d'au moins 2 semaines pendant lesquelles vous vous sentiez constamment triste, déprimé, sans espoir ?
- Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une ou plusieurs périodes d'au moins 2 semaines où vous aviez perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses que vous aimiez faire habituellement ?

13 | Handicap

« Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

14 | Recommandation de consommation de fruits et légumes

Le Programme national nutrition santé (PNNS) recommande de manger au moins 5 fruits et légumes par jour (à chaque repas et en cas de petits creux / crus, cuits, naturels ou préparés / frais, surgelés ou en conserve). Le PNNS 2011-2015 a défini comme l'un de ses objectifs principaux d'améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels en augmentant, entre autres, en 5 ans la consommation de fruits et légumes chez les adultes en population générale, de sorte que :

- au moins 70 % d'adultes consomment en moyenne au moins 3,5 fruits et légumes par jour
- au moins 50 % d'adultes consomment en moyenne au moins 5 fruits et légumes par jour.

15 | Mini module européen

Le mini module européen permet de couvrir les 3 dimensions de la santé et se retrouve dans de nombreuses enquêtes aujourd'hui. Ce mini module est composé de 3 questions en lien avec la santé perçue :

- Comment est votre état de santé en général ?
- Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?
- Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

16 | Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge. Elle est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge x. Cette espérance représente, pour une année donnée, l'âge moyen au décès des individus d'une génération fictive d'âge x qui auraient, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là au même âge. Autrement dit, elle est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x (ou durée de survie moyenne à l'âge x), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

17 | Chômeurs au sens du recensement de la population de l'Insee

Les chômeurs au sens du recensement de la population sont les personnes (de 15 ans ou plus) qui se sont déclarées chômeurs (inscrites ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont, en outre, déclaré explicitement ne pas rechercher de travail ; et d'autre part les personnes (âgées de 15 ans ou plus) qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins déclaré rechercher un emploi.





TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

COMPORTEMENTS DE SANTÉ : PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Figure 1 : Consommation de 5 fruits et légumes par jour selon l'âge (%)	p. 16
Figure 2 : Consommation de 5 fruits et légumes par jour selon le département de domiciliation (%)	p. 16
Figure 3 : Activité physique quotidienne moyenne déclarée selon la Profession et catégorie socioprofessionnelle	p. 16
Figure 4 : Evolution de l'Indice de masse corporelle en France métropolitaine / 1997-2012 (%)	p. 17
Figure 5 : Prévalence des troubles du sommeil selon l'Indice de masse corporelle (%)	p. 17
Figure 6 : Etat de santé perçu selon l'Indice de masse corporelle (%)	p. 17
Figure 7 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées (%)	p. 18
Figure 8 : Répartition de Bas-Normands selon le sexe et l'usage de boissons alcoolisées (%)	p. 18
Figure 9 : Usage de boissons alcoolisées selon le sexe et l'âge (%)	p. 18
Figure 10 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées et leur département de domiciliation (%)	p. 19
Figure 11 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées et leur occupation (%)	p. 20
Figure 12 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées et leur statut familial (%)	p. 20
Figure 13 : Consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion (%)	p. 20
Figure 14 : Usage d'alcool selon la consommation de tabac (%)	p. 21
Figure 15 : Score de Duke moyen en fonction de l'usage d'alcool	p. 21
Figure 16 : Répartition des Bas-Normands selon leur usage de boissons alcoolisées et leur occupation (%)	p. 22
Figure 17 : Usage d'alcool selon la fragilité socio-économique (%)	p. 22
Figure 18 : Dernier frottis du col utérin (%)	p. 24
Figure 19 : Dernière mammographie de dépistage du cancer du sein (%)	p. 25
Figure 20 : Dernière recherche de sang occulte dans les selles (%)	p. 26

COMPORTEMENTS DE SANTÉ : CONSOMMATION, REPORT ET RENONCEMENT AUX SOINS

Figure 21 : Recours à un médecin généraliste au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (%)	p. 30
Figure 22 : Recours à un chirurgien-dentiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon la fragilité socio-économique (%)	p. 31
Figure 23 : Recours à l'hospitalisation selon le sexe et l'âge (%)	p. 32
Figure 24 : Fréquence de report ou de renoncement aux soins au cours des 6 derniers mois selon l'âge (%)	p. 34
Figure 25 : Fréquence de report ou de renoncement aux soins au cours des 6 derniers mois selon la PCS (%)	p. 34

SANTÉ MENTALE

Figure 26 : Score de Duke moyen en fonction du sexe	p. 38
Figure 27 : Score de Duke moyen en fonction de l'âge (dimension en lien avec la santé mentale)	p. 38
Figure 28 : Sentiment de tristesse, de déprime et de désespoir (%)	p. 40
Figure 29 : Perte d'intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement (%)	p. 40
Figure 30 : Proportion d'individus qui ne parlent pas lorsqu'ils se sentent déprimés (%)	p. 40
Figure 31 : Proportion d'individus ayant eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide selon le sexe (%)	p. 42

MALADIES CHRONIQUES, HANDICAP ET QUALITÉ DE VIE

Figure 32 : Nombre de maladies ou problèmes de santé chroniques ou de caractère durable déclarés selon le sexe (%)	p. 46
Figure 33 : Admission en affection de longue durée déclarée selon l'âge (%)	p. 46
Figure 34 : Limitations rencontrées dans les actes de la vie quotidienne selon l'âge (%)	p. 46
Figure 35 : Type de pathologies déclarées selon le sexe (%)	p. 47
Figure 36 : Type de maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable déclaré selon le statut pondéral (%)	p. 48
Figure 37 : Type de maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable déclaré selon la perception de l'état de santé (%)	p. 48

Figure 38 : Score de Duke selon la déclaration d'une maladie ou problème de santé chronique ou de caractère durable	p. 49
Figure 39 : Déclaration d'un handicap selon le score de Duke	p. 52

VIE AFFECTIVE, RELATIONNELLE ET SEXUELLE

Figure 40 : Recours des Bas-Normandes à la contraception d'urgence au cours de la vie selon l'âge (%)	p. 58
---	-------

LES JEUNES ÂGÉS DE 18-30 ANS

Figure 41 : Statut occupationnel des Bas-Normands enquêtés âgés de 18-30 ans selon le sexe (%)	p. 62
Figure 42 : Score de qualité de vie de Duke chez les Bas-Normands selon le sexe	p. 64
Figure 43 : Usage d'alcool selon l'âge et le sexe chez les jeunes Bas-Normands (%)	p. 64
Figure 44 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 18 ans et plus (%)	p. 65
Figure 45 : Statut tabagique des 18-30 ans selon le sexe et la fragilité socio-économique (%)	p. 65
Figure 46 : Consommation de fruits et légumes chez les Bas-Normands âgés de 18-30 ans selon le sexe (%)	p. 66
Figure 47 : Grignotage chez les Bas-Normands âgés de 18-30 ans selon la fragilité socio-économique (%)	p. 66
Figure 48 : Recours des Bas-Normandes à la contraception d'urgence au cours de la vie selon l'âge (%)	p. 67
Figure 49 : Recours au dentiste au cours de l'année précédant l'enquête selon le profil socio-économique (%)	p. 68

LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT À DOMICILE

Figure 50 : Statut familial des Bas-Normands âgés de 65 ans et plus (%)	p. 72
Figure 51 : Difficultés financières rencontrées au cours des 12 derniers mois selon l'âge (%)	p. 72
Figure 52 : Perception de l'état de santé selon l'âge et le sexe (%)	p. 73
Figure 53 : Détresse psychologique selon l'âge (%)	p. 75
Figure 54 : Score de qualité de vie de Duke chez les Bas-Normands âgés de 45 ans et plus	p. 75
Figure 55 : Consommation de tabac chez les hommes selon l'âge (%)	p. 76
Figure 56 : Consommation de tabac chez les femmes selon l'âge (%)	p. 76
Figure 57 : Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool selon l'âge et le sexe (%)	p. 77
Figure 58 : Consommation d'alcool à risque selon l'âge et le sexe (%)	p. 77
Figure 59 : Recours à un médecin généraliste selon l'âge et le nombre de consultations (%)	p. 78
Figure 60 : Recours aux différents professionnels de santé selon l'âge (%)	p. 79

ÉVÈNEMENTS DIFFICILES SURVENUS PENDANT L'ENFANCE ET/OU L'ADOLESCENCE ET SANTÉ

Figure 61 : Évènements survenus pendant l'enfance ou l'adolescence (%)	p. 83
Figure 62 : Évènements survenus pendant l'enfance selon le sexe (%)	p. 83
Figure 63 : Évènements difficiles survenus pendant l'enfance selon la PCS actuelle (%)	p. 85
Figure 64 : Évènements difficiles survenus pendant l'enfance selon la fragilité socio-économique (%)	p. 85
Figure 65 : Évènements survenus pendant l'enfance et troubles du sommeil (%)	p. 86
Figure 66 : Score de Duke selon la déclaration d'évènements difficiles pendant l'enfance et/ou l'adolescence	p. 88

Tableaux

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Tableau 1 : Population attendue et enquêtée par sexe, âge et par département	p. 12
Tableau 2 : Comparaison de la distribution de variables socio-démographiques du recensement de la population et de l'Enquête Santé des Bas-Normands	p. 13

COMPORTEMENTS DE SANTÉ : PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Tableau 3 : Facteurs associés au profil global à risque de consommation d'alcool	p. 23
--	-------

COMPORTEMENTS DE SANTÉ : CONSOMMATION, REPORT ET RENONCEMENT AUX SOINS

Tableau 4 : Facteurs associés au fait d'avoir consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois	p. 30
Tableau 5 : Facteurs associés au fait d'avoir reporté ou renoncé aux soins	p. 35

Tableau 6 : Motifs de report ou de renoncement selon le type de soins	p. 36
SANTÉ MENTALE	
Tableau 7 : Facteurs associés à la dimension santé mentale du score de qualité de vie de Duke	p. 39
Tableau 8 : Facteurs associés à la détresse psychologique (au moins une fois les deux événements)	p. 41
Tableau 9 : Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	p. 42
MALADIES CHRONIQUES, HANDICAP ET QUALITÉ DE VIE	
Tableau 10 : Facteurs associés à la déclaration d'une maladie ou d'un problème de santé chronique	p. 53
VIE AFFECTIVE, RELATIONNELLE ET SEXUELLE	
Tableau 11 : Facteurs associés à la dimension santé sociale du score de qualité de vie de Duke	p. 57
Tableau 12 : Facteurs associés au recours à la contraception d'urgence au cours de la vie	p. 58
ÉVÈNEMENTS DIFFICILES SURVENUS PENDANT L'ENFANCE ET/OU L'ADOLESCENCE ET SANTÉ	
Tableau 13 : Facteurs associés à l'exposition à la violence conjugale parentale pendant l'enfance et/ou l'adolescence	p. 89
Tableau 14 : Facteurs associés à la déclaration de sévices et de coups répétés pendant l'enfance	p. 90
TERRITOIRE ET SANTÉ	
Tableau 15 : Fragilités thématiques repérées sur les aires d'études	p. 111

Cartographies

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Carte 1 : Les aires d'études de l'Enquête Santé des Bas-Normands	p. 11
--	-------

COMPORTEMENTS DE SANTÉ : PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Carte 2 : Proportion d'usagers d'alcool «à risque» (ponctuels ou réguliers) selon l'aire d'étude de domiciliation	p. 19
---	-------

COMPORTEMENTS DE SANTÉ : CONSOMMATION, REPORT ET RENONCEMENT AUX SOINS

Carte 3 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par département (2012-2013)	p. 25
Carte 4 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum par département (2012-2013)	p. 26

SANTÉ MENTALE

Carte 5 : Score de santé mentale moyen selon l'aire de domiciliation	p. 38
--	-------

TERRITOIRE ET SANTÉ

Carte 6 : Les conditions de vie - Classification des aires d'études bas-normandes	p. 104
Carte 7 : Démographie médicale - Classification des aires d'études bas-normandes	p. 105
Carte 8 : Santé mentale - Classification des aires d'études bas-normandes	p. 106
Carte 9 : Santé physique - Classification des aires d'études bas-normandes	p. 107
Carte 10 : Santé sociale - Classification des aires d'études bas-normandes	p. 108
Carte 11 : Comportements de santé - Classification des aires d'études bas-normandes	p. 109
Carte 12 : Consommation de soins - Classification des aires d'études bas-normandes	p. 110





QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Volet 1 | Données sociodémographiques

La première partie du questionnaire concerne votre situation sur un plan socio-économique.

SD/1. Etes-vous de sexe ?

- Masculin
 Féminin

SD/2. Quel âge avez-vous ?

SD/4. Vivez-vous en couple ?

- Oui
 Non

SD/5. Quel est votre état matrimonial légal ?

- Célibataire (jamais légalement marié(e))
 Marié(e) (ou séparé(e) mais non divorcé(e))
 Veuf, veuve
 Divorcé(e)

SD/6. Combien de personnes vivent dans votre logement la plus grande partie du temps ?

SD/7. Parmi ces personnes, existe-t-il au moins une personne mineure ?

- Oui
 Non

Filtre Si oui : SD/7a. Combien ?

SD/7b. Pouvez-vous me donner leurs (son) année(s) de naissance ?

SD/8. Etes-vous satisfait(e) ou plutôt pas satisfait(e) de votre logement ?

- Plutôt satisfait(e) allez à la SD/14
 Plutôt pas satisfait(e)
 NSP

SD/8a. Si vous n'êtes pas satisfait, pour quelles raisons ? (Plusieurs réponses possibles)

- La taille, la superficie
 La température (en hiver, en été)
 La luminosité
 L'isolation vis-à-vis du bruit
 Autre raison, précisez :

SD/9. Disposez-vous d'une voiture ?

- Oui
 Non

Filtre Si la personne dispose d'une voiture

SD/9a. En êtes-vous le (la) propriétaire ?

- Oui
 Non

SD/10. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- Vous n'avez pas été scolarisé(e)
 Aucun diplôme mais scolarité jusqu'en école primaire ou au collège
 Aucun diplôme mais scolarité au-delà du collège
 CEP (certificat d'études primaires)
 BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges
 CAP, brevet de compagnon
 BEP
 Baccalauréat général, brevet supérieur
 Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit
 Diplôme de 1er cycle universitaire, BTS, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier(ère)
 Diplôme de 2ème ou 3ème cycle universitaire (y compris médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat...

SD/11. Actuellement, du point de vue de l'emploi, vous êtes ?

- Actif occupant un emploi
- Actif à la recherche d'un emploi
- Retraité ou préretraité
- En étude
- En apprentissage ou en formation pour adultes
- Femme ou homme au foyer
- Autre situation

Filtre si vous êtes actif occupant un emploi

SD/11a1. Etes-vous :

- Salarié(e)
- Indépendant(e) ou à votre compte
- Vous aidez une personne dans son travail sans être rémunéré(e)

SD/11a2. Quelle est votre profession actuelle ? -----

Filtre si vous êtes actif à la recherche d'un emploi

SD/11b1. Auparavant, étiez-vous :

- Salarié(e)
- Indépendant(e) ou à votre compte
- Vous aidiez une personne dans son travail sans être rémunéré(e)
- En études
- En apprentissage ou en formation pour adulte
- Femme ou homme au foyer
- Autre situation

SD/11b2. Quelle est la dernière profession que vous avez exercée ? -----

Filtre si vous êtes retraité ou préretraité

SD/11c1. Lors de votre dernière activité professionnelle, étiez-vous :

- Salarié(e)
- Indépendant(e) ou à votre compte
- Vous aidiez une personne dans son travail sans être rémunéré(e)

SD/11c2. Quelle est la dernière profession que vous avez exercée ? -----

Filtre si en apprentissage ou en formation pour adultes, femme ou homme au foyer ou autre situation

SD/11d1. Avez-vous déjà travaillé ?

- Oui
- Non

Filtre Si la personne a déjà travaillé

SD/11d2. Etiez-vous ?

- Salarié(e)
- Indépendant ou à votre compte
- Vous aidiez une personne dans son travail sans être rémunéré(e)

SD/11d3. Quelle est la dernière profession que vous avez exercée ?

SD/12. Etes-vous assuré(e) par un régime de sécurité sociale ?

- Oui
- Non
- NSP

SD/13. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?

- Oui, via une mutuelle ou une assurance
- Oui, via la CMUC
- Non

SD/14. Combien de pièces d'habitation compte votre logement (hors salle de bain, buanderie, WC et cuisine inférieure à 12 m²) ?

SD/15. Etes-vous propriétaire de votre logement ?

- Oui
- Non

SD/16. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?

- Oui
 Non

SD/17. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?

- Oui
 Non

Volet 2 | SANTE ET QUALITE DE VIE

Nous allons maintenant passer à la seconde partie du questionnaire et aborder la perception générale que vous avez de votre qualité de vie actuelle

Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas :

	C'est tout à fait votre cas	C'est à peu près votre cas	Ce n'est pas votre cas	NSP
QV/1. Vous vous trouvez bien comme vous êtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/2. Vous n'êtes pas quelqu'un de facile à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/3. Au fond, vous êtes bien portant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/4. Vous vous découragez trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/5. Vous avez du mal à vous concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/6. Vous êtes content(e) de votre vie de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/7. Vous êtes à l'aise avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview...	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	NSP
QV/8. Vous auriez du mal à monter un étage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours...	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	NSP
QV/10. Vous avez eu des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/11. Vous avez eu des douleurs quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/12. Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/13. Vous avez été triste ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/15. Vous avez rencontré des parents ou amis au cours de conversations ou de visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QV/16. Vous avez eu des activités religieuses, associatives, sportives, culturelles, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QV/17. Est-ce qu'au cours des huit derniers jours, vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé ?

- Non
 Oui, 1 à 4 jours
 Oui, 5 à 7 jours
 NSP

Volet 3 | PARCOURS SANTE (Maladies, handicaps, accidents et recours aux soins)

Nous allons maintenant évoquer votre état de santé et votre recours aux soins.

PS/1. Comment est votre état de santé en général ?

- Très bon
 Bon
 Assez bon
 Mauvais
 Très mauvais

PS/2. Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

- Oui
 Non

Filtre Si oui (plusieurs réponses possibles)

PS/2a. Le(s)quel(s) ?

- Asthme
 Autre maladie respiratoire (bronchite chronique)
 Cancer
 Maladie cardiaque (angine de poitrine, infarctus)
 Cholestérol
 Troubles de la coagulation
 Diabète
 Hypertension
 Problèmes articulaires, rhumatismes, lombalgies
 Troubles thyroïdiens (hors cancers)
 Migraine
 Autre, précisez :
 NSP

PS/3. Êtes-vous pris en charge au titre d'une Affection de longue durée ?

- Oui
 Non

PS/4. Actuellement, prenez-vous un traitement médicamenteux ?

- Oui, quotidiennement
 Oui, régulièrement
 Non ou occasionnellement

Filtre La personne prend un traitement quotidien ou régulier

PS/4a. Le ou le(s)quel(s) ? Plusieurs réponses possibles

- Médicaments contre la douleur (aigüe ou chronique, y compris anti-inflammatoires, opiacés)
 Anti-coagulants, AVK
 Vitamines et oligoéléments (calcium, fer)
 Contre l'insomnie
 Contre les troubles anxieux
 Contre la dépression
 Contre les troubles du rythme cardiaque
 Contre l'ulcère gastrique
 Contre le cholestérol
 Contre le diabète
 Contre l'hypertension
 Contre les rhumatismes
 Contre l'asthme
 Contre la migraine
 Contre le cancer
 Autre type de médicaments

PS/5. Êtes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- Oui, fortement limité(e)
 Oui, limité(e) mais pas fortement
 Non

PS/6. Considérez-vous que vous êtes en situation de handicap ?

- Oui
 Non
 NSP

Filtre Si la personne considère être en situation de handicap

PS/6a. Avez-vous fait une demande de reconnaissance d'un handicap ou d'une invalidité ?

- Oui
 Non
 Ne sais pas
-

PS/7. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous reporté ou renoncé à des soins ?

- Oui
 Non

Filtre : Si la personne a reporté ou renoncé à des soins

PS/7a. Pour quelle(s) raison(s) ? Plusieurs réponses possibles

- Trop chers, dépassement d'honoraires
 Attente trop longue
 Manque de temps
 Trop loin
 Ne sais pas à qui s'adresser

PS/7b. Pour quel(s) type(s) de soins ? Plusieurs réponses possibles

- Consultation chez un généraliste
 Consultation chez un spécialiste
 Soins dentaires / Prothèses dentaires
 Ophtalmologie et lunetterie
 Radios, examens d'imagerie
 Analyses de laboratoires

PS/8. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous connu au moins une hospitalisation ?

- Oui, une seule
 Oui, plusieurs
 Non

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté pour vous-même :

	0 fois	1 à 2 fois	3 fois et plus
PS/9. Un médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PS/10. Un médecin psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychanalyste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PS/11. Un gynécologue <i>Filtre : uniquement pour les femmes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PS/12. Un cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PS/13. Un chirurgien dentiste ou orthodontiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PS/14. Un kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PS/15. Un autre médecin spécialiste (ophtalmologue, ORL...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PS/16. Un(e) infirmier(ère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PS/17. Un professionnel d'une médecine non-conventionnelle (c'est-à-dire non remboursé par la Sécurité sociale comme homéopathe, ostéopathe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PS/18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime d'accidents ?

- Oui, un seul
 Oui, plusieurs
 Non

Filtre : ne s'adresse qu'aux personnes victimes d'un ou plusieurs accidents

PS/18a. Etait-ce un accident ? Plusieurs réponses possibles

- Un accident du travail
 Un accident de la circulation
 Un accident de la vie courante, chute
 Un accident de sport
 Ne sais pas

PS/18b. Pour le dernier en date, avez-vous été à l'hôpital ou en clinique ?

- Oui, moins de 48h
 Oui, entre 3 et 7 jours
 Oui, 8 jours ou plus
 Non

Filtre : ne s'adresse qu'aux personnes actives

PS/19. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en arrêt de travail ?

- Oui, une seule fois
 Oui, plusieurs fois
 Non

Filtre : uniquement pour les personnes qui ont été en arrêt de travail une ou plusieurs fois

PS/19a. Combien de jours au total ? jours

Nous allons maintenant entamer la troisième et dernière partie du questionnaire et aborder des aspects spécifiques de votre santé dont certains sont personnels voire intimes. Vous avez toujours la possibilité de ne pas répondre si vous le souhaitez. Je vous rappelle que vos réponses resteront confidentielles et traitées de manière anonyme.

Volet 4 | Questions spécifiques

QS/1. Quel est votre poids actuel ? (en kg) ?

QS/2. Quel est votre taille ? (en cm) ?

QS/3. Au cours d'une journée normale, combien de temps consacrez-vous à une activité physique ?
_____ en minutes

QS/4. Au cours d'une semaine normale, combien de temps consacrez-vous à une activité sportive ?
_____ en heures

QS/5. Mangez-vous des fruits et légumes ?

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Plus rarement
- Jamais
- NSP

Filtre Si oui

QS/5a. Combien ?

QS/6. De manière générale, mangez-vous entre les repas ?

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Non
- NSP

Nous allons maintenant évoquer la question du dépistage du cancer

Filtre : uniquement pour les femmes

QS/7. Avez-vous bénéficié d'une mammographie de dépistage du cancer du sein ?

- Oui
- Non
- NSP

Filtre Si oui

QS/7a. A quand remonte cet examen ?

- Moins de 2 ans
- 2 à 3 ans
- Plus de 3 ans
- NSP

Filtre : uniquement pour les femmes

QS/8. Avez-vous bénéficié d'un frottis du col utérin pour le dépistage du cancer de l'utérus ?

- Oui
- Non
- NSP

Filtre Si oui

QS/8a. A quand remonte cet examen ?

- Moins de 3 ans
 - 3 à 5 ans
 - Plus de 5 ans
 - NSP
-

Question pour les deux sexes

QS/9. Avez-vous réalisé une recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal ?

- Oui
 Non
 NSP

Filter Si oui

QS/9a. A quand remonte cet examen ?

- Moins de 1 an
 1 à 2 ans
 Plus de 2 ans
 NSP

Par rapport au thème du suicide, pouvez-vous me dire si :

QS/10. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé au suicide pour vous même ?

- Oui
 Non
 NSP

QS/11. Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

- Oui
 Non
 NSP

Filter Si la personne a déjà fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide

QS/11a. Combien de fois ?

QS/11b. A quelle année remonte votre dernière tentative ?

QS/11c. Lors de votre dernière tentative, êtes-vous allé(e) à l'hôpital ou en clinique ?

- Oui
 Non
 NSP

QS/11d. Avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » après cette tentative de suicide ?

- Oui
 Non
 NSP

QS/12. Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une ou plusieurs période(s) d'au moins 2 semaines pendant laquelle vous vous sentiez constamment triste, déprimé(e), sans espoir ?

- Oui, une fois
 Oui, plusieurs fois
 Non

Filter Si oui une ou plusieurs fois

QS/12a. Au cours des douze derniers mois, avez-vous vécu une telle période ?

- Oui
 Non

QS/13. Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins 2 semaines où vous aviez perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses que vous aimiez faire habituellement ?

- Oui, une fois
 Oui, plusieurs fois
 Non

Filter Si oui une ou plusieurs fois

QS/13a. Au cours des douze derniers mois, avez-vous vécu une telle période ?

- Oui
 Non
-

Nous allons parler de problèmes qui ont pu vous affecter et évoquer des situations que certaines personnes ont vécues au cours de leur enfance et adolescence.

Vous-même avez-vous :

QS/14. Souffert de privation matérielle ?

- Oui
 Non

QS/15. Été placé par l'assistance publique à la DDASS, à l'ASE ?

- Oui
 Non

QS/16. Eu une mesure d'assistance éducative ?

- Oui
 Non

QS/17. Eu un conflit très grave avec vos ou l'un de vos parents ?

- Oui
 Non

QS/18. Constaté entre vos parents de graves tensions ou un climat de violence ?

- Oui
 Non

QS/19. Avez-vous, au sein de votre famille, subi des sévices ou reçu des coups répétés ?

- Oui
 Non

Passons à un autre sujet, nous allons maintenant évoquer votre consommation de tabac...

QS/20. Actuellement, êtes-vous ?

- Fumeur occasionnel
 Fumeur régulier
 Ancien fumeur régulier
 Ancien fumeur occasionnel
 Vous n'avez jamais fumé *Aller directement à la QS/21*

Filtre Si fumeur régulier (actuel-2 ou ancien-3)

QS/20a. Combien d'années avez-vous fumé régulièrement ?

QS/20b. Combien de cigarettes fumez-vous ou fumiez-vous par jour ?

Filtre Si fumeur actuel (régulier-2 ou occasionnel-1)

QS/20c. Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ?

- Oui, une fois
 Oui, plusieurs fois
 Non, jamais

Filtre Si fumeur (actuel ou ancien)

QS/20d. Votre consommation de tabac a-t-elle occasionné ou aggravé : (Plusieurs réponses possibles)

- Des problèmes de santé
 Des problèmes dans votre travail
 Des problèmes avec votre famille
 Aucun de ces problèmes
 NSP / NR

Les 5 prochaines questions concernent votre consommation de boissons alcoolisées au cours de votre vie

QS/21. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- Oui
 Non
 NSP/NR

QS/22. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?

- Oui
 Non
 NSP/NR
-

QS/23. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez-trop ?

- Oui
- Non
- NSP/NR

QS/24. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Oui
- Non
- NSP/NR

Filtre Si au moins 2 oui aux 4 questions précédentes

QS/25. Le fait de boire a-t-il occasionné ou aggravé : (Plusieurs réponses possibles)

- Des problèmes de santé
- Des problèmes dans votre travail
- Des problèmes avec votre famille
- Aucun de ces problèmes
- NSP / NR

QS/26. Plus particulièrement au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé de l'alcool ?

- Tous les jours
- Quatre à six fois par semaine
- Deux à trois fois par semaine
- Deux à quatre fois par mois
- Une fois par mois au moins
- Jamais Aller directement à la QS/29
- NSP/NR

QS/27. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

- Dix ou plus
- Sept à neuf
- Cinq ou six
- Trois ou quatre
- Un ou deux
- NSP/NR

QS/28. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion ?

- Tous les jours ou presque
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais
- NSP/NR

Nous arrivons maintenant aux thèmes de la sexualité et de la contraception.

QS/29. Au cours de votre vie avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- Oui
- Non (passer à la QS35)
- NSP (passer à la QS35)

QS/30. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non (passer à la QS33)
- NSP (passer à la QS33)

QS/31. Au cours des 12 derniers mois, lorsque vous avez eu des relations sexuelles, était-ce ?

- Toujours avec un homme
- Toujours avec une femme
- Plus souvent avec un homme qu'avec une femme
- Plus souvent avec une femme qu'avec un homme

QS/32. Au cours des 12 derniers mois, quels moyens de contraception et/ou de protection contre les maladies sexuellement transmissibles vous ou votre partenaire, avez-vous utilisés ?

QS/33. Au cours de votre vie, avez-vous eu ou une de vos partenaires une interruption volontaire de grossesse (IVG) ?

- Oui, une seule fois
- Oui, plusieurs fois
- Non
- NSP / NR

QS/34. Est-ce que vous/votre partenaire avez déjà eu recours à une contraception d'urgence (comme la pilule du lendemain) ?

- Oui, une seule fois
- Oui, plusieurs fois
- Non
- NSP / NR

Le questionnaire est maintenant bientôt terminé. Je souhaite aborder rapidement vos relations avec votre entourage et vos activités notamment de loisir...

QS/35. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

- Oui
- Non

QS/36. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

- Oui
- Non

QS/37. Y a-t-il dans votre entourage quelqu'un pouvant vous aider, vous appuyer en cas de maladie physique ou mentale ?

- Oui
- Non

Filtre Si oui

QS/38. Si oui, cette personne

- Fait partie de votre famille
- Est un ou une ami(e)
- Est un voisin, une voisine
- Un professionnel (de santé, service social)
- Un ou une collègue
- Une autre personne, préciser : -----

QS/39. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

- Oui
- Non

QS/40. Combien de fois avez-vous rencontré des membres de votre famille, des amis ou des connaissances ?

- Plus d'une fois par jour
- Une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Environ une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

QS/41. Diriez-vous que vous avez passé vos loisirs ?

- Le plus souvent seul
- Le plus souvent avec d'autres personnes
- Autant seul qu'avec d'autres personnes

QS/42. Vous est-il arrivé de faire du sport ?

- Oui
- Non

QS/43. Etes-vous allé au spectacle ?

- Oui
 - Non
-

QS/44. Etes-vous parti en vacances ?

- Oui
- Non

Qbis/1. Avez-vous des remarques ou des commentaires à rajouter ?

- Oui
- Non

Qbis/1a. Remarques :







Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

Pôle Normand Santé Social

3 place de l'Europe

14 200 Hérouville-Saint-Clair

L'ORS autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer :

BEYNIER D., DESPRES P., dir. Enquête Santé des Bas-Normands. Recueil d'analyses thématiques 2012-2015. Hérouville-Saint-Clair : Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie, 2016 : 125 p.

Imprimé en avril 2016 chez DAUPHIN com imprim

Copyrights :

© SAS

© Adobe InDesign

© Adobe Illustrator

Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

Pôle normand santé social
3 Place de l'Europe
14 200 HÉROUVILLE-SAINT-CLAIR

Téléphone : 02.31.43.63.36
Mail : contact@orsbn.org
Site Internet : www.orsbn.org

Initié par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), ce projet a été conduit en collaboration avec la Maison de la recherche en science humaine de l'Université de Caen Normandie et financé par l'Agence Régionale de la Santé, le Conseil Régional et le Conseil Général de l'Orne. Il a également reçu l'appui financier de la Mutualité Sociale Agricole Côtes Normandes (MSA) et des sociétés Sanofi et Glaxo Smith Kline.

