

# Distance, proximité, accessibilité, attraction, et recours de la population vis-à-vis du système de soins

## Rhcp2s 3<sup>ème</sup> extraction

Olivier Lacoste<sup>1</sup>

Laure Spinosi<sup>2</sup>

Avec la collaboration de Chrystelle Schepens<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Directeur de l'ORS Nord – Pas-de-Calais

<sup>2</sup>Chargée d'étude à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

<sup>3</sup>Interne de Santé Publique







## Sommaire

---

<i>Introduction</i>	<i>p 7</i>
Planificateurs, démographes, géographes et autres	p 7
Les distances dans le Nord – Pas-de-Calais	p 8
Proximité, accessibilité, attraction et recours aux soins	p 10
La question du recours aux soins	p 11
Au-delà de l'attraction	p 11
L'accessibilité prise en compte	p 12
<i>Résumé</i>	<i>p 15</i>
<b>Proximité</b>	<b>p 19</b>
Représentation de la proximité de la population dans les choix de recours hospitaliers des ménages	p 19
La proximité, un facteur de choix secondaire	p 19
Des inégalités territoriales relativement peu marquées	p 20
Les représentations changent avec les moyens de transport	p 20
Variables sociales	p 21
Recours réel et recours supposé : au pied du mur	p 22
En fonction des motifs de recours	p 22
Des maternités proches, choisies sans avis médical	p 22
La fracture, une urgence pour la prise en charge de proximité	p 23
Cancer et chirurgie cardiaque : l'avis médical compte plus que la proximité	p 23
<b>Distance</b>	<b>p 29</b>
Recours hospitalier	p 29
Variabilité géographique	p 29
Variabilité sociale	p 30
Temps de recours, attention et état de santé	p 32
Temps de recours et types de soins	p 33
Recours aux spécialistes	p 34
Variabilité géographique	p 34
Variabilité sociale	p 35
Temps de recours, attention et état de santé	p 38
Temps de recours et types de soins	p 39
Non-recours aux soins, distances et proximité	p 41
Recours et non-recours aux soins : la distance n'est pas un obstacle	p 41
La mesure de l'accessibilité ne rend pas compte des distances de recours réels	p 42
Une forte variabilité locale révélatrice	p 42
Les spécialistes toujours plus proches	p 46

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

<i>Conclusion</i>	<i>p 47</i>
Les distances, la faible influence globale sur les comportements s'explique	p 47
Les distances sont de bons marqueurs synthétiques d'inégalités, marqueurs dépendants des réalités locales	p 47
<i>Annexes</i>	<i>p 49</i>
Questionnaire "Ménage"	p 51
Questionnaire "Personne"	p 59
Description de l'échantillon	p 65
<i>Bibliographie</i>	<i>p 71</i>
<i>Abréviations</i>	<i>p 73</i>

## Introduction

Faisant suite aux deux premières extractions de l'enquête *Représentations, habitudes et comportement de la population vis-à-vis du système de soins*<sup>1</sup> - Rhcp2s réalisée en 1997-1998 - ce rapport d'étude ouvre un nouvel axe d'analyse, se consacrant aux distances parcourues ou potentiellement parcourues par la population pour entrer en contact avec le système de soins régional, ou l'un de ses segments.

La distance peut, certes, être considérée comme une donnée banale : "*une longueur séparant une chose d'une autre*" pour reprendre la définition du Petit Robert. Banale, elle l'est si l'on ne prête pas attention aux effets qu'elle induit.

La distance en elle-même n'est rien. Elle prend toutefois sens lorsque l'on s'intéresse à la façon dont elle peut être vécue, perçue par une population et les individus qui la composent. Ce sont bien les implications de l'éloignement ou de la proximité qu'il convient d'analyser au travers de l'optique de l'enquête Rhcp2s ; c'est-à-dire au travers des représentations, des habitudes et des comportements de la population vis-à-vis du système de soins.

### Planificateurs, démographes, géographes et autres

L'appréhension des phénomènes liés aux distances est relativement récente en Santé Publique. Elle trouve son champ d'application essentiellement lorsqu'il s'agit de planification<sup>2</sup>, hospitalière surtout, rarement

comme contribution à la mise en place d'une politique de Santé Publique aux échelles nationale ou régionale<sup>3</sup>. La jeunesse et le sous-développement relatif de l'analyse des processus liés aux distances comme l'ensemble de l'analyse territoriale en Santé Publique<sup>4</sup> sont d'ailleurs surprenants puisque bien d'autres disciplines abordant ce point, illustrent leur propos en prenant appui sur des phénomènes sanitaires.

Les méthodes et la problématique des démographes sont tout autres puisque, au lieu de s'enquérir du rayonnement spatial de tel ou tel prestataire de soins, c'est du côté des personnes et des populations que sont étudiés non seulement les phénomènes dans l'espace, mais aussi les motivations de ces déplacements<sup>5</sup>.

---

Tonnellier F, Vigneron E. *Géographie de la santé en France*. Paris : PUF, 1999 ; 127 p.

Vigneron E. *Les bassins de santé concept et construction*. ADSP, 1999 ; 29 : 39-43.

Vigneron E. *Distance et santé*. Paris : PUF, 2001 ; 127 p.

Le Taillander M, Vittu M. Le grand Estuaire de Normandie : un défi à la planification et à la coopération hospitalière. *Géographie et socio-économie de la santé. Hôpitaux et géographie des soins*. Paris : CREDES, 1995 : 133-142.

Lucas-Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F. *Les soins de proximité : une exception française ?* Paris : CREDES, 2001 ; 92 p.

<sup>3</sup> Polton D (Dir). *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : La Documentation française, 2000 ; 358 p.

Picheral H. Espace et santé. *Géographie médicale du Midi de la France*. Montpellier : Le Paysan du Midi, 1976.

Lucas V, Tonnellier F. *Distance d'accès aux soins en 1990*. Paris : CREDES, 1995 ; 72 p.

Lucas-Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F. *Les soins de proximité : une exception française ?* Paris : CREDES, 2001 ; 92 p.

Goodman DC, Fisher EF, Stukel TA, Chang C. The distance to community medical care and the likelihood of hospitalisation : is closer always better ? *Am J Public Health*. 1997 ; 87 : 144-1150.

<sup>4</sup> Lacoste O. *Géopolitique de la santé. Le cas du Nord - Pas-de-Calais*. Paris : La Découverte : 1994 ; 385 p.

Lacoste O. La géopolitique de la santé. Une problématique émergente. *Hérodote*, 1999 ; 92 : 19-49.

<sup>5</sup> Orfeuil JP. La mobilité locale : toujours plus loin et plus vite. In Bonnet N, Desjeux D. *Les territoires de la mobilité*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000 : 53-67.

---

<sup>1</sup> Lacoste O, Sampil M, Spinosi L, et alii. *La population et le système de soins*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 1999 ; 119 p. + annexes.

Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O, et alii. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2000 ; 191 p. + annexes.

<sup>2</sup> Basset B, Lopez A. *Planification sanitaire. Méthodes et enjeux*. Rennes : Editions de l'ENSP, 1997 ; 183 p.

Jourdain A, de Turenne I. *Les cent mots-clés de la planification sanitaire*. Rennes : Editions de l'ENSP, 1997 ; 142 p.

Les géographes enfin, s'attachent plus aux lieux qu'aux comportements des populations lorsqu'ils prennent comme objet d'étude la distribution territoriale des services. Il est fréquent, lorsqu'il s'agit d'études ou d'enquêtes menées aux échelles régionale ou locale, qu'ils aient recours aux techniques utilisées par les démographes ou à la planification sanitaire<sup>1</sup>.

D'autres disciplines portent un intérêt inégalement variable aux phénomènes découlant de l'existence de distances : les sciences de la communication<sup>2</sup>, l'aménagement, le marketing, l'économie, la sociologie... Il est surprenant de constater que leurs apports restent parfois encore marginaux et relativement sous-exploités dans le champ de la Santé Publique. Il est vrai qu'en ce domaine, il existe selon nous un hiatus trop important entre d'une part l'approche théorique de ces phénomènes, et d'autre part les rapports d'études épars, pragmatiques mais trop isolés et ponctuels pour alimenter la réflexion voire le débat.

Au-delà de la présentation des résultats obtenus après traitement des données provenant de l'enquête Rhcp2s, notre ambition est bien de présenter l'état de la question telle qu'elle se présentait dans notre région au début de l'année 1997, mais aussi d'exposer des faits et une analyse susceptibles de faire progresser l'approche académique et décisionnelle de la question.

---

Courgeau D. *Méthodes de mesure de la mobilité spatiale. Migrations internes, mobilité temporaire, navettes*. Paris : Éditions de l'INED, 1988 ; 301 p.

Courgeau D. Formalisation de la mobilité des sous-populations. Démographie et destin des sous-populations. *AIDLF*, 1983 : 217-222.

Massot MH. Comportements de mobilité : modèles dominants et éclatement des modèles. *Le Courrier du CNRS*, 1996 ; 82 : 122-124.

Findley SE. Methods of linking community-level variables with migrations survey data. National Migration Surveys X. Guidelines for analyses. U.N., New-York ; 1982 : 276-311.

Tugault Y. La mesure de la mobilité. Travaux et Documents. *Cahier n°67*, INED. Paris : PUF, 1973 ; 226 p.

Lassave P et Hautmont A (Dir.). *Mobilités spatiales. Une question de société*. Paris : L'Harmattan, 2001 ; 195 p.

<sup>1</sup> Picheral H. Réseau urbain et hiérarchie hospitalière. *Géographie et socio-économie de la santé. Hôpitaux et géographie des soins*. Paris : CREDES, 1995 : 15-23.

<sup>2</sup> Hall ET. *La dimension cachée*. Paris : Éditions du Seuil, 1971 ; 254 p.

## Les distances dans le Nord – Pas-de-Calais

On ne le rappellera jamais assez, la région Nord – Pas-de-Calais présente des caractéristiques géographiques qui l'apparentent plus à d'autres régions de l'Europe du Nord-Ouest qu'à d'autres régions françaises.

En premier lieu, la région Nord – Pas-de-Calais est très fortement marquée par l'urbanisation ; une urbanisation en nappe où les pôles urbains s'étendent les uns à côté des autres sans pour autant constituer des centres entourés de leur auréole périurbaine.

Ceci implique que les densités de population y soient fortes, et que par conséquent, les distances de déplacement y soient *a priori* faibles, bien plus faibles qu'en d'autres parties de l'hexagone, marquées par la ruralité et les phénomènes de désertification des espaces périphériques et par la concentration vers des pôles urbains qui se développent en ces milieux.

Par ailleurs, les infrastructures de circulation (réseaux routiers, transports collectifs...) y sont fortement développés et sont à l'image de l'ampleur des échanges intra-régionaux et extra-régionaux qui bénéficient aujourd'hui de la politique d'aménagement du territoire volontariste développée par le Conseil régional, les services de l'État ou encore la DATAR (Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Région).

Enfin, l'espace du Nord – Pas-de-Calais ne présente pas de discontinuité ni d'obstacle géographique naturel notable (massif montagneux, grand cours d'eau, insularité). En cela, il est possible de considérer l'espace régional comme une étendue lisse, ne présentant pas de freins notables aux déplacements de la population. La rugosité du territoire régional est donc minime. Par conséquent, les déplacements de population peuvent, toute chose étant égale par ailleurs, s'opérer du Nord au Sud ou de l'Est à l'Ouest sans que des éléments perturbateurs n'interviennent et faussent les données obtenues.

En revanche, si le territoire est lisse, il n'en est pas moins limité ; essentiellement sur ses bordures Ouest et Nord (Manche et Mer du Nord) et par la frontière franco-belge à l'Est. Exception faite des espaces limitrophes de la région Picardie située au sud du Nord – Pas-de-Calais<sup>3</sup>, tous les territoires, tous les Bas-

---

<sup>3</sup> L'attraction de la région picarde est, aujourd'hui et depuis plusieurs décennies, marginale vis-à-vis du Nord – Pas-de-

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

sins de vie de notre région sont bornés par des délimitations naturelles (étendues maritimes) ou politiques. Ce fait, évident pour le sens commun, ne doit pas être sous-estimé ; non seulement lorsque l'on entend appliquer des modèles théoriques (spécialement les *modèles gravitaires*<sup>1</sup> inspirés des "lois" de la physique), mais aussi pour les évolutions à venir susceptibles de modifier les comportements spatiaux de la population régionale en matière de recours aux soins et de recours aux prestataires d'offre en santé. Il n'en demeure pas moins vrai que l'offre de soins la plus proche est très souvent ignorée par la population<sup>2</sup>. Ce fait se remarque aussi dans le Nord – Pas-de-Calais, nous le verrons.

### Méthodologie de l'enquête

#### Base de sondage

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

L'enquête repose sur une base de sondage hiérarchique à deux degrés.

Le premier degré correspond aux aires géographiques que sont les communes.

Le deuxième degré s'applique à des ménages situés à l'intérieur des communes sélectionnées au premier degré d'échantillonnage.

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

- la première, liée à la nécessité d'avoir recours à une sectorisation typologique et pragmatique des communes de la région, sectorisation réalisée par l'ORS Nord - Pas-de-Calais (Métropole, Bassin minier, Littoral, espaces résiduels) ;

- la deuxième, liée à la nécessité, le cas échéant, de faire des comparaisons avec d'autres régions françaises en recourant à la typologie ZAU (Zonaqe en Aires Urbaines) des communes, élaborée par l'INSEE.

Une base de sondage correspondant à des communes permet, par ailleurs, une concentration de l'échantillon des ménages, ce qui, d'un point de vue organisationnel, facilite la collecte des données. C'est donc la liste complète des communes de la région Nord - Pas-de-Calais, avec leurs caractéristiques, qui constituent la base de sondage. Celle-ci couvre l'ensemble de la population des ménages échantillonnés. Les principales caractéristiques des communes sont : leur localisation, leur taille, leur nombre de ménages et leur population.

Dans le cadre de l'étude, a été utilisée la définition suivante du ménage : *"le ménage comprend l'ensemble des occupants d'un même logement quels que soient les liens qui les unissent, ainsi que les personnes qui ont leur résidence personnelle dans le logement mais qui, au moment de l'enquête, séjournent dans un pensionnat, un hôtel, une caserne, etc."*.

Les communes de la base de sondage ont été regroupées par stratification selon les deux typologies : typologie ZAU et typologie ORS.

Cette stratification par croisement des deux typologies a permis d'obtenir 16 strates constituant les **Premières Unités d'Échantillonnage** (PUE). Cette stratification principale a permis de fixer le nombre de communes dans les strates. Ce nombre varie de 0 à 529.

A ensuite été examinée la taille de la population (effectif et pourcentage) dans chaque strate par rapport à la population régionale ; ce qui permet d'obtenir une précision correspondant au poids (en population) de chacun de ces territoires. Le nombre de ménages enquêtés dans chaque strate ou territoire délimité, a été déterminé proportionnellement à son poids en population.

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

Chaque enquêtrice était chargée du recueil des données auprès de tous les ménages d'une même commune, ce qui permet l'obtention de données homogènes en qualité (ou en défaut).

Calais. Voir *La santé d'une région*. Lille : Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, 1995.

<sup>1</sup> La présentation de ces modèles et de leur application en Santé Publique sera exposée plus loin.

<sup>2</sup> Philips DR. Spatial variations in attendance at general practitioner services. *Soc. Sci. Med.* 1979 ; 13D : 169-181.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

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

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

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

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

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

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

#### Questionnaire "Ménage"

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

#### Questionnaire "Personne"

Données bio-démographiques :  
sexe, année et lieu de naissance ;  
lien de parenté avec le répondant ;  
état matrimonial ;  
activité et profession ;  
qualifications et diplômes ;

régime de Sécurité sociale - Mutuelle - AMG - 100 % ;  
aides sociales éventuelles (RMI, FNS, AAH, API) ;  
perception de l'état de santé ;  
perception de la fréquence des recours aux soins ;  
problèmes de santé non suivis de recours depuis 1 an ;  
recours récents :  
- le dernier motif de recours dans l'année précédente,  
- les recours à des spécialistes depuis un an,  
- les hospitalisations ayant eu lieu les deux dernières années.

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

Le recueil de données s'est déroulé pendant trois mois et a été assuré par sept enquêtrices temps plein.

Les informations recueillies ont été codées par les chargés d'études, puis saisies par des internes de Santé Publique sur le logiciel File Maker Pro<sup>®</sup> avec contrôle logique.

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

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

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

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

## Proximité, accessibilité, attraction et recours aux soins

Les données recueillies par l'enquête Rhcp2s ainsi que sa structuration, mise au point en 1996 par l'ORS Nord – Pas-de-Calais, permettent d'aborder *la question du recours au soins*, qui, dans cette région a pour les décideurs en Santé Publique une importance considérable. La question se formule ainsi : *la population du Nord – Pas-de-Calais a-t-elle moins recours au système de santé que la moyenne des français ? Dans le cas d'une réponse positive, ce sous-recours est-il attribuable à des comportements ou des représentations particulières dont la po-*

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

*population seule serait porteuse, ou existe-t-il un problème d'adéquation entre les attentes de la population et l'offre dispensée par les prestataires de soins, leur positionnement ?*

### LA QUESTION DU RECOURS AUX SOINS

En effet, bien qu'un rattrapage notable soit en cours depuis moins de cinq ans, le Nord – Pas-de-Calais se singularise par le médiocre état de santé de sa population<sup>1</sup> (à divers titres, il se place au dernier rang des régions françaises), ainsi que par un système de soins et de santé non seulement composé d'éléments moins denses qu'ailleurs, mais aussi disposant d'une structuration globale très spécifique dans ses déséquilibres (densité moyenne en médecins généralistes proche de la moyenne nationale mais déficits marqués en spécialistes alliés à une offre hospitalière restreinte et faiblement productrice de soins).

Dans ce contexte, il importait donc que l'enquête Rhcp2s ait l'ambition d'apporter quelques éléments permettant de cerner le recours aux soins ; c'est-à-dire les comportements adoptés par la population vis-à-vis de l'offre de soins des prestataires régionaux ou locaux.

S'il peut paraître simpliste pour beaucoup d'expliquer les retards de l'état de santé de la population par le sous-encadrement sanitaire, il n'en importe pas moins de comprendre pourquoi la rareté de l'offre de soins s'est maintenue ou creusée, tandis que les besoins objectifs s'avéraient importants. Dans ce cas, la relation devrait être comprise à rebours de l'habitude, puisque ce serait la rareté du recours aux soins et au dispositif de santé qui serait susceptible d'avoir, directement ou indirectement, entretenu non seulement l'existence d'un mauvais état de santé, mais aussi, faute de demandes suffisamment fréquentes, aurait limité le développement d'un système de soins et de santé n'ayant pas à "produire des soins".

En fait, la structuration spécifique de l'encadrement sanitaire régional pourrait être, d'après cette hypothèse, la résultante de multiples composantes affectant tel ou tel segment du système régional comprenant très probablement des phénomènes de substitution entre segments (sous-sollicitation des spécialistes et de l'hospitalisation engendrant une demande accrue -en terme relatifs- en direction de la médecine générale).

<sup>1</sup> Cet état de santé médiocre est apparu à la fin des années 1950.

Besoins objectifs et réponses des systèmes de soins sont loin, souvent, d'être logiques. Cette incohérence apparente est connue sous le nom d'*Inverse Care Law*, et fut exposée par Hart en 1971 dans le *Lancet*. Elle stipule que "la disponibilité de soins de qualité tend à varier en fonction inverse des besoins de la population". Il convenait, entre autres choses, de vérifier si l'*Inverse Care Law* pouvait rendre compte de la situation régionale.

### AU-DELÀ DE L'ATTRACTION

Classiquement, les relations qu'entre-tiennent, dans l'espace, prestataires de soins et population, sont abordées au travers des phénomènes d'attraction.

L'attraction est définie par Henri Picheral comme : "la force dont fait preuve tout ou partie des ressources sanitaires situées en un lieu donné pour attirer des patients, des usagers, en fait leur clientèle<sup>2</sup>".

Arié Mizrahi qualifie la distance d'attraction de "distance de clientèle", puisqu'elle est la distance réellement parcourue par les consommateurs pour accéder à un service<sup>3</sup>.

L'attraction est, certes, la résultante combinée de l'image<sup>4</sup> et du rayonnement d'un prestataire de soins et des pratiques de ses usagers effectifs. L'attraction ne peut donc qu'être la matérialisation dans l'espace du champ d'action d'un offreur de soins, et non l'illustration des comportements de la population, puisqu'elle ne peut être élaborée qu'à partir des personnes ayant effectivement recourus au système de soins.

L'assimilation de l'attraction au recours de soins induit non seulement que soit gommée la partie la plus importante de la question du recours aux soins (dans le cas d'une région telle que le Nord – Pas-de-Calais), mais aussi que soient considérés comme des recours effectifs, des motifs de soins dont la validité peut être remise en cause à bien des égards. En cela, le recours unique<sup>5</sup> à l'attraction in-

<sup>2</sup> Picheral H. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier : Éditions de l'Université Montpellier III, 2001 ; 308 p.

<sup>3</sup> Mizrahi A. Rosch G. Les champs d'action des équipements hospitaliers. *Consommation*, 1969 ; 3.

<sup>4</sup> Ce terme, couramment utilisé, mériterait d'être défini tant ce qu'il recouvre est vague et imprécis.

<sup>5</sup> La mesure de l'attraction peut parfois être complétée de la mesure des "fuites", considérée comme la mesure indirecte d'une relative insatisfaction des besoins ; les patients d'un territoire préférant dans ce cas recourir à d'autres offreurs de soins, situés dans d'autres territoires. Pour plus riche que soit l'analyse ainsi complétée de ces informations, elle reste étrangère aux non-

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

duit fondamentalement le risque d'entériner une observation partielle des phénomènes ; ce qui risque très souvent d'aboutir à la mise en place de dispositifs, d'actions ou de politiques publiques implicitement conservateurs puisque ne cherchant pas à réformer ou à réorienter les recours aux soins.

### L'ACCESSIBILITÉ PRISE EN COMPTE

L'accessibilité désigne la possibilité théorique de la population ou des personnes, de recourir à un prestataire de soins. Elle est définie par Arié Mizrahi comme étant "*la distance d'implantation*", car elle est distance moyenne entre la population et le service le plus proche. Il ne s'agit donc plus de comportements observés par les offreurs de soins à propos de leur clientèle, mais d'une valeur potentielle qui suppose que toute personne devrait avoir recours à l'offreur de soins le plus proche de chez lui. De ce fait, la distance-accessibilité peut être abordée théoriquement, sans qu'il soit besoin de disposer d'autres données que les lieux d'implantation des offreurs de soins et de la population. Ainsi, il est possible d'élaborer des simulations intégrant comme dimension première le couple *distance/ temps*<sup>1</sup>. Il découle de l'utilisation de l'accessibilité, un certain nombre de modèles mathématiques dont les postulats fondamentaux reposent sur les effets mécaniques de la *proximité*.

La réflexion sur l'accessibilité est fondamentale pour l'aménagement de l'offre de soins et de santé dans certains sites isolés, et bien sûr en zone rurale. C'est ce qu'énonce, par exemple, le Schéma de service collectif présenté par les services de l'État à la fin de l'année 2000. Les modèles mathématiques se fondent parfois sur l'utilisation de lignes isochrones qui, *si elle est menée avec rigueur, est un instrument décisif pour élaborer un schéma territorial*<sup>2</sup>. En cela, l'innovation technique que représente l'arrivée des Systèmes d'Information Géographie -SIG- améliore grandement les techniques rudimentaires précédemment utilisées<sup>3</sup>.

recours aux soins, se prive d'une appréciation des recours non-justifiés et induit la prise en compte d'inégalités sociales puisque toutes les catégories socioprofessionnelles ne sont pas susceptibles de contourner l'offre locale pour bénéficier plus loin de soins.

<sup>1</sup> Picheral 2001 ; *op. cit.*

<sup>2</sup> Basset, Lopez 1997 ; *op. cit.*

<sup>3</sup> Il y a encore peu de temps, l'accessibilité était matérialisée par des cercles tracés autour des sites offreurs sans que l'on sache

Plusieurs schémas de planification ont encore été, il y a peu, élaborés sur ces bases. Ils ont parfois eu recours à *l'enquête Inventaire communal*, réalisée par l'INSEE auprès des communes en 1980, 1988 et 1998.

Dans le Nord - Pas-de-Calais répétons-le, les sites isolés ou ruraux sont rarissimes, et les distances moyennes toujours ou presque toujours plus courtes qu'ailleurs. En cela, l'utilisation de fichiers tels que l'*Inventaire communal* ne peut avoir d'intérêt concret autre que dans le cas de notre étude : servir de point de comparaison théorique entre recours et attraction d'une part et accessibilité de l'autre.

C'est ce que nous avons fait en utilisant trois distances :

- la distance de recours supposé ;
- la distance de recours réel (assimilable à la distance de clientèle définie par Mizrahi, ou dans une moindre mesure à la distance d'attraction) ;
- la distance *Inventaire communal* (correspondant à la distance d'implantation de Mizrahi).

### Les enquêtes *Inventaire communal et Rhcp2s*

#### *Rhcp2s*

La base de données constituée après saisie des questionnaires "**ménage**" et "**personne**" de l'enquête Rhcp2s (voir plus haut l'encadré "*Méthodologie de l'enquête*" ainsi que les annexes), comprend des informations se rapportant essentiellement aux lieux de **recours hospitaliers** et accessoirement aux lieux de recours aux **médecins spécialistes**. Trois volets de l'enquête ont été exploités.

1- Les principaux motifs du choix du professionnel **par le ménage** (choix multiple possible) pour 15 motifs de recours aux soins comportent *a minima* 7 possibilités : proximité, réputation, coût, avis médical, accueil et confort, aucune raison et autre raison.

quelle pouvait être la justification du rayon affecté, et bien sûr sans qu'il soit tenu compte de la variabilité des temps d'accès induite par le réseau routier.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

Le poids relatif du motif "proximité" a été analysé tant au travers des **recours réels** (déclarations des ménages ayant eu recours aux soins au cours des 5 dernières années pour ce motif) que des **recours supposés** (déclarations des ménages n'ayant pas eu recours aux soins au cours des 5 dernières années pour ce motif de recours).

2- Parmi ces 15 motifs, 4 étaient susceptibles d'être principalement pris en charge dans un établissement hospitalier (fracture d'un membre supérieur, chirurgie cardiaque, pathologie cancéreuse et accouchement).

Le lieu et l'établissement de prise en charge ont été recueillis et analysés au travers des temps de déplacement. Les recours **réels** et **supposés des ménages** ont été analysés.

3- Pour **les personnes** ont été recueillis les hospitalisations (au cours des deux dernières années) et les recours aux spécialistes (au cours de la dernière année.) Le lieu de prise en charge (hospitalier ou de médecine spécialisée) a été recueilli et analysé au travers des temps de déplacement.

A partir de ces items ont été calculés les **temps d'accès**, à l'aide du logiciel *Route 66* et validé par le module isochrone de **SIGORS** (logiciel *Géoconcept 4.2*).

### *L'inventaire communal*

Ce terme recouvre une enquête menée régulièrement par l'INSEE. Elle porte sur **l'équipement des communes** ; c'est-à-dire sur la présence ou l'absence de **36 services divers** (allant du bureau de poste à l'hôpital ou la clinique) et sur l'enregistrement de **la commune la plus fréquentée** par la population de ladite commune lorsque celle-ci n'a pas recours sur place à ces équipements.

Elle procède par questionnaires adressés aux mairies et en cas de non-réponse par enquête téléphonique auprès des services communaux. Les réponses sont comparées aux fichiers d'origine administrative (**FINESS** ou **ADELI** pour la santé).

Lorsque les réponses n'ont pas été données par les services municipaux, ce sont **les informations contenues dans les fichiers administratifs qui sont retenues**.

Il semble donc que, dans une large mesure, **ce soient les informations contenues dans le fichier FINESS, qui aient servi de base à l'établissement de la liste des communes du Nord – Pas-de-Calais équipées d'établissements hospitaliers**. Or, il convient de signaler que FINESS établit la liste des entités juridiques hospitalières ; ce qui ne correspond pas parfaitement à l'inventaire précis des multiples établissements présents (cas des établissements rattachés).

*L'inventaire communal* ne donne aucune autre information que la présence ou l'absence d'équipement. La **taille de l'établissement** (ne serait-ce qu'en nombre de lits de court, moyen ou long séjours installés) ou **l'activité** en médecine, chirurgie ou obstétrique, reste inaccessible au travers de cette enquête.



## Résumé

Cette 3<sup>ème</sup> extraction de l'enquête *Représentation, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins* –Rhcp2s- s'intéresse aux distances effectivement parcourues par la population pour entrer en contact avec le système de soins régional. Elle s'attache à analyser les implications de l'éloignement ou de la proximité dans le recours ou le non-recours aux soins.

Certaines caractéristiques géographiques du Nord – Pas-de-Calais l'apparentent davantage à d'autres régions de l'Europe du Nord-Ouest qu'à d'autres régions françaises. En témoigne son urbanisation en nappes, qui implique de fortes densités de population, et par conséquent, des distances de déplacement *a priori* faibles ; déplacements facilités par les infrastructures de circulation fortement développées, ainsi que par l'absence d'obstacles géographiques naturels notables qui peuvent être autant de facteurs géographiques impactant sur les distances de déplacements.

Bien qu'un rattrapage soit en cours depuis quelques années, le Nord – Pas-de-Calais se singularise d'une part par le médiocre état de santé de sa population, et d'autre part par des déséquilibres spécifiques en matière de démographie médicale (manque de spécialistes, offre hospitalière restreinte). Il importe de comprendre pourquoi la rareté de l'offre de soins s'est maintenue, voire creusée, tandis que les besoins étaient importants.

### Représentation de la Proximité dans les choix de recours hospitaliers des ménages

Selon la *géographie comportementaliste*, l'influence de la distance varie en fonction de l'utilité que la personne attribue au lieu vers lequel elle se déplace ou peut se déplacer. Le choix d'un individu en matière de recours hospitalier n'est pas nécessairement celui du service le plus proche. Il est basé sur l'utilité-attractivité ; le rapport entre la distance, la qualité des services offerts, l'accessibilité, la réputation... En cela, la perception de la distance relève des *représentations* des personnes.

Selon les déclarations des ménages, la proximité est le 3<sup>ème</sup> motif de recours à un établissement hospitalier (après la réputation : 68 % et l'avis médical : 32 %) quel que soit le Bassin de vie. Par contre, si l'on s'attache à la zone d'habitation des personnes, on remarque que les ménages résidant dans une commune rurale sous-déclarent (23 % contre 30 %) le critère de proximité. Il semble logique que lorsque l'on se trouve loin d'une structure hospitalière, on ne la choisit pas parce qu'elle est proche, mais pour d'autres motifs. En outre, moins on dispose de véhicule particulier, plus le choix de l'établissement est influencé par la proximité. L'analyse par PCS (Professions et Catégories Sociales) laisse apparaître que ce sont les groupes dits "inférieurs" (employés, ouvriers, inactifs) qui ont tendance à sur-déclarer le facteur de proximité. Les cadres, artisans, commerçants et professions intermédiaires semblent *a priori* moins sensibles à l'éloignement.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

Si l'on compare la perception du facteur "proximité" entre les recours réels (ménages ayant effectivement eu recours aux soins) et les recours supposés, on constate une sur-déclaration de ce facteur (40 %) pour les recours réels. Il semblerait donc que ce soit "au pied du mur" que la perception de la population change, qu'elle prend alors conscience qu'accéder à une structure proche présente un certain nombre de facilités.

La déclaration de l'importance du facteur "proximité" varie en fonction des motifs de recours aux soins. En ce qui concerne les maternités, 42 % des ménages signalent la proximité comme facteur de choix, au détriment de la recommandation médicale (parallèlement le facteur "réputation" se maintient et l'"accueil-confort" augmente). Pour ce qui est des fractures, motif de recours aux soins relevant des urgences, un grand nombre de ménages estime devoir se rendre vers l'un des établissements les plus proches, sans s'enquérir des conseils de son médecin. Dans ce cas, la proximité (53 %) est presque autant citée que la réputation (58 %). En matière de cancer et de chirurgie cardiaque, l'avis médical compte plus que la proximité.

### Distances

Les distances (converties en minutes de déplacement) sont calculées selon les comportements de la population.

#### RECOURS HOSPITALIERS

##### Variabilités géographique et sociale

Le temps d'accès effectif est fonction du type de commune.

Dans tous les Bassins de vie, les temps de recours aux soins des personnes résidant dans un pôle urbain sont faibles (entre 5,30 et 6,00 minutes, et seulement 3 minutes dans le Littoral). Ce sont les communes péri-urbaines qui connaissent les plus fortes variations (de 11 minutes dans la Métropole à près de 16 minutes dans l'Artois). Les habitants des communes rurales se trouvent

plus éloignés dans tous les Bassins de vie, *a fortiori* une fois de plus dans l'Artois.

De très nettes différences sociales d'un Bassin de vie à l'autre se dessinent dans les distances de recours ; ce qui signifie que les inégalités sociales de recours se modifient en fonction des espaces, des cadres de vie. Les déplacements des artisans et commerçants varient par exemple de 0 minute en Métropole (résidence dans la même commune que l'établissement hospitalier fréquenté) à 7,30 minutes dans le Hainaut.

Les temps de déplacement des cadres et professions intellectuelles supérieures sont brefs dans tous les Bassins de vie, exception faite du Hainaut. Ceci s'explique sans doute par la présence de structures de soins hospitaliers dans la commune où ils résident. Les employés, ouvriers et inactifs se déplacent généralement davantage mais essentiellement dans l'Artois, et dans une moindre mesure dans le Hainaut.

##### Temps de recours, attention et état de santé

Les personnes "faisant attention à leur santé" ont recours à des structures hospitalières plus éloignées que celles qui n'y accordent pas la même importance. C'est dans l'Artois que la différence entre les deux groupes est la plus grande : 8,42 minutes *versus* 4,85 minutes. Lorsque l'on examine les réponses en fonction de l'état de santé déclaré des personnes, l'instabilité des temps de recours aux soins est systématique. C'est pourquoi l'état de santé ne semble pas un facteur d'explication des temps de déplacement en cas de recours aux soins hospitaliers.

##### Temps de recours et type de soins

L'offre de soins a pour sa part une grande influence sur les temps d'accès et les comportements des personnes. La concentration géographique de l'offre pour les soins chirurgicaux semble, dans tous les Bassins de vie, un facteur particulièrement influent.

Contrairement à la dispersion géographique et à la densité de l'offre de soins hospitalière qui caractérisent la Métropole, les temps de recours n'y sont pas significativement plus faibles.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### RECOURS AUX SPÉCIALISTES

La réduction des temps de recours moyens entre soins de ville et soins hospitaliers, est sans doute la fait de la dispersion et de la densité de l'offre. Cependant, cette diminution des distances est inégale entre les Bassins de vie, et entre les différents groupes d'individus.

#### Variabilités géographique et sociale

Les temps de recours aux soins sont nettement plus faibles dans les pôles urbains, excepté dans le Littoral. En ce qui concerne les communes périurbaines, on remarque de fortes variations entre les Bassins de vie. Dans les communes rurales du Hainaut et du Littoral, les durées de déplacement sont inférieures à celles des communes péri-urbaines.

Les PCS dites "supérieures" ont tendance à avoir des temps de recours aux soins spécialisés inférieurs ; tout particulièrement dans l'Artois, le Littoral et la Métropole. Ouvriers, professions intermédiaires et employés ont dans l'Artois, des durées de recours élevées. Pour les bénéficiaires du régime Minier, la distance est faible dans l'Artois, où se trouve l'essentiel de cette population qui dispose dans ce Bassin de vie d'une offre sectorisée.

#### Temps de recours et types de soins

Ce sont les habitants du Hainaut qui sont en règle générale sensiblement les plus éloignés de leurs spécialistes. Mais les différences régionales sont très réduites.

### NON-RECOURS AUX SOINS, DISTANCES ET PROXIMITÉ

#### La distance n'est pas un obstacle

Il n'existe pas, en moyenne et pour le recours à l'hospitalisation, d'"effet barrière" dans le Nord – Pas-de-Calais (ou tout du moins cet effet ne peut être démontré), car les personnes qui ont effectivement eu recours à l'hôpital le plus proche de leur domicile se trouvaient en moyenne distants de 3,83

minutes, et celles qui n'y ont pas eu recours ne se trouvaient qu'à 3,30 minutes.

Une modélisation des déplacements liés à des recours aux soins devrait intégrer plusieurs variables, et notamment les effets de la distance, les rapports entre dispersion de la population et répartition de l'offre de soins, organisation du réseau routier, transports en commun et comportements des populations, qui sont eux-mêmes la résultante de variables sociologiques.

La comparaison entre l'enquête Rhcp2s et l'Inventaire communal de l'INSEE, laisse apparaître que l'accessibilité théorique est, dans le Nord – Pas-de-Calais, inférieure à la distance moyenne parcourue.

### Conclusion

Les distances de recours aux soins ne posent pas de problèmes manifestes. Minimales, elles ne représentent sans doute pas un obstacle psychologique suffisant. En revanche, il est certain qu'il existe bien, à l'échelle de la région, des inégalités dans le recours aux soins. Mais, étant donné que les comportements de la population diffèrent selon le type de recours, il n'est pas possible d'aborder la question de manière globale.

La distance n'est pas subie ou vécue de la même manière en fonction des PCS et du type de couverture sociale des ménages. Mais, si la littérature décrit des inégalités de comportement, elles n'ont pas exactement les mêmes manifestations dans le Nord – Pas-de-Calais. Il est envisageable que la répartition géographique de l'offre de soins, qui correspond très souvent aux zones d'habitat des PCS favorisées, modifie les comportements sociaux classiquement décrits. En effet, les cadres de la région n'ont sans doute pas à parcourir de longs trajets puisque l'offre hospitalière et de médecine de ville spécialisée se situe très souvent dans leur commune de résidence.



## Proximité

Les phénomènes relevant de la proximité ou de la distance, ne sont pas uniquement décrits comme des processus régis par des règles mathématiques.

La géographie comportementaliste (*behavioriste*) ne considère pas les individus et les populations comme des hommes-machines, des êtres statistiques parfaitement rationnels<sup>1</sup>. Elle met en avant la diversité des comportements individuels.

En cela, l'influence de la distance varie selon eux en fonction de l'utilité subjective que la personne attribue à chaque centre vers lequel elle se déplace ou peut se déplacer. Chaque individu, en effet, n'effectue pas nécessairement le choix rigide du service le plus proche, mais un choix fondé sur l'utilité-attractivité, en fonction de sa perception de la *friction* de la distance, de la qualité des services offerts, de l'accessibilité, de l'apparence, de l'ambiance et de la réputation<sup>2</sup>. Chaque personne ou chaque famille, selon cette *école*, n'est pas une particule inerte, immatériellement attirée par des forces de gravitation, mais une personne réalisant un arbitrage entre minimisation du trajet et attraction d'un centre plus important offrant plus d'avantages.

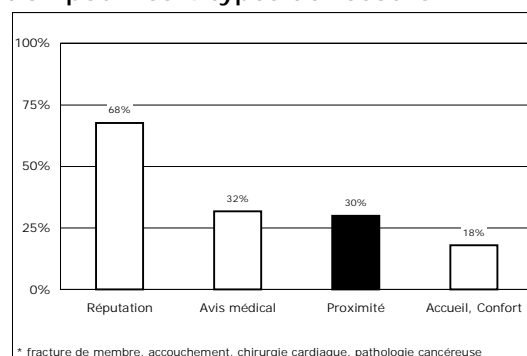
En cela, la perception de la distance relève des *représentations* des personnes, ménages et divers groupes constituant la population d'une région.

### Représentation de la proximité de la population dans les choix de recours hospitaliers des ménages

Comment la proximité est-elle perçue par les ménages du Nord – Pas-de-Calais ? C'est à cette question que l'enquête Rhcp2s avait cherché, entre autres points, à trouver une réponse.

### LA PROXIMITÉ, UN FACTEUR DE CHOIX SECONDAIRE

Graphique 01 : Facteurs influençant le choix de l'établissement d'hospitalisation pour les 4 types de recours\*



\* fracture de membre, accouchement, chirurgie cardiaque, pathologie cancéreuse

Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Selon les déclarations des ménages, la proximité est le troisième des quatre premiers motifs de recours à un établissement hospitalier (parmi les huit motifs de choix : proximité, réputation, coût, avis médical, accueil et confort, aucune raison et autre raison).

Il semble donc que la population du Nord - Pas-de-Calais ressente comme raison essentielle de choix, la réputation de l'établissement (68 % des ménages). Dans les représentations de la population, la qualité perçue (l'image en quelque sorte), est déterminante. La proximité se situe juste après, à quasi-égalité avec l'avis médical<sup>3</sup>.

On peut conclure qu'avant l'hospitalisation, la faible distance d'un établissement hospitalier est, pour les ménages du Nord – Pas-de-Calais, une raison presque aussi importante que les conseils prodigués par un professionnel de santé. La qualité de l'accueil et le confort viennent, quant à eux, en dernier rang (presque aucun autre motif de choix n'ayant été déclaré).

<sup>3</sup> Cette même constatation a été faite par Mahon *et alli* en 1992. Mahon A, Wilkin D, Whitehouse C. Patient choice to the hospital referral system : patients choice of hospital and attitudes to travel. In Actes du Colloque européen "De l'analyse économique aux politiques de santé". Paris, 16-18 décembre 1992. Paris : CREDES ; 201-204.

<sup>1</sup> Baudelle G. *Géographie du peuplement*. Paris : Armand Colin, 2000 ; 92 p.

<sup>2</sup> Baudelle G. 2000. *Op.cit.*

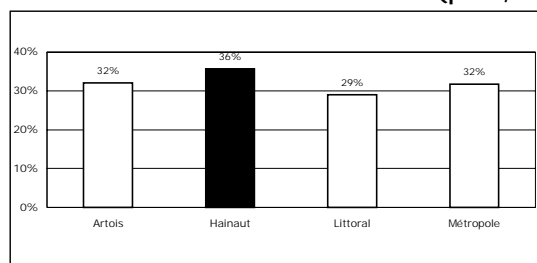
## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### DES INÉGALITÉS TERRITORIALES RELATIVEMENT PEU MARQUÉES

La variabilité des représentations de la proximité comme facteur de choix parmi les ménages, est relativement faible (les différences statistiques ne sont pas significatives).

Les déclarations des Bassins de vie (voir carte plus loin) sont toutes proches de la moyenne globale. La perception de la distance n'est donc pas, comme on aurait pu logiquement s'y attendre, moins déclarée dans la Métropole (où les distances d'accès devraient être *a priori* plus faibles) ni surdéclarée dans le Bassin de vie du Littoral. Ceci peut certes résulter d'une erreur d'appréciation de la part des ménages eux-mêmes, ou être le fruit de comportements de contournement de la structure de soins la plus proche (dans la Métropole), et l'effet du drainage de population par réduction des temps de transports (dans le Bassin de vie du Littoral qui bénéficiait, à l'époque de l'enquête, d'une armature autoroutière déjà massivement utilisée).

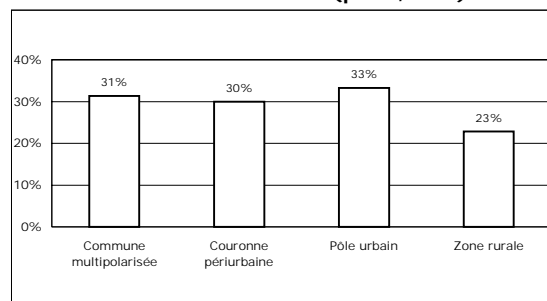
### Graphique 02 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier, selon le Bassin de vie du domicile (p=0,11)



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les réponses exprimées, analysées en fonction de la zone d'habitation des personnes (définie par l'INSEE pour l'année 1995), font sans doute mieux encore apparaître les motifs de déclaration. En effet, si les ménages des pôles urbains, des couronnes périurbaines et des communes multipolarisées maintiennent un taux de déclaration très proche de l'ensemble des répondants, les ménages résidant dans une commune rurale sous-déclarent très nettement (23 % contre 30 %) le critère de proximité.

### Graphique 03 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier, selon la zone d'habitation (p<0,003)



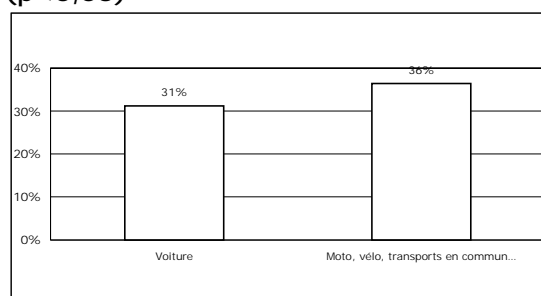
Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Il semble donc que le motif de proximité tende à être sous-déclaré lorsque l'éloignement existe. Ainsi, les réponses formulées par les ménages sont-elles, dans une large mesure, logiques : *lorsque l'on se trouve loin d'une structure hospitalière, on ne la choisit pas parce qu'elle est proche mais pour d'autres motifs*. Il en va probablement de même pour les réponses apportées dans le Bassin de vie du Littoral. Il est difficile de trancher. Ce point sera de nouveau abordé plus loin.

### LES REPRÉSENTATIONS CHANGENT AVEC LES MOYENS DE TRANSPORTS

Les ménages disposant d'une voiture perçoivent le motif "proximité" dans des proportions strictement comparables à l'ensemble de la population. Cependant lorsqu'ils ne disposent pas de véhicule, ce facteur s'accroît significativement (36 % contre 31 %).

### Graphique 04 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier, selon le moyen de locomotion du ménage (p<0,03)



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

Là encore, les déclarations des ménages (que nous considérons comme révélatrices de représentations), font preuve d'une logique évidente. Moins on dispose de véhicule particulier, plus le choix de l'établissement est influencé par la proximité.

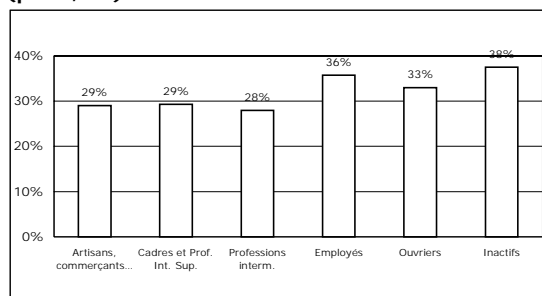
### Variables sociales

Les inégalités sociales d'accès et de recours aux soins sont l'une des thématiques les plus connues et les plus étudiées en France comme dans le reste des pays développés<sup>1</sup>.

Dans l'enquête Rhcp2s, de notables inégalités de déclaration à l'égard de l'item "proximité" peuvent être relevées. Ainsi, en fonction des Professions et Catégories Sociales -PCS- définies par l'INSEE, ce sont les groupes dits "inférieurs", qui ont tendance à surdéclarer ce facteur (employés 36 %, ouvriers 33 % et inactifs 38 %). Les cadres, les artisans et commerçants, ainsi que les professions intermédiaires semblent, *a priori*, moins sensibles à l'éloignement dans leurs motifs de choix.

Ce phénomène se retrouve lorsque l'on examine les réponses en fonction de l'activité des personnes de référence des ménages ; les chômeurs surdéclarant sensiblement plus (35 %) que les actifs. Il est à noter que l'impact de l'âge est sans doute relativement faible. En effet, ce sont les retraités qui accordent le moins d'importance à la proximité de la structure de soins ou du professionnel auxquels ils ont pu, ou auraient pu avoir recours.

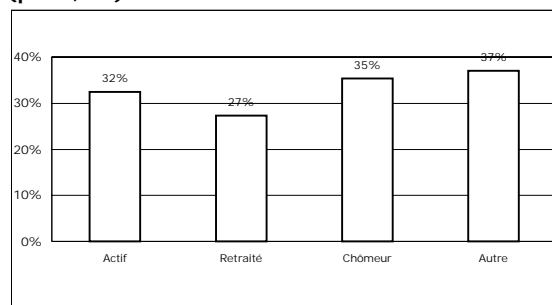
**Graphique 05 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier, selon la CSP de la personne de référence (p<0,03)**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

<sup>1</sup> Mizrahi A. *La consommation médicale*. Paris : PUF, 1982 ; 252 p.

**Graphique 06 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier, selon l'activité de la personne de référence (p<0,03)**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

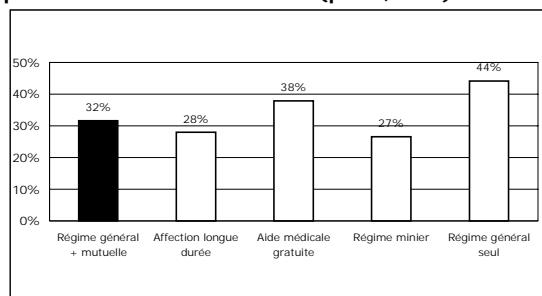
Les déclarations exploitées en fonction du régime de protection sociale vont dans le même sens. Les ménages pour lesquels la personne de référence, et par conséquent la quasi-totalité des membres de la famille, bénéficient du régime général d'assurance maladie ET d'une mutuelle, n'accordent que pour 32 % d'entre eux une relative importance à la proximité. Lorsque la mutuelle est absente, la proportion atteint le maximum de 44 %.

Il est à signaler que les ménages qui bénéficiaient de l'Aide Médicale Gratuite (l'enquête ayant été menée avant l'instauration de la Couverture Médicale Universelle) considèrent, à 38 %, que la proximité est l'un des trois principaux facteurs guidant leur choix. A l'inverse, les ménages dans lesquels le régime minier de protection sociale est présent, n'accordent qu'à 28 % une importance relative à l'éloignement. Il faut sans doute voir dans cette sous-déclaration les effets du dispositif minier de soins<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Lacoste O, Spinosi L, Declercq C et alii. *L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1996 ; 191 p.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 07 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier, selon le régime de protection sociale de la personne de référence (p<0,005)**



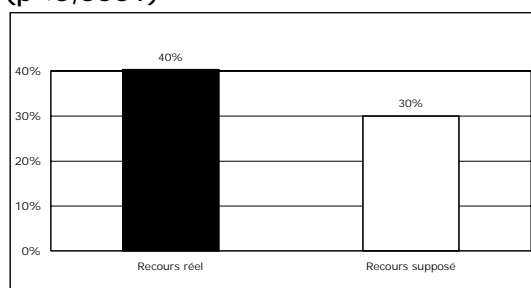
Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

### RECOURS RÉEL ET RECOURS SUPPOSÉ : AU PIED DU MUR

La comparaison de la perception du facteur "proximité" entre les recours réels (ménages ayant effectivement eu recours aux soins) et les recours supposés, est intéressante. On constate en effet une surdéclaration de la proximité (40 % contre 30 %) pour les recours réels.

Ceci implique à nouveau que ce motif de choix est perçu dans les cas concrets de recours aux soins ; tout comme il est avancé lorsque les moyens de transports individuels manquent ou que l'offre est plus éloignée.

**Graphique 08 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier, selon que le recours est réel ou supposé (p<0,0001)**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Dans une certaine mesure, c'est donc *au pied du mur*, que la perception de la population change. Il semblerait que celle-ci se représente moins clairement que pouvoir accéder à une structure proche induit un certain nombre de facilités concrètes, ou que les ménages n'ayant pas eu à recourir aux soins préféreraient a

*priori* recourir à des établissements réputés ou conseillés sur avis médical.

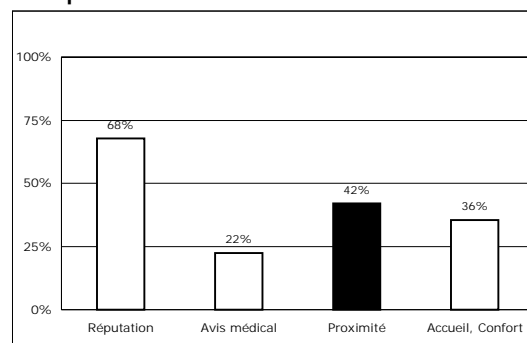
### EN FONCTION DES MOTIFS DE RECOURS

La déclaration de l'importance du facteur "proximité" varie bien sûr en fonction des motifs de recours aux soins.

#### Des maternités proches, choisies sans avis médical

Classiquement, le choix de la maternité est avant tout le fait des ménages eux-mêmes, et l'aire d'attraction des maternités est, traditionnellement et en moyenne, l'une des moins étendues<sup>1</sup>.

**Graphique 09 : Facteurs influençant le choix de l'établissement d'hospitalisation pour un accouchement**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

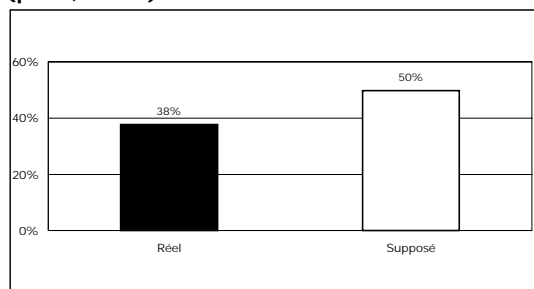
Dans les faits cette notion se confirme, puisque 42 % des ménages signalent la proximité comme facteur de choix, contre 30 % seulement pour la moyenne des 4 motifs de recours aux soins. Il est intéressant de noter que cette augmentation du choix de la proximité s'accompagne d'un abaissement de la recommandation médicale (ce qui vient confirmer ce qui précède), d'un maintien du facteur "réputation" et d'une augmentation très sensible de l'item "accueil-confort".

Tout fonctionne comme si la maternité, dans les représentations des ménages, devait avoir une bonne image, ne pas être trop éloignée, offrir un cadre de qualité aux mères, aux nouveaux-nés et aux familles.

<sup>1</sup> Labasse J. *L'hôpital et la ville*. Paris : Hermann, 1980 ; 242 p.  
Lacoste O. 1994. *Op. cit.*  
Lacoste O, Sampil M, Spinosi L. 1999. *Op. cit.*

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 10 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier réel ou supposé pour un accouchement (p<0,0091)**



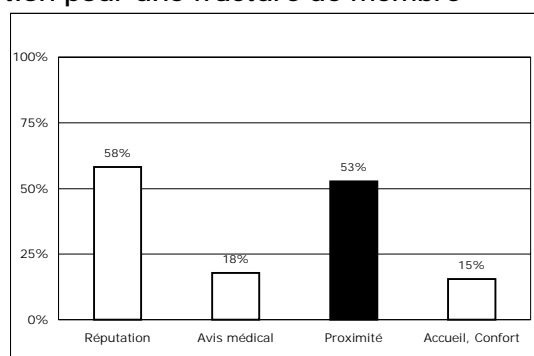
Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Il semble que le terme de "représentations" puisse définir l'opinion émise par les ménages, puisque la surdéclaration de la proximité, bien que globale, connaît son maximum dans le cas des recours supposés<sup>1</sup> ; c'est-à-dire dans les ménages n'ayant pas eu recours à une maternité dans les cinq dernières années.

### La fracture, une urgence pour la prise en charge de proximité

C'est dans le cas d'une fracture, que la proximité est l'*item* le plus souvent avancé. Ici, la proximité est quasiment autant citée que la réputation. L'avis médical (plus que l'accueil et le confort) atteint quant à lui son minimum.

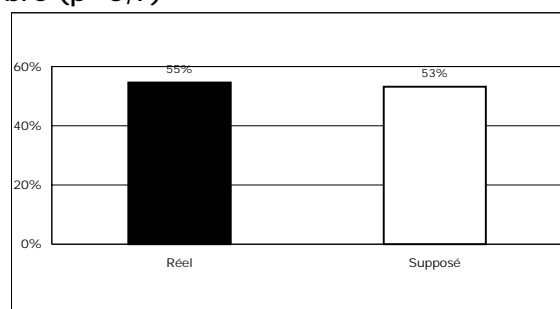
**Graphique 11 : Facteurs influençant le choix de l'établissement d'hospitalisation pour une fracture de membre**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Cette distribution des réponses est très informative puisqu'elle porte sur un motif de recours aux soins relevant des urgences. Il est patent qu'un grand nombre de ménages estime devoir se rendre vers l'un des établissements les plus proches, sans s'enquérir des conseils de son médecin.

**Graphique 12 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier réel ou supposé pour une fracture de membre (p=0,7)**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

L'absence de différence statistiquement significative renforce la vraisemblance de l'hypothèse. Ici, ce qui serait fait en cas de fracture d'un membre supérieur, correspond presque exactement à ce qui a été fait par d'autres ménages.

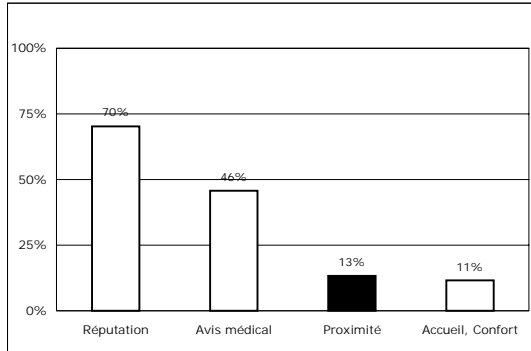
### Cancer et chirurgie cardiaque : l'avis médical compte plus que la proximité

Dans le cas où une pathologie cancéreuse devrait être prise en charge, ou qu'il s'avèrerait nécessaire de bénéficier d'une intervention de chirurgie cardiaque, le facteur de proximité s'effondre considérablement. Il est à remarquer que cette baisse ne s'accompagne pas d'une élévation du facteur "réputation", globalement déjà très élevé, mais de la forte montée de l'"avis médical".

<sup>1</sup> La différence entre recours réels et supposés est statistiquement significative.

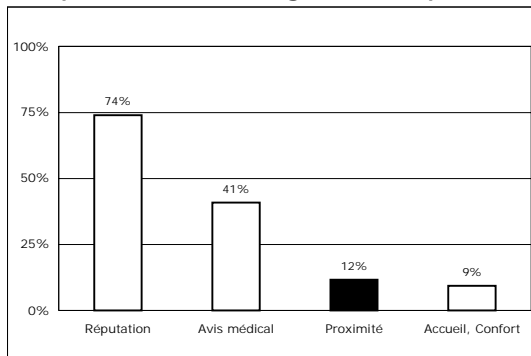
## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 13 : Facteurs influençant le choix de l'établissement d'hospitalisation pour une pathologie cancéreuse**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

**Graphique 14 : Facteurs influençant le choix de l'établissement d'hospitalisation pour de la chirurgie cardiaque**



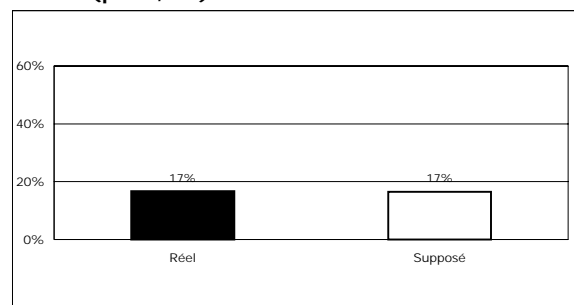
Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les choix exprimés par les ménages apparaissent fort logiques, et montrent une connaissance du fonctionnement du système de santé ; connaissance peut-être étonnante pour beaucoup de personnes qualifiées ou de professionnels de Santé Publique. En effet, la fonction de conseil, le rôle "d'agent" que les professions de santé et plus encore le médecin généraliste peuvent avoir auprès de la population, apparaissent ici très clairement ressentis dans les ménages rencontrés (comme nous l'avions précédemment souligné dans les autres extractions publiées de Rhcp2s).

La complémentarité des segments, au sein du système de soins, se marque donc à l'éviden-

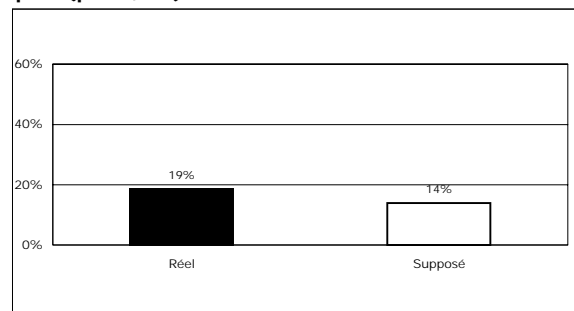
ce par des "effets passerelle" très explicites lorsque le motif de soins appelle une spécialisation élevée de la prise en charge impliquant une connaissance concrète mais détaillée des types de soins offerts à la population.

**Graphique 15 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier réel ou supposé pour une pathologie cancéreuse (p=0,98)**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

**Graphique 16 : Importance du facteur de proximité dans le recours hospitalier réel ou supposé pour de la chirurgie cardiaque (p=0,41)**

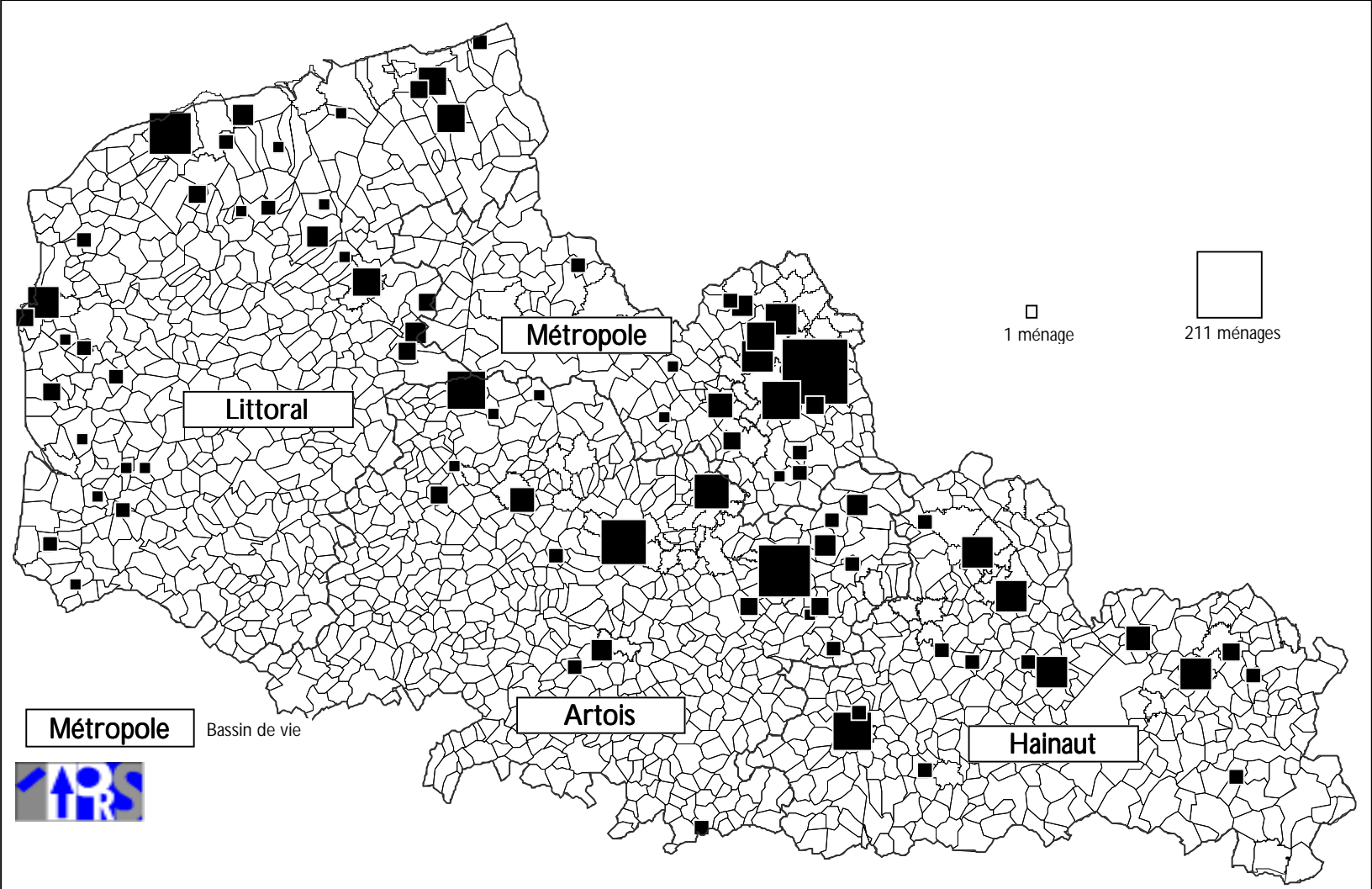


Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

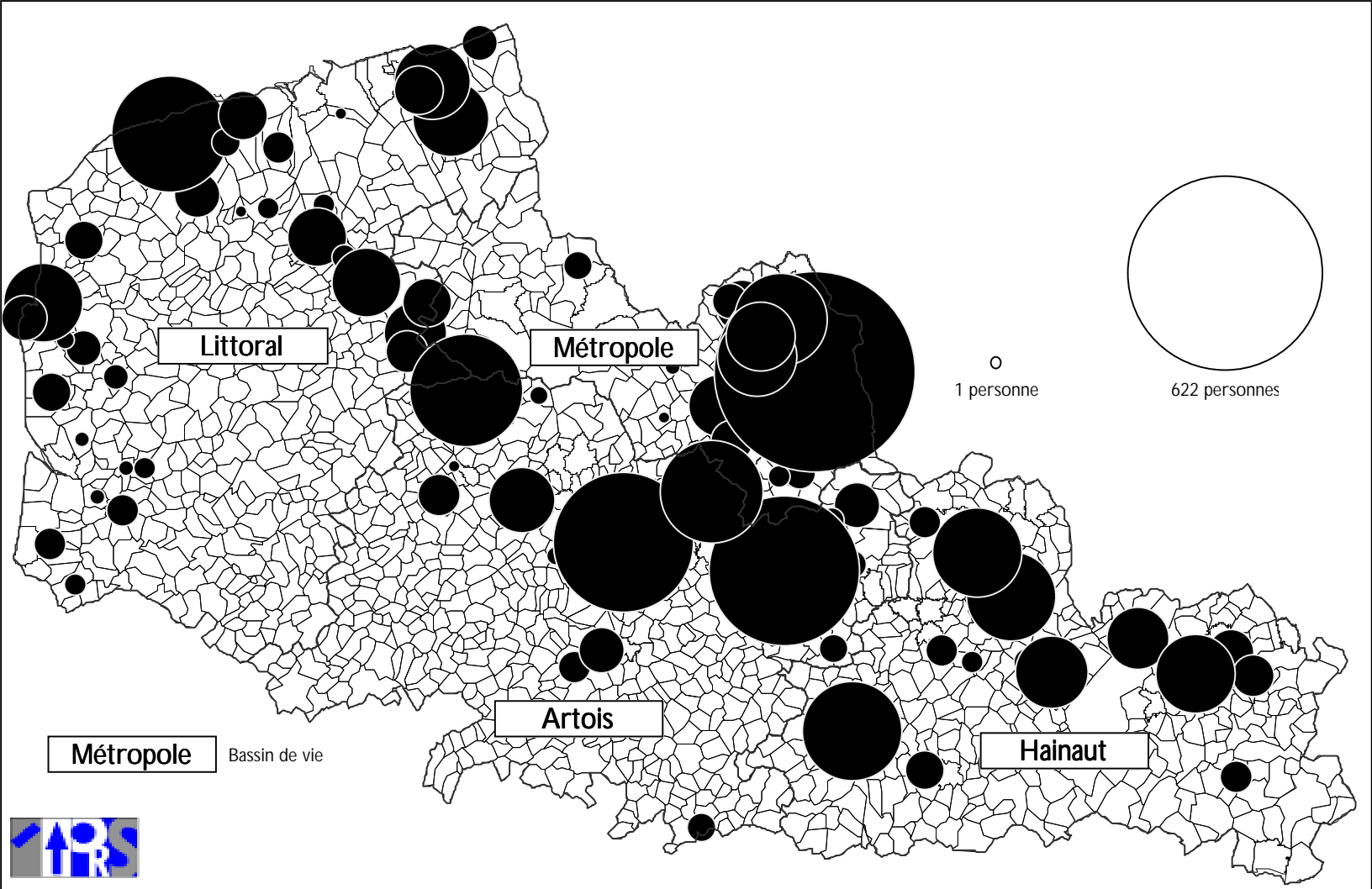
L'adaptation des *représentations* de la population au fonctionnement du système de soins est si complète, dans le cas des deux motifs de recours aux soins, que l'on ne relève aucune différence sensible entre les recours réels et les recours supposés.



Enquête Rhcp2s : Répartition des ménages



Enquête Rhcp2s : Répartition des personnes





## *Distances*

L'analyse des distances parcourues ne se prête pas à la description de représentations comme celles décrites au chapitre précédent. L'examen des temps de déplacement en jeu lors des recours aux soins se fonde essentiellement sur la description de comportements réels.

Les distances (converties en minutes de déplacement) ne sont donc pas théoriques, et sont quantifiées en fonction du comportement de la population. Les phénomènes décrits ne relèvent donc, ni de l'accessibilité, ni de l'attraction ; ils relèvent pleinement du recours aux soins, et permettent d'aborder les arbitrages et les choix, trop méconnus, que les habitants réalisent volontairement ou involontairement, consciemment ou inconsciemment.

### **Recours hospitalier**

L'enquête Rhcp2s comprend deux questionnaires renseignés pour chacune des personnes présentes dans un ménage, portant l'un sur les hospitalisations effectives intervenues au cours des deux dernières années, l'autre sur les recours à la médecine spécialisée intervenus dans la dernière année.

Plus que la valeur des temps de déplacement en elle-même, ce qui retient l'attention est bien la variabilité des temps d'accès, exprimés pour chacun des Bassins de vie en fonction des différents *items* retenus.

### **VARIABILITÉ GÉOGRAPHIQUE**

Le temps d'accès effectif lors d'une hospitalisation suit une progression logique en fonction des types de communes (Zonage en Aires Urbaines) définis par l'INSEE. Partout, dans l'ensemble des Bassins de vie, les temps de recours aux soins des personnes résidant dans un pôle urbain sont particulièrement faibles. Ils fluctuent très faiblement entre 5,30 minutes et 6,00 minutes ; exception faite du Bassin de vie Littoral (3 minutes seulement), où les concentrations de population s'opposent fortement à la moyenne du secteur, et où les effets du réseau autoroutier déjà cités induisent de très notables réductions des temps d'accès.

Ce sont, avant tout, les communes périurbaines<sup>1</sup> qui connaissent les plus fortes variations en terme de temps de recours. Les habitants des communes périurbaines du Hainaut ou du Littoral sont distants de 13 minutes des établissements hospitaliers. Tandis que ce trajet tombe à 11 minutes dans la Métropole, il s'élève à près de 16 minutes dans l'Artois.

Les habitants des communes rurales ayant eu recours à l'hospitalisation se trouvent, logiquement, plus éloignés dans tous les Bassins de vie. Toutefois, les habitants de l'Artois doivent composer avec des temps d'accès une fois encore supérieurs<sup>2</sup> à ceux des autres Bassins de vie.

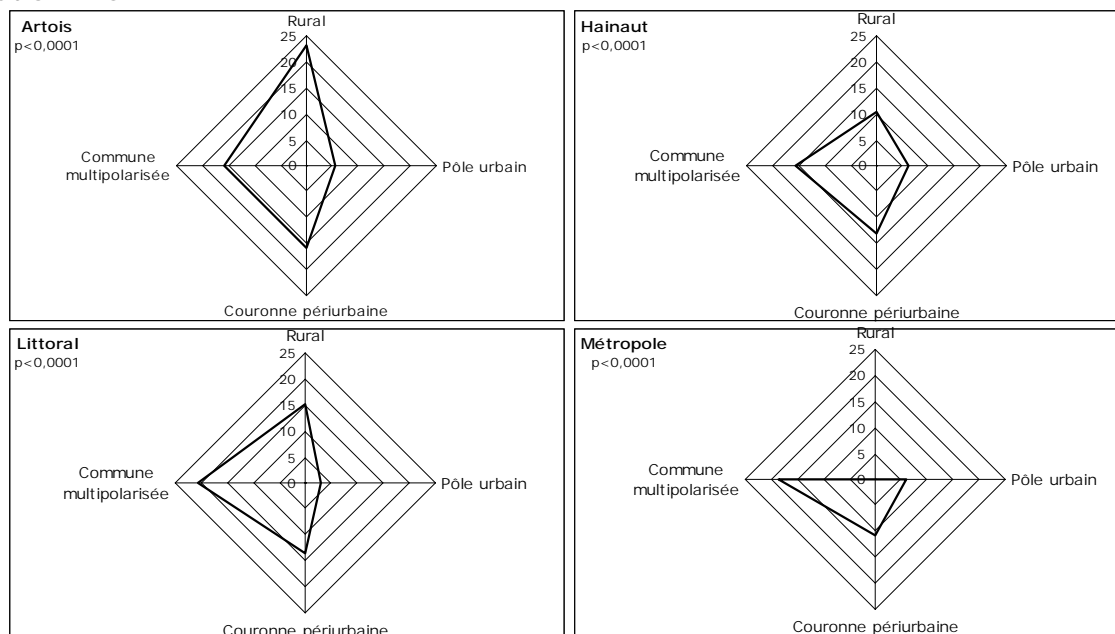
Il semble donc que l'Artois soit le Bassin de vie dans lequel les temps d'accès à l'hospitalisation sont éventuellement les plus problématiques. Si l'on peut ici invoquer les effets induits et conjoints de la dispersion des populations, ainsi qu'une desserte routière moins dense qu'ailleurs (surtout sensible en contexte rural), on ne peut invoquer les mêmes hypothèses dans le cas du périurbain ; puisque celui-ci est, dans l'Artois, moins éloigné des sites hospitaliers que celui du Littoral et plus encore du Hainaut.

<sup>1</sup> Le nombre de communes multipolarisées étant faible, les scores obtenus ne sont pas suffisamment stables pour être commentés.

<sup>2</sup> Le Bassin de vie Métropole ne compte aucune commune rurale.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 17 : Temps de recours aux établissements hospitaliers, par zone d'habitation INSEE**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

### VARIABILITÉ SOCIALE

De très nettes différences sociales se dessinent dans les distances de recours. Dans une certaine mesure, celles-ci font écho aux inégalités observées dans les représentations décrites antérieurement par l'examen du facteur "proximité" invoqué par les ménages. Mais ici, ces divergences se marquent inégalement d'un Bassin de vie à l'autre ; ce qui signifie que les inégalités sociales de recours se modifient en fonction des espaces, des cadres de vie.

En effet, les déplacements des artisans et commerçants varient par exemple de 0 minute en Métropole (résidence dans la même commune que de l'établissement hospitalier fréquenté) à 7,30 minutes dans le Hainaut.

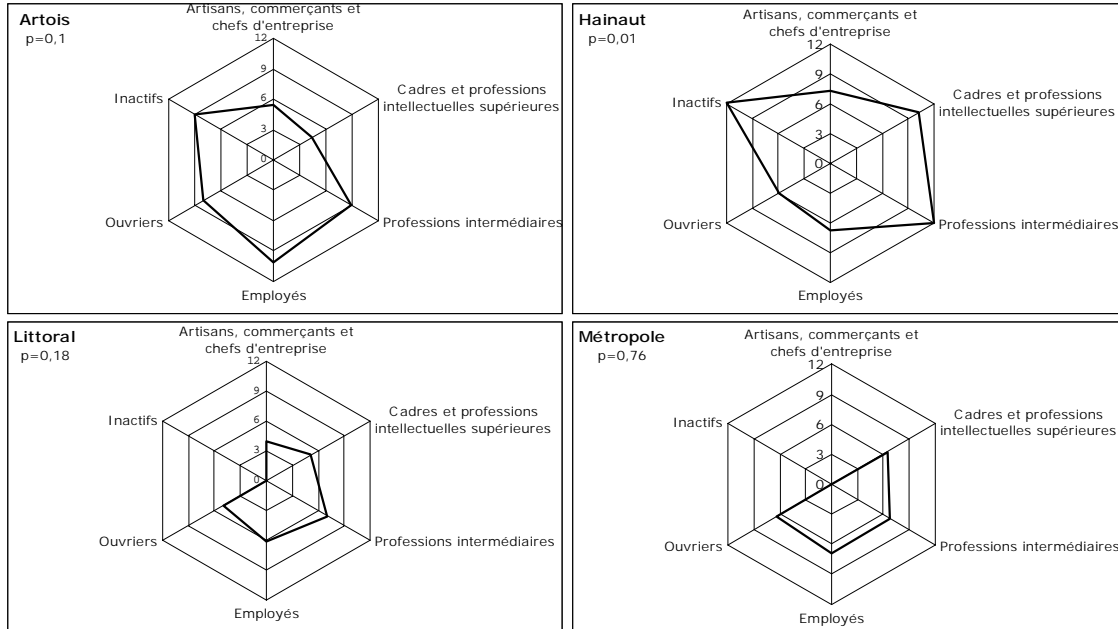
Les cadres et professions intellectuelles supérieures (répétées dans la littérature nationale<sup>1</sup> pour leur temps de déplacement plus long que les autres PCS), n'adoptent ce comportement standard que dans le Hainaut (10,3 minutes). Ailleurs, leurs trajets sont particulièrement brefs lorsqu'ils ont recours à l'hospitalisation. Il est probable que ce comportement s'explique par des lieux de résidence se trouvant dans des communes aisées, dotées de structures de soins hospitaliers.

A l'opposé de l'échelle sociale, les employés, les ouvriers ou les inactifs se déplacent généralement davantage, mais essentiellement dans l'Artois et dans une moindre mesure dans le Hainaut ; le Littoral et la Métropole constituant des cadres de vie plus favorables à de moindres déplacements.

<sup>1</sup> Tonnellier F, Vigneron E. 1999. *Op. cit.*

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 18 : Temps de recours aux établissements hospitaliers, selon la Catégorie Socio-Professionnelle de la personne de référence du ménage**

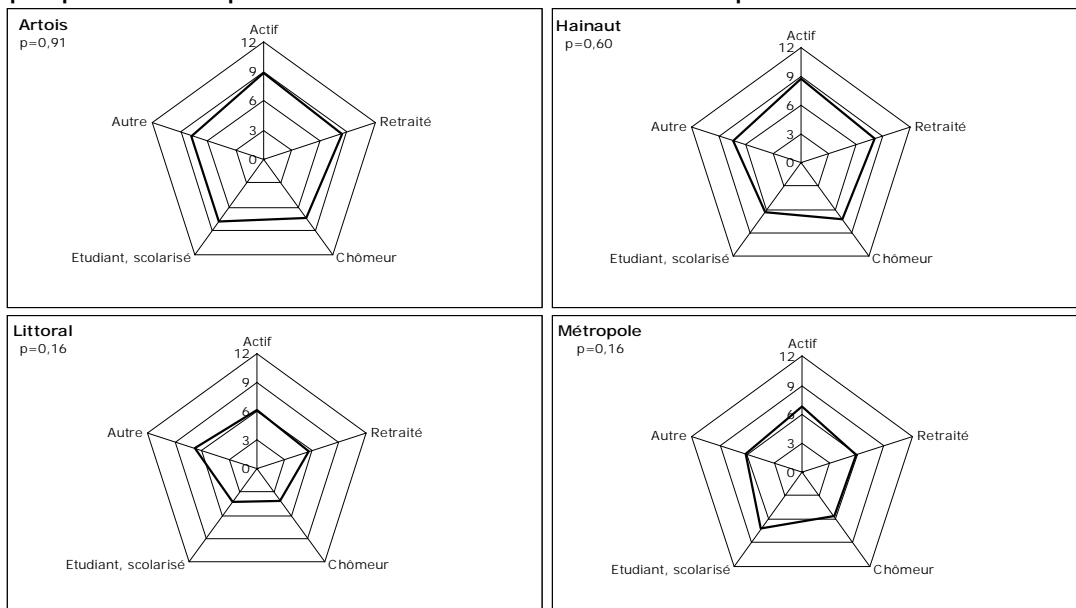


Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Pour ce qui est de l'activité, tous les actifs ainsi que les étudiants et élèves scolarisés se caractérisent par des déplacements plus

longs que les autres, et ce, quel que soit le Bassin de vie de résidence.

**Graphique 19 : Temps de recours aux établissements hospitaliers selon l'activité**



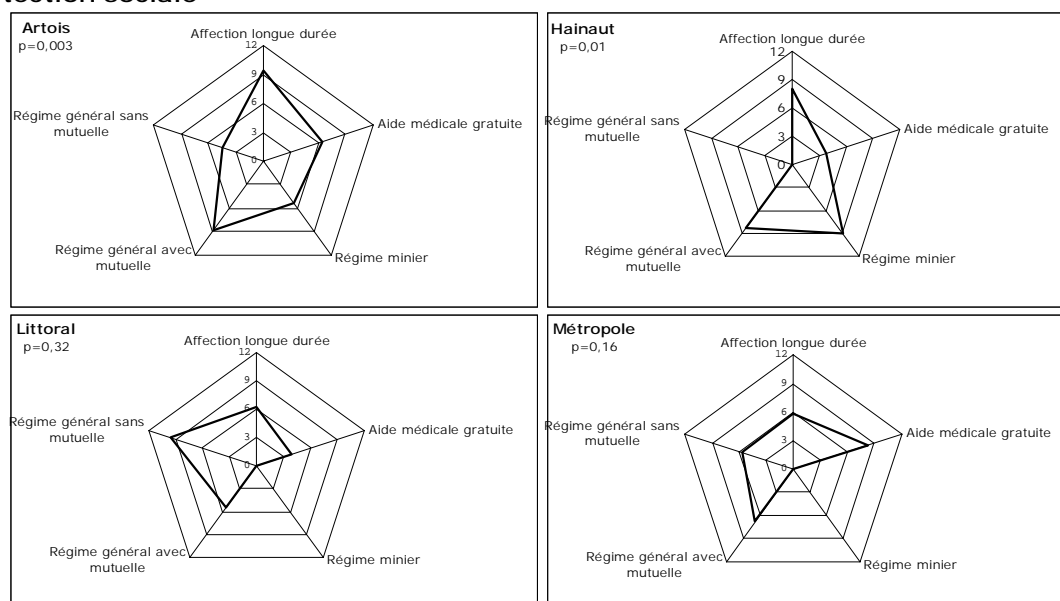
Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

Enfin, bien qu'il existe de fortes variations en fonction des Bassins de vie, les personnes bénéficiant du régime général d'assurance maladie ET d'une mutuelle, ainsi que celles étant reconnues en Affection de Longue Durée, sont les personnes qui, pour des motifs différents sans doute (niveau de revenus

supérieurs pour les unes et nécessité de recourir à des établissements plus éloignés en raison d'un état de santé dégradé pour les autres), adoptent des comportements impliquant des temps de déplacement plus longs que les autres.

**Graphique 20 : Temps de recours aux établissements hospitaliers selon le régime de protection sociale**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

### TEMPS DE RECOURS, ATTENTION ET ÉTAT DE SANTÉ

L'éloignement ou la durée des déplacements varient-ils en fonction de la sensibilité des personnes à l'égard de leur santé ? L'importance accordée à la santé peut provenir de plusieurs facteurs. Mais les deux facteurs principaux sont, sans doute, l'état de santé de la personne elle-même et l'attitude que celle-ci déclare avoir, globalement, vis-à-vis de la santé. Ces deux points ont été abordés par l'enquête.

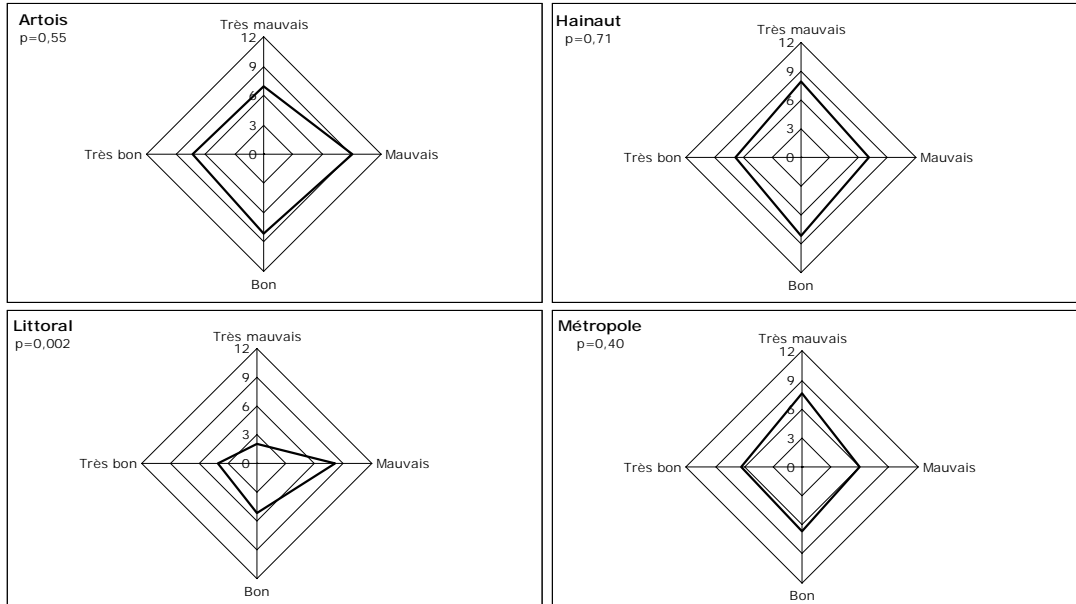
Dans trois Bassins de vie sur quatre, les personnes "faisant attention à leur santé" ont recours à des structures hospitalières plus éloignées que les individus n'y accordant pas la même importance. L'Artois est le Bassin de vie dans lequel l'écart entre les deux groupes d'individus est le plus grand (8,42 minutes

versus 4,85 minutes). Le différentiel est également notable pour le Littoral (6,33 minutes versus 3,58 minutes). La Métropole enfin, est le seul territoire dans lequel les personnes peu vigilantes à l'égard de leur état de santé, ont des temps de recours aux soins supérieurs (mais de peu) au groupe attentif.

Ces différences semblent principalement s'expliquer par une inégale attitude vis-à-vis de la santé, puisque lorsque l'on examine les réponses en fonction de l'état de santé déclaré des personnes, l'instabilité des temps de recours aux soins est systématique. L'état de santé ne semble donc pas être un facteur d'explication des temps de déplacement en cas de recours aux soins hospitaliers.

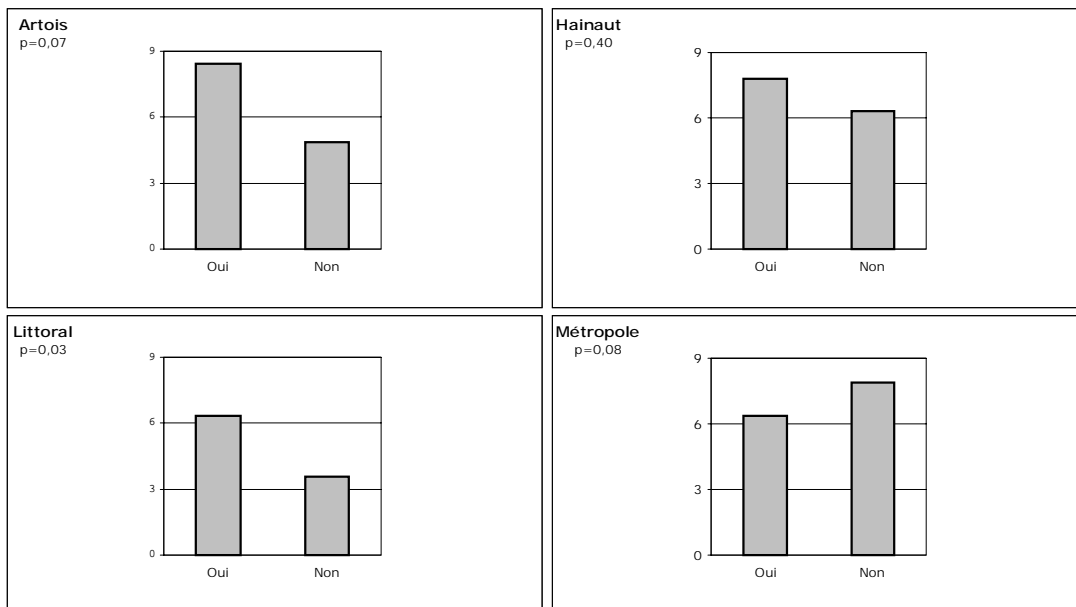
## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 21 : Temps de recours aux établissements hospitaliers selon la perception de l'état de santé**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

**Graphique 22 : temps de recours aux établissements hospitaliers selon l'attention portée à la santé**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

### TEMPS DE RECOURS ET TYPES DE SOINS

L'offre de soins, contrairement à ce qui vient d'être décrit à propos de l'impact de l'état de santé sur les temps de recours aux soins, a, pour sa part, une grande influence

sur les temps d'accès et sur les comportements des personnes.

En premier lieu, la concentration géographique de l'offre semble, dans le cas des temps de recours aux soins chirurgicaux, effectivement être un facteur particulièrement influ-

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

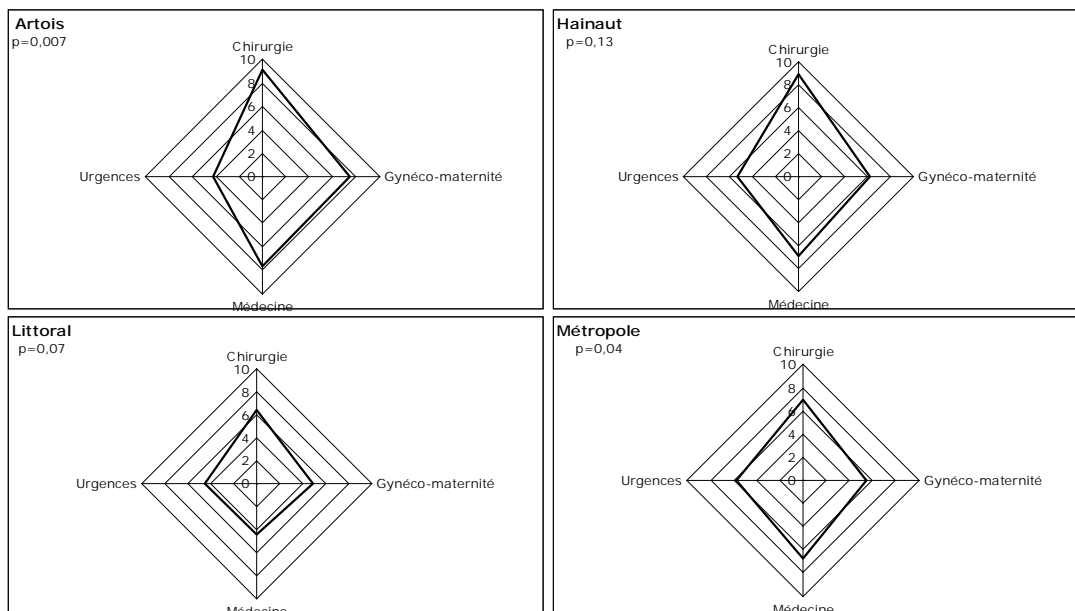
ent. Dans tous les Bassins de vie, les temps de recours dépassent d'un tiers les durées des autres types de soins ; ils varient entre 9 et 7 minutes.

A l'opposé, les temps reconstitués dans le cas de l'accès à des soins qualifiés "d'urgences" sont invariablement les plus faibles (exception faite de la Métropole) et se situent en deçà de 5,30 minutes.

Pour ce qui est des soins de médecine et de gynécologie-obstétrique, les temps de recours sont médians et forts semblables.

Enfin, on pourra noter que, contrairement à la dispersion géographique et à la densité de l'offre de soins hospitalière qui caractérise la Métropole, les temps de recours ne sont pas, dans ce Bassin de vie, significativement plus faibles que ceux du Littoral par exemple, et que la durée de déplacement en cas d'urgence déclarée y est supérieure à celle de tous les autres Bassins de vie.

**Graphique 23 : Temps de recours aux établissements hospitaliers selon la discipline du service**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

### Recours aux spécialistes

Dispersion et densités de l'offre sont très certainement les principaux responsables de la réduction des temps de recours moyens constatée dans le cas des soins de ville spécialisés par rapport aux soins hospitaliers. Cependant, cette diminution des distances de recours n'est pas systématique et régulière. Elle affecte inégalement non seulement les Bassins de vie, mais elle caractérise aussi les divers groupes d'individus selon un différentiel variable en fonction des *items* retenus.

### VARIABILITÉ GÉOGRAPHIQUE

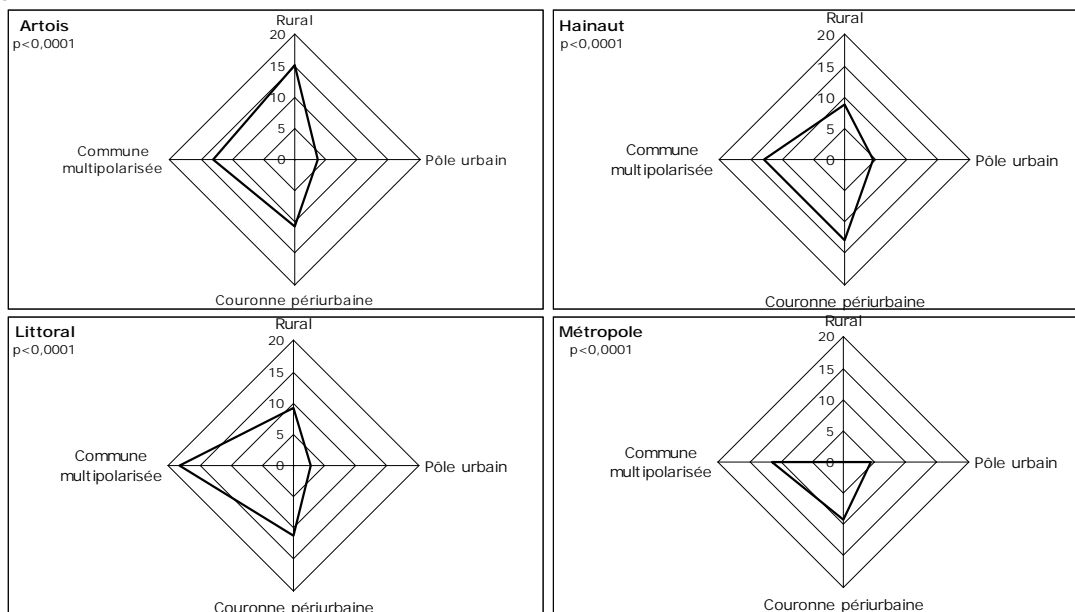
Ici encore, les habitants des pôles urbains se caractérisent par des temps de recours aux soins nettement plus faibles. Dans tous les Bassins de vie, les durées de déplacement avoisinent les 2/3 de ceux des soins hospitaliers, exception faite du Littoral (effet de la concentration de la population autour de noyaux urbains isolés ; eux-mêmes dotés d'une offre en médecine de ville spécialisée et hospitalière abondante). Dans les communes périurbaines, les phénomènes décrits dans le cas des hospitalisations restent inchangés : les variations entre Bassins de vie y sont fortes (près de 13 minutes dans le Hainaut et un peu plus de 9 dans la Métropole), les durées calculées y sont très élevées.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

En revanche, la situation dans les communes rurales est toute autre. En effet, dans les communes rurales du Hainaut et du Littoral,

les durées de déplacement sont inférieures à celles des communes périurbaines.

**Graphique 24 : Temps de recours aux médecins spécialistes selon la zone d'habitation INSEE**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

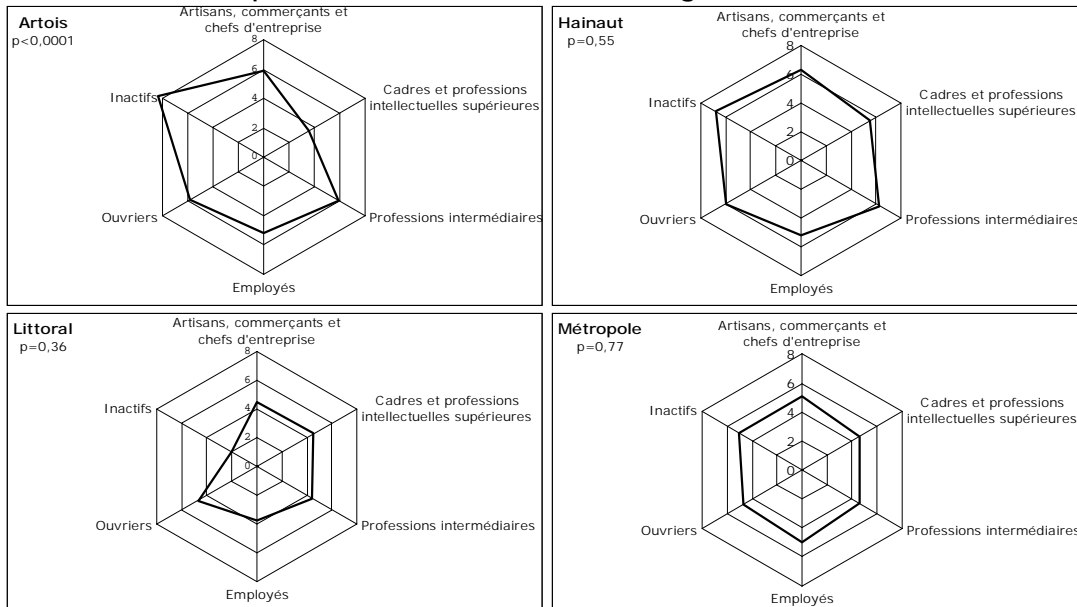
### VARIABILITÉ SOCIALE

L'inégalité sociale se retrouve et continue de se manifester différemment d'un Bassin de vie à l'autre. Certes, les notions académiques se trouvent ici relativement bien exprimées. Les PCS dites supérieures ont tendance à avoir des temps de recours aux soins spécialisés inférieurs

aux autres ; tout particulièrement dans l'Artois, le Littoral et la Métropole, et non plus dans le Hainaut. Les ouvriers, les professions intermédiaires et les employés de l'Artois ont des durées de recours élevées. Mais ces comportements ne se répètent absolument pas dans les trois autres Bassins de vie.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 25 : Temps de recours aux médecins spécialistes selon la Catégorie Socio-Professionnelle de la personne de référence du ménage**

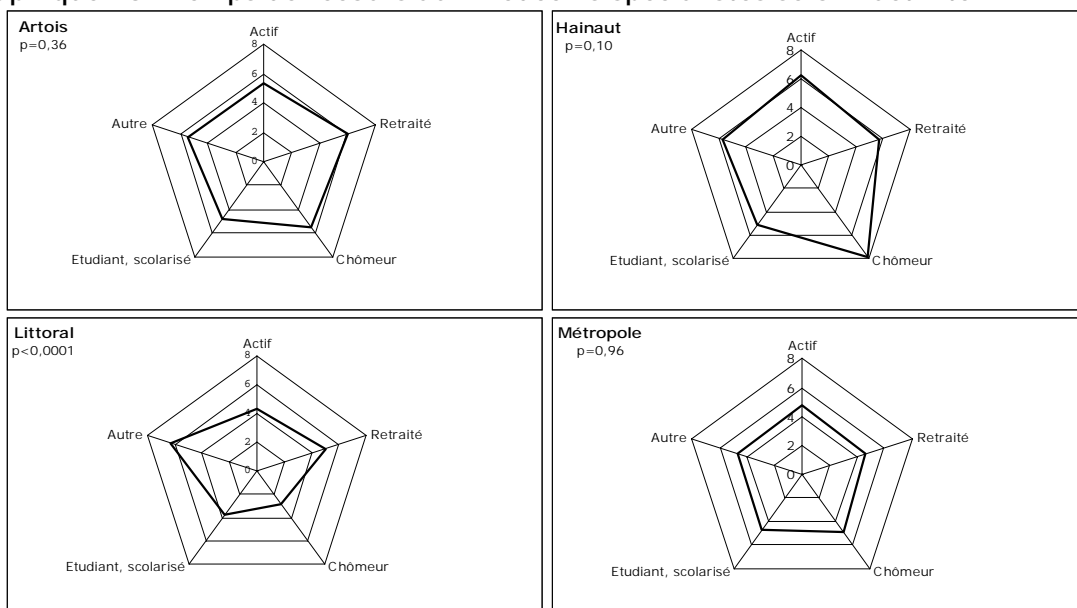


Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Dans la région, les durées de recours aux soins spécialisés des actifs ont tendance à être plus longues. Les chômeurs ont dans tous les Bassins de vie, des temps particulièrement faibles ; ce qui ne se remarque pas avec les soins hospitaliers.

Les retraités enfin, surtout lorsqu'ils résident dans l'Artois et le Hainaut, réalisent de longs trajets afin de rencontrer un médecin spécialiste.

**Graphique 26 : Temps de recours aux médecins spécialistes selon l'activité**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

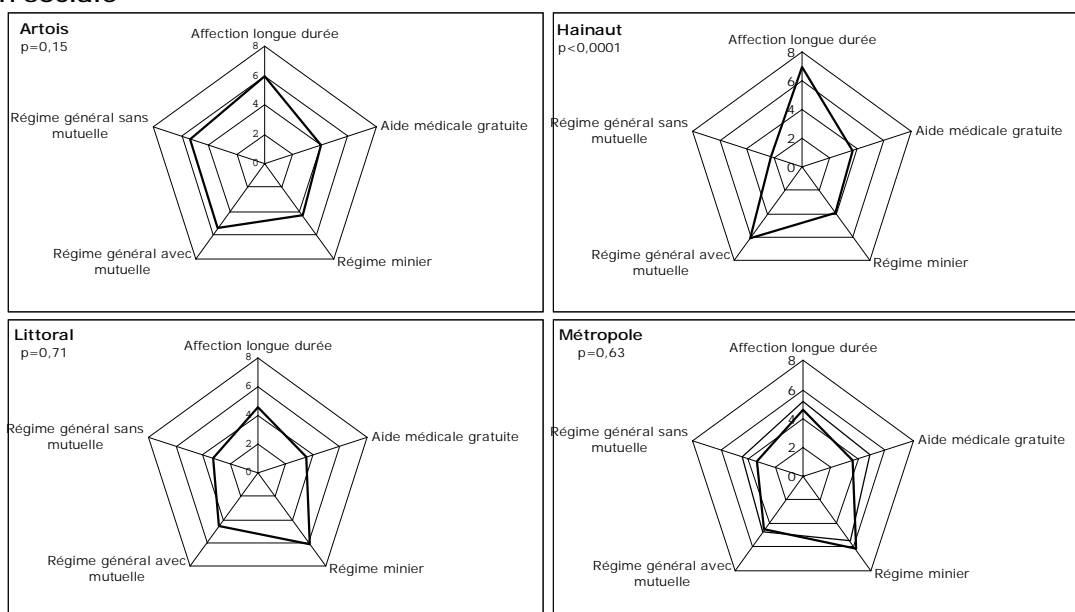
## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

Le bénéfice d'une mutuelle et du régime général d'assurance maladie est à nouveau un facteur apparent d'extension des temps de déplacement. A ceci vient s'ajouter, comme précédemment, la reconnaissance d'une Affection de Longue Durée, qui place, dans tous les Bassins de vie, les individus aux premiers rangs des "longs navetteurs".

Pour les bénéficiaires du Régime Minier, il apparaît que la distance est faible dans le Bassin de l'Artois, où se trouve l'essentiel de

cette population. Elle y dispose localement d'une *offre sectorisée* (cabinets médicaux, paramédicaux, etc.). Lorsque ses bénéficiaires résident dans les 3 autres Bassins, il semble logique que ceux-ci aient à franchir des distances accrues afin de recourir aux structures essentiellement implantées dans le Bassin de vie de l'Artois. Ceci est patent pour les ressortissants du Régime Minier domiciliés dans le Littoral et la Métropole.

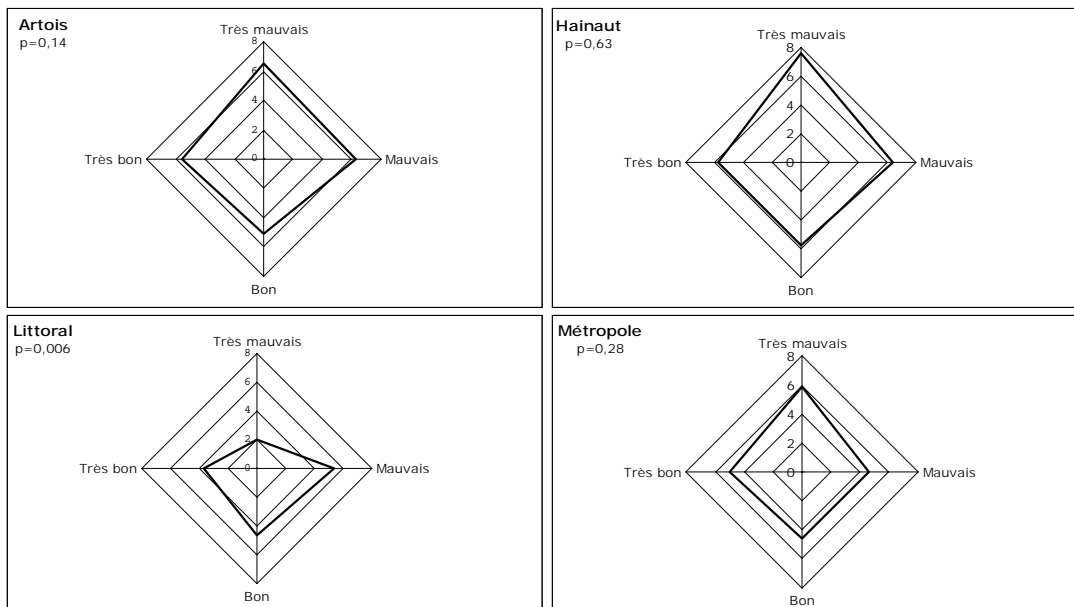
**Graphique 27 : Temps de recours aux médecins spécialistes selon le régime de protection sociale**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

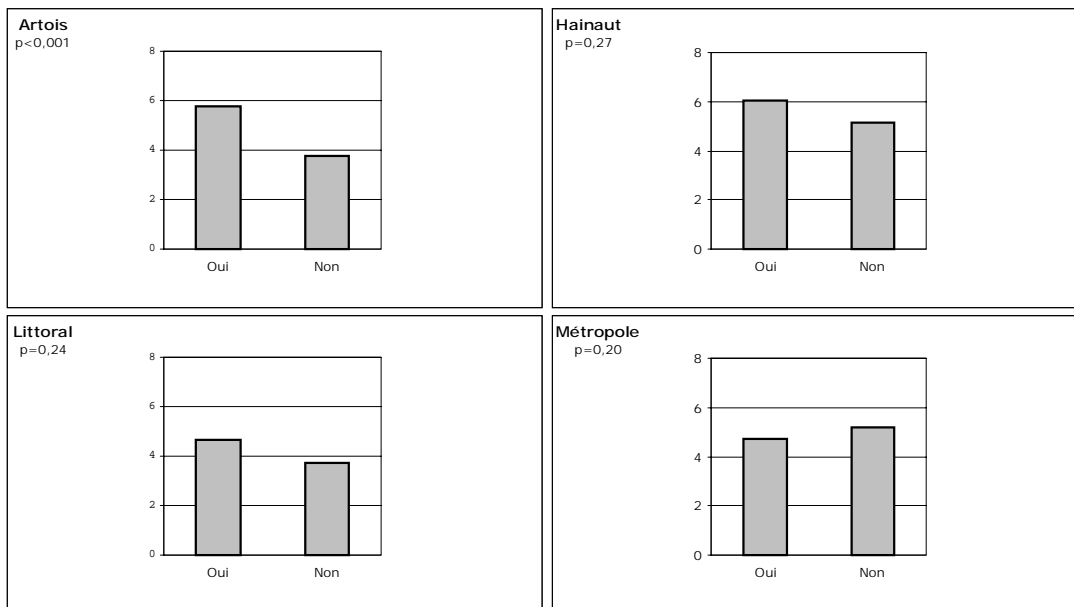
## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 28 : Temps de recours aux médecins spécialistes selon la perception de l'état de santé**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

**Graphique 29 : Temps de recours aux médecins spécialistes selon l'attention portée à sa santé**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### TEMPS DE RECOURS ET TYPES DE SOINS

L'éloignement du chirurgien est, très logiquement, strictement comparable à celui des soins de chirurgie décrit précédemment. Sa rencontre est partout, celle qui induit les temps de déplacement les plus élevés. Pour toutes les autres spécialités, les temps de recours sont très semblables. Ceci est pourtant surprenant puisque ce sont classiquement les ophtalmologistes et les gyné-

cologues qui se trouvent être les médecins spécialistes les plus dispersés dans le territoire français.

Les seules et faibles variations notables s'observent entre les Bassins de vie. Ce sont les habitants du Hainaut qui sont, en règle générale, sensiblement plus éloignés de leurs spécialistes. Mais les différences restent toujours très réduites au sein de la région.

**Tableau 01 : Distances de recours (en temps)**

<b>Soins hospitaliers</b> Temps de déplacement en minutes	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole
Temps de recours aux établissements hospitaliers par zone d'habitation INSEE				
Rural	23,17	10,35	15,25	0,00
Pôle urbain	5,47	6,24	2,97	6,02
Couronne périurbaine	15,77	13,12	13,47	10,69
Commune multipolarisée	15,92	15,65	20,74	18,67
Temps de recours aux établissements hospitaliers selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du ménage				
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	5,41	7,35	4,02	0,00
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,31	10,28	5,18	6,38
Professions intermédiaires	8,84	11,96	7,04	6,79
Employés	10,09	6,75	6,07	6,91
Ouvriers	7,97	5,97	4,88	6,24
Inactifs	8,96	12,18	0,00	0,00
Temps de recours aux établissements hospitaliers selon l'activité				
Actif	8,77	8,73	6,17	6,79
Retraité	8,36	8,08	5,64	5,82
Chômeur	7,44	7,31	4,11	5,55
Etudiant, scolarisé	7,84	6,32	4,28	7,24
Autre	7,73	7,47	6,78	6,12
Temps de recours aux établissements hospitaliers selon le régime de protection sociale				
Affection longue durée	9,43	8,09	6,28	5,80
Aide médicale gratuite	6,51	3,79	3,97	8,19
Régime minier	5,45	9,08	0,00	0,00
Régime général avec mutuelle	8,81	8,26	5,47	6,72
Régime général sans mutuelle	4,44	0,00	9,61	5,55
Temps de recours aux établissements hospitaliers selon la perception de l'état de santé				
Très mauvais	6,99	7,95	2,00	7,56
Mauvais	9,02	7,02	8,16	5,93
Bon	8,09	8,21	5,20	6,61
Très bon	7,25	6,83	4,06	6,26
Temps de recours aux établissements hospitaliers selon l'attention portée à la santé				
Oui	8,42	7,81	6,33	6,38
Non	4,85	6,33	3,58	7,89

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

<b>Soins spécialisés de ville</b> <b>Temps de déplacement en minutes</b>	<b>Artois</b>	<b>Hainaut</b>	<b>Littoral</b>	<b>Métropole</b>
Temps de recours aux médecins spécialistes par zone d'habitation INSEE				
Rural	15,09	8,72	9,17	0,00
Pôle urbain	3,61	4,50	2,72	4,32
Couronne périurbaine	10,65	12,77	11,24	9,13
Commune multipolarisée	13,11	12,76	18,19	11,47
Temps de recours aux médecins spécialistes selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du ménage				
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	5,91	6,35	4,51	5,07
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3,53	5,54	4,59	4,61
Professions intermédiaires	5,87	6,36	4,40	4,62
Employés	5,21	5,19	3,76	4,99
Ouvriers	5,81	5,98	4,72	4,66
Inactifs	8,32	6,77	2,00	5,09
Temps de recours aux médecins spécialistes selon l'activité				
Actif	5,35	6,28	4,35	4,79
Retraité	6,02	5,78	5,05	4,61
Chômeur	5,53	7,94	2,90	4,93
Etudiant, scolarisé	4,89	5,12	3,78	4,70
Autre	5,45	5,72	6,30	4,67
Temps de recours aux médecins spécialistes selon le régime de protection sociale				
Affection longue durée	5,96	6,95	4,60	5,12
Aide médicale gratuite	4,04	3,64	3,54	4,85
Régime minier	4,38	3,96	6,16	5,47
Régime général avec mutuelle	5,43	6,12	4,52	4,67
Régime général sans mutuelle	5,34	2,23	3,30	4,40
Temps de recours aux médecins spécialistes selon la perception de l'état de santé				
Très mauvais	6,52	7,61	2,00	5,89
Mauvais	6,28	6,39	5,38	4,62
Bon	5,10	5,74	4,61	4,62
Très bon	5,57	5,77	3,71	4,98
Temps de recours aux médecins spécialistes selon l'attention portée à la santé				
Oui	5,74	6,06	4,67	4,70
Non	3,75	5,15	3,70	5,21

Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Non-recours aux soins, distances et proximité

La distance est parfois décrite comme vectrice d'inégalités de barrières<sup>1</sup>. En cela elle peut être considérée non seulement comme un facteur concourant à la qualité du système de soins, mais aussi comme une cause directe ou indirecte de moindre consommation de soins.

L'enquête Rhcp2s permet d'aborder ces questions à l'échelle de notre région, et d'en faire le bilan à partir de l'expression de la population ; fait rare puisque la quasi-totalité des publications traitant de ce sujet abordent la question à partir du point de vue et des données statistiques des offreurs de soins (généralement hospitaliers).

Par ailleurs, son exploitation autorise la comparaison de ses résultats avec d'autres méthodes antérieurement utilisées dans d'autres contextes français.

### RECOURS ET NON-RECOURS AUX SOINS : LA DISTANCE N'EST PAS UN OBSTACLE

Les résultats provenant de l'enquête Rhcp2s démontrent, contrairement à ce que l'on pouvait *académiquement* attendre, qu'il n'existe pas, en moyenne et pour le recours à l'hospitalisation, d'effet barrière dans le Nord – Pas-de-Calais, ou que, tout au moins cet effet ne peut être démontré.

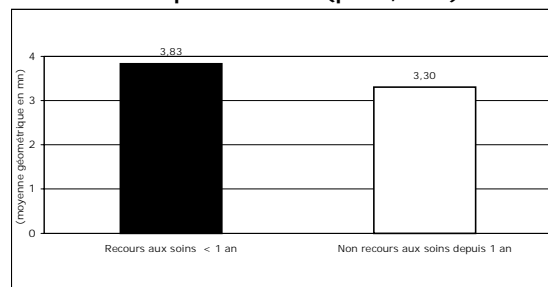
En effet, non seulement les personnes qui ont effectivement eu recours à l'hôpital le plus proche de leur domicile se trouvaient en moyenne distants de 3,83 minutes, mais de plus, les personnes qui n'y ont pas eu recours ne se trouvaient qu'à 3,30 minutes de ce dernier.

Si on lisait ce constat en lui appliquant un caractère statistique universel, on pourrait en conclure, à tort certes, qu'une proximité accrue de 15 % (différence entre 3,83 et 3,30 minutes), induit l'absence de recours aux soins.

On voit là le danger qu'il peut y avoir à vouloir exagérément transformer la description d'une situation locale, fût-elle aussi numériquement importante que celle du Nord – Pas-de-Calais, en *loi* scientifique absolue.

<sup>1</sup> Jean-Louis Guigou. Préface de Vigneron E. *Distance et santé*, Paris : Presses Universitaires de France, 2001 ; 127 p.

Graphique 30 : Distance, en temps, du domicile à l'hôpital le plus proche, selon les personnes qui ont recouru ou non aux soins depuis un an ( $p < 0,003$ )



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

L'absence d'un plus grand éloignement lié à une progression du non-recours aux soins, prend pour la conduite des efforts de planification hospitalière, une importance toute particulière. En effet, celle-ci valide *a posteriori* les orientations prises par le SROS de seconde génération. En effet, il apparaît manifestement que le *semis* des centres hospitaliers est plus adéquat qu'inadéquat en terme de sites d'implantation. On comprend donc que pour le Nord - Pas-de-Calais, il était préférable de renforcer les complémentarités et les synergies hospitalières entre les pôles des grands centres urbains (par la mise en place des Bassins de vie), puis de stimuler le plus possible la production de soins de ces mêmes sites, que de se lancer dans un redécoupage des anciens secteurs sanitaires mués en bassins de santé. Dans ce cas précis, leur pertinence aurait été très aléatoire ; d'autant plus que les justifications scientifiques auraient été difficilement compréhensibles.

A l'inverse, il convient de ne pas prétendre que les phénomènes observés dans le Nord – Pas-de-Calais puissent systématiquement être retrouvés ailleurs. Faute d'enquêtes similaires, il est encore bien trop tôt pour qu'un *corpus de discipline* bien établi se construise.

Il est certain toutefois, qu'une éventuelle modélisation des déplacements liés à des recours aux soins devrait intégrer plusieurs variables dont les effets "mécaniques" et supposés de la "distance" (masse/attraction), mais aussi les rapports entre dispersion de la population et répartition de l'offre de soins sur le territoire régional, l'organisation du réseau routier et de transports en commun, et surtout les comportements des populations qui sont eux-mêmes les résultats des

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

variables sociologiques caractérisant la population ou le corps médical.

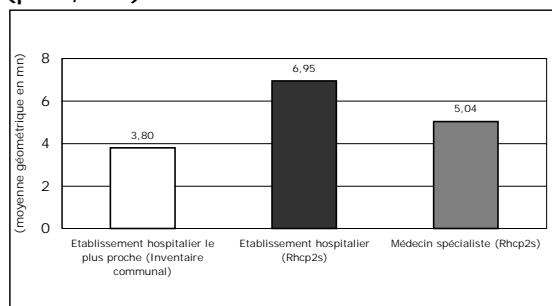
### LA MESURE DE L'ACCESSIBILITÉ NE REND PAS COMPTE DES DISTANCES DE RECOURS RÉELS

La comparaison entre la méthodologie d'enquête de Rhcp2s et celle de l'Inventaire communal de l'INSEE apporte, elle aussi, des enseignements tout à fait significatifs.

Que constate-t-on ? L'exploitation de l'Inventaire communal aboutit à des résultats toujours inférieurs à ceux de Rhcp2s lorsqu'il s'agit d'hospitalisation.

La base de donnée de l'INSEE (établie en compilant des informations recueillies auprès des mairies et celles issues des bases de données du ministère de l'Emploi et de la Solidarité), sous-estime de plus du double (3,8 minutes contre 6,95 minutes), l'éloignement des personnes lors de leur recours à l'hospitalisation. Ceci signifie donc que l'accessibilité théorique ou l'accessibilité définie *a priori* est dans le cas du Nord – Pas-de-Calais inférieure à la distance moyenne parcourue.

### Graphique 31 : Distance du recours, selon qu'il s'agit de l'hôpital le plus proche (Inventaire communal), de l'hôpital choisi, ou du spécialiste choisi (Rhcp2s) ( $p < 0,001$ )



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

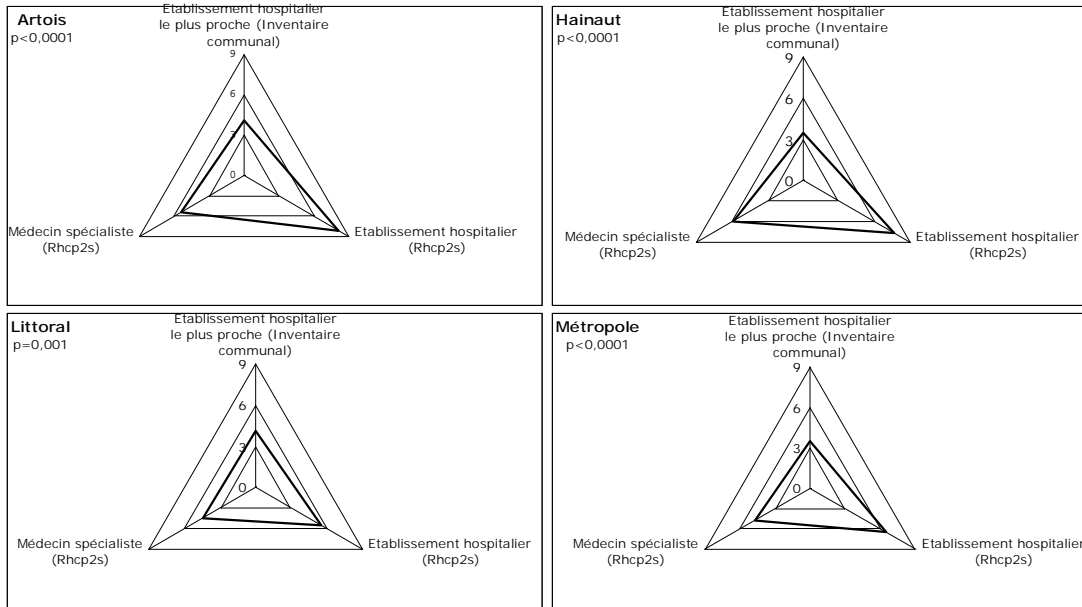
### Une forte variabilité locale révélatrice

L'écart entre les deux sources de données, entre *accessibilité* et *distance parcourue* se maintient à l'échelle des Bassins de vie. Ce différentiel est identique à l'écart moyen régional dans la Métropole (sous-estimation de l'Inventaire communal de 46 % du temps d'accès) et similaire pour l'Artois (- 47 % pour l'Inventaire communal). Pour l'Artois en revanche, la différence est maximum avec 55 % (3,47 minutes contre 7,64 minutes) de sous-estimation, tandis qu'elle n'atteint plus que 25 % dans le Littoral.

Que l'accessibilité théorique se trouve sensiblement plus à-même de rendre compte de la réalité des comportements sur le Littoral, et se trouve mise en échec dans le Bassin de l'Artois, n'est sans doute pas le fruit du hasard. En effet, ces deux territoires sont dotés d'une organisation territoriale très inégale. Dans le premier cas, la répartition de la population et les localisations des établissements hospitaliers se structurent entre les centres urbains et leurs périphéries rurales et périurbaines. Il s'agit donc essentiellement d'une organisation ponctuelle en masses isolées. Dans le cas de l'Artois, la répartition de la population dans l'espace, se présente en nappes denses et continues au sein desquelles les localisations d'établissements hospitaliers viennent constituer un réseau irrégulier mais dense.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Graphique 32 : temps de recours selon le type de recours dans les différentes zones INSEE**



Source : Rhcp2s, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Ceci implique donc que, si dans le cas du Littoral, le modèle théorique est capable de prévoir 75 % des comportements, celui-ci se trouve *mis en échec* dans le second cas,

puisque la logique géométrique n'est susceptible d'expliquer que 45 % des déplacements de population.





## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### Les spécialistes toujours plus proches

Faute d'information disponible, il n'est pas possible de comparer l'accessibilité théorique aux cabinets de médecine spécialisée aux résultats obtenus à partir de la base de données Rhcp2s.

En revanche, il est intéressant de constater qu'en moyenne ces distances sont inférieures à celles de l'hospitalisation. Cette différence est relativement surprenante, puisqu'un grand nombre de spécialistes libéraux exercent classiquement leur activité dans des structures hospitalières, certes privées.

L'interdépendance qui unit soins hospitaliers et médecines spécialisées de ville existe donc

bien pour ce qui est de l'activité. Mais ceci n'implique pas, à l'évidence, qu'une identité des distances prévale.

Enfin, les 5,04 minutes nécessaires au recours au spécialiste, ne sont, rappelons-le qu'une distance *moyenne* établie sur l'ensemble de l'échantillon régional, qui cache, plus encore que lorsqu'il s'agit d'hospitalisation, de profondes hétérogénéités lors des recours aux soins de ville. Celles-ci apparaissent surtout quand la commune est périurbaine (+) ou urbaine (-), que la PCS des personnes est ouvrière (+) ou cadre (-), que l'on soit chômeur (-) ou actif (+).

## Conclusion

Cette troisième extraction de l'enquête Rhcp2s apporte des enseignements caractérisant les comportements de la population vis-à-vis du système de soins, qui contrairement aux deux précédentes<sup>1</sup>, vont parfois à l'encontre des notions académiquement admises aujourd'hui. Il est vrai que la question des distances, et plus largement l'analyse des comportements spatiaux de la population dans le champ de la santé, n'ont pas fait l'objet, aujourd'hui, d'autant de publications que les enquêtes de types épidémiologiques, sociologiques ou économiques.

Aussi espérons-nous, par la publication de ce rapport, apporter au-delà des limites du Nord – Pas-de-Calais une contribution à cette nouvelle question de Santé Publique.

### Les distances, la faible influence globale sur les comportements s'explique

Les distances de recours aux soins ne sont pas, pour l'ensemble de la population régionale, un obstacle.

En un sens, qu'y a-t-il d'étonnant à cela ? La France est un pays où l'offre de soins est abondante, et le Nord – Pas-de-Calais est une région à forte densité, sans grands obstacles géographiques.

Ceci ne signifie donc pas, qu'*a priori* l'éloignement entre structures de soins et la population susceptible d'y avoir recours, ne puisse pas poser quelques problèmes, et mériter, où que ce soit, une étude attentive.

Les résultats seraient sans doute différents si le périmètre avait été autre, s'il se trouvait correspondre à des territoires où les espaces ruraux, du fait de l'éloignement moyen et des faibles densités de population qui leur sont

associés en France, structuraient plus fortement l'espace régional (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Auvergne, Bretagne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon...). En revanche, les mêmes *anomalies*, les mêmes écarts au modèle, seraient selon toute probabilité susceptibles de se dessiner en Rhône-Alpes, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et dans une moindre mesure en Haute Normandie, Alsace et Lorraine.

Il est probable qu'à l'avenir cette question puisse apparaître dans le Nord – Pas-de-Calais, si par exemple les périmètres d'intervention des structures de soins devaient s'étendre au-delà des limites de la région<sup>2</sup>, aux espaces frontaliers européens.

### Les distances sont de bons marqueurs synthétiques d'inégalités, marqueurs dépendants des réalités locales

En moyenne, les distances franchies ou devant être franchies par la population, ne posent pas de problèmes manifestes. Il est vrai que celles-ci sont toujours minimales et ne représentent sans doute pas un obstacle psychologique suffisant. On connaît les effets que cette distance peut induire lorsque celle-ci dépasse la trentaine de kilomètres ou encore la demi-heure.

En revanche, il est certain qu'il existe bien, à l'échelle de la région, des inégalités dans le recours aux soins.

Les comportements de la population ne sont pas tous identiques quel que soit le type d'offre de soins (hospitalisation, médecine générale, médecine spécialisée).

<sup>1</sup> Lacoste O, Sampil M, Spinosi L, et alii. *La population et le système de soins*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1999 ; 119 p. + annexes.

Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O, et alii. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2000 ; 191 p. + annexes.

<sup>2</sup> Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, non pas tant à cause d'une volonté délibérée des instances en charge des structures de soins, mais bien plus de la distribution géographique de la population en Picardie (faibles densités isolées en "Bourgs ruraux" tels que Doullens, Albert, Péronne, ou même Saint Quentin, Abbeville, Noyon ou Laon), et de la quasi-parfaite imperméabilité des frontières nationales aux flux de malades (France-Belgique et France-Royaume-Uni).

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

Ceci signifie qu'il n'est donc pas possible d'aborder globalement la question, et que toute utilisation des comportements liés à la distance dans le domaine de la planification, n'est pertinent qu'en fonction du segment d'offre initialement retenu.

Ainsi, s'il fallait déterminer des bassins de santé en fonction des recours aux établissements hospitaliers, ceux-ci ne pourraient être pertinents que dans la mesure où ils n'affecteraient pas d'autres segments d'offre. La distance n'est pas subie ou vécue de la même façon en fonction des PCS et du type de couverture sociale des ménages. Si ceci correspond à des notions bien connues, les inégalités de comportement n'ont pas exactement les mêmes manifestations dans le Nord – Pas-de-Calais que ce qui est parfois décrit dans la littérature. Il est envisageable que la répartition géographique de l'offre de soins (en particulier privée) qui correspond très souvent aux zones d'habitat des PCS favorisées, induise, dans cette région, une modification notable des comportements sociaux classiquement décrits.

Les cadres du Nord – Pas-de-Calais n'ont sans doute pas à parcourir de longs trajets puisque l'offre hospitalière et de médecine de ville spécialisée se situe très souvent dans la commune ou le quartier où ils résident.

Il faut voir dans cette anomalie, non seulement les effets d'une structuration de l'offre par rapport à la population sans doute spécifique, mais aussi l'effet classique d'un *changement d'échelle d'analyse* : ce qui peut être constaté à l'échelle nationale ou internationale, ne peut être mis en évidence ou se trouve parfois invalidé lorsque l'on examine un phénomène dans un territoire plus restreint, tel que celui d'une région.

On comprendra de ce fait que "*beaucoup de pays ont résolu de façon institutionnelle la question de la proximité par la décentralisation, c'est-à-dire par une plus large autonomie des niveaux locaux. [...] En France, de nombreux débats concernent aussi la décentralisation (vs déconcentration), la régionalisation, et bien évidemment l'aménagement du territoire*"<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Lucas-Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F. *Les soins de proximité : une exception française ?* Paris : CREDES, 2001 ; 92 p.

## *Annexes*

---

Questionnaire "Ménage"	<i>p 51</i>
Questionnaire "Personne"	<i>p 59</i>
Description de l'échantillon	<i>p 65</i>





## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### QUESTIONNAIRE HABITUDES

Remplir un questionnaire "habitudes" par ménage.

Code ménage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Départ	Commune	Numéro de liste

*Les questions suivantes ont pour but de connaître votre avis concernant le système de santé et aussi votre façon de faire appel aux professionnels de santé.*

#### A QUESTIONS GÉNÉRALES

<i>Dans votre ménage...</i>	Ne rien inscrire dans cette colonne CODAGE
1. Tenez-vous compte de l'avis de votre médecin généraliste pour aller voir un autre professionnel de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans généraliste <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Pensez-vous que votre médecin généraliste connaît les médecins spécialistes des alentours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans généraliste <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Pensez-vous que votre médecin généraliste connaît les médecins de l'hôpital le plus proche ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans généraliste <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. En cas de besoin, où allez-vous spontanément pour une consultation ? <input type="checkbox"/> En cabinet de ville <input type="checkbox"/> A l'hôpital/clinique <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Le prix que vous payez joue-t-il un rôle dans votre façon de vous soigner ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Considérez-vous être correctement remboursé de vos dépenses de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. A votre avis, l'assurance maladie (sécurité sociale) connaît-elle des problèmes budgétaires actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. Comment pensez-vous que l'on est soigné dans le Nord - Pas-de-Calais ? <input type="checkbox"/> Très mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Très bien <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Estimez-vous que la santé des habitants de la région est ? <input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

Je vais maintenant vous poser des questions sur des exemples de recours à des professionnels de la santé. Dites-moi si, au cours de ces cinq dernières années, vous ou l'un des membres de votre foyer, a souffert des troubles suivants :

B QUESTIONS A PARTIR D'EXEMPLES DE RECOURS	Ne rien inscrire dans cette colonne CODAGE
<p>10. Vous ou un adulte de la famille, a-t-il déjà eu <b>mal aux dents</b> ?</p> <p><input type="checkbox"/>Oui                    <input type="checkbox"/>Non                    <input type="checkbox"/>Ne sait pas</p> <p>11. Comment s'est-il soigné / comment se soignerait-il ? _____</p> <p>12. Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ? (Si professionnel ou service de santé) _____</p> <p>13. Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? (3 propositions maximum)</p> <p><input type="checkbox"/>Proximité/accès      <input type="checkbox"/>Compétence      <input type="checkbox"/>Coût      <input type="checkbox"/>Avis médical</p> <p><input type="checkbox"/>Contact                  <input type="checkbox"/>Disponibilité      <input type="checkbox"/>Ne sait pas      <input type="checkbox"/>Autre _____</p>	<p>     _ _ </p> <p>grille 9  _ _ _ </p> <p>grille 10  _ _ </p> <p>     _ _ _ _ </p> <p>     _ _ _ _ </p>
<p>14. Vous ou un adulte de la famille a-t-il déjà eu <b>mal au dos</b> ?</p> <p><input type="checkbox"/>Oui                    <input type="checkbox"/>Non                    <input type="checkbox"/>Ne sait pas</p> <p>15. Comment s'est-il soigné / comment se soignerait-il ? _____</p> <p>16. Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ? (Si professionnel ou service de santé) _____</p> <p>17. Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? (3 propositions maximum)</p> <p><input type="checkbox"/>Proximité/accès      <input type="checkbox"/>Compétence      <input type="checkbox"/>Coût      <input type="checkbox"/>Avis médical</p> <p><input type="checkbox"/>Contact                  <input type="checkbox"/>Disponibilité      <input type="checkbox"/>Ne sait pas      <input type="checkbox"/>Autre _____</p>	<p>     _ _ </p> <p>grille 9  _ _ _ </p> <p>grille 10  _ _ </p> <p>     _ _ _ _ </p> <p>     _ _ _ _ </p>
<p>18. Vous ou un adulte de la famille a-t-il déjà eu de la <b>fièvre, une toux et/ou mal à la tête</b> ?</p> <p><input type="checkbox"/>Oui                    <input type="checkbox"/>Non                    <input type="checkbox"/>Ne sait pas</p> <p>19. Comment s'est-il soigné / comment se soignerait-il ? _____</p> <p>20. Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ? (Si professionnel ou service de santé) _____</p> <p>21. Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? (3 propositions maximum)</p> <p><input type="checkbox"/>Proximité/accès      <input type="checkbox"/>Compétence      <input type="checkbox"/>Coût      <input type="checkbox"/>Avis médical</p> <p><input type="checkbox"/>Contact                  <input type="checkbox"/>Disponibilité      <input type="checkbox"/>Ne sait pas      <input type="checkbox"/>Autre _____</p>	<p>     _ _ </p> <p>grille 9  _ _ _ </p> <p>grille 10  _ _ </p> <p>     _ _ _ _ </p> <p>     _ _ _ _ </p>





## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

<p>50. L'un de vos enfants a-t-il déjà souffert d'une <b>otite</b> ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Ne sait pas                      <input type="checkbox"/> Sans objet         </p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>51. Comment a-t-il été soigné / comment le soigneriez-vous ?</p> <p style="background-color: #cccccc; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></p>	<p>grille 9  _ _ _ _ </p>
<p>52. Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ? <i>(Si professionnel ou service de santé)</i></p> <p style="background-color: #cccccc; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></p>	<p>grille 10  _ _ _ </p>
<p>53. Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? <i>(3 propositions maximum)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Proximité/accès                      <input type="checkbox"/> Compétence                      <input type="checkbox"/> Coût                      <input type="checkbox"/> Avis médical         </p> <p> <input type="checkbox"/> Contact                      <input type="checkbox"/> Disponibilité                      <input type="checkbox"/> Ne sait pas                      <input type="checkbox"/> Autre <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 40px; height: 12px;"></span> </p>	<p>1_ _   _ _   _ _   _ _ </p> <p>1_ _   _ _   _ _   _ _ </p>
<p>54. L'un de vos parents / grands-parents habitant la région a-t-il des <b>difficultés</b> pour faire ses repas seul, et/ou faire sa toilette seul, et/ou s'habiller seul et/ou marcher seul ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Ne sait pas                      <input type="checkbox"/> Sans objet         </p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>55. Comment a-t-il été pris en charge / comment serait-il pris en charge ? (3 professionnels maximum)</p> <p style="background-color: #cccccc; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></p>	<p>grille 9  _ _ _ _ </p> <p>grille 9  _ _ _ _ </p> <p>grille 9  _ _ _ _ </p>
<p>56. S'il est suivi par un(des) professionnel(s) de santé ou dans un établissement, comment le(s) connaissez-vous / qui vous l'(les)a recommandé(s) ?</p> <p style="background-color: #cccccc; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></p>	<p>grille 10  _ _ _ </p> <p>grille 10  _ _ _ </p> <p>grille 10  _ _ _ </p>
<p>57. Quelles sont les principales raisons du choix de ce(s) professionnel(s) ou de cet établissement ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Proximité/accès                      <input type="checkbox"/> Compétence/réputation                      <input type="checkbox"/> Coût                      <input type="checkbox"/> Avis médical         </p> <p> <input type="checkbox"/> Contact/confort                      <input type="checkbox"/> Disponibilité                      <input type="checkbox"/> Ne sait pas                      <input type="checkbox"/> Autre <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 40px; height: 12px;"></span> </p>	<p>1_ _   _ _   _ _   _ _ </p> <p>1_ _   _ _   _ _   _ _ </p>
<p>58. Utilisez-vous (vous ou votre conjoint) un moyen de <b>contraception</b> ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Pilule                      <input type="checkbox"/> Préservatif                      <input type="checkbox"/> Stérilet                      <input type="checkbox"/> Sans objet         </p> <p> <input type="checkbox"/> Autre                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Ne sait pas         </p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>59. Qui vous conseille sur le mode de contraception / vous conseillerait ?</p> <p style="background-color: #cccccc; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></p>	<p>grille 9  _ _ _ _ </p>
<p>60. Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ? <i>(Si professionnel ou service de santé)</i></p> <p style="background-color: #cccccc; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></p>	<p>grille 10  _ _ _ </p>
<p>61. Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? <i>(3 propositions maximum)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Proximité/accès                      <input type="checkbox"/> Compétence                      <input type="checkbox"/> Coût                      <input type="checkbox"/> Avis médical         </p> <p> <input type="checkbox"/> Contact                      <input type="checkbox"/> Disponibilité                      <input type="checkbox"/> Ne sait pas                      <input type="checkbox"/> Autre <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 40px; height: 12px;"></span> </p>	<p>1_ _   _ _   _ _   _ _ </p> <p>1_ _   _ _   _ _   _ _ </p>

**Distance, proximité, accessibilité, attraction  
et recours de la population vis-à-vis du système de soins**

<p>Avez-vous / votre femme a-t-elle déjà fait un <b>frottis cervico-vaginal</b> (FCV), une <b>mammographie</b> ?</p> <p>62. <input type="checkbox"/> FCV                    <input type="checkbox"/> Non                    <input type="checkbox"/> Ne sait pas                    <input type="checkbox"/> Sans objet</p> <p>63. <input type="checkbox"/> Mammographie    <input type="checkbox"/> Non                    <input type="checkbox"/> Ne sait pas                    <input type="checkbox"/> Sans objet</p> <p>64. Qui vous le (la, les) prescrit / qui vous le (la, les) prescrirait ?  <div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>65. Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ? <i>(Si professionnel ou service de santé)</i>  <div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>66. Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? <i>(3 propositions maximum)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Proximité/accès            <input type="checkbox"/> Compétence            <input type="checkbox"/> Coût                    <input type="checkbox"/> Avis médical</p> <p><input type="checkbox"/> Contact                    <input type="checkbox"/> Disponibilité            <input type="checkbox"/> Ne sait pas            <input type="checkbox"/> Autre <div style="background-color: #cccccc; width: 50px; height: 15px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p>grille 9  _ _1_ _1_ _1</p> <p>grille 10  _ _1_ _1</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>67. Avez-vous (vous ou votre conjoint) déjà contacté un professionnel de santé pour obtenir des informations sur le <b>sida ou pour faire un dépistage du sida</b> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui dépistage            <input type="checkbox"/> Oui information            <input type="checkbox"/> Non                    <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>68. Qui avez-vous rencontré / qui rencontreriez-vous ?  <div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>69. Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ? <i>(Si professionnel ou service de santé)</i>  <div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>70. Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? <i>(3 propositions maximum)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Proximité/accès            <input type="checkbox"/> Compétence            <input type="checkbox"/> Coût                    <input type="checkbox"/> Avis médical</p> <p><input type="checkbox"/> Contact                    <input type="checkbox"/> Disponibilité            <input type="checkbox"/> Ne sait pas            <input type="checkbox"/> Autre <div style="background-color: #cccccc; width: 50px; height: 15px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p>grille 9  _ _1_ _1_ _1</p> <p>grille 10  _ _1_ _1</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>71. Quelqu'un de votre famille a-t-il essayé <b>d'arrêter ou de diminuer la boisson</b> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui                    <input type="checkbox"/> Non                    <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>72. Qui l'a soigné / qui le (la) soignerait ?  <div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>73. Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ? <i>(Si professionnel ou service de santé)</i>  <div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>74. Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? <i>(3 propositions maximum)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Proximité/accès            <input type="checkbox"/> Compétence            <input type="checkbox"/> Coût                    <input type="checkbox"/> Avis médical</p> <p><input type="checkbox"/> Contact                    <input type="checkbox"/> Disponibilité            <input type="checkbox"/> Ne sait pas            <input type="checkbox"/> Autre <div style="background-color: #cccccc; width: 50px; height: 15px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p>grille 9  _ _1_ _1_ _1</p> <p>grille 10  _ _1_ _1</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </p>



## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### Annexe 2 : Questionnaire "Personne"

Remplir un questionnaire "Personne" pour chaque personne du ménage.

Code ménage :	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Départ	Commune	Numéro de liste
Code membre du ménage :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

	Ne rien inscrire dans cette colonne CODAGE
1. Lien de parenté avec le répondant : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 1em;"></span>	grille 4 1__1
2. Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	1__1
3. Année de naissance :  __ __ __	__ __ __
4. Né(e) : <input type="checkbox"/> Dans la même ville <input type="checkbox"/> Dans le même département <input type="checkbox"/> Dans la région <input type="checkbox"/> Ailleurs en France <input type="checkbox"/> A l'étranger <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1
5. Etat matrimonial : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié ou Concubin <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé	1__1
6. Activité : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Scolarisé/étudiant <input type="checkbox"/> Autre	1__1
6.1 Si actif, département et commune de travail : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 1em;"></span>	__ __ __
6.2 Si chômeur, année de début du chômage :  __ __ __	1__1
6.3 Bénéficiaire : <input type="checkbox"/> Rmi <input type="checkbox"/> Aah <input type="checkbox"/> Api <input type="checkbox"/> Fns <input type="checkbox"/> Autre <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 50px; height: 1em;"></span>	__ __ __
7. Profession (pour les scolarisés/étudiants : sans objet - pour les inactifs : dernière profession exercée) <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 1em;"></span>	grille 2 1__1
8. Niveau d'études : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 1em;"></span>	grille 3 1__1
9. Sécurité Sociale : <input type="checkbox"/> Oui (Régime) <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 50px; height: 1em;"></span> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	grille 5 1__1
10. Mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1
11. Amg : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1
12. 100% : <input type="checkbox"/> Oui <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 50px; height: 1em;"></span> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	grille 6 1__1
13. Selon vous, son état de santé est-il ? <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Excellent	1__1
14. Estimez-vous qu'elle fait attention à sa santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1
15. En 1 an, selon vous, vous diriez qu'elle a consulté à quelle fréquence ? <input type="checkbox"/> Jamais (0 fois) <input type="checkbox"/> Parfois (1 à 5) <input type="checkbox"/> Souvent (6 à 10) <input type="checkbox"/> Très souvent (+ de 10 fois)	1__1
16. A-t-elle eu 1 problème de santé dont elle n'a pas pu s'occuper depuis 1 an ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1
17. Si oui, le(s)quel(s) ? (2 problèmes au plus) <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 1em;"></span>	grille 7 1__1
Pourquoi ne s'en est-elle pas occupé ? <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 1em;"></span>	grille 8 1__1

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### 18. QUESTIONNAIRE PERSONNE "MOTIF DE RECOURS"

#### Questionnaire sur le dernier motif de recours

19. Depuis un an, cette personne a-t-elle eu besoin d'un professionnel de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1__1
20. La dernière fois que la personne a eu un besoin de santé nécessitant le recours à un professionnel, quand était-ce? (après la réponse, redemander si la personne est sûre de ne pas oublier une rencontre plus récente en énumérant plusieurs types de professionnels) :   _ _  /  _ _  (mois / année), si depuis plus d'un an, passer à la question n° 70 page 6	1__ _ _ _ 1
21. Quel était le motif du recours à ce professionnel ? _____	grille 7 1__1__1
22. Qui était le premier professionnel ou service rencontré pour ce motif ? _____	grille 9 1__1__1
23. Quel a été son diagnostic ? _____	grille 7 1__1__1
24. Quelles sont ses conditions d'exercice ? <input type="checkbox"/> En ville <input type="checkbox"/> En établissement hospitalier/clinique <input type="checkbox"/> Autre _____	1__1__1
25. Dans quelle commune se trouve-t-il ? _____	
26. Avait-elle auparavant déjà fait appel à lui ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1__1
27. Comment l'avait-elle connue ? _____	grille 10 1__1__1
28. Pourquoi l'avait-elle choisie ? (3 raisons au plus) <input type="checkbox"/> Proximité/accès <input type="checkbox"/> Compétence <input type="checkbox"/> Coût <input type="checkbox"/> Avis médical <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre _____	1__1__1__1__1 1__1__1__1__1
29. Dans un même cas, pour le même besoin, pensez-vous qu'elle lui ferait encore appel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1__1
30. Si non, pourquoi ? _____	grille 11 1__1__1
31. Comment s'y est-elle rendue ? _____	grille 12 1__1__1
32. Quelqu'un l'a-t-elle accompagnée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1__1__1
33. Combien d'autres professionnels ou services a-t-elle rencontrés par la suite pour le même problème ?     _ _  Si aucun, passez à la question n°54	1__1__1

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

<i>Faire énumérer tous les professionnels ou services rencontrés sans tenir compte de la chronologie :</i>	
34. <b>Professionnel ou service n°1</b> (nombre de contacts) :     __	1__1__1
35. Spécialité : _____	grille 9 1__1__1
36. Conditions d'exercice : <input type="checkbox"/> En ville <input type="checkbox"/> En établissement hospitalier/clinique <input type="checkbox"/> Autre	1__1__1
37. Commune : _____	
38. Qui l'y a adressé ? _____	grille 10 1__1__1
39. <b>Professionnel ou service n°2</b> (nombre de contacts) :     __	1__1__1
40. Spécialité : _____	grille 9 1__1__1
41. Conditions d'exercice : <input type="checkbox"/> En ville <input type="checkbox"/> En établissement hospitalier/clinique <input type="checkbox"/> Autre	1__1__1
42. Commune : _____	
43. Qui l'y a adressé ? _____	grille 10 1__1__1
44. <b>Professionnel ou service n°3</b> (nombre de contacts) :     __	1__1__1
45. Spécialité : _____	grille 9 1__1__1
46. Conditions d'exercice : <input type="checkbox"/> En ville <input type="checkbox"/> En établissement hospitalier/clinique <input type="checkbox"/> Autre 1__1__1	
47. Commune : _____	
48. Qui l'y a adressé ? _____	grille 10 1__1__1
49. <b>Professionnel ou service n°4</b> (nombre de contacts) :     __	1__1__1
50. Spécialité : _____	grille 9 1__1__1
51. Conditions d'exercice : <input type="checkbox"/> En ville <input type="checkbox"/> En établissement hospitalier/clinique <input type="checkbox"/> Autre: _____	1__1__1
52. Commune : _____	
53. Qui l'y a adressé ? _____	grille 10 1__1__1

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### QUESTIONNAIRE PERSONNE "SPECIALISTES"

<p>54. Combien de spécialistes a-t-elle vus depuis un an ?</p> <p style="text-align: center;"> _ _                       <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p><i>Le cas échéant, citez les spécialités, si aucun, passez à la question 70 page 6 :</i></p>	<p>Ne rien inscrire dans cette colonne CODAGE</p> <p style="text-align: center;">1__1__1</p>
<p>55. <b>Spécialité n°1</b> _____</p> <p>56. Nombre de visites                       _ _                       <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>57. Commune : _____</p> <p>58. Conditions d'exercice (ville/hôpital)</p> <p><input type="checkbox"/> En ville            <input type="checkbox"/> En établissement hospitalier/clinique            <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>59. Qui l'y a adressé ? (préciser )</p> <p>_____</p>	<p>grille 9 1__1__1</p> <p style="text-align: center;">1__1__1</p> <p style="text-align: center;">1__1__1</p> <p>grille 10 1__1__1</p>
<p>60. <b>Spécialité n°2</b> _____</p> <p>61. Nombre de visites                       _ _                       <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>62. Commune : _____</p> <p>63. Conditions d'exercice (ville/hôpital)</p> <p><input type="checkbox"/> En ville            <input type="checkbox"/> En établissement hospitalier/clinique            <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>64. Qui l'y a adressé ? (préciser)</p> <p>_____</p>	<p>grille 9 1__1__1</p> <p style="text-align: center;">1__1__1</p> <p style="text-align: center;">1__1__1</p> <p>grille 10 1__1__1</p>
<p><b>Spécialité n°3</b> _____</p> <p>65. Nombre de visites                       _ _                       <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>66. Commune : _____</p> <p>67. Conditions d'exercice (ville/hôpital)</p> <p><input type="checkbox"/> En ville            <input type="checkbox"/> En établissement hospitalier/clinique            <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>68. Qui l'y a adressé ? (préciser)</p> <p>_____</p>	<p>grille 9 1__1__1</p> <p style="text-align: center;">1__1__1</p> <p style="text-align: center;">1__1__1</p> <p>grille 10 1__1__1</p>

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### QUESTIONNAIRE PERSONNE "HOSPITALISATION"

	Ne rien inscrire dans cette colonne CODAGE	
<p>70. Au cours des deux dernières années, combien de fois a-t-elle été hospitalisée ?</p> <p style="text-align: center;"> __  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p><i>Le cas échéant, citez les hospitalisations, si aucune, passez à la question n°80.</i></p>	1__1	
<b>Hospitalisation n°1</b>		
71. Service <input type="text"/>	grille 9 1__1__1	
72. Commune <input type="text"/>		
73. Qui l'y a adressé ? (préciser) <input type="text"/>		grille 10 1__1__1
<b>Hospitalisation n°2</b>		
74. Service <input type="text"/>	grille 9 1__1__1	
75. Commune <input type="text"/>		
76. Qui l'y a adressé ? (préciser) <input type="text"/>		grille 10 1__1__1
<b>Hospitalisation n°3</b>		
77. Service <input type="text"/>	grille 9 1__1__1	
78. Commune <input type="text"/>		
79. Qui l'y a adressé ? (préciser) <input type="text"/>		grille 10 1__1__1
<p>Au cours des deux dernières années, lui est-il arrivé de refuser d'être hospitalisée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>80. Si oui, pourquoi ? <input type="text"/></p>		1__1__1
		grille 8 1__1__1



## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### Annexe 3 : Description de l'échantillon

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

**Tableau I**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

**Tableau II**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

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

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### RÉPARTITION AU SEIN DES MÉNAGES

Tableau III

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

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

Tableau IV

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Tableau V**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

**Tableau VI**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

### LIEU DE NAISSANCE

**Tableau VII**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

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

### ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ET NIVEAU D'ÉTUDES

**Tableau VIII**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Tableau IX**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

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

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

**Tableau X**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

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

Protection sociale

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

**Tableau XI**

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

La quasi-totalité des personnes est affiliée à un régime de sécurité sociale.

**Tableau XII**

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

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

Source : Ors Nord — Pas-de-Calais 2000

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

## *Bibliographie*

---

### Ouvrages

- Basset B, Lopez A. *Planification sanitaire. Méthodes et enjeux*. Rennes : Editions de l'ENSP, 1997 ; 183 p.
- Baudelle G. *Géographie du peuplement*, Paris : Armand Colin, 2000 ; 192 p.
- Courgeau D. Formalisation de la mobilité des sous-populations, Démographie et destin des sous-populations. *AIDLF*, 1983, 217-222.
- Courgeau D. *Méthodes de mesure de la mobilité spatiale. Migrations internes, mobilité temporaire, navettes*. Paris : Editions de l'INED, 1988 ; 301 p.
- Findley SE. Methods of linking community-level variables with migrations survey data, National Migration Surveys X. Guidelines for analyses, U.N., New-York, 1982, 276-311.
- Goodman DC, Fisher EF, Stukel TA, Chang C. The distance to community medical care and the likelihood of hospitalisation : is closer always better ? *Am J Public Health*. 1997 ; 87 : 144-1150.
- Hall ET. *La dimension cachée*. Paris : Editions du Seuil, 1971 ; 254 p.
- Jourdain A, de Turenne I. *Les cent mots-clés de la planification sanitaire*. Rennes : Editions de l'ENSP, 1997 ; 142 p.
- Lacoste O. *Géopolitique de la santé. Le cas du Nord – Pas-de-Calais*. Paris : La Découverte : 1994 ; 385 p.
- Lacoste O. La géopolitique de la santé. Une problématique émergente. *Hérodote* 1999 ; 92 : 19-49.
- Lacoste O, Sampil M, Spinosi L, et alii. *La population et le système de soins*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1999 ; 119 p. + annexes.
- Lacoste O, Spinosi L, Declercq C, et alii. *L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1996 ; 191 p.
- Lassave P et Hautmont A (Dir.). *Mobilités spatiales. Une question de société*. Paris : L'Harmattan, 2001 ; 195 p.
- Le Taillander M, Vittu M. Le grand Estuaire de Normandie : un défi à la planification et à la coopération hospitalière. *Géographie et socio-économie de la santé. Hôpitaux et géographie des soins*. Paris : CREDES, 1995 : 133-142.
- Lucas V, Tonnellier F. *Distance d'accès aux soins en 1990*. Paris : CREDES, 1995 ; 72 p.
- Lucas-Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F, *Les soins de proximité : une exception française ?* Paris : CREDES, 2001, 92 p.

## Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins

Mahon A, Wilkin D, Whitehouse C. Patient choice to the hospital referral system : patients choice of hospital and attitudes to travel. In Actes du Colloque européen "De l'analyse économique aux politiques de santé". Paris, 16-18 décembre 1992. Paris : CREDES ; 201-204.

Massot MH. Comportements de mobilité : modèles dominants et éclatement des modèles. *Le Courrier du CNRS*, 1996 ; 82 : 122-124.

Mizrahi A. *La consommation médicale*. Paris : PUF, 1982 ; 252 p.

Mizrahi A. Rosch G. Les champs d'action des équipements hospitaliers. *Consommation*, 1969, 3.

Orfeuil JP. La mobilité locale : toujours plus loin et plus vite. In Bonnet N, Desjeux D eds. *Les territoires de la mobilité*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000 : 53-67.

Phillips DR. Spatial variations in attendance at general practitioner services. *Soc. Sci. Med.* 1979 ; 13D, 169-181.

Picheral H. Espace et santé. *Géographie médicale du Midi de la France*. Montpellier : Le Paysan du Midi, 1976.

Picheral H. Réseau urbain et hiérarchie hospitalière. *Géographie et socio-économie de la santé. Hôpitaux et géographie des soins*. Paris : CREDES, 1995 : 15-23.

Picheral H. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier : Editions de l'Université Montpellier III, 2001 ; 308 p.

Polton D (Dir). *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : La documentation française, 2000 ; 358 p.

Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O, et alii. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2000 ; 191 p. + annexes.

Tonnellier F, Vigneron E. *Géographie de la santé en France*. Paris : PUF.1999 ; 127 p.

Tugault Y. La mesure de la mobilité. Travaux et Documents. *Cahier n°67*, INED, PUF, Paris, 1973, 226 p.

Vigneron E. *Les bassins de santé concept et construction*. ADSP, 1999 ; 29 : 39-43.

Vigneron E. *Distance et santé*, Paris : Presses Universitaires de France, 2001 ; 127 p.

### Logiciels

File Maker Pro (recueil de données, codage d'informations)

Epi-Info, JMP (analyse de données)

Route 66, Géoconcept (information géographique)

Excell

## *Abréviations*

---

**AAH** : Allocation Adulte Handicapé

**ALD** : Affection Longue Durée

**AMG** : Aide Médicale Gratuite

**API** : Allocation Parent Isolé

**CMU** : Couverture Médicale Universelle

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**FNS** : Fonds National de Solidarité

**ORS** : Observatoire Régional de la Santé

**PCS** : Professions et Catégories Sociales

**PUE** : Premières Unités d'Échantillonnage

**RMI** : revenu Minimum d'Insertion

**SIG** : Système d'Information Géographique

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**ZAU** : Zonage en Aire Urbaine

