

# COLLECTION DES RaPPORTS

Mars 1993



N° 132

## LA PERCEPTION DE LA SANTE EN FRANCE

Patricia CROUTTE

Michel LEGROS

Etude commanditée par le Haut Comité de la Santé Publique

Crédoc - Collection des rapports.  
N° 132. Mars 1993.

CREDOC•Bibliothèque



# CRÉDOC

ENTREPRISE DE RECHERCHE

# CREDOC

## LA PERCEPTION DE LA SANTÉ EN FRANCE

Étude commanditée par le Haut Comité de la Santé Publique

Patricia CROUTTE  
Michel LEGROS

Mars 1993

142, rue du Chevaleret  
7 5 0 1 3 - P A R I S

R 215

# TABLE DES MATIERES

Préambule : méthodologie d'enquête et redressement.....	01
Un bon état de santé perçu.....	05
La définition d'une bonne santé : plaisir de vie et liberté d'agir.....	07
a) La "bonne santé" est d'abord associée à une condition favorisant une vie heureuse.....	07
b) Des hédonistes aux indécis, des visions différenciées de la bonne santé.....	12
Perception d'une nette amélioration de l'état de santé depuis 10 ans .....	23
Pour améliorer la santé : le souci de soi et le progrès.....	25
Une vision large et faiblement institutionnalisée des politiques de santé.....	31
La cohésion sociale, un facteur de santé .....	47
La priorité à la France et à l'Europe.....	51
Conclusion.....	55

## ANNEXES

- Annexes 1 : les variables de redressement
- Annexes 2 : les tris à plat
- Annexes 3 : les tris croisés en fonction de l'âge
- Annexes 4 : les spécificités régionales

# LISTE DES GRAPHIQUES

## Préambule : méthodologie d'enquête et redressement

### Un bon état de santé perçu

#### La définition d'une bonne santé : plaisir de vie et liberté d'agir

- a) La "bonne santé" est d'abord associée à une condition favorisant une vie heureuse

Graphique n°1 : Opinion sur "La bonne santé, c'est ne pas consulter", en fonction de la consultation d'un généraliste dans les trois derniers mois..... 11

- b) Des hédonistes aux indécis, des visions différenciées de la bonne santé

#### Perception d'une nette amélioration de l'état de santé depuis 10 ans

Graphique n°2 : Opinion sur l'amélioration de l'état de santé des Français depuis 10 ans, en fonction de l'opinion sur son état de santé (satisfaisant ou pas du tout satisfaisant)..... 24

#### Pour améliorer la santé : le souci de soi et le progrès

Graphique n°3 : Les directions pour améliorer la santé..... 25

Graphique n°4 : "Pour améliorer l'état de santé, on devrait augmenter le nombre de médecins", en fonction du niveau de formation ..... 27

#### Une vision large et faiblement institutionnalisée des politiques de santé

Graphique n°5 : Rôle des Ministères dans l'élaboration de la politique de santé, en fonction de l'âge ..... 32

## **La cohésion sociale, un facteur de santé**

### **La priorité à la France et à l'Europe**

Graphique n°6 : Niveau souhaité de mise en oeuvre de la politique de santé,  
en fonction de l'âge ..... 52

### **Conclusion**

# LISTE DES TABLEAUX

## Préambule : méthodologie d'enquête et redressement

<u>Tableau n°1</u> :	Répartition de l'échantillon global.....	02
----------------------	--	----

## Un bon état de santé perçu

<u>Tableau n°2</u> :	Par rapport aux personnes de votre âge, estimez-vous que votre état de santé est très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant ou pas du tout satisfaisant.....	06
----------------------	---	----

## La définition d'une bonne santé : plaisir de vie et liberté d'agir

- a) La "bonne santé" est d'abord associée à une condition favorisant une vie heureuse

<u>Tableau n°3</u> :	Associez-vous bonne santé et.....	07
<u>Tableau n°4</u> :	"La bonne santé, c'est prendre plaisir à la vie", en fonction de l'âge .....	08
<u>Tableau n°5</u> :	"La bonne santé, c'est vivre vieux", en fonction de la perception de son état de santé .....	10
<u>Tableau n°6</u> :	"La bonne santé, c'est ne pas consulter", en fonction du sexe.....	11

- b) Des hédonistes aux indécis, des visions différenciées de la bonne santé

## Perception d'une nette amélioration de l'état de santé depuis 10 ans

<u>Tableau n°7</u> :	Opinion sur l'amélioration de l'état de santé des Français depuis 10 ans, en fonction du sexe .....	23
----------------------	---	----

## Pour améliorer la santé : le souci de soi et le progrès

<u>Tableau n°8</u> :	"Pour améliorer l'état de santé, on devrait avoir une alimentation équilibrée", en fonction du sexe.....	26
<u>Tableau n°9</u> :	Etes-vous d'accord pour dire de la prévention, qu'il s'agit de... ..	29

<u>Tableau n°10</u> :	“La prévention, c’est faire attention à ce qu’on mange”, en fonction du sexe.....	29
<u>Tableau n°11</u> :	“La prévention, c’est améliorer l’environnement”, en fonction du sexe.....	30

## **Une vision large et faiblement institutionnalisée des politiques de santé**

<u>Tableau n°12</u> :	“D’après vous, la politique de santé doit-elle principalement concerner...”, en fonction de l’activité .....	32
<u>Tableau n°13</u> :	“D’après vous, l’effort financier de l’État doit-il être concentré ou réparti ?”, en fonction de l’activité .....	33
<u>Tableau n°14</u> :	“Diriez-vous que dans votre région, par rapport aux autres régions, les gens sont plus, autant ou moins malades qu’ailleurs ?” .....	34
<u>Tableau n°15</u> :	“Diriez-vous que dans votre région, par rapport aux autres régions, les gens sont plus, autant ou moins malades qu’ailleurs ?”, en fonction de l’activité .....	35
<u>Tableau n°16</u> :	“L’État doit-il, dans sa politique de santé, accorder une priorité à certains groupes de population ?”, en fonction du sexe .....	36

## **La cohésion sociale, un facteur de santé**

<u>Tableau n°17</u> :	“Le fait d’être au chômage joue-t-il un rôle important sur l’état de santé ?”, en fonction du sexe.....	47
<u>Tableau n°18</u> :	“Le manque d’argent joue-t-il un rôle important sur l’état de santé ?”, en fonction du sexe.....	48

## **La priorité à la France et à l’Europe**

<u>Tableau n°19</u> :	“A quel niveau, d’après vous, la politique de santé doit-elle être mise en oeuvre de façon prépondérante ?” .....	51
-----------------------	--	----

## **Conclusion**

## Méthodologie d'enquête et redressement

### **1.1 Rappels des objectifs, recueil des données**

#### **a) Le sens de la demande faite au CRÉDOC**

Dans le cadre de sa mission "contribution à la définition des objectifs de la politique de santé publique" prévue à l'article premier du décret de création, le Haut Comité de Santé Publique s'est vu confier, par le Ministère de la Santé, la préparation de débats d'orientation sur la politique de santé en France.

Pour enrichir et illustrer les travaux engagés par les membres de ce Comité, mais également pour vérifier l'adéquation entre le contenu de certains thèmes traités par le Comité et les perceptions de la population française, le Comité a souhaité accompagner le lancement de ce débat par la réalisation d'un sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population française.

Réalisé par le CRÉDOC, ce sondage s'appuie sur les réponses des Français à un questionnaire mis au point avec les membres du Haut Comité à la Santé Publique. Trois thèmes sont principalement abordés :

- la perception par les Français de leur propre état de santé,
- la perception qu'ont les Français de l'état de santé de la population française,
- la représentation de ce que pourrait être une politique de santé.

Les opinions sur les fonctionnements ou dysfonctionnements actuels du système de santé ne sont recueillies qu'à la marge. Il s'agissait plutôt, dans cette enquête, de dégager les éléments d'une prospective de la santé perçus par la population.

Au moment de la commande de ce sondage, le Haut Comité a beaucoup insisté sur la nécessité de respecter des délais très courts afin d'alimenter les débats régionaux organisés autour de conférences de presse. Pour chacune de ces rencontres, le CRÉDOC a rédigé une note régionale. L'ensemble de ces notes constitue le tome 2 du rapport.

#### b) Les données recueillies

2030 entretiens téléphoniques ont été réalisés entre le 7 et le 23 octobre 1992 par le service d'enquêtes téléphoniques du CRÉDOC<sup>1</sup>.

La population interrogée comprend cinq sous-populations distinctes. Une première sous-population est constituée d'un échantillon représentatif de la population française (hors DOM-TOM) comportant 844 personnes. Les quatre autres sous-populations comprennent, chacune, environ 300 personnes et sont représentatives des régions Bretagne, Lorraine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais.

**Tableau n°1 :**  
**Répartition de l'échantillon global (2030 individus)**

*Source : CRÉDOC - Haut Comité de la Santé Publique*

	%	Effectifs
Population française.....	41,6	844
Région Bretagne.....	14,4	292
Région Lorraine.....	14,9	302
Région Midi-Pyrénées.....	14,2	288
Région Nord-Pas-de-Calais.....	14,9	304

Ce découpage de la population d'ensemble en cinq sous-groupes correspondait à la volonté du Haut Comité de présenter des résultats de l'enquête dans quatre métropoles régionales. Les premières exploitations du CRÉDOC ont répondu à ces souhaits en effectuant, pour chacune des régions et pour

<sup>1</sup> Le choix d'une enquête par questionnaire téléphonique est parfaitement adapté à une enquête dont les résultats doivent être obtenus très rapidement. En revanche, un tel questionnaire doit être assez court et plutôt "généraliste".

l'échantillon "France entière", des analyses spécifiques, portant donc sur un nombre suffisant, mais cependant réduit, d'individus.

## 1.2 Le redressement

L'échantillon a été redressé à partir de quatre variables : le sexe, l'âge, le type d'activité et la région de résidence<sup>2</sup>. La formation de l'échantillon est telle que la grande variation des poids est principalement due au redressement à porter au seul critère régional (des quotas d'âge et de sexe ayant été imposés a priori).

En annexe 1 de cette note figurent les tableaux présentant, pour chacune des variables redressées, les pourcentages initiaux mesurés sur la population de 2030 individus non redressés, les pourcentages demandés mesurés sur la population française de référence, et les pourcentages obtenus, mesurés sur la population après redressement. L'annexe 2, quant à elle, donne les tris à plat redressés alors que l'annexe 3 présente les tris croisés en fonction de l'âge.

L'échantillon de 2030 individus ainsi redressé permet des analyses plus fines et notamment l'utilisation de techniques multivariées. Les tris à plat des questions sur échantillon de 2030 individus redressé et sur l'échantillon national initial de 844 personnes sont quasi-identiques : les variations ne dépassent pas le pourcent.

---

<sup>2</sup> Sources de cadrage utilisées : recensement de la population de 1990, France métropolitaine et régions. Résultats du sondage au vingtième, INSEE, Résultats, 1992

## Un bon état de santé perçu

84,5% des personnes interrogées au cours de cette étude pensent que, par rapport aux autres personnes de leur âge, leur état de santé est "très satisfaisant" ou "satisfaisant". Ce taux de satisfaction évolue avec l'âge. Les personnes dont l'âge est compris entre 20 et 29 ans sont les plus satisfaites de leur état de santé (32% vs 23,2%)<sup>3</sup> alors que les personnes les plus âgées jugent leur état de santé peu satisfaisant (21% vs 10,8%). Le niveau de formation, lié à l'âge, joue ici son rôle habituel dans ce type d'enquête : l'état de santé perçu s'élève avec le niveau de formation. Les hommes déclarent un état de santé légèrement meilleur que les femmes.

Dans l'ensemble, le fait de juger que son état de santé est satisfaisant, ce qui est le cas de 61,3% des personnes interrogées, ne varie pas selon que la personne a ou non consulté un praticien généraliste. Plus qu'à une réalité pathologique, nous sommes bien avec ce type de réponse dans le domaine des représentations<sup>4</sup>. On note toutefois que les personnes qui se déclarent en très bonne santé ont, un peu moins que les autres, consulté un médecin généraliste au cours des trois derniers mois (non consultation : 53,8% vs 41,3%). En revanche, les personnes qui estiment que leur état de santé est peu satisfaisant ont consulté un peu plus que les autres (77,6% vs 58,7%).

Il est intéressant de remarquer que cette perception subjective d'un état de santé personnel est restée remarquablement stable au cours des dix dernières années alors que la médiatisation des questions de santé s'est amplifiée et modifiée et que la consommation médicale a progressé au rythme élevé que l'on

---

<sup>3</sup> Cette indication se lit de la manière suivante : 32% des personnes dont l'âge est compris entre 20 et 29 ans se déclarent "très satisfaites" de leur état de santé alors que dans l'ensemble de la population enquêtée, le pourcentage de personnes "très satisfaites" est de 23,2%

<sup>4</sup> Eu égard à l'ensemble des travaux de sociologie de la santé portant sur les concepts de représentation, et nous pensons à l'étude fondatrice de Claudine HERZLICH, Santé Maladie, analyse d'une représentation sociale, EHESS, Paris, 1984, la notion de représentation employée ici est assez fortement réductrice. Nous l'utilisons, par commodité, pour opposer un comportement déclaré : "ne pas avoir consulté de médecin" et l'énoncé d'une opinion traduisant une perception de soi : "mon état de santé est satisfaisant". Plus que de la psychologie sociale, le concept de représentation est, ici, à rapprocher des travaux de philosophie analytique tels qu'ils sont développés, par exemple, par Hilary PUTNAM dans Représentation et réalité, Paris, Gallimard, 1990

connaît. La même question posée par le CRÉDOC en 1981, dans le cadre de l'enquête "Conditions de vie et Aspirations des Français", produisait des résultats très proches.

**Tableau n°2 :**  
Par rapport aux personnes de votre âge, estimez-vous que votre état de santé est...

	en %	
	1981	1992
Très satisfaisant	27,5	23,2
Satisfaisant	57,1	61,3
Peu satisfaisant	12,5	10,8
Pas satisfaisant du tout	2,9	4,7

Source 1981 : CRÉDOC Aspirations  
Source 1992 : Enquête CRÉDOC - HCSP

Cette perception positive de l'état de santé personnel s'accompagne d'une perception également assez fortement positive des fonctionnalités de la vie quotidienne que l'état de santé permet de réaliser dans de bonnes conditions. Ainsi, 83,6% des personnes interrogées indiquent que leur état de santé leur permet de faire tout ce qu'elles veulent en matière de déplacements dans le logement, en matière de déplacements hors du logement (71,4%), dans le travail (63,6%), dans le domaine de l'alimentation (59,8%). Toutefois, elles ne sont plus que 48,4% à effectuer ce même constat en matière d'activités sportives.

Dans la population enquêtée, les hommes, les personnes les plus jeunes, les mieux formées, celles qui occupent un emploi de cadre ou disposent de revenus élevés estiment, plus que les autres, que leur état de santé leur permet de faire tout ce qu'elles veulent dans leur travail, dans leurs déplacements hors du logement ainsi que dans leurs déplacements dans le logement. Pour cette dernière fonctionnalité de la vie quotidienne, la coupure d'âge s'opère à 50 ans. A partir de cet âge, les personnes interrogées indiquent une légère dégradation dans l'exercice de cette fonctionnalité.

Les activités sportives et la possibilité de s'alimenter comme le souhaitent les personnes obéissent aux mêmes clivages.

La définition d'une bonne santé : plaisir de vie et liberté d'agir

**a) La "bonne santé" est d'abord associée à une condition favorisant une vie heureuse**

Les personnes interrogées pouvaient associer la bonne santé à six items proposés : "prendre plaisir à la vie", "faire ce qu'on veut", "vivre vieux", "ne pas être malade", "ne pas souffrir", "ne pas avoir à consulter un médecin". Les thèmes qui obtiennent les meilleurs scores sont le fait de "prendre plaisir à la vie" et de "faire ce qu'on veut".

**Tableau n°3 :  
Associez-vous bonne santé et...**

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas
Prendre plaisir à la vie	88,0	10,9	0,8	0,4
Faire ce que l'on veut	79,5	18,0	1,5	1,0
Ne pas être malade	63,4	27,2	8,8	0,5
Vivre vieux	60,4	28,1	8,4	3,0
Ne pas souffrir	56,5	31,7	11,1	0,7
Ne pas avoir à consulter un médecin	39,7	34,5	25,7	0,2

*Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992*

Pour une très large majorité des personnes interrogées, d'un point de vue positif, la bonne santé, c'est d'abord prendre du plaisir à vivre. Ce thème devance une autre idée qui fait de la santé le support d'une vie autonome et libre. Le fait de ne pas être malade et de vivre vieux sont affirmés comme étant partie prenante d'une bonne santé par un peu moins des deux tiers des personnes interrogées. Plus d'une personne sur deux exclut la souffrance du champ de la bonne santé. En revanche, les avis sont plus partagés en ce qui concerne la

consultation d'un médecin : si une majorité de personnes (près de 40%) sont tout-à-fait d'accord pour dissocier consultation et bonne santé, un tiers ne sont qu'un peu d'accord et un quart ne sont pas du tout d'accord pour dissocier ces deux notions.

L'association entre bonne santé et le fait de prendre plaisir à la vie est très largement reconnue dans l'ensemble de la population. La prise de position sur le fait que "bonne santé = prendre plaisir à la vie" est d'ailleurs très corrélée avec les autres facettes descriptives de la bonne santé, à l'exception de celle assimilant bonne santé et non consultation. L'âge est un critère socio-démographique important : les plus jeunes pensent, plus que les autres, que bonne santé et plaisir pris à la vie sont indissociables (c'est le cas de plus de 92% des moins de 40 ans). Comme le montre le graphique ci-dessous, le degré d'association entre bonne santé et plaisir pris à vivre est fonction décroissante de l'âge de l'intéressé.

**Tableau n°4 :**  
**"La bonne santé, c'est prendre plaisir à la vie", en fonction de l'âge**

	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 et +	ENSEMBLE
Un peu	7,04	7,39	8,79	14,64	13,37	18,96	10,86
<b>Beaucoup</b>	<b>92,03</b>	<b>92,46</b>	<b>87,96</b>	<b>84,42</b>	<b>85,41</b>	<b>80,40</b>	<b>87,96</b>
Pas du tout	0,45	0,00	2,03	0,86	1,14	0,37	0,78
Ne sait pas	0,48	0,15	1,22	0,08	0,08	0,26	0,41
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

C'est donc parmi les jeunes qu'on recrute le plus de partisans de la bonne santé comme plaisir pris à vivre. Ceux qui pensent que la bonne santé c'est "un peu" prendre plaisir à la vie sont plus âgés (70 ans et plus : 22,1% vs 12,7%) et un tiers d'entre eux sont à la retraite (vs 23,7% en moyenne). Les revenus de ces ménages sont faibles (de 4 000 à 6 000 F par mois : 21,8% vs 13,2%).

L'association entre bonne santé et possibilité de faire ce que l'on veut est également très répandue au sein de la population interrogée (près de huit personnes sur dix). Comme pour le thème "bonne santé = prendre plaisir à la vie", il n'y a guère qu'une seule autre thème décrivant la bonne santé qui ne soit en corrélation : l'association entre bonne santé et non consultation. L'âge est encore la variable socio-démographique la plus étroitement liée : les plus âgés se reconnaissent plus difficilement que les jeunes dans le rapprochement entre bonne santé et capacité à être autonome. L'état de santé ressenti de la personne joue un rôle sur son opinion quant au rapprochement de la bonne santé avec le fait de faire ce qu'on veut : les personnes jugeant leur état de santé très satisfaisant et celles qui l'estiment pas du tout satisfaisant se retrouvent plus massivement dans l'opinion générale (bonne santé = faire ce que l'on veut).

Le troisième thème définissant la bonne santé dans lequel les personnes interrogées se reconnaissent (à 63,4%) est l'absence de maladie. Cette opinion est fortement corrélée avec les cinq autres thèmes décrivant la bonne santé. Parmi les variables socio-démographiques, on en compte deux qui présentent une corrélation significative avec l'opinion sur "bonne santé = ne pas être malade". *Tout d'abord, les habitants des grandes agglomérations hors Paris sont plus réticents à dissocier bonne santé et maladie. En effet, ils sont deux fois plus nombreux (16,9% vs 8,8%) à ne pas être du tout d'accord pour dire que la bonne santé, c'est ne pas être malade. En revanche, les 50-59 ans se reconnaissent plus souvent dans l'opinion générale, et rejettent la maladie de la définition de la bonne santé.*

Six personnes interrogées sur dix insistent sur la longévité comme élément caractéristique de la bonne santé. *Les ouvriers sont très sensibles à cette composante de la définition de la bonne santé*<sup>5</sup>. L'état de santé ressenti au moment de l'enquête est corrélé avec le sentiment que "bonne santé = vivre vieux". Ceux qui jugent leur état de santé très satisfaisant pensent pour beaucoup que bonne santé égale longévité (66,5% vs 60,4%), ceux qui jugent leur état de santé satisfaisant sont un peu d'accord avec cette assertion (31,1% vs 28,1%), ceux

---

<sup>5</sup> Se sachant ou se sentant, peut-être, défavorisés en terme d'espérance de vie, ils ont tendance dans leur discours à fortement valoriser ce thème (69,9% vs 60,4%). Des travaux ont effectivement montré que des écarts importants de mortalité, à âge égal, sont liés à l'activité. Ainsi, la probabilité de décès entre 35 et 60 ans est deux fois plus élevée pour un ouvrier que pour un cadre supérieur. Voir : L'inégalité sociale devant la mort, Desplanques G., Économie et Statistiques, janvier 1984 et INSEE Première, n°158, Août 1991

qui jugent leur état de santé peu satisfaisant sont plus nombreux à rejeter l'association bonne santé/vivre vieux (14,2% vs 8,4%). La longévité figure d'autant plus comme composante de la bonne santé que l'état de santé actuel est bien perçu.

**Tableau n°5 :**  
**"La bonne santé, c'est vivre vieux", en fonction de la perception de son état de santé**

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	ENSEMBLE
Un peu	22,24	31,11	28,96	16,43	28,13
Beaucoup	66,50	58,80	53,01	68,21	60,41
Pas du tout	8,93	6,99	14,22	11,62	8,44
Ne sait pas	2,33	3,10	3,81	3,74	3,03
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

L'absence de souffrance (56,5%) est un peu moins souvent associée à la bonne santé que le fait de ne pas être malade (60,4%), mais cela reste néanmoins un sentiment dominant dans la population. Cette association "bonne santé = ne pas souffrir" est présente chez deux-tiers des 50-69 ans (vs 56,5% en moyenne), et est plus répandue en région parisienne (64%). En revanche, parmi les personnes qui rejettent cette exclusion de la douleur, on trouve beaucoup d'habitants de grandes agglomérations hors Paris (29,5% vs 18,2% en moyenne).

Les avis sont davantage partagés quand il s'agit d'associer bonne santé et absence de consultation médicale.

Les hommes ont plutôt tendance à réfuter l'association "bonne santé = non consultation" (28,5% vs 25,7%) alors que les femmes s'y associent plus volontiers (à 42,5% vs 39,7%).

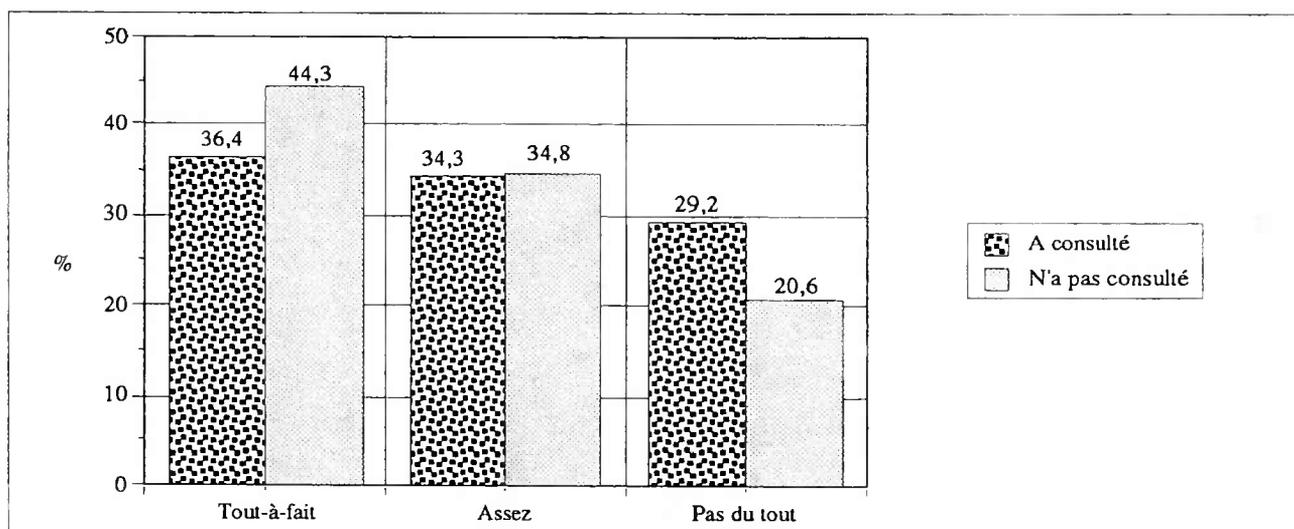
**Tableau n°6 :**  
**“La bonne santé, c’est ne pas consulter”, en fonction du sexe**

	Homme	Femme	ENSEMBLE
Tout-à-fait	36,61	42,47	39,67
Un peu	34,69	34,31	34,49
Pas du tout	28,48	23,15	25,69
Ne sait pas	0,22	0,08	0,15
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Plus que des caractéristiques socio-démographiques immuables, c’est le fait d’avoir consulté un généraliste récemment qui semble expliquer en partie les prises de position à ce sujet.

**Graphique n°1 :**  
**Opinion sur “la bonne santé, c’est ne pas consulter”,**  
**en fonction de la consultation d’un généraliste dans les 3 mois précédants**



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Tout se passe comme si les personnes ayant consulté récemment refusaient d’être exclues du monde de la bonne santé. En revanche, ceux qui n’ont pas été en contact récemment avec un généraliste pensent plus facilement que cet éloignement du monde médical est un indicateur de bonne santé.

Au sein de ce groupe des six thèmes décrivant la bonne santé, on remarquera que les corrélations les plus élevées se mesurent entre, d'une part, les trois variables décrivant la bonne santé sous un jour positif (plaisir pris à la vie, faire ce que l'on veut, vivre vieux) et, d'autre part, les trois autres, décrivant la bonne santé comme l'état d'absence (de maladie, de souffrance, de consultation). Entre ces variables prises globalement, et non plus deux à deux, des relations existent. L'examen de ces relations permet de constituer des sous-groupes de population, plus homogènes dans leur conception de la bonne santé.

#### **b) Des hédonistes aux indécis, des visions différenciées de la bonne santé**

Une Analyse des Correspondances Multiples<sup>6</sup> a été réalisée en retenant comme variables actives les six thèmes proposés aux interviewés pour définir la notion de bonne santé.

Les cinq premiers axes expliquent à eux seuls un peu plus de 60% de l'inertie totale, et ils sont tous interprétables. Les deux premiers axes sont expliqués principalement par les thèmes à contenu négatif définissant la bonne santé, le suivant par les thèmes à contenu positif et les deux derniers par le concept de "bonne santé = longévité".

- le premier axe (16,6% de l'inertie) est un axe de taille, c'est-à-dire qu'il oppose les modalités très positives aux modalités très négatives, des trois thèmes à contenu négatif. Il oppose donc les individus qui ne pensent pas du tout que la bonne santé soit absence de souffrance, de maladie ou de consultation à ceux qui pensent que c'est tout-à-fait le cas. Il oppose par exemple les habitants des grandes agglomérations (plus de 100 000 habitants) aux résidents des petites unités d'agglomération (moins de 2 000 habitants).
- le deuxième axe (14,2% de l'inertie) oppose aux modalités extrêmes (tout-à-fait, beaucoup ou pas du tout des variables) les modalités médianes ou modalités-refuge (un peu, assez). Les personnes retraitées ou de plus de soixante-dix ans se retrouvent typiquement dans les modalités refuges.
- le troisième axe (11,8% de l'inertie) fait le même type de clivage entre modalités : la modalité extrême (beaucoup) des thèmes à consonance positive (autonomie, plaisir de vivre, longévité) est opposée aux autres. Ainsi, les cadres et personnes à hauts revenus (plus de 15 000 F par mois) valorisent beaucoup ce type de thèmes.

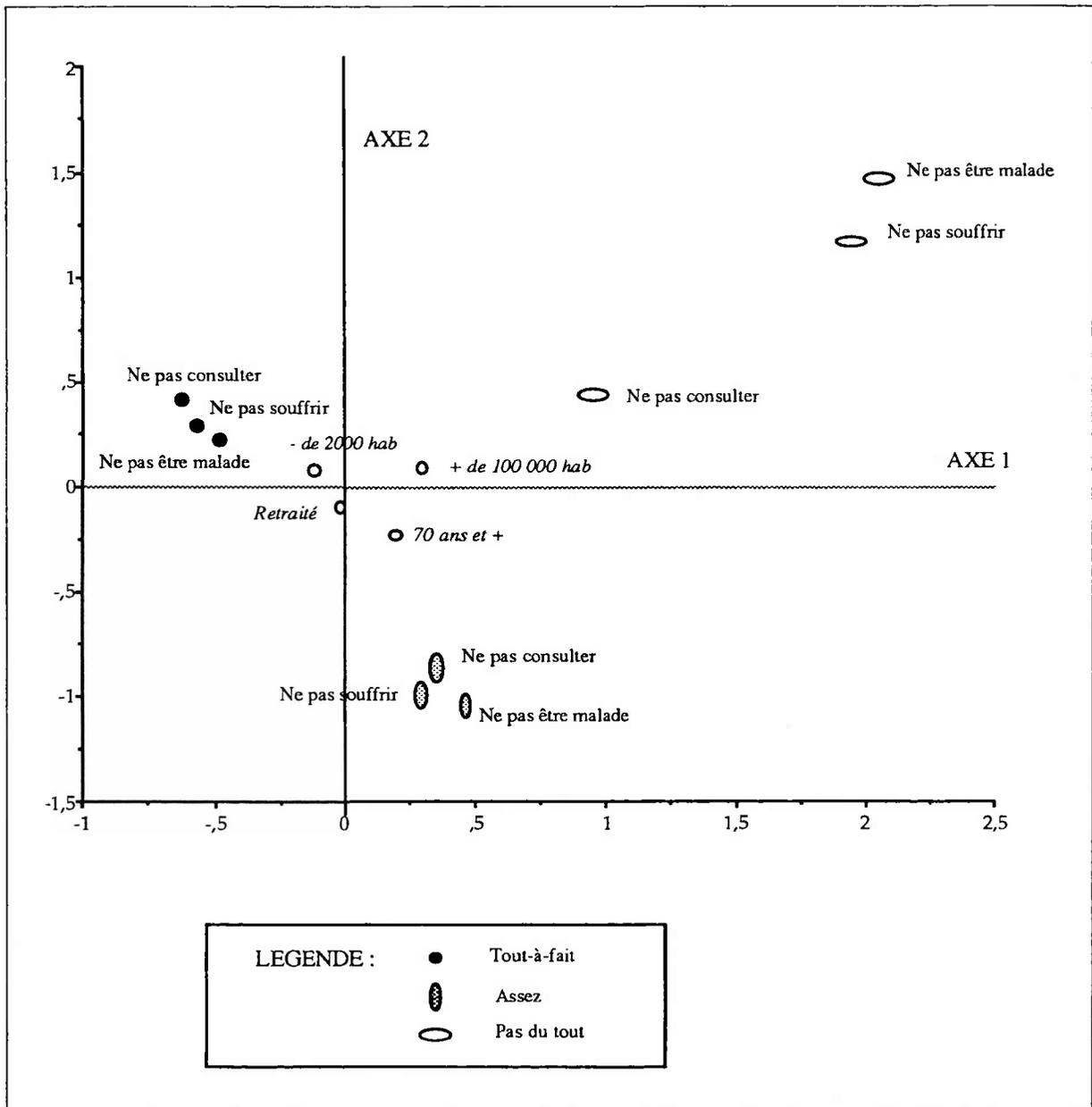
<sup>6</sup> Une Analyse des Correspondances Multiples est un type particulier d'analyse factorielle, permettant d'étudier simultanément plusieurs variables qualitatives.

- le quatrième axe (9,2% de l'inertie) est expliqué par la seule modalité "ne sait pas" de la variable assimilant bonne santé et longévité. Les retraités, par exemple, ont eu du mal à répondre à cette question.
- le cinquième axe (8,7% de l'inertie), quant à lui, est expliqué par la modalité "pas du tout" associée à cette même idée de bonne santé comme quantité de vie à vivre. Les personnes résidant dans de petites agglomérations (moins de 2 000 habitants) sont à l'extrémité opposée de l'axe, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas opposées à l'association de la bonne santé et de la longévité, ou qu'elles ne se prononcent pas sur ce sujet.

Les trois pages suivantes montrent la projection sur trois plans factoriels (les plans (1,2), (3,4) et (4,5)) des variables actives de l'analyse contribuant fortement à la construction de ces axes, ainsi que des principales variables illustratives.

ACM sur la définition de la bonne santé

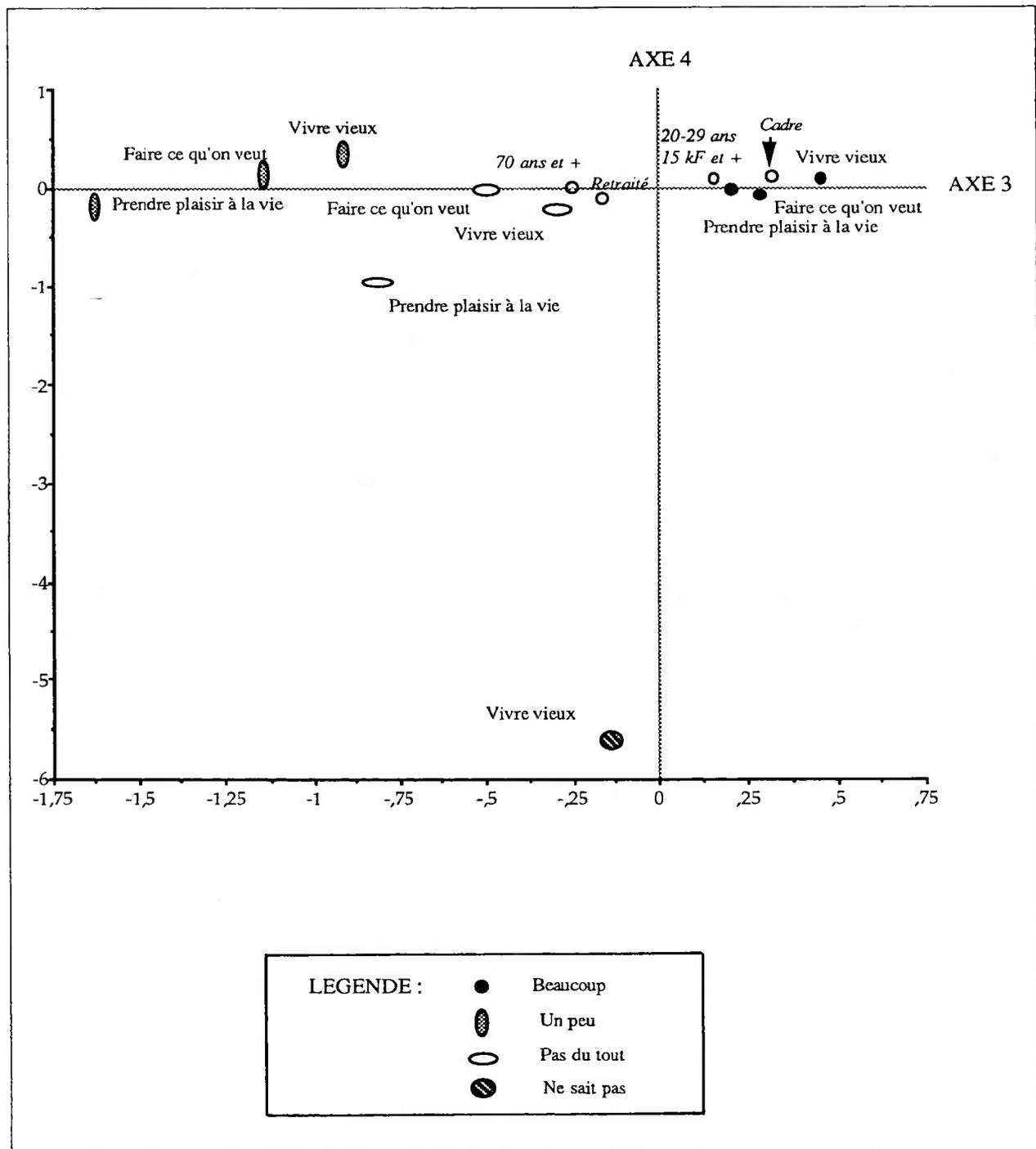
Plan (1,2)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

ACM sur la définition de la bonne santé

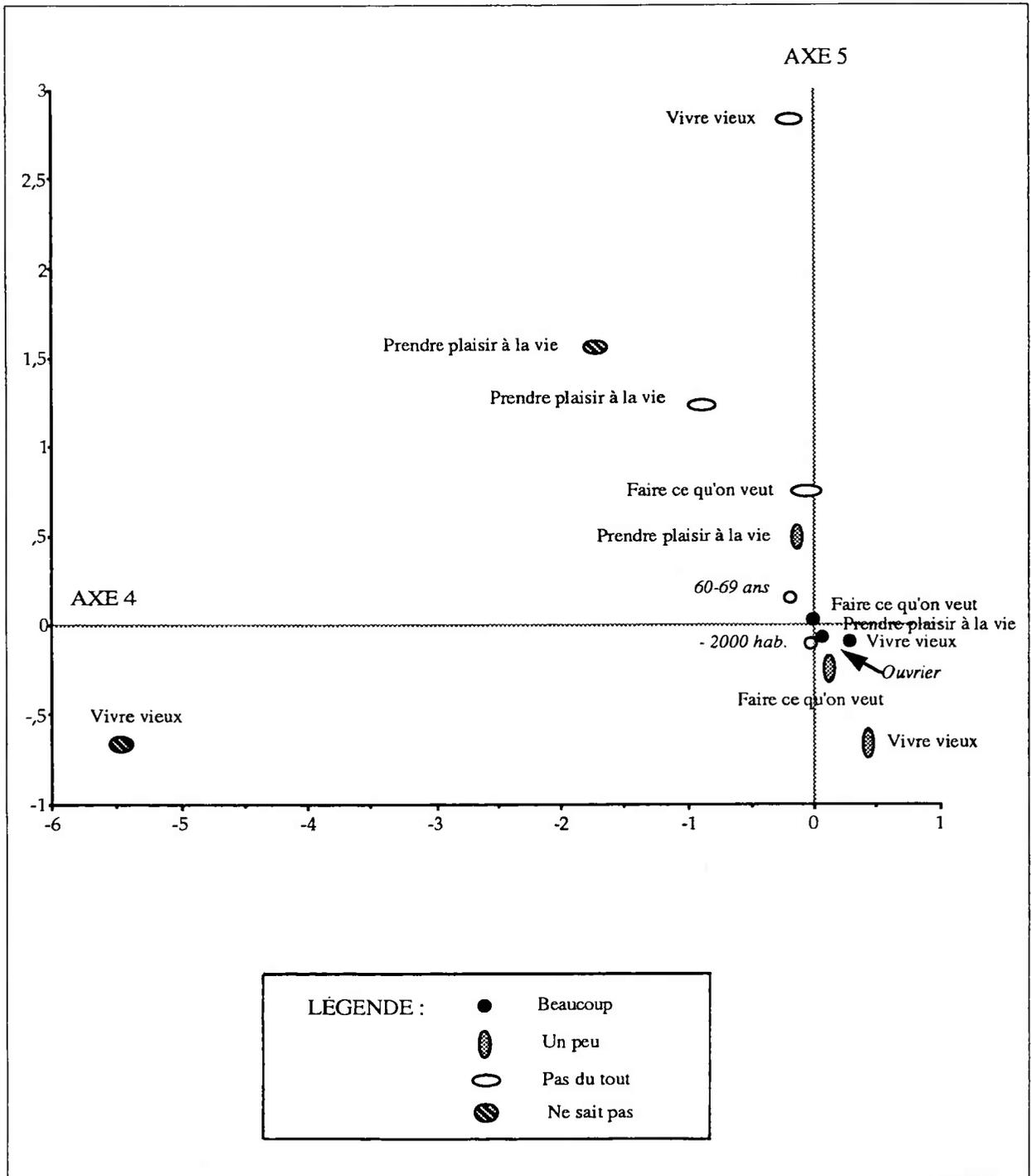
Plan (3,4)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

ACM sur la définition de la bonne santé

Plan (4,5)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Le nombre d'axes interprétables étant relativement élevé, il est difficile, par une représentation graphique, d'obtenir une information suffisamment synthétique. Par ailleurs, les variables illustratives que sont les variables socio-démographiques se projettent assez mal sur les axes factoriels. Afin de mieux prendre en compte globalement la diversité des opinions sur une définition de la santé, le mieux est alors de réaliser une partition des individus à partir de leurs réponses aux six thèmes.

Les coordonnées factorielles des individus permettent d'effectuer des regroupements entre les personnes ayant apporté le même type de réponses aux variables actives de l'analyse. On peut alors distinguer six groupes différents.

- *Les hédonistes : la santé synonyme de plaisir dans la vie, avec un rejet de la maladie et du médecin (30,6%) :*

Pour eux, la santé est avant tout synonyme de plaisir dans la vie (99,8% vs 88%) et d'autonomie (faire ce que l'on veut : 83,7% vs 79,5%). Il existe, au sein de ce groupe, un rejet complet de la maladie et de la souffrance. D'ailleurs, ne pas consulter son médecin est un signe de bonne santé (99,7% vs 39,7%).	Ces personnes vivent souvent en couple (80,4% vs 75,3%). Mais, surtout, elles se caractérisent par l'absence de tout handicap (70,3% vs 65,8%) et n'ont pas vu de médecin généraliste au cours des trois derniers mois (47,6% vs 41,3%).
--	--

- *La santé synonyme de plaisir dans la vie, mais la maladie et le médecin sont tolérés (30,1%) :*

La santé, c'est encore et avant tout prendre plaisir à la vie (99,7% vs 88%). Mais les aléas de la santé sont tolérés. Les personnes sont ici "assez d'accord" pour dire que la santé c'est ne pas consulter (91,5% vs 34,5%), ne pas être malade (45,6% vs 27,2%) ou ne pas souffrir (49% vs 31,7%).	On trouve dans cette catégorie un peu plus de jeunes (20-29 ans : 27,2% vs 20,9%), de cadres (9,1% vs 6,5%) et d'habitants de la région parisienne (20,4% vs 17,1%).
---	--

- *La santé synonyme de plaisir dans la vie, la maladie est tolérée et le médecin accepté (17,3%) :*

<p>La santé est toujours associée très fortement au fait de prendre du plaisir à la vie (99,7% vs 88%). Maladie et souffrance sont tolérées. En revanche, pour ces personnes, la bonne santé n'est pas du tout associée à la non-consultation. Le médecin n'est pas ici le symbole de la maladie, mais il est associé sans doute plus à la prévention. Voir son médecin est un moyen d'être et de rester en bonne santé.</p>	<p>Sont sur-représentés dans cette catégorie les habitants des grandes agglomérations (plus de 100 000 habitants : 23,2% vs 18,2%), les hauts revenus (plus de 15 000 F par mois : 23,1% vs 19,5%) et les familles à deux enfants (20,3% vs 15,2%). S'il tolèrent la maladie et acceptent le médecin, c'est que, bien que ne souffrant d'aucun handicap et se jugeant en très bonne santé, ils ont souvent consulté au cours des trois derniers mois (67,3% vs 58,7%).</p>
--	--

- *Une vision hédoniste très tempérée (10,4%) :*

<p>Pour ce groupe, la bonne santé, ce n'est qu'un peu "prendre plaisir à la vie". Toutes les facettes positives de la définition de la bonne santé sont reconnues, mais sans excès (une bonne santé c'est un peu "vivre vieux" à 50,3% vs 28,1% et un peu "faire ce qu'on veut" à 36,6% vs 18%).</p>	<p>Les personnes âgées (de 50 à 59 ans ou de plus de 70 ans) sont nombreuses à se trouver dans cette catégorie. Il semblerait que les atteintes de l'âge et de la maladie les aient rendues moins exigeantes sur le contenu de la bonne santé. On recense un tiers de retraités dans cette catégorie (vs 23,7% en moyenne) et revenus assez bas (de 4 à 6 000 F par mois, 22,4% vs 13,2%).</p>
--	--

- *La bonne santé : rien de ce qui est proposé (8,6%) :*

<p>Comme fréquemment dans les enquêtes d'opinion, on trouve un petit groupe réfractaire à tous les items proposés. Ceux-ci refusent particulièrement d'associer bonne santé et absence de maladie (98,6% vs 8,8%), absence de souffrance (63,1% vs 11,1%) ou non-consultation (63,2% vs 25,7%).</p>	<p>On compte deux fois plus d'habitants des grandes agglomérations dans cette catégorie (36% vs 18,2%) et plus de 30-39 ans (28,8% vs 21%). Assez fréquemment (39% vs 27,8%), ces personnes présentent un handicap ou une maladie chronique.</p>
---	--

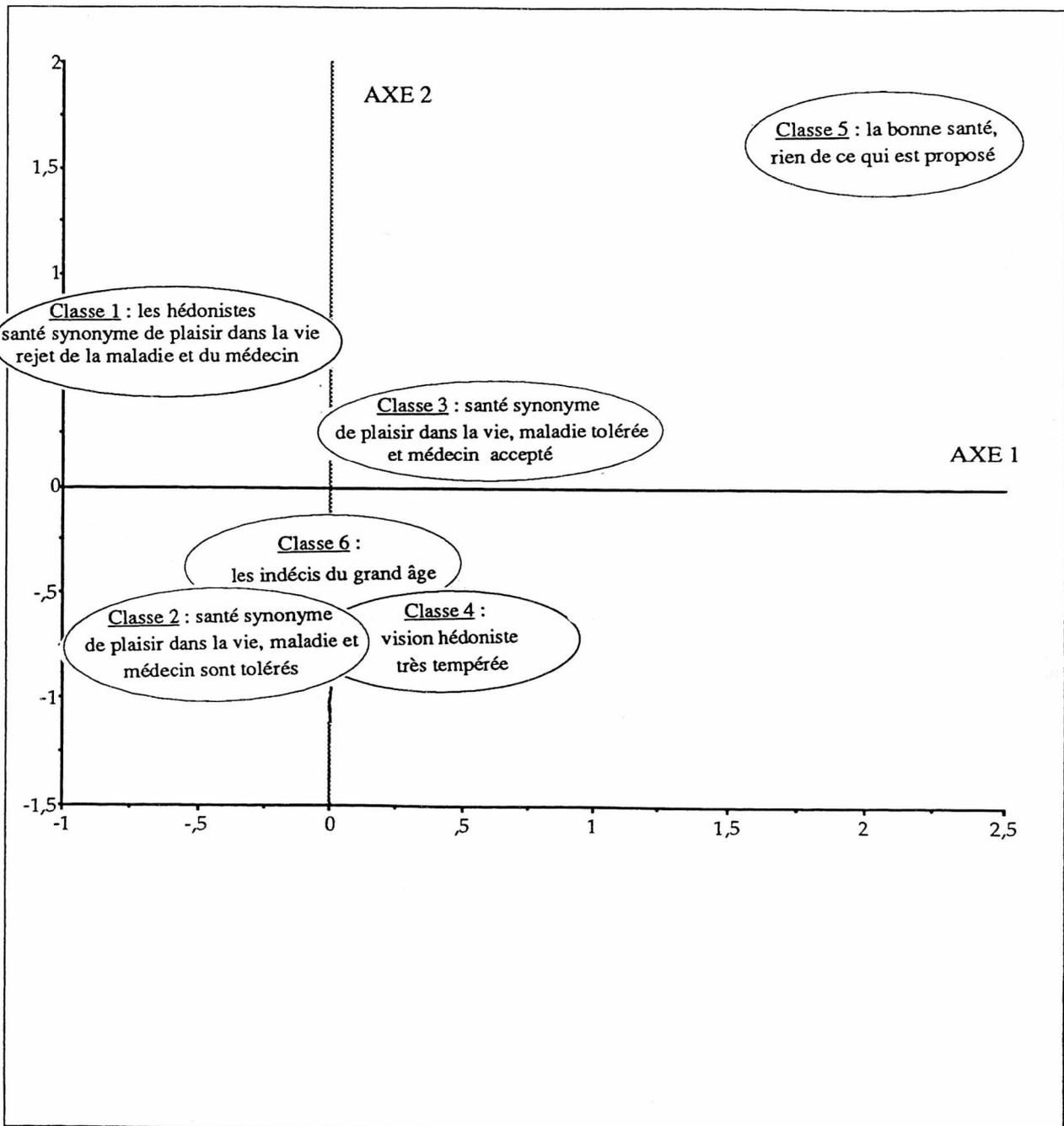
- *Les indécis du grand âge (3%) :*

<p>Un dernier petit groupe rassemble des individus qui tous, sans exception, ne savent pas dire si bonne santé doit être associée à longévité.</p>	<p>Il s'agit assez souvent de retraités (38,2% vs 23,7%), n'ayant pas répondu à la question sur les revenus et souffrant de handicaps ou infirmités physiques (46,9% vs 27,8%).</p>
--	---

Les six classes obtenues sont projetées sur les plans factoriels.

ACM sur la définition de la bonne santé

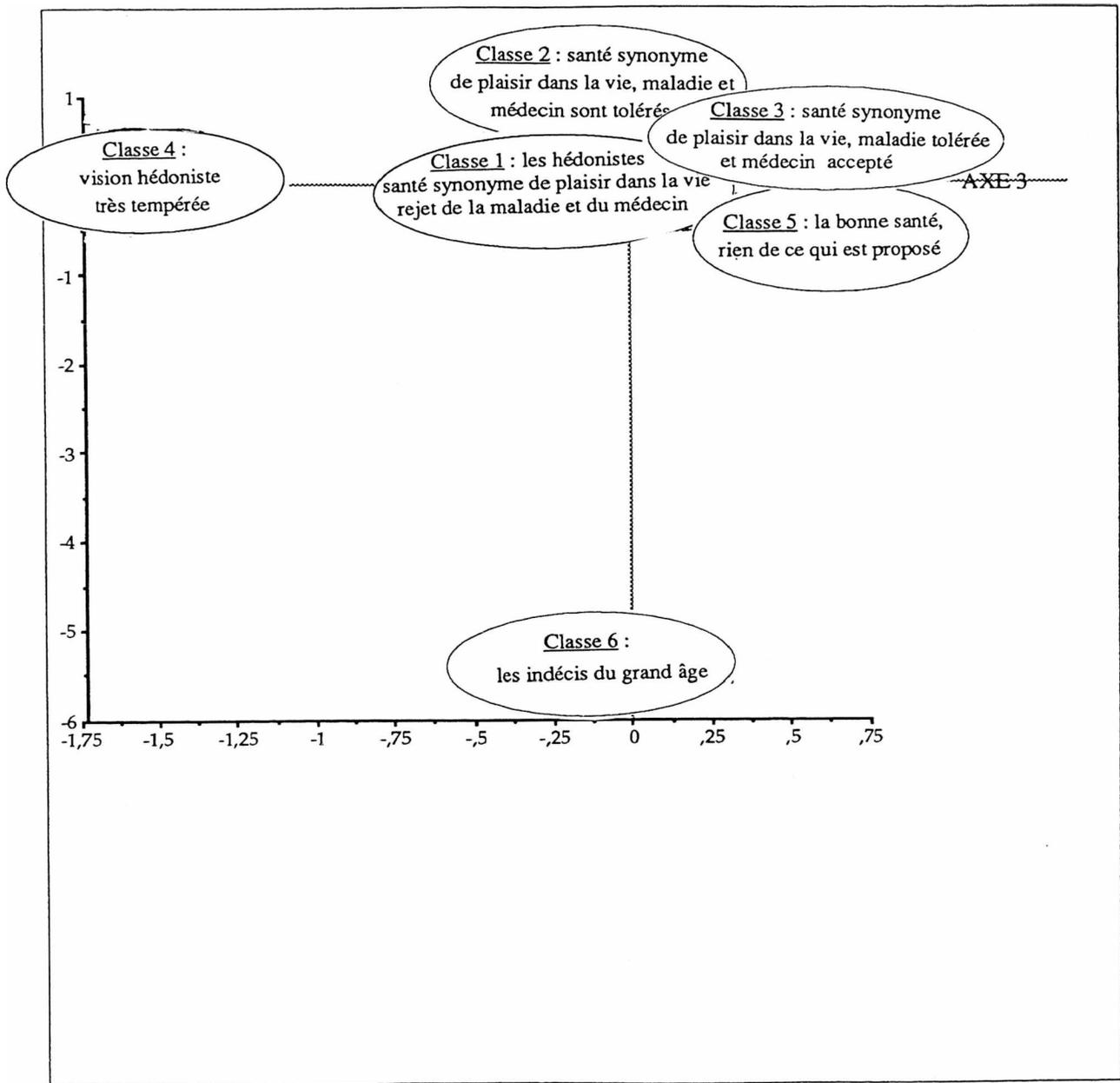
Plan (L2)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

ACM sur la définition de la bonne santé

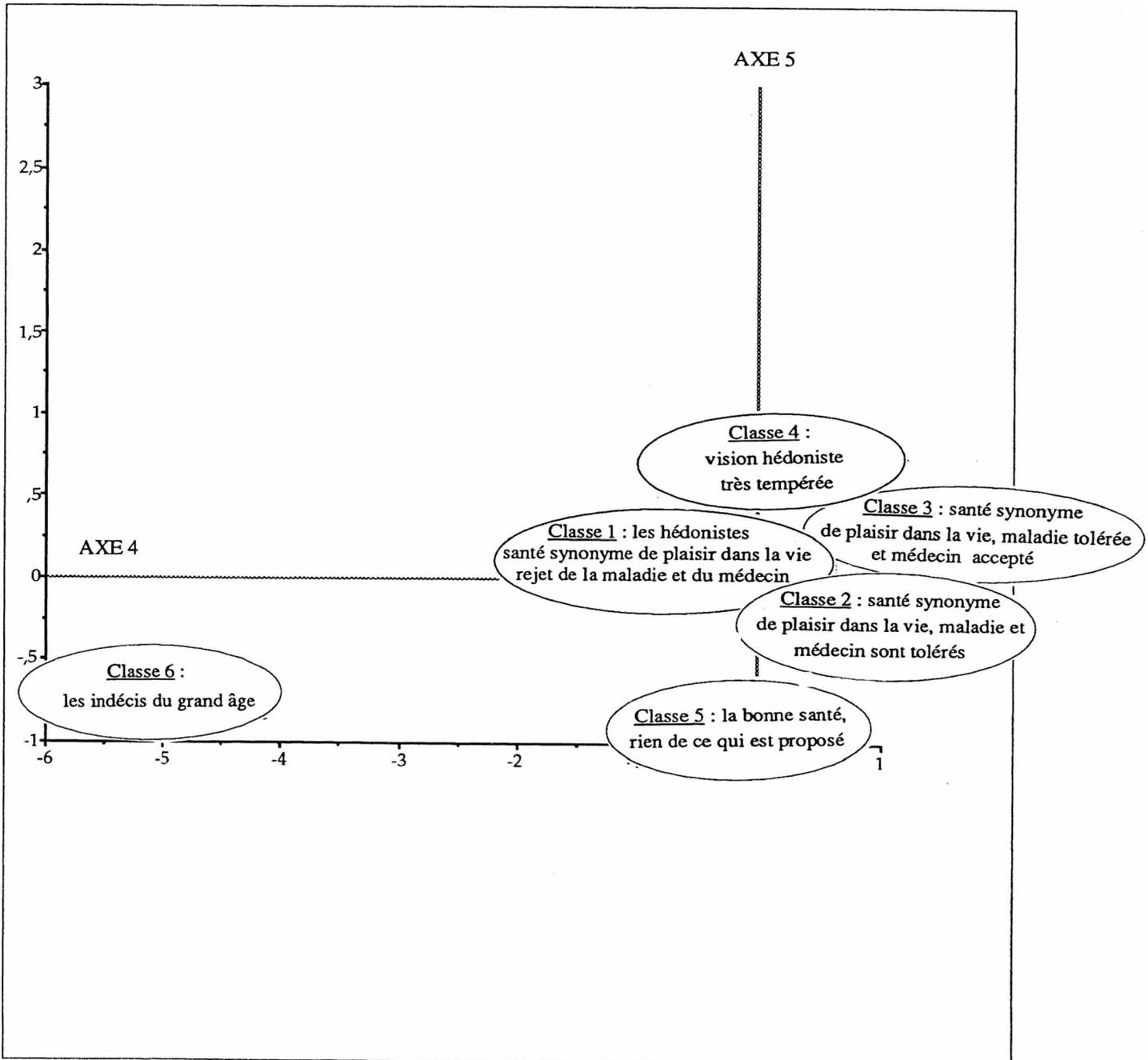
Plan (3,4)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

ACM sur la définition de la bonne santé

Plan (4,5)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Si la tendance générale de la population est donc d'associer le fait d'être en bonne santé et le plaisir pris à vivre, on s'aperçoit que cette vérité se décline néanmoins. Sur dix personnes, trois se représentent la bonne santé comme le plaisir, l'autonomie, la longévité et l'absence de toute maladie, souffrance ou intervention du médecin. Trois autres insistent fortement sur le plaisir de la vie, mais sans rejeter complètement les aspects inversés de la santé que sont le fait de consulter, de souffrir ou d'être malade. Une personne sur dix, souvent plus âgée, adopte une vision moins exigeante de la bonne santé, en acceptant notamment un peu moins de plaisir ou d'autonomie.

### Perception d'une nette amélioration de l'état de santé depuis 10 ans

Interrogés sur leur perception de l'évolution de l'état de santé des Français au cours des dix dernières années, 24% des répondants estiment que cet état de santé s'est beaucoup amélioré et 33,4% indiquent qu'il s'est un peu amélioré. 11,2% indiquent que l'état de santé n'a pas évolué pendant cette période. La perception d'une légère détérioration concerne 13,5% des personnes interrogées, une forte détérioration n'est envisagée que par 10,5% des personnes. Enfin, 7,4% indiquent ne pas avoir d'opinion sur ce sujet. *Plus de la moitié des répondants ont ainsi une image d'une amélioration de l'état de santé de la population.* Les hommes sont nettement plus sensibles à cette amélioration de l'état de santé que les femmes (64,6% des hommes pensent que l'état de santé c'est un peu ou beaucoup amélioré vs 57,4% de la population interrogée), alors que les femmes optent plus pour une détérioration (à 28,7% vs 24%).

**Tableau n°7 :**  
**Opinion sur l'amélioration de l'état de santé des Français depuis 10 ans,**  
**en fonction du sexe**

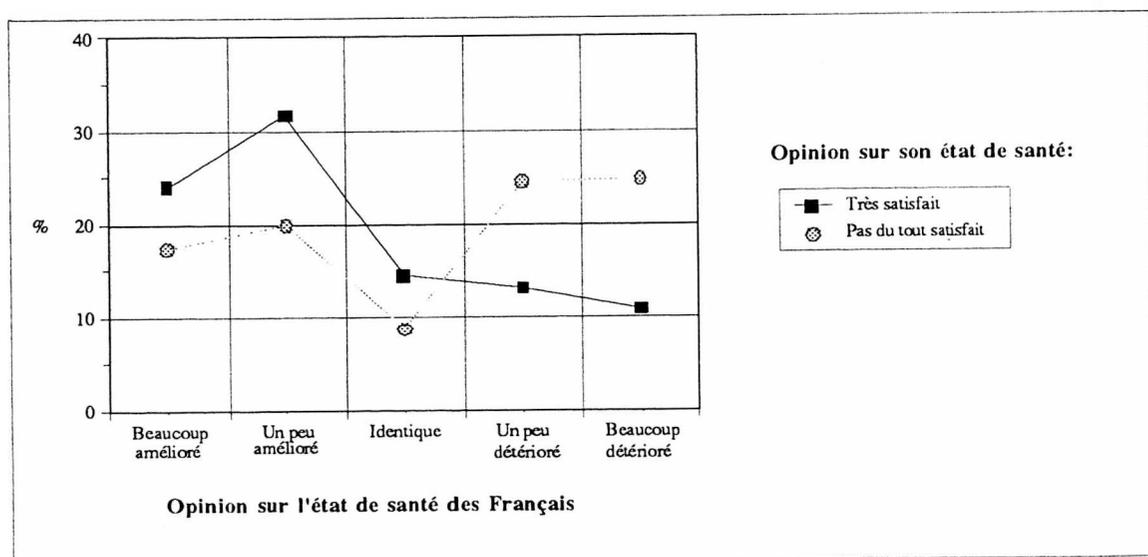
	Homme	Femme	ENSEMBLE
Beaucoup amélioré	26,73	21,41	23,95
Peu amélioré	37,94	29,19	33,37
Pas évolué	11,61	10,9	11,24
Peu détérioré	10,31	16,34	13,46
Beaucoup détérioré	8,47	12,44	10,54
Ne sait pas	4,94	9,72	7,43
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Formation et situation professionnelle actuelle sont assez fortement liées à la perception des évolutions. Un bas niveau de formation incite plutôt à envisager une détérioration dans l'évolution de l'état de santé, alors qu'un niveau un peu plus élevé permet d'accepter l'idée d'une amélioration. Cela explique certainement le fait que les ouvriers et les employés inclinent vers la détérioration. En revanche, les retraités estiment que l'état de santé de la population s'est beaucoup amélioré (32,4% vs 24%). Les artisans, les agriculteurs et les cadres pensent aussi - quoique de façon plus modérée - qu'une amélioration s'est faite dans l'état de santé des Français au cours des 10 dernières années.

Ce résultat ne semble pas lié à l'intensité des pratiques médicales des personnes interrogées. En effet, on ne constate pas de lien entre l'existence de consultations et les réponses à cette question. En revanche, le jugement sur l'état de santé personnel joue un facteur non négligeable sur la façon dont on juge l'évolution de l'état de santé des Français depuis dix ans : *les personnes qui ne sont pas satisfaites de leur état de santé optent, deux fois plus souvent que les autres, pour une détérioration de l'état de santé collectif (49,2% vs 24%). Le collectif semble jugé ici à l'aune de l'individuel.*

**Graphique n°2 :**  
**Opinion sur l'amélioration de l'état de santé des Français depuis 10 ans,**  
**en fonction de l'opinion sur son état de santé (jugé satisfaisant ou pas du tout satisfaisant)**

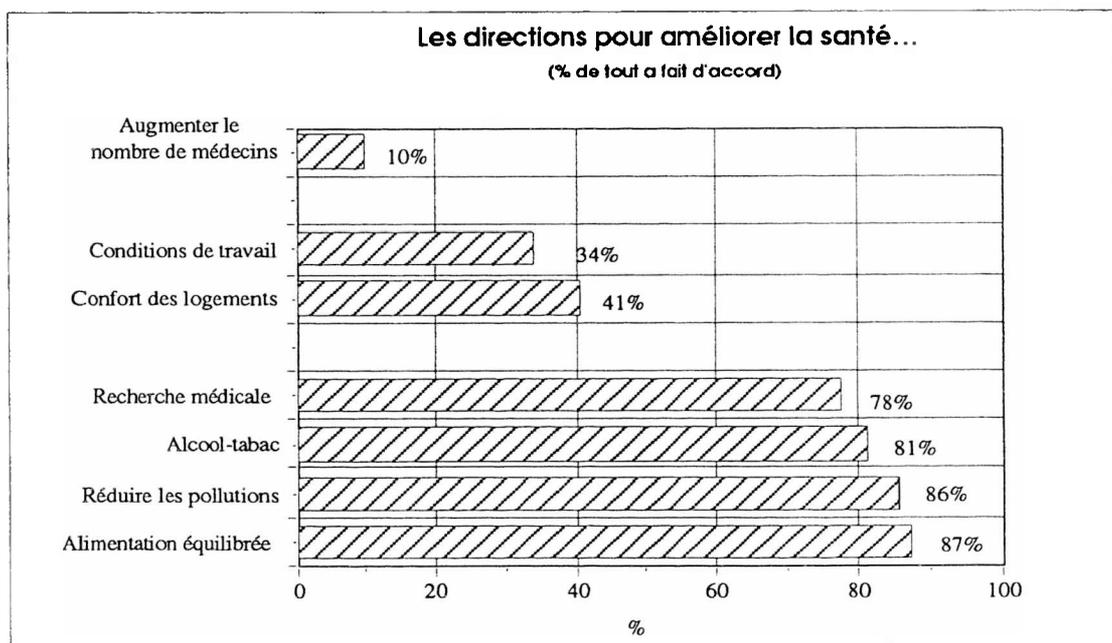


Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Pour améliorer la santé : le souci de soi et le progrès

Pour améliorer l'état de santé, les personnes interrogées proposent quatre directions : un meilleur équilibre de l'alimentation (87,2%), un freinage plus important de la consommation d'alcool et de tabac (81%), une réduction des pollutions (85,6%) et, enfin, une intensification de la recherche médicale (77,6%). On peut s'interroger sur la disparité des trois premières directions. L'obtention de l'équilibre alimentaire doit s'accompagner d'une réduction des consommations de tabac et d'alcool. Si l'on admet que la pollution n'a d'effets négatifs sur l'état de santé que parce qu'elle nous contraint à ingérer des substances nocives, il faut reconnaître que l'amélioration de l'état de santé, tel qu'il est décrit par les personnes interrogées, renvoie à une capacité individuelle et collective d'intervenir sur la nature et la qualité des substances ingérées par les personnes. Le second facteur prépondérant dans l'amélioration de l'état de santé devient alors l'intensification de la recherche médicale, c'est-à-dire l'encouragement du progrès des sciences et des techniques.

Graphique n°3 :



Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, on ne trouve que 11% pour admettre que l'amélioration de l'état de santé de la population passe par une augmentation du nombre des médecins. C'est vraisemblablement une indication très claire d'un sentiment de "besoin satisfait" d'un point de vue quantitatif, voire, chez certains enquêtés, d'une impression de saturation.

Des thèmes plus anciens se retrouvent dans une position intermédiaire, ainsi le changement des conditions de travail apparaît comme l'élément dominant dans une stratégie d'amélioration de l'état de santé pour 34% des personnes interrogées. Il en va de même pour l'amélioration du confort du logement qui n'est fortement valorisée que par 40% des répondants.

L'équilibre alimentaire est surtout mis en avant par les femmes (79,3%) et les personnes inactives.

**Tableau n°8 :**  
**"Pour améliorer l'état de santé, on devrait avoir une alimentation équilibrée"**  
**en fonction du sexe**

	Homme	Femme	ENSEMBLE
Tout-à-fait	81,13	92,66	87,15
Assez	15,98	6,55	11,06
Pas très	1,55	0,34	0,92
Pas du tout	1,15	0,42	0,77
Ne sait pas	0,19	0,03	0,11
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

La réduction de la consommation d'alcool et de tabac est, également, le fait des femmes (87,7% vs 81%), des personnes sans activité (86,9%) et habitants des petites agglomérations (84,5%).

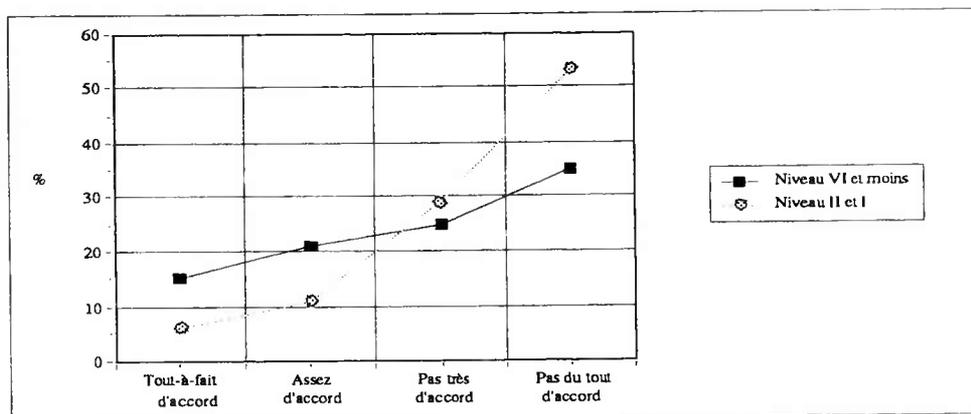
La réduction de la pollution est indiquée par l'ensemble des personnes interrogées, sans qu'il soit possible de mettre en avant une liaison avec un groupe de population particulier. Le même phénomène est observable pour le thème de l'intensification de la recherche médicale, valorisé par tous les groupes

de population. Les habitants du Nord-Pas-de-Calais y sont peut-être un peu plus sensibles que les autres.

Le changement des conditions de travail est surtout envisagé par les personnes à faible niveau de formation, ouvriers (46,8% vs 34,3%) et employés, alors que les personnes âgées et à la retraite, éloignées de la sphère professionnelle, n'y sont pas du tout sensibles.

L'augmentation du nombre des médecins est prônée par les personnes à très faible niveau de formation et celles qui sont peu satisfaites de leur état de santé (16,4% vs 9,9%). Les cadres, les personnes avec un niveau de ressources important valorisent très peu cet argument ("pas du tout d'accord" : 60,4% chez les cadres vs 42,5% en moyenne).

**Graphique n°4 :**  
**"Pour améliorer l'état de santé, on devrait augmenter le nombre de médecins"**  
**en fonction du niveau de formation**



Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

L'amélioration du confort des logements recueille, à la fois, l'assentiment des personnes retraitées et de celles dont le niveau de formation est le plus bas.

Les clivages repérés, assez faibles selon le sexe ou l'âge, la taille de la commune de résidence laissent penser qu'il s'agit là de représentations massives qui traversent l'ensemble de la société française.

La primauté très forte accordée à l'intervention de la personne dans l'amélioration de l'état de santé se retrouve, quand il s'agit pour elle, d'adopter un comportement propre à se maintenir en bonne santé. Pour 94% des personnes interrogées, le maintien de la personne en bonne santé est "leur propre affaire", c'est-à-dire un problème d'hygiène de vie : alimentation équilibrée, restriction sur l'alcool et le tabac, hygiène dentaire. Pour une très large majorité (83,3% des interviewés), le maintien en bonne santé est un problème de cadre de vie ou de travail dans lequel le médecin n'est qu'une réponse ponctuelle à la maladie ou l'accident (rôle de thérapeute). De façon conséquente, le maintien en bonne santé est considéré comme devant être l'affaire des médecins par moins d'une personne sur deux (42,8%).

Que la santé doive être sa "propre affaire", tous, ou quasiment tous, semblent en être convaincus, toutefois, il faut noter que les personnes les plus âgées (85,8% *vs* 77,4%), les retraités ainsi que les personnes ayant un bas niveau de formation, affirment cela avec une force plus grande que les autres. On trouve aussi parmi ces personnes, l'attitude inverse qui consiste à survaloriser l'intervention médicale. Ce mouvement de valorisation de soi en matière de santé doit, par conséquent, être interprété avec précautions. Il n'est certainement pas significatif d'un rejet du médical qui monterait dans les couches les plus jeunes de la population. Il traduit peut-être aussi la volonté de personnes soucieuses de prendre en compte leur expérience de vie dans la gestion de leur propre santé.

L'idée selon laquelle la santé est l'affaire des médecins est complètement rejetée par les cadres (38,2% *vs* 22,9%), les professions intermédiaires et les habitants de la région parisienne. En revanche, les personnes les plus âgées, retraitées, qui disposent de faibles ressources et les personnes résidant dans le Nord-Pas-de-Calais abondent dans ce sens.

Une dernière question portant sur les définitions données de la prévention par les personnes interrogées confirme les indications précédentes. A l'idée de prévention, les personnes interrogées associent plusieurs idées. Ils privilégient d'abord le fait d'être à jour de leurs vaccinations (75,5%) ainsi que l'attention portée au comportement alimentaire (75%). L'attention portée à l'amélioration de l'environnement arrive en troisième position lorsqu'il s'agit de définir la prévention. Le suivi par un médecin est ensuite affirmé par 56,4%

des personnes interrogées, juste devant l'amélioration des conditions de travail (56,1%).

**Tableau n°9 :**  
**"Êtes-vous d'accord pour dire de la prévention, qu'il s'agit de..."**

	Tout-à-fait	Assez	Pas très	Pas du tout	Ne sait pas	TOTAL
Être à jour de ses vaccinations	75,5	16,2	4,6	3,0	0,7	100,0
Faire attention à ce qu'on mange	75,0	20,1	4,0	0,8	0,2	100,0
Améliorer l'environnement	70,3	23,8	3,8	1,3	0,8	100,0
Se faire suivre par un médecin	56,4	27,9	9,9	5,5	0,2	100,0
Améliorer les conditions de travail	56,1	31,9	7,4	2,6	2,0	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

L'importance accordée au fait d'être à jour dans ses vaccinations est valorisée par les personnes les plus jeunes dans la population enquêtée (84,3% vs 75,5%), mais ne retient pas en priorité l'attention des plus âgés. Le regard privilégié porté aux comportements alimentaires dans le maintien en bonne santé est d'abord le fait des femmes (femmes : 79,3% vs 75%).

**Tableau n°10 :**  
**"La prévention, c'est faire attention à ce qu'on mange", en fonction du sexe**

	Homme	Femme	ENSEMBLE
Tout-à-fait	70,23	79,31	74,97
Assez	22,74	17,63	20,07
Pas très	5,49	2,63	4,00
Pas du tout	1,26	0,38	0,80
Ne sait pas	0,27	0,05	0,15
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

On rencontre aussi ces comportements chez les personnes de 50 à 70 ans (81%) et chez les personnes peu satisfaites de leur état de santé actuel (85,7%).

L'idée que la prévention passe par l'amélioration de l'environnement est partagée par une très large majorité des personnes interrogées. Parmi ces personnes, on rencontre un peu plus de femmes et d'ouvriers.

**Tableau n°11 :**  
**"La prévention, c'est améliorer l'environnement", en fonction du sexe**

	Homme	Femme	ENSEMBLE
Tout-à-fait	67,03	73,20	70,25
Assez	25,06	22,61	22,78
Pas très	5,36	2,46	3,84
Pas du tout	2,21	0,53	1,34
Ne sait pas	0,34	1,21	0,79
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Les personnes les plus âgées, les femmes et les habitants des villes de moins de 2 000 habitants, indiquent, davantage que les autres, l'importance d'un suivi régulier par un praticien. Les hommes et les personnes n'ayant vu aucun médecin au cours des trois derniers mois sont peu convaincus par cette idée.

Le thème de l'amélioration des conditions de travail, partagé par un nombre plus restreint des personnes interrogées est très présent chez les ouvriers (69,1% vs 56,1%) et les personnes âgées (50 à 69 ans).

### Une vision large et faiblement institutionnalisée des politiques de santé

Au travers des résultats de cette étude se dégage une image de la santé dans laquelle c'est le comportement de la personne qui prime. Qu'il s'agisse de l'amélioration de l'état de santé des Français, ou du maintien par les personnes elles-mêmes de leur état de santé, le médecin n'est jamais placé au premier plan. collective.

Cette faible médicalisation de la représentation de la santé apparaît aussi bien à l'échelon de la gestion par l'individu qu'à celui de la gestion collective. Ainsi, interrogés sur l'opérateur principal en matière de politique de santé, 24,3% des répondants indiquent que cette politique doit concerner le seul Ministère de la Santé. Dans ces 24,3%, le taux de personnes retraitées est significativement plus élevé. Pour 65,5% des personnes interrogées, la politique de santé est aussi l'affaire d'autres Ministères. Sont principalement cités les Ministères de l'Environnement, du Travail et de la Culture.

C'est pour les personnes retraitées ou inactives, âgées de plus de 50 ans que l'idée selon laquelle la santé est l'affaire du seul Ministère de la Santé retient le plus l'attention des personnes interrogées. Le partage des responsabilités à l'égard de la santé entre différents Ministères est une opinion davantage exprimée par les cadres (84,4% vs 65,5%) et les personnes dont le niveau de formation est supérieur à la classe de terminale.

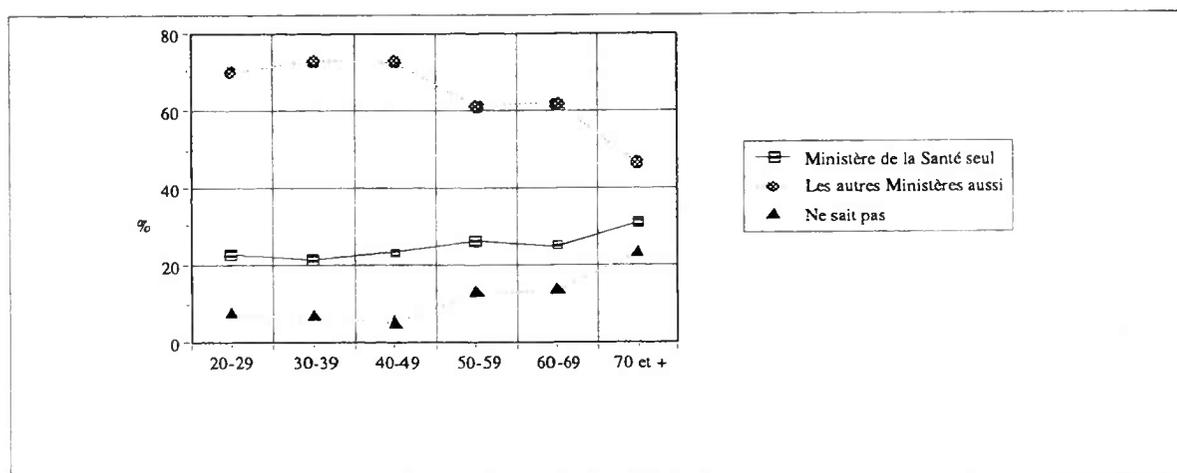
**Tableau n°12 :**  
**“D’après vous, la politique de santé doit-elle principalement concerner...”,**  
**en fonction de l’activité**

	Le Ministère de la Santé seul	D’autres Ministères	Ne sait pas	TOTAL
Agriculteur	19,18	70,91	9,92	100,0
Artisan, commerçant	25,72	68,39	5,88	100,0
Cadre	14,83	84,40	0,77	100,0
Profession intermédiaire	15,97	79,62	4,41	100,0
Employé	17,57	76,33	6,10	100,0
Ouvrier	25,81	61,38	12,80	100,0
Retraité	30,48	52,21	17,31	100,0
Sans activité	29,69	60,42	9,89	100,0
ENSEMBLE	24,33	65,53	10,14	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

L’effet d’âge sur cette question, assez important, est illustré par le graphique suivant. L’exclusivité donnée au Ministère de la Santé augmente régulièrement avec l’âge, de même que le taux de “ne sait pas”. En revanche, la préférence accordée à une politique de santé mise en oeuvre également par d’autres Ministères décroît avec l’âge.

**Graphique n°5 :**  
**Rôle des Ministères dans l’élaboration de la politique de santé en fonction de l’âge**



Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

A l'éclatement institutionnel de la prise en charge de la santé correspond, chez les personnes interrogées, le souhait d'une répartition des moyens de l'État sur l'ensemble des problèmes de santé. L'image d'un État rationnel qui se fixerait, en matière de santé, des objectifs précis et sur lesquels il concentrerait l'ensemble de ses moyens financiers ne rencontre l'approbation que de 17,1% des répondants. Les cadres sont deux fois plus nombreux que la moyenne à adhérer à cette idée (33,5% *vs* 17,1%). Interrogés, à l'aide d'une question ouverte, sur les thèmes sur lesquels l'action de l'État devrait alors se concentrer, les répondants insistent massivement sur le cancer, le sida, les affections cardio-vasculaires et les maladies génétiques.

**Tableau n°13 :**  
**"D'après vous, l'effort financier de l'État doit-il être concentré ou réparti ?",**  
**en fonction de l'activité**

	Concentré	Réparti	Ne sait pas	TOTAL
Agriculteur	16,27	81,46	2,27	100,0
Artisan, commerçant	27,67	68,31	4,03	100,0
Cadre	33,48	60,92	5,60	100,0
Profession intermédiaire	27,04	68,27	4,70	100,0
Employé	16,63	81,43	1,95	100,0
Ouvrier	12,78	83,43	3,79	100,0
Retraité	13,60	76,75	9,65	100,0
Sans activité	11,72	79,56	8,72	100,0
ENSEMBLE	17,05	76,94	6,01	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

64,1% des personnes interrogées estiment que dans la mise en oeuvre de sa politique de santé, l'État ne doit pas non plus accorder une priorité à certaines régions. Si un peu plus d'un quart des personnes interrogées (26,3%) défendent l'idée d'une priorité à donner à certaines régions, ce taux atteint presque 40% en région Nord-Pas-de-Calais. Les femmes aussi partagent plus souvent cette opinion (29,2% *vs* 26,3%). Dans ce cas, les régions les plus fréquemment citées sont le Nord-Pas-de-Calais et l'Ile-de-France. Les habitants du Nord-Pas-de-Calais, très demandeurs d'une politique de santé ciblée sur quelques régions, aimeraient

que leur région en bénéficient : 72% des habitants du Nord-Pas-de-Calais ont indiqué leur région comme région à privilégier, alors qu'en moyenne seuls 36% des personnes interrogées l'ont citée. On a là un effet régional très fort.

Une des raisons de cette absence particulière de volonté de fixer des objectifs à atteindre tient peut-être au fait que les personnes interrogées ne manifestent pas une conscience très forte de l'existence de disparités régionales. 50% des personnes interrogées estiment que, par rapport aux autres régions, les habitants de leur région sont autant malades qu'ailleurs. Les autres répondants se répartissent, également, entre ceux qui pensent qu'ils sont plus malades, ceux qui pensent qu'ils sont moins malades et ceux, enfin, qui affirment ne pas avoir d'opinion sur ce sujet.

**Tableau n°14 :**  
**"Diriez-vous que dans votre région, par rapport aux autres régions, les gens sont plus, autant ou moins malades qu'ailleurs ?"**

	%
Plus malades	16,5
Autant malades	50,8
Moins malades	14,9
Ne sait pas	17,8
TOTAL	100,0

*Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992*

L'âge semble avoir un effet certain sur cette perception de la santé des autres. Entre 40 et 49 ans, les personnes interrogées ont une vision plutôt négative de l'état de santé des personnes de leur région, comparativement aux habitants des autres régions. De même, les cadres, les habitants de la région parisienne et du Nord-Pas-de-Calais pensent que les gens de leur région sont plus malades qu'ailleurs. On remarque une nouvelle fois l'influence de l'état de santé individuel sur une perception plus globale (en l'occurrence une perception régionale) de l'état de santé. En effet, les personnes ayant fait un séjour à l'hôpital affirment, plus que les autres, qu'on est davantage malades dans leur région (28,9% vs 16,5%).

Entre 60 et 69 ans, les personnes interrogées ont plutôt tendance à considérer que l'état de santé est meilleur dans leur région que dans les autres. On assiste ainsi à un décalage lié à l'âge entre l'image qu'ont les personnes de leur propre santé et celle qu'elles peuvent avoir de la santé des autres. Avec l'avancée en âge, la perception de sa propre santé tend à se dégrader, alors que la perception que l'on peut avoir des habitants de sa région par rapport aux autres personnes d'autres régions, donc plus lointaines, va en s'améliorant. On notera que les personnes interrogées en Midi-Pyrénées ont une bonne image de l'état de santé des habitants de cette région (30,7% vs 14,9%).

Les cadres et les personnes dont le niveau de formation est supérieur à la classe de terminale pensent aussi que les habitants de leur région sont plus malades qu'ailleurs. Les ouvriers et employés admettent l'idée d'une équivalence de taux en matière de maladie entre leur région et les autres. Les agriculteurs et artisans pensent, au contraire, que leur région est dans une situation meilleure comparativement aux autres régions.

**Tableau n°15 :**  
**"Diriez-vous que dans votre région, par rapport aux autres régions, les gens sont plus, autant ou moins malades qu'ailleurs ?", en fonction de l'activité**

	Plus malades	Autant malades	Moins malades	Ne sait pas	TOTAL
Agriculteur	5,74	59,37	24,70	10,19	100,0
Artisan, commerçant	7,33	50,56	16,50	25,61	100,0
Cadre	32,36	38,63	15,62	13,40	100,0
Profession intermédiaire	18,72	56,14	12,52	12,62	100,0
Employé	13,32	57,54	13,66	15,47	100,0
Ouvrier	21,69	50,13	14,04	14,14	100,0
Retraité	12,85	46,33	17,10	23,72	100,0
Sans activité	15,82	51,23	13,76	19,19	100,0
ENSEMBLE	16,51	50,81	14,92	17,76	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Les personnes interrogées se répartissent en deux groupes à peu près équivalents lorsqu'il s'agit de dire si, d'après elles, l'État doit accorder une priorité

à certains groupes de population. 47,5% répondent positivement, 3,2% indiquent ne pas savoir, les 49,3% restants répondent de manière négative. Lorsqu'ils estiment qu'une priorité doit être accordée, les répondants privilégient les personnes handicapées et les nouveaux-nés, 24% chacun, puis les jeunes de 18 à 25 ans (21%) et, enfin, les personnes âgées (15%).

**Tableau n°16 :**  
**“L'État doit-il, dans sa politique de santé, accorder une priorité à certains groupes de population ?”, en fonction du sexe**

	Homme	Femme	ENSEMBLE
Oui	43,59	51,09	47,51
Non	53,67	45,26	49,28
Ne sait pas	2,75	3,65	3,22
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Qu'il s'agisse d'attribuer une priorité à des groupes de population ou aux habitants de régions, les femmes se trouvent alors sur-représentées.

Quatre questions permettent donc d'appréhender la façon dont les personnes imaginent une politique de santé, depuis l'amont (est-ce l'affaire du Ministère de la Santé seul ou aussi d'autres Ministères, l'effort financier de l'État doit-il être concentré ou réparti ?) jusqu'à l'aval (une priorité doit-elle être donnée à une région ou à un groupe de population particulier ?). L'analyse des réponses à ces quatre questions peut permettre de réaliser une typologie des personnes interrogées en fonction de leurs préférences quant à l'instauration de politiques de santé. Comme précédemment, la typologie a été réalisée après une Analyse en Composantes Multiples.

- le premier axe (18,3% de l'inertie) est principalement bâti à partir des questions sur d'éventuelles priorités à donner à une région ou à un groupe de population particulier : l'axe fait un clivage entre les opposants à ces priorités et les autres. Parmi les opposants, on trouve plutôt les revenus élevés (plus de 12 000 F par mois), les hommes et les plus jeunes. Les habitants du Nord-Pas-de-Calais se

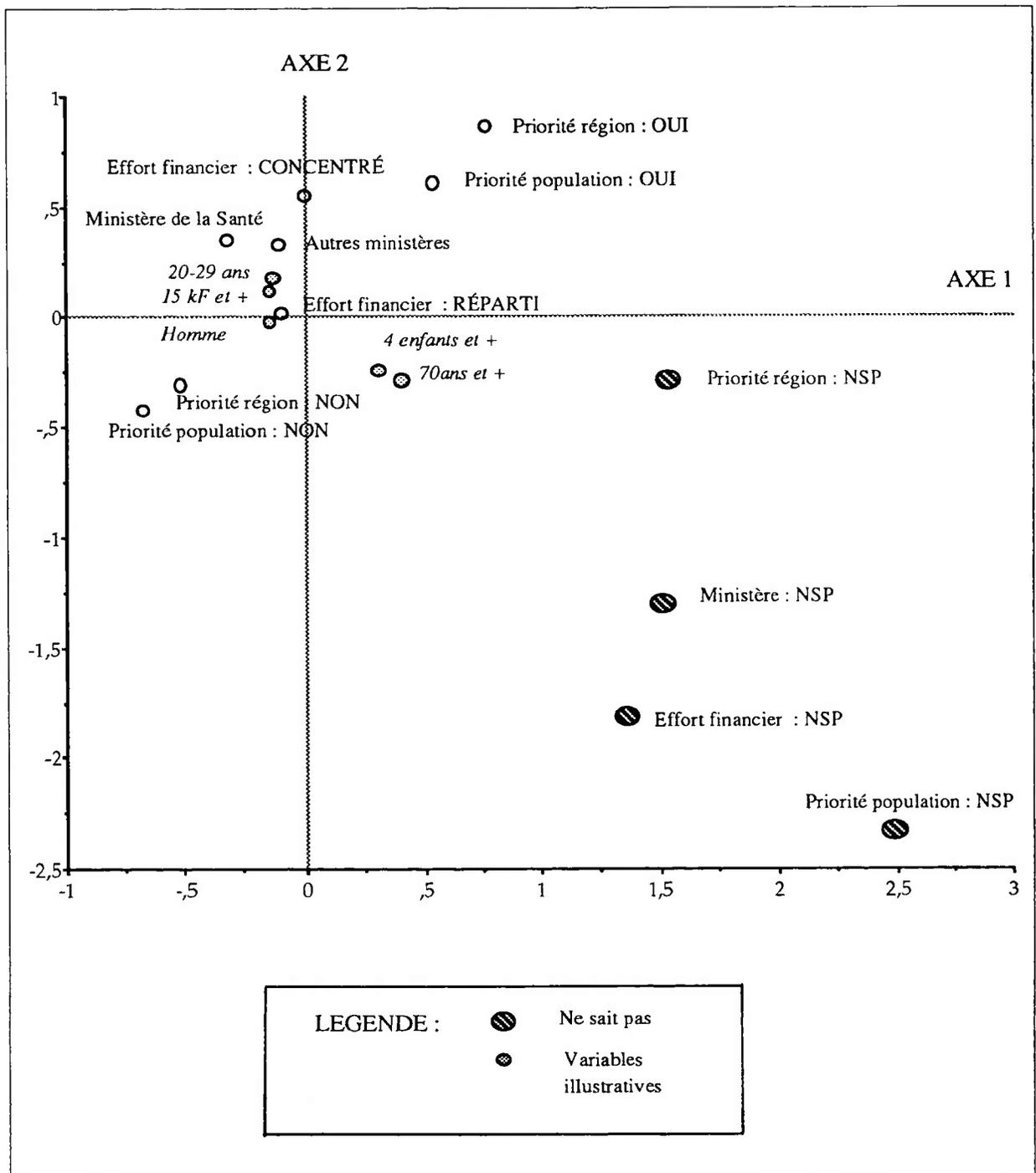
situent à l'autre extrémité du premier axe, ils sont plus souvent partisans d'une politique ciblée dans l'espace.

- le deuxième axe (15,5% de l'inertie) oppose les indécis (les modalités "ne sait pas" de toutes les variables actives ont une forte contribution à la formation de l'axe) à ceux ayant une opinion tranchée, notamment une opinion favorable aux priorités déjà évoquées (quant à une région ou un groupe de population). Les cadres et professions intermédiaires font partie des personnes à opinion tranchée, alors que les personnes âgées ou qui ont plus de deux enfants ont plus de mal à formuler une réponse.
- le troisième axe (13,2% de l'inertie) repose sur l'opposition entre les partisans d'une politique de santé impulsée par le seul Ministère de la Santé et les défenseurs de la concentration de l'effort financier de l'État sur quelques problèmes de santé. Cet axe fait un clivage très net entre les différents types d'activité : ouvriers, retraités et inactifs sont opposés aux cadres, professions intermédiaires et artisans-commerçants.
- le quatrième axe (12,2% de l'inertie) est issu des réponses à la question sur la priorité éventuelle à donner à une région dans la politique de santé : les personnes n'ayant pas d'opinion sur le sujet sont opposés aux partisans d'une priorité régionale. Parmi les indécis, on compte plus de personnes seules et de jeunes (30-39 ans). En revanche, les habitants du Nord-Pas-de-Calais et les hommes se retrouvent du côté des personnes favorables à une politique de santé tournée en priorité vers une région.
- le cinquième axe (11,6% d'inertie) isole les personnes estimant à la fois que la politique de santé doit être l'affaire du seul Ministère de la Santé et que l'effort financier de l'État doit être concentré sur quelques problèmes de santé. C'est par exemple ce que pensent les hommes, alors que les employés et les personnes à faible ressource sont de l'autre côté de l'axe.

Les trois graphiques suivants illustrent les premiers plans factoriels issus de l'analyse (plans (1,2), (2,3) et (4,5)).

ACM sur les politiques de santé

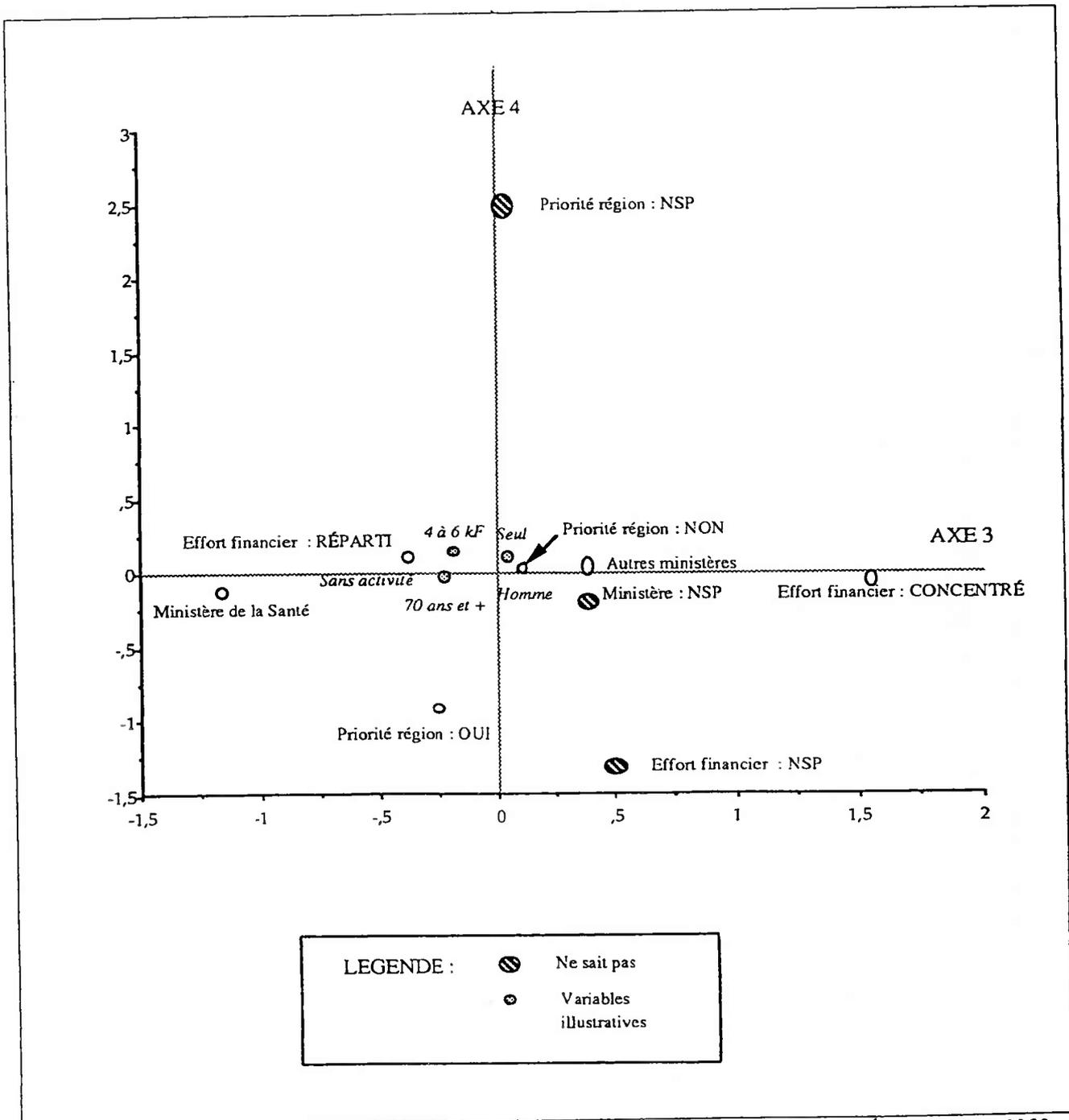
Plan (1,2)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

ACM sur les politiques de santé

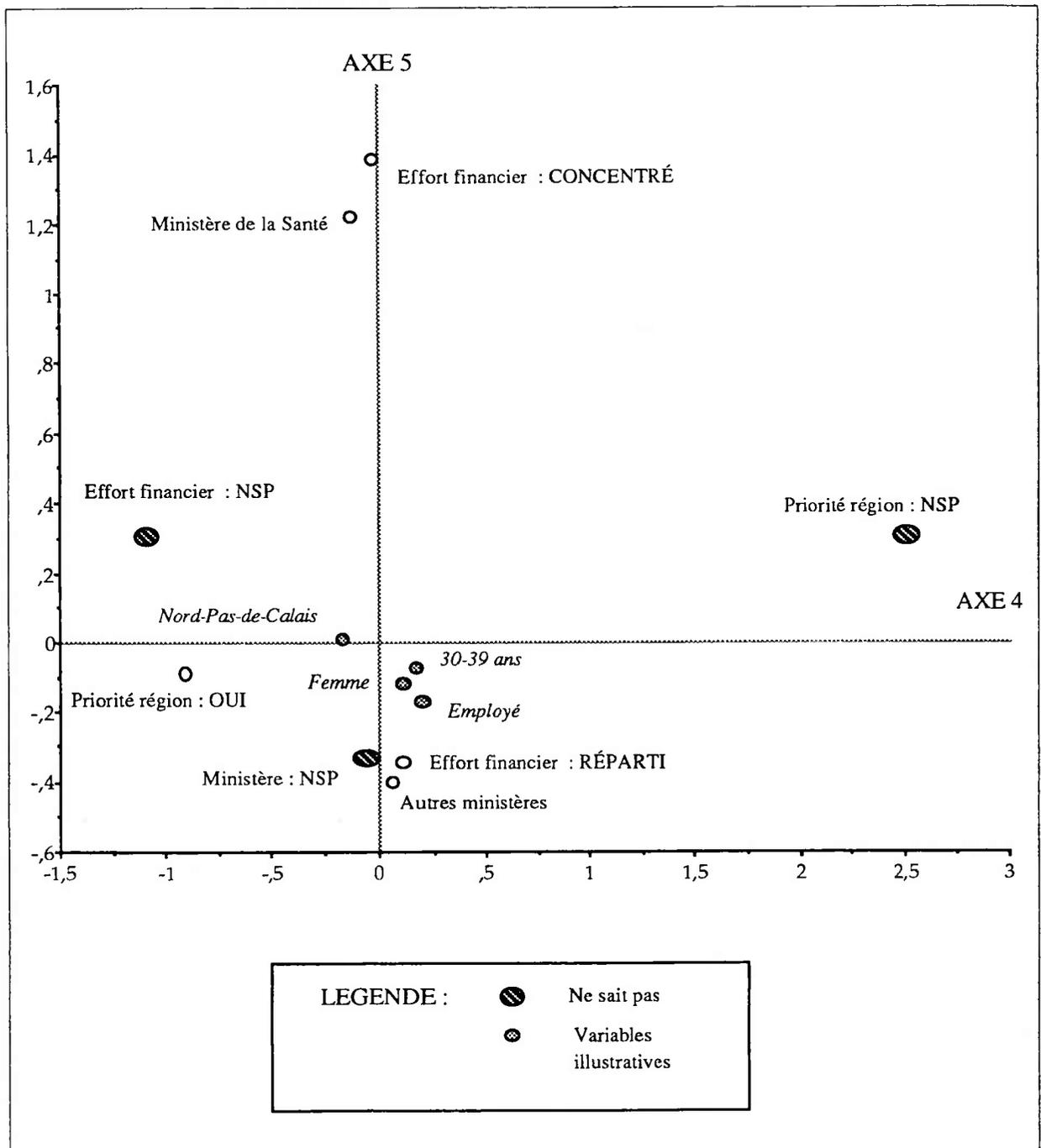
Plan (3,4)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

ACM sur les politiques de santé

Plan (4,5)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

A partir des coordonnées des individus sur les axes factoriels, six groupes peuvent être constitués, ayant des comportements de réponses homogènes aux variables traitant de la politique de santé.

- *Une politique sans priorité marquée, engagée par plusieurs Ministères (33,9%) :*

<p>Aux quatre questions définissant la mise en oeuvre et les objectifs de la politique de santé, plus d'une personne interrogée sur trois présente une vision à la fois très large et très égalitariste. En effet, toutes les personnes de ce groupe pensent d'une part que la politique de santé doit aussi être l'affaire d'autres Ministères que celui de la Santé (100% vs 65,5%) et, d'autre part, que l'État ne doit pas accorder de priorités à certaines régions (100% vs 64,1%). Les artisans de la politique de santé doivent se recruter dans différents Ministères, et en aucun cas la politique de santé ne doit être ciblée sur une région ou un groupe de population particulier (non à 63,6% vs 49,3%). Enfin, pour 94,5% de ces personnes (vs 76,9%), l'effort financier doit être réparti sur l'ensemble des problèmes.</p>	<p>Les jeunes (30-39 ans) et les professions intermédiaires sont légèrement sur-représentés dans cette catégorie.</p>
---	---

- *Une politique sans priorité marquée, mise en oeuvre par le Ministère de la Santé (15,7%) :*

<p>Ces personnes sont également convaincues que l'effort financier de l'état doit être réparti (94,5% vs 76,9%), que la politique de santé doit pas privilégier de région (93,6% vs 64,1%) ou de groupe de population particulier (69,6% vs 49,3%). Ces personnes partagent avec la classe précédente la vision d'une application égalitariste de la politique de santé. En revanche, ils se distinguent sur le maître d'oeuvre d'une telle politique. En effet, pour toutes les personnes de ce groupe, c'est au Ministère de la Santé seul que doit incomber la mise en place de la politique de santé.</p>	<p>On trouve dans cette classe plus d'hommes (55,6% vs 47,8%), plus de retraités (29,4% vs 23,7%) et d'habitants des grandes agglomérations hors Paris (24,4% vs 18,2%).</p>
---	--

- *Les régionalistes (17,2%) :*

<p>Toutes les personnes de cette classe attendent d'une politique de santé qu'elle accorde des priorités à certaines régions. La politique de santé doit également avoir pour cible certains groupes de population (77,2% vs 47,5%). En revanche, si une attention particulière doit être portée à certaines régions ou catégories de personnes, l'État doit répartir ses efforts sur tous les problèmes (93,5% vs 76,9%) et des Ministères autres que le Ministère de la Santé doivent y participer (79,6% vs 65,5%).</p>	<p>On recense beaucoup de femmes dans ce groupe (60% vs 52,2%), et les habitants du Nord-Pas-de-Calais y sont sur-représentés (11,7% vs 8%), de même que les inactifs (26,3% vs 19,2%). Les personnes présentes dans ce groupe ont fréquemment consulté un spécialiste dans les trois derniers mois (44,2% vs 32,8%).</p>
--	---

- *Pas d'opinion sur les régions, mais priorité à des groupes de population (7,5%) :*

<p>Aucune des personnes de cette classe ne sait dire si la politique de santé doit ou non privilégier certaines régions (100% vs 9,5%). En revanche, l'accent doit être mis sur des groupes de populations spécifiques (72,9% vs 47,5%).</p>	<p>Les femmes sont également plus présentes dans ce groupe (71,7% vs 52,2%), on trouve beaucoup de revenus moyens et de 30-39 ans (30,5% vs 21%).</p>
--	---

- *Une focalisation sur quelques problèmes de santé (14,4%) :*

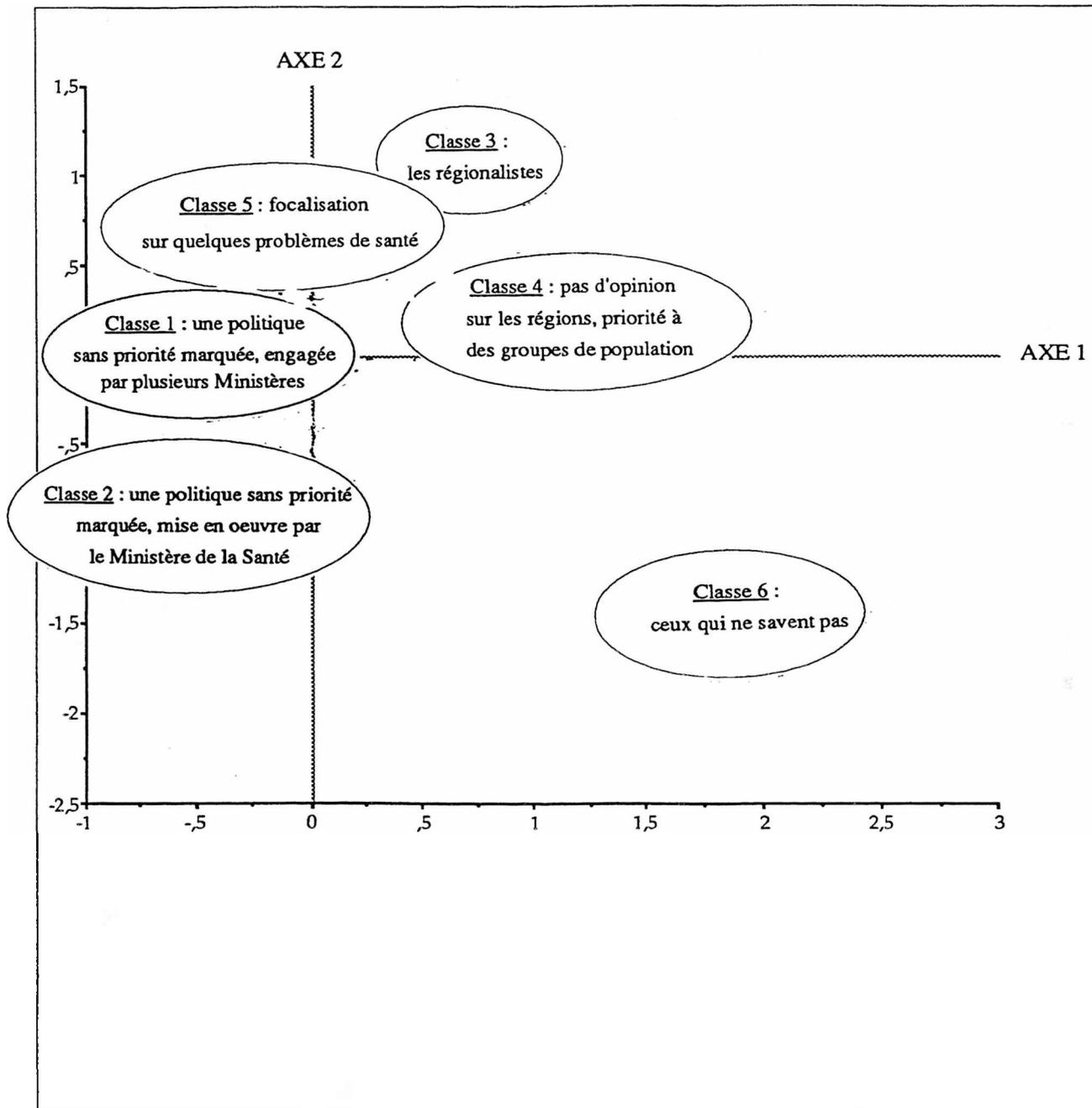
<p>Près d'un personne sur sept développe une vision très efficace de la politique de santé et dénuée de "sentimentalisme". En effet, pour toutes ces personnes, l'État doit concentrer ses efforts sur quelques problèmes de santé (100% vs 17,1%). La mise en place de cette politique de santé ne relève d'ailleurs pas du seul Ministère de la Santé ("d'autres ministères" : 79% vs 65,5%). En revanche, si la politique de santé est concertée par plusieurs Ministères pour concentrer ses efforts sur quelques problèmes, dans cette vision, on ne privilégie aucune région ou aucun groupe particulier de population.</p>	<p>Les partisans d'une telle politique de santé se recrutent chez les cadres (14% vs 6,5%), les professions intermédiaires (17,5% vs 11,3%) et les artisans-commerçants (7,8% vs 4,2%). Les revenus du foyer sont plutôt élevés (plus de 12 000 F mensuel : 44,1% vs 30,9%), et les personnes n'ont pas consulté de généraliste dans les trois derniers mois (48,7% vs 41,3%).</p>
---	--

- *Ceux qui ne savent pas (11,3%) :*

<p>Comme souvent une classe de faible effectif réunit les personnes n'ayant pas répondu aux questions analysées. Ainsi, 90,1% d'entre elles (vs 10,1%) n'ont pas su dire si la politique de santé devait concerner le seul Ministère de la Santé ou d'autres Ministères.</p>	<p>On compte dans ce groupe deux fois plus de personnes très âgées (27,9% vs 12,7% de 70 ans et plus), beaucoup de retraités (39,3% vs 23,7%) et de femmes (61,7% vs 52,2%).</p>
--	--

ACM sur les politiques de santé

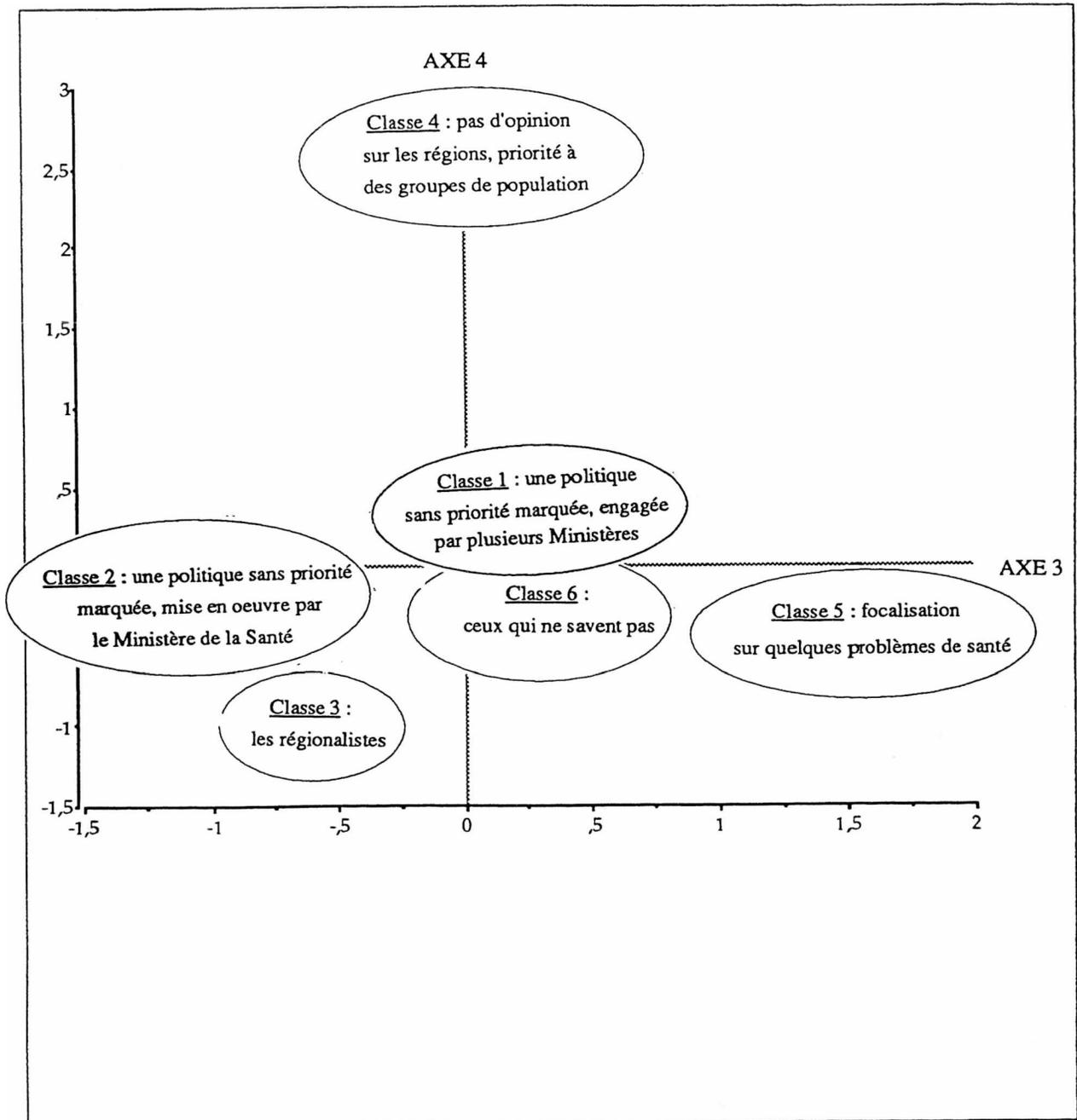
Plan (1,2)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

ACM sur les politiques de santé

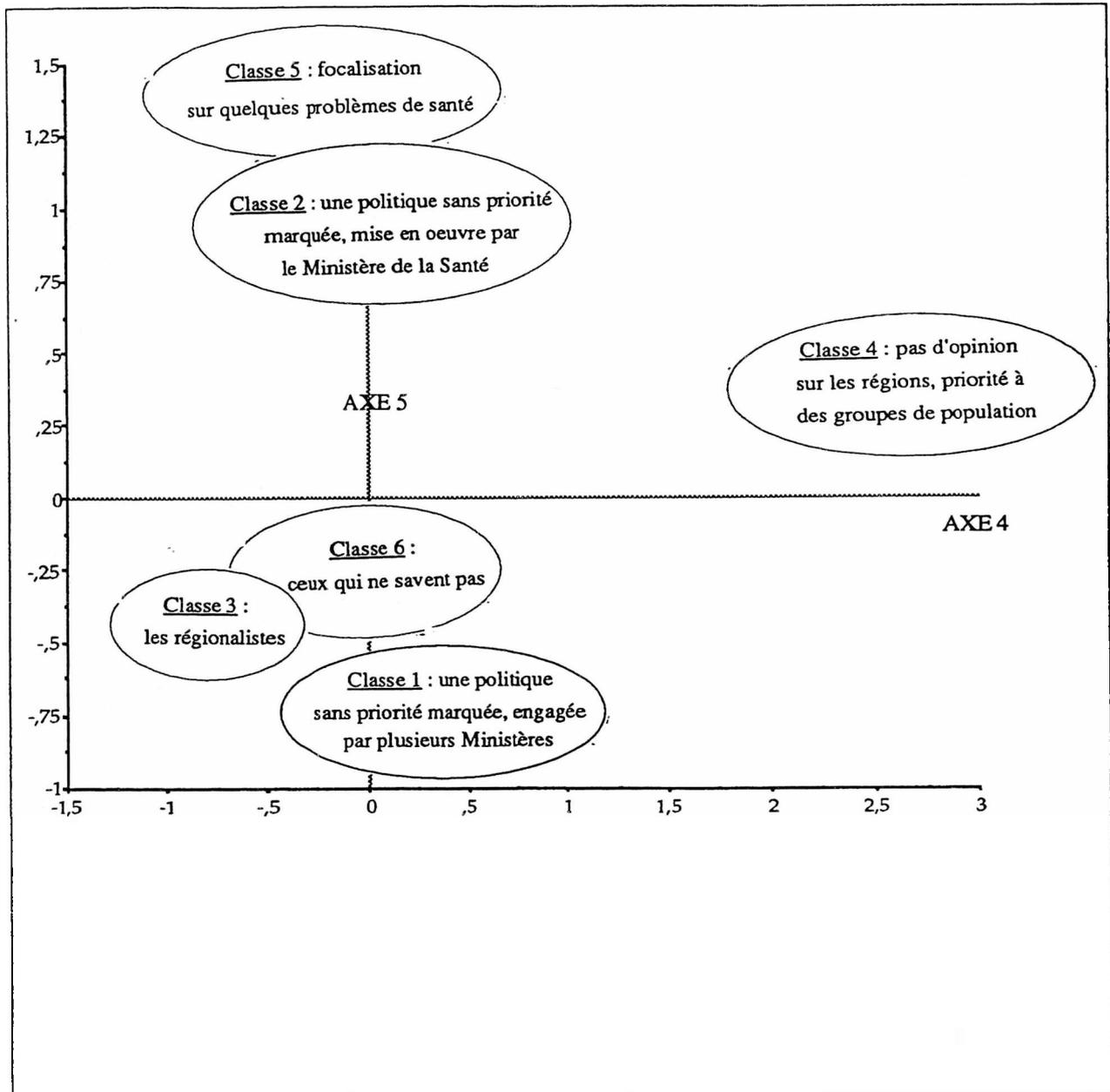
Plan (3,4)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

ACM sur les politiques de santé

Plan (4.5)



Source : Enquête CRÉDOC-HCSP 1992

### La cohésion sociale, un facteur de santé

Interrogés sur les problèmes qui jouent, d'après eux, un rôle très important sur l'état de santé, les répondants placent le chômage nettement en avant des autres problèmes évoqués. 61% d'entre eux confèrent, en effet, au chômage un rôle très important sur l'état de santé, ensuite, 58,8% insistent sur le rôle, également très important, du manque d'argent. Cette hiérarchie n'est pas sans évoquer les résultats d'autres enquêtes dans lesquelles des allocataires du RMI ou des personnes au chômage interrogées sur les problèmes qu'elles estimaient devoir être résolus de manière prioritaire plaçaient au premier rang de ceux-ci le travail et l'argent. Sans parler d'une socio-genèse des pathologies, les personnes interrogées situent bien dans le social, l'étiologie de leur état de santé.

Ce souci devient très fort à partir de 40 ans pour l'ensemble des personnes interrogées et il se manifeste également chez les femmes et les retraités.

**Tableau n°17 :**  
**"Le fait d'être au chômage joue-t-il un rôle important sur l'état de santé ?",**  
**en fonction du sexe**

	Homme	Femme	ENSEMBLE
Très important	57,50	64,12	60,96
Assez important	31,58	27,13	29,28
Peu important	5,83	4,57	5,17
Pas du tout important	3,74	3,26	3,49
Ne sait pas	1,35	0,88	1,10
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Les facteurs d'âge et de sexe se retrouvent lorsqu'il s'agit de caractériser les personnes qui confèrent au manque d'argent un rôle particulièrement important en matière de santé.

**Tableau n°18 :**  
**"Le manque d'argent joue-t-il un rôle important sur l'état de santé ?",**  
**en fonction du sexe**

	Homme	Femme	ENSEMBLE
Très important	52,67	64,47	58,83
Assez important	33,27	29,49	31,30
Peu important	9,58	4,90	7,13
Pas du tout important	4,22	0,88	2,48
Ne sait pas	0,26	0,25	0,26
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Les personnes en retraite, plus que les autres, s'avèrent sensibles à cette liaison entre chômage, manque d'argent et santé. Les personnes à bas revenus (de 4 à 8 000F mensuels) sont également plus sensibles que les autres au manque d'argent.

L'isolement par rapport aux enfants (45,3%) et l'impression d'insécurité (45,2%), cités comme jouant un rôle très important dans l'état de santé apparaissent comme les facteurs seconds dans cette hiérarchisation des problèmes ayant un rôle dans l'état de santé. *Avec ces facteurs, les répondants mettent l'accent sur les causes relationnelles de la dégradation de l'état de santé.* Les femmes, les personnes de plus de 50 ans ou disposant de faibles ressources sont particulièrement réceptives à cette liaison entre santé et impression d'insécurité. Les mêmes corrélations se retrouvent à propos de l'isolement par rapport aux enfants. Par ailleurs, les personnes ayant des enfants se sentent évidemment plus concernées par cette éventualité.

Enfin, les personnes interrogées indiquent que trois autres facteurs peuvent avoir une incidence très importante sur l'état de santé. Il s'agit de l'absence de formation (36,2%), de l'éloignement entre le lieu de travail et le

domicile (36%) et, enfin, du fait de vivre seul (33,1%). Là encore, sur ces trois critères, les femmes et les personnes de plus de 50 ans se retrouvent sur-représentées. Les habitants de la région parisienne semblent plus préoccupés par l'éloignement domicile-travail (43,1% *vs* 36%).

### La priorité à la France et à l'Europe

Près d'une personne sur trois (30,7%) estime que la politique de santé doit être mise en oeuvre de façon prépondérante au niveau de la France tout entière. Si à ce premier groupe, on ajoute 26% des répondants qui affirment que l'Europe constitue le meilleur niveau pour mettre en oeuvre une politique de santé, ce sont 57% des personnes interrogées qui n'envisagent la politique de santé que dans un cadre territorial vaste.

**Tableau n°19 :**  
**A quel niveau, d'après vous, la politique de santé doit-elle être mise en oeuvre de façon prépondérante ?**

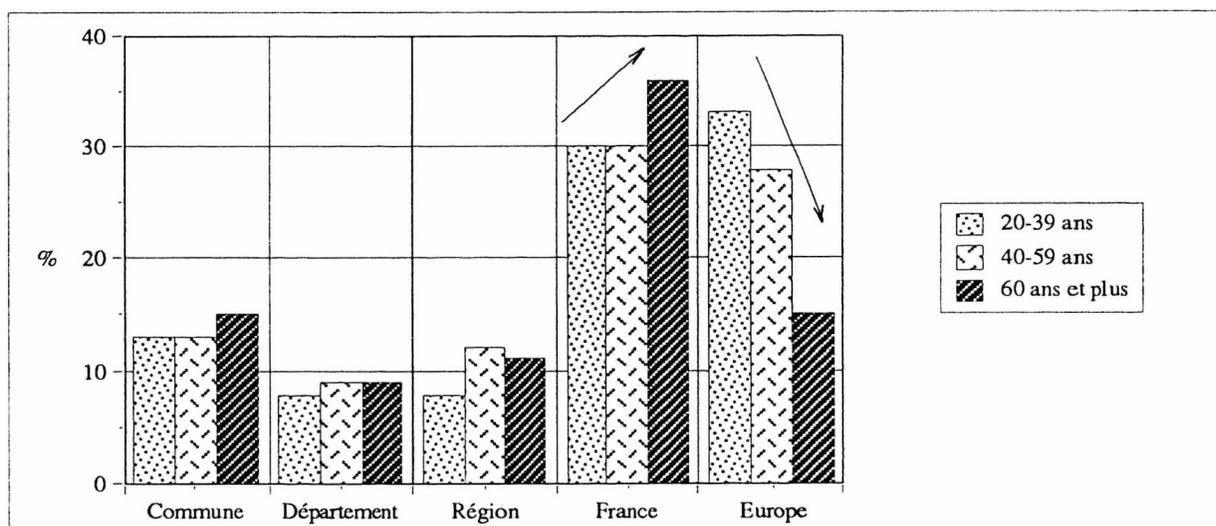
	%
La commune	13,8
Le département	8,9
La région	11,1
La France	30,7
L'Europe	26,0
Ne sait pas	9,5
TOTAL	100,0

*Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992*

La priorité accordée à l'échelon communal ne recueille que 14% d'avis favorables et les collectivités territoriales intermédiaires, département et région, se situent à 10% pour chacune d'entre elles. Le rôle des départements en matière d'action sanitaire et sociale ne trouve pas sa traduction dans cette étude, il en est de même pour la région dont les rôles de régulation et de planification ne semblent être que faiblement reconnus par les personnes interrogées.

Si la santé ne peut pas être l'affaire d'un seul Ministère, elle n'est pas, non plus, l'affaire d'un territoire restreint ou d'une portion de ce territoire. La globalisation n'est pas qu'institutionnelle, elle est aussi géographique. En répondant à cette question sur le niveau souhaité de mise en oeuvre de la politique de santé, les personnes interrogées ne reconstruisent pas un organigramme des fonctions et des missions d'une politique sectorielle, ils révèlent plutôt leur conception de la santé. Il est symptomatique, de ce point de vue, d'analyser les priorités accordées à chacun des niveaux en fonction de l'âge des répondants. La commune et le territoire national sont valorisés par les personnes les plus âgées de la population enquêtée alors que ces personnes n'optent que très peu souvent pour le niveau européen. Le choix de l'Europe est, en revanche, le choix des plus jeunes.

**Graphique n°6 :**  
**Niveau souhaité de mise en oeuvre de la politique de santé en fonction de l'âge**



Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Interrogées, par l'intermédiaire d'une question ouverte, sur la fonction de chacun de ces niveaux, les personnes avouent souvent une certaine ignorance, ignorance variable selon les différentes collectivités. Sur le rôle de la commune, les personnes qui se prononcent insistent sur le rôle d'instrument de prévention et d'éducation que devrait être une commune, fourmillant de réunions sur la santé publique, de séances d'information dans les écoles et organisant des campagnes d'éducation sanitaire auprès de ses habitants. Une seconde fonction émerge nettement en matière de santé au niveau local : la commune doit

renforcer sa fonction sociale auprès des personnes les plus démunies pour les aider à mieux se soigner mais également auprès de l'ensemble de la population en augmentant la sociabilité collective, garant d'une meilleure santé pour les habitants. La troisième fonction reconnue aux communes par les personnes interrogées réside dans le développement d'infrastructures de base, dispensaires, centres de santé...

Le rôle du département est affirmé avec moins de netteté. Le rôle principal qui lui est reconnu est un rôle de gestionnaire. Il doit à la fois procurer des scanners, financer des hôpitaux, apporter des aides financières aux personnes qui ne peuvent régler leurs dépenses sanitaires, mais il doit aussi veiller au maintien dans des limites raisonnables de la dépense de santé. Intermédiaire entre la commune et l'Etat, le département se voit assigné par les personnes interrogées un rôle dans le dispositif de prévention et surtout d'information. Il doit enfin apporter des aides aux personnes les plus démunies.

Les indications données sur la région ne sont guère précises. La région semble avoir d'abord une position hiérarchique entre l'Etat et les autres collectivités locales. A ce titre, elle décide, selon les personnes interrogées, du développement des hôpitaux, elle attribue des moyens financiers pour augmenter le nombre des personnels hospitaliers. Parmi ces fonctions, décrites le plus souvent de manière lapidaire et imprécise, apparaît assez souvent l'idée que le rôle de la région est d'adapter les décisions de l'Etat au contexte culturel de la région ou d'impulser des programmes de recherche visant à mieux traiter les maladies spécifiques de la région. En matière de politique de santé, la région semble pouvoir, selon les personnes interrogées, mieux prendre en compte que l'Etat la diversité des cultures et des territoires.

C'est à propos de la France que les personnes interrogées se montrent les plus loquaces. Elles privilégient plusieurs thèmes. La recherche occupe une place importante, le souci d'une amélioration de l'équité entre les régions, entre les personnes constitue un autre thème dominant. Enfin, la question de l'attribution des ressources financières aux différentes structures sanitaires et le maintien d'un système de protection sociale constituent avec la nécessité de l'éducation sanitaire les thèmes les plus souvent repris à l'échelon de la politique de santé de la France.

Selon les personnes interrogées, l'Europe semble avoir une importance particulièrement nette dans la mise en oeuvre des politiques de santé. Superviser, concerter, définir des grands principes, et surtout veiller à ce que tous aient un accès égal aux soins, telle est la mission d'harmonisation et de régulation que semblent confier les personnes interrogées au niveau européen en matière de santé. Elle devrait être aussi l'espace dans lequel les différents pays mettent en commun leurs recherches et s'entraident afin d'éviter les gaspillages en matière de médicaments. L'Europe est aussi décrite comme l'espace où devraient se mettre en place des réglementations visant à réduire la pollution, le béton et les produits chimiques.

## Conclusion

Par delà la diversité de leurs caractéristiques démographiques et sociales, les personnes interrogées dans cette enquête, représentatives de la population résidant en France, ont en commun un ensemble de représentations qu'elles expriment massivement.

Satisfaites de leur état de santé, les personnes enquêtées, estiment que ce bon état de santé les autorise largement à mener leurs activités quotidiennes et professionnelles ainsi qu'elles peuvent le souhaiter.

Confortant ce point de vue largement positif, les personnes interrogées donnent à l'idée de bonne santé un contenu positif. La bonne santé est d'abord, pour elles, l'image du plaisir pris à vivre, elle est, ensuite, la possibilité de vivre autonome. L'association entre la bonne santé et la quantité d'années supplémentaires à vivre ne vient qu'ensuite.

Confirmant un peu plus cette image d'une santé heureuse, 57% des personnes interrogées pensent que l'état de santé des Français s'est amélioré au cours des 10 dernières années.

Si le médecin doit intervenir de manière ponctuelle en cas de maladie ou d'accident, l'amélioration de l'état de santé n'est pas une affaire médicale pour la majorité des personnes enquêtées. L'amélioration de l'état de santé est, d'abord, une affaire personnelle, chacun devant veiller à adopter un comportement propre à le maintenir en bonne santé. Cette amélioration doit résulter également d'une intervention de la société qui passe par la réduction des pollutions. Une condition de l'amélioration de l'état de santé échappe à cette vision, il s'agit de la nécessité de promouvoir la recherche médicale. *Ainsi la conception largement dominante de l'amélioration de l'état de santé passe par trois logiques : une logique individuelle : le souci de soi, une logique sociale : l'amélioration de l'environnement et de la cohésion sociale, une logique scientifique : le développement de la recherche médicale.*

En matière de politique de santé, ces représentations ne manquent pas de conséquences. Elles conduisent d'abord les personnes interrogées à minorer assez fortement le rôle de l'intervention médicale. Dans ce modèle dominant, la santé ne ressort pas du rôle du médecin dont seule la maladie est le territoire.

Lorsqu'il s'agit de définir quel Ministère doit s'occuper principalement de la santé, les personnes interrogées, cohérentes avec leurs représentations, excluent un rôle exclusif du Ministère de la Santé au profit d'une intervention interministérielle plus large incluant l'Environnement, le Travail et la Culture. S'agissant également de définir le niveau institutionnel et géographique le meilleur pour une intervention visant à promouvoir la santé, les personnes interrogées poursuivent leur logique globalisante et mettent en avant l'échelon national et le niveau européen.

Par rapport aux différents thèmes mis en avant par le Haut Comité de la Santé Publique, les réponses des personnes enquêtées devraient conduire à expliquer plus nettement une logique d'intervention qui viserait à définir des priorités portant sur des régions, des groupes de population, voire des pathologies. Cette stratégie fondée sur une démarche rationnelle se heurte à la représentation assez largement partagée dans la population enquêtée d'une globalisation de la santé. Fait global, la santé s'accommoderait mal de priorités forcément sectorielles.

Vision hédoniste de la santé, conception globale, priorité à la France et à l'Europe, faible importance accordée à l'intervention médicale, l'ensemble de ces thèmes renvoie à une conception d'autant plus étonnante que nous savons, par d'autres enquêtes, la place prépondérante qu'occupe la maladie grave dans le catalogue des peurs contemporaines<sup>7</sup>. Autant d'ailleurs que la hiérarchisation par les personnes interrogées de ces différents thèmes, le caractère massif des réponses ne manque pas de susciter une interrogation.

Pour expliquer la convergence des réponses à l'enquête, il faut probablement juxtaposer deux modes d'explication. Le premier mode fait porter ces idées par des couches sociales d'un niveau social et culturel plus élevé. Les cadres, les plus jeunes, disposant d'un meilleur niveau de formation, se reconnaissent plus facilement dans les thèmes qui placent l'Europe en position

<sup>7</sup> Sur ce thème, voir Robert ROCHEFORT, Malgré les progrès de la médecine, la maladie grave fait de plus en plus peur, Consommation et modes de vie, n° 51, 31 Août 1990.

centrale. Plus sensibilisés à l'environnement et à une pensée globale, ils s'estiment volontiers meilleurs "médecin de soi-même" et sont mieux disposés que les autres groupes de la société à instaurer des relations de causalité entre leur état de santé et celui du monde qui les entoure.

En revanche, il s'avère plus difficile d'expliquer le fait que des retraités et des groupes sociaux à plus bas niveau de formation comme les ouvriers et les employés adoptent un système de représentations assez voisin. On pourrait, certes, faire appel à l'importance des outils de communication pour expliquer la diffusion rapide, d'un groupe à l'autre, de telles représentations, mais nous savons, par ailleurs, la faiblesse de ces explications. Une autre hypothèse est envisageable, elle tient peut-être mieux compte des craintes diffuses dans la société et des replis individualistes que l'on constate par ailleurs. L'existence d'un taux de chômage élevé, les craintes sur l'avenir des systèmes de retraites, l'existence du sida et le maintien de la mortalité due aux affections cancéreuses, l'impression d'insécurité constituent des facteurs de rupture de la cohésion sociale dans lesquels les personnes interrogées voient un risque pour la santé. Ayant l'impression de ne pouvoir agir directement sur un point ou sur un autre, ces personnes, âgées, moins bien formées, en viennent à privilégier, simultanément deux comportements. Le premier consiste à ne plus faire confiance qu'en soi et à trouver en soi-même les ressources de sa propre santé. Le second consiste à dire que puisque rien n'est efficace, alors tout peut être tenté. La globalisation de la santé proposée par ces personnes serait alors la réponse la plus rationnelle à l'impression d'incertitude qu'elles peuvent ressentir. Il ne s'agit là, bien sûr, que d'esquisses d'hypothèses, en réponse aux résultats de cette enquête dont le caractère massif et parfois novateur ne manquera pas de susciter les approfondissements et les travaux de recherche susceptibles de fournir de nouvelles hypothèses et de proposer de nouvelles grilles d'analyse.

# **ANNEXES**

# **ANNEXES 1**

**Les variables de redressement**

**Tableau n°1 :**  
**Variable redressée : sexe**

	<b>% initiaux</b>	<b>% demandés</b>	<b>% obtenus</b>	<b>Histogramme</b>
HOMME	46.60	47.70	47.80	*****
FEMME	53.40	52.30	52.21	*****

**Tableau n°2 :**  
**Variable redressée : âge**

	<b>% initiaux</b>	<b>% demandés</b>	<b>% obtenus</b>	<b>Histogramme</b>
20-29 ANS	20.05	20.60	20.94	*****
30-39 ANS	21.92	20.60	20.97	*****
40-49 ANS	16.60	17.60	17.89	*****
50-59 ANS	14.88	14.10	14.38	*****
60-69 ANS	15.42	13.60	13.16	*****
70 ANS ET PLUS	11.13	13.50	12.65	*****

**Tableau n°3 :**  
**Variable redressée : activité**

	<b>% initiaux</b>	<b>% demandés</b>	<b>% obtenus</b>	<b>Histogramme</b>
Agriculteur	3.00	2.40	2.19	**
Artisan, commerçant	2.41	4.40	4.17	***
Cadre	6.31	6.50	6.48	****
Profession intermédiaire	12.51	11.30	11.28	*****
Employé	19.36	16.20	16.41	*****
Ouvrier	12.71	17.70	16.67	*****
Retraité	25.86	22.10	23.66	*****
Sans activité	17.83	19.40	19.15	*****

**Tableau n°4 :**  
**Variable redressée : région**

	<b>% initiaux</b>	<b>% demandés</b>	<b>% obtenus</b>	<b>Histogramme</b>
ALSACE	3.94	2.89	2.95	**
AQUITAINE	2.56	5.09	4.89	***
AUVERGNE	1.43	2.39	2.33	**
BASSE-NORMANDIE	1.18	2.39	2.35	**
BOURGOGNE	1.18	2.89	2.75	**
BRETAGNE	16.80	4.89	5.63	****
CENTRE	1.97	4.19	4.09	***
CHAMPAGNE	1.63	2.29	2.25	**
CORSE	0.10	0.49	0.46	*
FRANCHE-COMTE	0.54	1.89	1.87	**
HAUTE-NORMANDIE	1.72	2.99	2.94	**
LANGUEDOC-ROUSSILLON	1.97	3.89	3.77	***
LIMOUSIN	0.64	1.39	1.38	*
LORRAINE	15.91	3.99	4.74	***
MIDI-PYRENEES	16.5	54.49	5.25	****
NORD	14.24	6.59	7.03	*****
PAYS-DE-LA-LOIRE	2.17	5.19	5.02	****
PICARDIE	0.84	3.09	2.94	**
POITOU-CHARENTE	1.23	2.89	2.77	**
PROVENCE-COTE-D'AZUR	2.46	7.79	7.52	*****
ILE-DE-FRANCE	7.83	18.89	18.14	*****
RHONES-ALPES	3.10	9.39	8.92	*****

# **ANNEXES 2**

Les tris à plat

- Q1 Par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est :**
1. Très satisfaisant..... 23,2
  2. Satisfaisant ..... 61,3
  3. Peu satisfaisant..... 10,8
  4. Pas satisfaisant du tout ..... 4,7

- Q2 D'une façon générale, votre état de santé vous permet-il de faire ce que vous voulez :**

**Dans vos déplacements dans votre logement ?**

1. Tout..... 83,6
2. A peu près tout..... 13,8
3. Pas tout..... 2,4
4. Ne sait pas ..... 0,2

**Dans vos déplacements en dehors de chez vous ?**

1. Tout..... 71,4
2. A peu près tout..... 20,7
3. Pas tout..... 7,8
4. Ne sait pas ..... 0,2

**Dans votre travail ?**

1. Tout..... 63,6
2. A peu près tout..... 24,5
3. Pas tout..... 10,4
4. Ne sait pas ..... 1,5

**Votre état de santé vous permet-il de manger ce que vous voulez ?**

1. Tout..... 59,8
2. A peu près tout..... 26,4
3. Pas tout..... 13,8
4. Ne sait pas ..... 0,0

**Votre état de santé vous permet-il de faire du sport ?**

1. Tout..... 48,4
2. A peu près tout..... 26,6
3. Pas tout..... 23,3
4. Ne sait pas ..... 1,7

Q3 Pour vous une bonne santé, est-ce :

Prendre plaisir à la vie ?

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 1. Un peu .....      | 10,9 |
| 2. Beaucoup.....     | 88,0 |
| 3. Pas du tout.....  | 0,8  |
| 4. Ne sait pas ..... | 0,4  |

Pouvoir faire ce que l'on veut ?

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 1. Un peu .....      | 18,0 |
| 2. Beaucoup.....     | 79,5 |
| 3. Pas du tout.....  | 1,5  |
| 4. Ne sait pas ..... | 1,0  |

Ne pas être malade ?

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 1. Un peu .....      | 27,2 |
| 2. Beaucoup.....     | 63,4 |
| 3. Pas du tout.....  | 8,8  |
| 4. Ne sait pas ..... | 0,5  |

Vivre vieux ?

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 1. Un peu .....      | 28,1 |
| 2. Beaucoup.....     | 60,4 |
| 3. Pas du tout.....  | 8,4  |
| 4. Ne sait pas ..... | 3,1  |

Ne pas souffrir ?

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 1. Un peu .....      | 31,7 |
| 2. Beaucoup.....     | 56,5 |
| 3. Pas du tout.....  | 11,1 |
| 4. Ne sait pas ..... | 0,7  |

Ne pas avoir besoin de consulter un médecin ?

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 1. Un peu .....      | 34,5 |
| 2. Beaucoup.....     | 39,7 |
| 3. Pas du tout.....  | 25,7 |
| 4. Ne sait pas ..... | 0,2  |

**Q4** Pensez-vous que l'état de santé des Français depuis 10 ans :

1. S'est beaucoup amélioré ..... 24,0
2. S'est un peu amélioré..... 33,4
3. Est resté identique ..... 11,2
4. S'est un peu détérioré..... 13,5
5. S'est beaucoup détérioré ..... 10,5
6. Ne sait pas ..... 7,4

**Q5** Diriez-vous que dans votre région, par rapport aux autres régions, les gens sont plus, autant ou moins malades qu'ailleurs ?

1. Plus malades..... 16,5
2. Autant malades ..... 50,8
3. Moins malades..... 14,9
4. Ne sait pas ..... 17,8

**Q6** Pour améliorer l'état de santé, on devrait :

**Avoir une alimentation équilibrée ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 87,2
2. Assez d'accord ..... 11,1
3. Pas très d'accord ..... 0,9
4. Pas du tout d'accord ..... 0,8
5. Ne sait pas..... 0,1

**Réduire les pollutions ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 85,6
2. Assez d'accord ..... 11,5
3. Pas très d'accord ..... 1,7
4. Pas du tout d'accord ..... 1,1
5. Ne sait pas..... 0,1

**Freiner davantage la consommation d'alcool-tabac ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 81,0
2. Assez d'accord ..... 12,7
3. Pas très d'accord ..... 3,3
4. Pas du tout d'accord ..... 2,4
5. Ne sait pas..... 0,6

**Intensifier la recherche médicale ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 77,6
2. Assez d'accord ..... 16,0
3. Pas très d'accord ..... 3,0
4. Pas du tout d'accord ..... 2,9
5. Ne sait pas ..... 0,6

**Améliorer le confort des logements ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 40,7
2. Assez d'accord ..... 35,2
3. Pas très d'accord ..... 13,9
4. Pas du tout d'accord ..... 7,9
5. Ne sait pas ..... 2,3

**Changer les conditions de travail ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 34,3
2. Assez d'accord ..... 37,8
3. Pas très d'accord ..... 13,3
4. Pas du tout d'accord ..... 10,9
5. Ne sait pas ..... 3,8

**Augmenter le nombre des médecins ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 9,9
2. Assez d'accord ..... 15,8
3. Pas très d'accord ..... 28,7
4. Pas du tout d'accord ..... 42,5
5. Ne sait pas ..... 3,3

**Q7 Le maintien en bonne santé de la population est :**

**Votre propre affaire, c'est-à-dire un problème d'hygiène de vie (alimentation équilibrée, restrictions sur l'alcool et le tabac, hygiène dentaire, etc... ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 77,4
2. Assez d'accord ..... 16,5
3. Pas très d'accord ..... 4,4
4. Pas du tout d'accord ..... 1,5
5. Ne sait pas ..... 0,2

**Un problème de cadre de vie ou de travail, où le médecin n'intervient qu'à l'occasion d'un accident ou d'une maladie ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 50,6
2. Assez d'accord ..... 32,6
3. Pas très d'accord ..... 11,7
4. Pas du tout d'accord ..... 3,8
5. Ne sait pas ..... 1,3

**L'affaire des médecins ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 15,6
2. Assez d'accord ..... 27,2
3. Pas très d'accord ..... 33,1
4. Pas du tout d'accord ..... 22,9
5. Ne sait pas ..... 1,2

**Q8 Diriez-vous de la prévention, qu'il s'agit de :**

**Etre à jour dans ses vaccinations ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 75,5
2. Assez d'accord ..... 16,2
3. Pas très d'accord ..... 4,6
4. Pas du tout d'accord ..... 3,0
5. Ne sait pas ..... 0,7

**Faire attention à ce que l'on mange et à ce que l'on boit ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 75,0
2. Assez d'accord ..... 20,1
3. Pas très d'accord ..... 4,0
4. Pas du tout d'accord ..... 0,8
5. Ne sait pas ..... 0,2

**Améliorer l'environnement ?**

1. Tout-à-fait d'accord ..... 70,3
2. Assez d'accord ..... 23,8
3. Pas très d'accord ..... 3,8
4. Pas du tout d'accord ..... 1,3
5. Ne sait pas ..... 0,8

**Se faire suivre régulièrement par un médecin ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	56,4
2. Assez d'accord .....	27,9
3. Pas très d'accord .....	9,9
4. Pas du tout d'accord .....	5,5
5. Ne sait pas .....	0,2

**Améliorer les conditions de travail ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	56,1
2. Assez d'accord .....	31,9
3. Pas très d'accord .....	7,4
4. Pas du tout d'accord .....	2,6
5. Ne sait pas .....	2,0

**Q9 Les problèmes suivants jouent-ils, d'après vous, un rôle sur l'état de santé. ?**

**Le fait d'être au chômage ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	61,0
2. Assez d'accord .....	29,3
3. Pas très d'accord .....	5,2
4. Pas du tout d'accord .....	3,5
5. Ne sait pas .....	1,1

**Le manque d'argent ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	58,8
2. Assez d'accord .....	31,3
3. Pas très d'accord .....	7,1
4. Pas du tout d'accord .....	2,5
5. Ne sait pas .....	0,3

**L'isolement par rapport aux enfants ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	45,3
2. Assez d'accord .....	37,3
3. Pas très d'accord .....	10,2
4. Pas du tout d'accord .....	4,1
5. Ne sait pas .....	3,2

**L'impression d'insécurité ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	45,2
2. Assez d'accord .....	37,4
3. Pas très d'accord .....	11,5
4. Pas du tout d'accord .....	4,4
5. Ne sait pas .....	1,5

**L'absence de formation ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	36,2
2. Assez d'accord .....	31,8
3. Pas très d'accord .....	19,2
4. Pas du tout d'accord .....	9,8
5. Ne sait pas .....	2,9

**L'éloignement domicile-travail ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	36,0
2. Assez d'accord .....	38,6
3. Pas très d'accord .....	15,6
4. Pas du tout d'accord .....	7,5
5. Ne sait pas .....	2,3

**Le fait de vivre habituellement seul ?**

1. Tout-à-fait d'accord .....	33,1
2. Assez d'accord .....	35,9
3. Pas très d'accord .....	17,1
4. Pas du tout d'accord .....	9,2
5. Ne sait pas .....	4,7

**Q10 D'après vous, la politique de santé doit-elle principalement**

Concerner le seul Ministère de la Santé ..	24,3
Etre aussi l'affaire d'autres Ministères.....	65,5
Ne sait pas.....	10,1

**Q11 D'après vous, l'État doit-il plutôt**

Concentrer ses efforts financiers sur quelques problèmes de santé ..	17,1
Répartir ses moyens sur l'ensemble des problèmes de santé .....	76,9
Ne sait pas .....	6,0

**Q12 L'Etat doit-il, dans sa politique de santé, accorder une priorité à certains groupes de population ?**

Oui..... 47,5  
Non..... 49,3  
Ne sait pas..... 3,2

*Si oui, plutôt lequel ?*

1. Les nouveaux-nés ..... 23,5  
2. Les jeunes (18 à 25 ans)..... 21,2  
3. Les personnes âgées ..... 14,8  
4. Les femmes..... 1,1  
5. Les handicapés ..... 24,3  
6. Aucun de ceux-là..... 15,1

**Q13 L'Etat doit-il, dans sa politique de santé, accorder une priorité à certaines régions ?**

Oui..... 26,3  
Non..... 64,1  
Ne sait pas..... 9,5

**Q14 A quel niveau, d'après vous, la politique de santé doit-elle être mise en oeuvre de façon prépondérante ? Au niveau de...**

1. La commune ..... 13,8  
2. Le département..... 8,9  
3. La région..... 11,1  
4. La France ..... 30,7  
5. L'Europe (la CEE)..... 26,0  
6. Ne sait pas..... 9,6

**Sexe :**

Homme.....	47,8
Femme .....	52,2

**Age :**

20-29 ans .....	20,9
30-39 ans .....	21,0
40-49 ans .....	17,9
50-59 ans .....	14,4
60-69 ans .....	13,2
70 ans et plus .....	12,7

**Situation matrimoniale :**

Seul.....	19,7
En couple.....	75,3
Autre.....	5,0

**Situation par rapport à l'emploi :**

Salarié.....	40,2
A son compte.....	7,0
Aide familial.....	0,1
En stage.....	0,2
Activité d'insertion.....	0,4
En recherche d'emploi.....	7,4
Étudiant.....	4,9
Invalidité.....	3,0
Retraité.....	23,7
Au foyer.....	11,8
Autre.....	1,3

**Type d'activité :**

Agriculteur.....	2,2
Artisan, commerçant.....	4,2
Cadre.....	6,5
Profession intermédiaire.....	11,3
Employé.....	16,4
Ouvrier.....	16,7
Retraité.....	23,7
Sans activité.....	19,2

**Revenu mensuel du foyer :**

Moins de 4 000 F .....	7,5
De 4 à 6 000 F.....	13,2
De 6 à 8 000 F.....	14,9
De 8 à 10 000 F.....	11,4
De 10 à 12 000 F.....	11,5
De 12 à 15 000 F.....	11,4
15 000 F et plus .....	19,5
Ne sait pas, refus.....	10,6

**Niveau d'instruction :**

Sortie avant la 3ème.....	29
3ème .....	12
CAP, BEP .....	22
Baccalauréat.....	14
Niveau Bac + 2.....	9
Niveau supérieur.....	11
Ne sait pas.....	2

**Taille de l'agglomération :**

Moins de 2 000 habitants.....	28,9
De 2 à 10 000 habitants.....	14,1
De 10 à 100 000 habitants.....	21,7
Plus de 100 000 habitants.....	18,2
Région Parisienne.....	17,1

**Région de résidence :**

Alsace.....	3,0
Aquitaine.....	4,9
Auvergne.....	2,3
Basse-Normandie.....	2,4
Bourgogne.....	2,8
Bretagne.....	5,6
Centre.....	4,1
Champagne.....	2,3
Corse.....	0,5
Franche-Comté.....	1,9
Haute-Normandie.....	2,9
Languedoc-Roussillon.....	3,8
Limousin.....	1,4
Lorraine.....	4,7
Midi-Pyrénées.....	5,3
Nord-Pas-de-Calais.....	7,0
Pays-de-la-Loire.....	5,0
Picardie.....	2,9
Poitou-Charentes.....	2,8
Provence-Alpes-Cote d'Azur.....	7,5
Ile-de-France.....	18,1
Rhône-Alpes.....	8,9

**Avez-vous consulté un médecin généraliste au cours des trois derniers mois :**

Oui.....	58,7
Non.....	41,3

**Avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des trois derniers mois :**

Oui.....	32,8
Non.....	67,2

**Avez-vous été à l'hôpital au cours des trois derniers mois :**

Oui.....	5,5
Non.....	94,5

**Souffrez-vous d'une infirmité physique, d'un handicap ou d'une maladie chronique qui continuera à vous affecter dans l'avenir ?**

Oui.....	27,8
Non.....	65,9
Ne sait pas.....	6,3

# **ANNEXES 3**

**Les tris croisés en fonction de l'âge**

TABLEAU 1 EN LIGNE : Q1 : Jugement sur l'état de santé  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
TRES		136 32.01	93 21.92	107 29.35	58 19.88	35 12.94	43 16.58	471 23.21
		28.88	19.80	22.62	12.31	7.34	9.04	100.00
SATISFAISANT		263 61.75	296 69.42	206 56.63	158 54.25	183 68.44	139 54.03	1244 61.27
		21.11	23.76	16.54	12.73	14.70	11.16	100.00
PEU		14 3.25	27 6.28	41 11.15	44 14.91	40 15.10	54 21.02	219 10.79
		6.31	12.22	18.50	19.88	18.43	24.67	100.00
PAS		13 2.99	10 2.38	10 2.86	32 10.96	9 3.51	22 8.37	96 4.74
		13.23	10.53	10.82	33.28	9.76	22.37	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 158.44 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 158.44 ) = .000 / V.TEST = 10.49

TABLEAU 2 EN LIGNE : Q2 : Pour le travail  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% LIGNE							
TOUT	357 84.04 27.68	318 74.80 24.67	253 69.60 19.59	146 50.07 11.32	125 46.66 9.66	92 35.63 7.09	1291 63.59 100.00
A PEU PRES TOUT	58 13.59 11.61	80 18.89 16.15	80 22.07 16.10	79 27.14 15.91	95 35.67 19.14	105 40.89 21.10	498 24.53 100.00
RIEN	10 2.36 4.75	24 5.59 11.25	27 7.56 12.98	62 21.33 29.44	37 14.02 17.71	50 19.64 23.86	211 10.42 100.00
NSP	0 .00 .00	3 .71 10.23	3 .77 9.46	4 1.45 14.26	10 3.65 32.87	10 3.83 33.18	30 1.46 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 284.18 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 3 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 284.18 ) = .000 / V.TEST = 15.08

TABLEAU 3 EN LIGNE : Q3 : Pour les déplacements hors du logement  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
TOUT		377 88.57 25.98	332 78.10 22.94	293 80.59 20.20	192 65.65 13.22	155 58.01 10.69	101 39.37 6.98	1449 71.40 100.00
A PEU PRES TOUT		45 10.50 10.63	75 17.70 17.95	61 16.82 14.55	58 19.79 13.76	82 30.74 19.56	99 38.48 23.55	420 20.68 100.00
RIEN		4 .93 2.51	18 4.20 11.35	9 2.59 5.97	43 14.57 26.95	29 11.04 18.70	54 21.19 34.52	158 7.77 100.00
NSP		0 .00 .00	0 .00 .00	0 .00 .00	0 .00 .00	1 .21 18.29	2 .96 81.71	3 .15 100.00
ENSEMBLE		425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 287.11 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 287.11 ) = .000 / V.TEST = 15.17

TABLEAU 4 EN LIGNE : Q4 : Pour les déplacements dans le logement  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% COLONNE	% LIGNE							
TOUT		406 95.53	379 89.11	316 87.08	221 75.58	210 78.54	166 64.45	1698 83.64
		23.92	22.34	18.63	12.99	12.36	9.75	100.00
A PEU PRES TOUT		17 4.00	36 8.37	40 10.97	58 20.02	44 16.49	84 32.81	279 13.76
		6.09	12.76	14.27	20.92	15.77	30.18	100.00
RIEN		2 .47	7 1.60	7 1.94	13 4.39	13 4.97	7 2.75	49 2.41
		4.07	13.88	14.39	26.16	27.10	14.40	100.00
NSP		0 .00	4 .92	0 .00	0 .00	0 .00	0 .00	4 .19
		.00	100.00	.00	.00	.00	.00	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 176.56 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 176.56 ) = .000 / V.TEST = 11.25

TABLEAU 5 EN LIGNE : Q5 : Pour le sport  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT	317 74.64 32.29	269 63.12 27.34	210 57.70 21.33	93 31.73 9.42	62 23.25 6.32	32 12.61 3.30	983 48.41 100.00
A PEU PRES TOUT	80 18.83 14.84	124 29.11 22.97	98 26.87 18.10	79 26.99 14.60	91 33.99 16.83	68 26.57 12.65	539 26.57 100.00
RIEN	26 6.11 5.50	28 6.65 5.99	55 15.03 11.55	111 38.19 23.58	106 39.57 22.37	147 57.06 31.01	473 23.28 100.00
NSP	2 .42 5.07	5 1.12 13.55	1 .39 4.06	9 3.09 25.61	9 3.20 24.30	10 3.76 27.41	35 1.73 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 542.48 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 2 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 542.48 ) = .000 / V.TEST = 21.83

TABLEAU 6 EN LIGNE : Q6 : Pour manger  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT	320 75.22 26.33	301 70.74 24.80	234 64.41 19.26	143 49.17 11.82	108 40.57 8.93	108 41.90 8.86	1214 59.82 100.00
A PEU PRES TOUT	92 21.55 17.11	92 21.71 17.26	89 24.37 16.53	86 29.48 16.07	93 34.66 17.30	84 32.77 15.72	535 26.37 100.00
RIEN	14 3.23 4.90	32 7.55 11.47	41 11.23 14.55	62 21.36 22.24	66 24.77 23.61	65 25.34 23.22	280 13.81 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 190.65 / 10 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 190.65 ) = .000 / V.TEST = 12.40

TABLEAU 7 EN LIGNE : Q7 : Bonne santé = Faire ce qu'on veut  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% COLONNE	% LIGNE							
UN PEU		72 16.86	77 18.00	44 12.21	45 15.31	56 20.95	72 28.02	365 18.00
		19.63	20.97	12.14	12.23	15.32	19.71	100.00
BEAUCOUP		346 81.48	338 79.49	308 84.74	241 82.55	199 74.41	182 70.99	1615 79.54
		21.45	20.96	19.06	14.92	12.31	11.29	100.00
PAS DU TOUT		6 1.44	6 1.50	8 2.30	4 1.43	5 1.91	0 .12	30 1.50
		20.15	20.94	27.42	13.71	16.77	1.01	100.00
NSP		1 .22	4 1.02	3 .75	2 .71	7 2.73	2 .87	20 .96
		4.68	22.14	13.98	10.59	37.24	11.37	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 45.50 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 9 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 45.50 ) = .000 / V.TEST = 3.83

TABLEAU 8 EN LIGNE : Q8 : Bonne santé = Vivre vieux  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% LIGNE							
UN PEU	119 27.89 20.77	118 27.62 20.60	91 25.03 15.92	87 29.71 15.18	69 25.73 12.04	88 34.43 15.49	571 28.13 100.00
BEAUCOUP	265 62.31 21.60	259 60.80 21.11	237 65.13 19.29	172 58.77 13.99	148 55.55 12.10	146 56.84 11.91	1226 60.41 100.00
PAS DU TOUT	35 8.22 20.42	34 8.07 20.06	26 7.29 15.47	27 9.41 16.03	35 12.97 20.24	13 5.20 7.80	171 8.44 100.00
NSP	7 1.57 10.86	15 3.51 24.31	9 2.54 15.02	6 2.12 10.04	15 5.74 24.96	9 3.54 14.80	61 3.03 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 30.86 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 30.86 ) = .009 / V.TEST = 2.36

TABLEAU 9 EN LIGNE : Q9 : Bonne santé = Prendre plaisir à la vie  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
UN PEU	30 7.04 13.57	31 7.39 14.27	32 8.79 14.48	43 14.64 19.38	36 13.37 16.21	49 18.96 22.09	220 10.86 100.00
BEAUCOUP	391 92.03 21.91	394 92.46 22.04	320 87.96 17.90	246 84.42 13.80	228 85.41 12.78	207 80.40 11.57	1786 87.96 100.00
PAS DU TOUT	2 .45 12.17	0 .00 .00	7 2.03 46.71	3 .86 15.85	3 1.14 19.23	1 .37 6.03	16 .78 100.00
NSP	2 .48 24.79	1 .15 7.82	4 1.22 53.70	0 .08 2.78	0 .08 2.67	1 .26 8.23	8 .41 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 57.31 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 12 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 57.31 ) = .000 / V.TEST = 4.82

TABLEAU 10 EN LIGNE : Q10 : Bonne santé = Ne pas souffrir  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	195 45.95 17.03	224 52.70 19.55	205 56.51 17.89	197 67.63 17.20	179 66.93 15.59	146 56.89 12.74	1147 56.52 100.00
ASSEZ	178 41.85 27.66	142 33.26 22.01	116 31.85 17.98	67 22.97 10.42	62 23.34 9.69	79 30.66 12.24	643 31.69 100.00
PAS DU TOUT	50 11.74 22.21	59 13.87 26.27	42 11.52 18.63	25 8.70 11.30	22 8.36 9.94	26 10.19 11.65	225 11.07 100.00
NSP	2 .46 13.38	1 .17 4.97	0 .11 2.80	2 .70 13.94	4 1.36 25.01	6 2.26 39.91	15 .72 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 68.99 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 68.99 ) = .000 / V.TEST = 5.68

TABLEAU 11 EN LIGNE : Q11 : Bonne santé = Ne pas être malade  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
TOUT A FAIT		264 62.13 20.53	260 61.13 20.22	224 61.61 17.39	203 69.43 15.75	166 62.08 12.89	170 66.27 13.23	1287 63.39 100.00
ASSEZ		117 27.55 21.20	114 26.83 20.67	110 30.42 19.99	69 23.80 12.57	73 27.18 13.14	69 26.74 12.43	553 27.22 100.00
PAS DU TOUT		44 10.32 24.44	51 12.04 28.55	27 7.36 14.90	19 6.62 10.76	23 8.50 12.65	16 6.08 8.70	180 8.84 100.00
NSP		0 .00 .00	0 .00 .00	2 .61 20.16	0 .16 4.11	6 2.24 54.36	2 .92 21.38	11 .54 100.00
ENSEMBLE		425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 36.47 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 36.47 ) = .002 / V.TEST = 2.97

TABLEAU 12 EN LIGNE : Q12 : Bonne santé = Ne pas consulter  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	149 35.13 18.55	174 40.83 21.58	160 43.98 19.84	125 42.76 15.50	116 43.32 14.37	82 31.84 10.16	805 39.67 100.00
ASSEZ	176 41.49 25.19	130 30.61 18.61	106 29.16 15.13	90 30.96 12.90	78 29.04 11.08	120 46.56 17.08	700 34.49 100.00
PAS DU TOUT	99 23.38 19.06	122 28.57 23.31	97 26.77 18.64	74 25.35 14.19	74 27.64 14.16	55 21.60 10.64	522 25.69 100.00
NSP	0 .00 .00	0 .00 .00	0 .08 10.04	3 .93 89.96	0 .00 .00	0 .00 .00	3 .15 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 53.33 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 53.33 ) = .000 / V.TEST = 4.50

TABLEAU 13 EN LIGNE : Q13 : Etat de santé depuis 10 ans  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
BEAUCOUP AMELIORE	59 13.98 12.23	86 20.19 17.68	88 24.17 18.05	75 25.63 15.38	87 32.38 17.79	92 35.72 18.87	486 23.95 100.00
UN PEU AMELIORE	160 37.53 23.55	145 34.14 21.46	110 30.31 16.25	95 32.42 13.97	92 34.61 13.65	75 29.32 11.12	677 33.37 100.00
IDENTIQUE	68 15.97 29.75	50 11.79 21.99	40 11.00 17.52	18 6.13 7.85	28 10.43 12.21	24 9.49 10.69	228 11.24 100.00
UN PEU DETERIORE	82 19.18 29.85	55 12.89 20.08	63 17.27 22.97	35 11.91 12.73	13 5.05 4.94	26 10.03 9.43	273 13.46 100.00
BCP DETERIORE	41 9.70 19.27	56 13.25 26.35	43 11.71 19.88	38 12.98 17.70	23 8.65 10.80	13 5.00 6.00	214 10.54 100.00
NSP	15 3.63 10.24	33 7.74 21.83	20 5.53 13.31	32 10.92 21.11	24 8.89 15.74	27 10.44 17.77	151 7.43 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 127.92 / 25 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 127.92 ) = .000 / V.TEST = 7.96

TABLEAU 14 EN LIGNE : Q14 : Par rapport aux autres régions  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
PLUS MALADES	77 17.99 22.83	84 19.79 25.13	77 21.12 22.89	39 13.37 11.64	34 12.69 10.12	25 9.65 7.40	335 16.51 100.00
AUTANT MALADES	229 53.92 22.22	209 49.16 20.29	197 54.27 19.11	153 52.44 14.84	127 47.41 12.28	116 45.20 11.26	1031 50.81 100.00
MOINS MALADES	69 16.34 22.94	52 12.31 17.31	36 9.98 11.97	49 16.65 16.05	54 20.38 17.98	42 16.21 13.75	303 14.92 100.00
NSP	50 11.75 13.86	80 18.74 22.12	53 14.64 14.74	51 17.55 14.20	52 19.52 14.46	74 28.94 20.61	361 17.76 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 67.73 / 15 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 67.73 ) = .000 / V.TEST = 5.59

TABLEAU 15 EN LIGNE : Q19 : Changer les conditions de travail  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
TOUT A FAIT		110 25.78 15.76	179 41.95 25.68	132 36.33 18.97	100 34.30 14.39	96 36.11 13.87	79 30.69 11.33	696 34.26 100.00
ASSEZ		204 48.01 26.58	154 36.22 20.08	132 36.35 17.19	105 36.10 13.72	101 37.94 13.20	71 27.61 9.23	768 37.83 100.00
PAS TRES		65 15.29 24.13	48 11.20 17.71	52 14.31 19.29	39 13.38 14.49	29 10.73 10.64	37 14.40 13.74	269 13.27 100.00
PAS DU TOUT		40 9.43 18.16	36 8.39 16.16	39 10.86 17.86	38 12.88 17.02	27 10.24 12.39	41 15.83 18.41	221 10.88 100.00
NSP		6 1.48 8.29	10 2.24 12.50	8 2.16 10.29	10 3.34 12.79	13 4.98 17.47	29 11.47 38.66	76 3.75 100.00
ENSEMBLE		425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 105.01 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 105.01 ) = .000 / V.TEST = 7.29

TABLEAU 16 EN LIGNE : Q20 : Avoir une alimentation équilibrée  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	366 86.13 20.70	361 84.88 20.42	316 86.89 17.84	262 89.66 14.79	237 88.62 13.38	228 88.58 12.86	1769 87.15 100.00
ASSEZ	55 12.89 24.41	60 14.18 26.90	34 9.33 15.09	26 8.77 11.40	26 9.79 11.66	24 9.22 10.55	224 11.06 100.00
PAS TRES	2 .54 12.34	4 .83 18.85	8 2.24 43.44	0 .08 1.25	4 1.38 19.70	1 .32 4.42	19 .92 100.00
PAS DU TOUT	2 .44 12.14	0 .11 3.09	6 1.55 36.24	4 1.27 23.89	0 .00 .00	4 1.49 24.64	16 .77 100.00
NSP	0 .00 .00	0 .00 .00	0 .00 .00	1 .22 29.16	1 .21 25.96	1 .38 44.88	2 .11 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 34.96 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 18 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 34.96 ) = .020 / V.TEST = 2.05

TABLEAU 17 EN LIGNE : Q21 : Réduire les pollutions  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	352 82.81 20.27	375 88.20 21.62	319 87.81 18.37	254 87.07 14.63	228 85.31 13.12	208 81.03 11.99	1737 85.55 100.00
ASSEZ	59 13.89 25.29	49 11.55 21.04	33 9.01 14.00	30 10.45 13.05	28 10.59 12.11	34 13.19 14.50	234 11.51 100.00
PAS TRES	6 1.39 16.76	0 .07 .88	9 2.46 25.40	3 1.15 9.50	9 3.39 25.66	8 2.99 21.81	35 1.74 100.00
PAS DU TOUT	8 1.80 33.88	0 .11 2.13	3 .72 11.67	4 1.34 17.30	2 .63 7.51	6 2.41 27.49	23 1.11 100.00
NSP	0 .11 24.38	0 .07 15.86	0 .00 .00	0 .00 .00	0 .08 10.75	1 .38 49.01	2 .10 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 35.55 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 14 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 35.55 ) = .017 / V.TEST = 2.11

TABLEAU 18 EN LIGNE : Q22 : Augmenter le nombre de médecins  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% LIGNE							
TOUT A FAIT	37 8.69	42 9.81	47 12.87	31 10.71	21 7.99	22 8.75	201 9.88
	18.43	20.82	23.31	15.58	10.65	11.21	100.00
ASSEZ	78 18.42	52 12.33	45 12.38	43 14.62	54 20.15	48 18.53	320 15.75
	24.48	16.41	14.06	13.34	16.83	14.88	100.00
PAS TRES	122 28.60	118 27.70	94 25.77	118 40.45	64 24.11	66 25.67	582 28.65
	20.91	20.28	16.10	20.30	11.08	11.34	100.00
PAS DU TOUT	183 42.93	210 49.32	160 44.05	89 30.41	112 41.79	109 42.40	862 42.45
	21.18	24.36	18.57	10.30	12.96	12.64	100.00
NSP	6 1.36	4 .85	18 4.93	11 3.82	16 5.96	12 4.64	66 3.27
	8.74	5.44	26.99	16.83	24.01	17.99	100.00
ENSEMBLE	425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
	20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 74.01 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 74.01 ) = .000 / V.TEST = 5.37

TABLEAU 19 EN LIGNE : Q23 : Intensifier la recherche médicale  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	303 71.28 19.24	318 74.65 20.17	293 80.53 18.57	233 79.70 14.76	221 82.59 14.01	209 81.27 13.25	1575 77.60 100.00
ASSEZ	91 21.31 27.87	81 19.14 25.07	49 13.42 14.99	41 14.14 12.70	32 12.07 9.92	31 11.95 9.44	325 16.01 100.00
PAS TRES	16 3.73 26.49	16 3.82 27.15	8 2.20 13.37	2 .62 3.04	8 2.83 12.61	10 4.04 17.34	60 2.95 100.00
PAS DU TOUT	10 2.42 17.74	10 2.39 17.56	14 3.85 24.13	14 4.70 23.63	6 2.39 11.01	3 1.34 5.93	58 2.86 100.00
NSP	5 1.27 45.77	0 .00 .00	0 .00 .00	2 .84 20.72	0 .13 2.88	4 1.41 30.64	12 .58 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 50.98 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 50.98 ) = .000 / V.TEST = 3.60

TABLEAU 20 EN LIGNE : Q24 : Freiner la consommation d'alcool-tabac  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	312 73.34 18.96	323 75.91 19.65	299 82.45 18.21	262 89.87 15.95	228 85.47 13.89	220 85.46 13.35	1645 81.02 100.00
ASSEZ	81 19.07 31.44	69 16.30 26.91	40 11.12 15.67	19 6.67 7.54	21 7.89 8.18	26 10.29 10.25	258 12.70 100.00
PAS TRES	21 4.86 30.80	14 3.31 20.99	14 3.96 21.45	4 1.25 5.44	9 3.28 13.04	6 2.16 8.28	67 3.31 100.00
PAS DU TOUT	11 2.68 23.32	16 3.77 32.82	9 2.46 18.32	2 .64 3.82	6 2.33 12.75	4 1.71 8.97	49 2.41 100.00
NSP	0 .05 1.91	3 .71 26.27	0 .00 .00	5 1.57 39.65	3 1.03 23.71	1 .38 8.46	12 .57 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 68.25 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 68.25 ) = .000 / V.TEST = 4.96

TABLEAU 21 EN LIGNE : Q25 : Améliorer le confort des logements  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
TOUT A FAIT		137 32.30 16.62	163 38.33 19.76	140 38.64 16.99	131 44.94 15.88	115 43.01 13.91	139 54.16 16.84	826 40.69 100.00
ASSEZ		184 43.22 25.74	145 33.98 20.27	117 32.23 16.40	87 29.97 12.25	101 37.67 14.10	80 31.25 11.24	714 35.17 100.00
PAS TRES		68 15.91 23.94	62 14.58 21.96	60 16.61 21.35	41 13.93 14.39	35 13.01 12.30	17 6.68 6.07	283 13.92 100.00
PAS DU TOUT		32 7.63 20.25	46 10.76 28.60	31 8.63 19.57	21 7.11 12.96	15 5.77 9.63	14 5.60 8.98	160 7.89 100.00
NSP		4 .94 8.42	10 2.35 21.11	14 3.88 29.83	12 4.05 24.99	1 .54 3.05	6 2.32 12.60	47 2.33 100.00
ENSEMBLE		425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 70.10 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 70.10 ) = .000 / V.TEST = 5.09

TABLEAU 22 EN LIGNE : Q26 : C'est l'affaire des médecins  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% LIGNE							
TOUT A FAIT	44 10.36 13.87	52 12.12 16.25	49 13.44 15.37	61 20.93 19.24	46 17.36 14.61	66 25.54 20.67	318 15.64 100.00
ASSEZ	146 34.41 26.50	78 18.21 14.04	80 22.10 14.54	64 21.96 11.61	83 31.20 15.09	101 39.17 18.23	552 27.20 100.00
PAS TRES	151 35.41 22.43	182 42.84 27.17	102 28.13 15.22	104 35.72 15.53	78 29.06 11.57	54 21.11 8.08	671 33.07 100.00
PAS DU TOUT	83 19.57 17.91	114 26.83 24.59	126 34.61 27.07	55 19.01 11.95	58 21.72 12.50	28 10.81 5.98	464 22.88 100.00
NSP	1 .25 4.29	0 .00 .00	6 1.73 25.47	7 2.38 28.13	2 .66 7.11	9 3.36 35.00	25 1.22 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 173.07 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 4 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 173.07 ) = .000 / V.TEST = 10.56

TABLEAU 23 EN LIGNE : Q27 : C'est plutôt un pb de cadre de vie  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% COLONNE	% LIGNE							
TOUT A FAIT		186 43.68 18.07	196 46.10 19.09	195 53.60 18.94	172 58.85 16.71	148 55.27 14.36	132 51.32 12.83	1028 50.64 100.00
ASSEZ		148 34.77 22.34	146 34.38 22.11	117 32.15 17.64	88 30.00 13.23	70 26.33 10.63	93 36.22 14.06	662 32.61 100.00
PAS TRES		72 16.90 30.34	61 14.44 25.95	36 9.83 15.07	17 5.83 7.18	36 13.61 15.36	14 5.63 6.10	237 11.67 100.00
PAS DU TOUT		15 3.56 19.69	19 4.41 24.38	15 4.16 19.62	10 3.26 12.36	10 3.77 13.09	8 3.25 10.85	77 3.79 100.00
NSP		5 1.08 17.34	3 .68 10.98	1 .26 3.59	6 2.07 22.87	3 1.02 10.32	9 3.59 34.91	26 1.30 100.00
ENSEMBLE		425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 65.92 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 4 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 65.92 ) = .000 / V.TEST = 4.79

TABLEAU 24 EN LIGNE : Q28 : C'est votre propre affaire  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% COLONNE	% LIGNE							
TOUT A FAIT		308 72.49	305 71.61	279 76.72	241 82.54	219 81.80	220 85.83	1572 77.42
		19.61	19.40	17.73	15.33	13.91	14.03	100.00
ASSEZ		84 19.75	89 20.99	64 17.61	32 10.87	39 14.75	27 10.57	336 16.53
		25.02	26.62	19.07	9.45	11.75	8.09	100.00
PAS TRES		23 5.35	19 4.41	13 3.63	17 5.74	9 3.37	8 3.06	88 4.35
		25.76	21.25	14.93	18.96	10.21	8.89	100.00
PAS DU TOUT		8 1.85	13 2.94	6 1.57	2 .85	0 .00	1 .41	30 1.46
		26.50	42.25	19.27	8.42	.00	3.56	100.00
NSP		2 .57	0 .06	2 .47	0 .00	0 .07	0 .13	5 .24
		49.42	5.02	34.78	.00	4.02	6.75	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 49.06 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 9 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 49.06 ) = .000 / V.TEST = 3.43

TABLEAU 25 EN LIGNE : Q29 : Faire attention à ce qu'on mange  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	287 67.55 18.87	296 69.60 19.47	286 78.60 18.76	237 81.05 15.54	217 81.23 14.26	199 77.60 13.10	1522 74.97 100.00
ASSEZ	115 27.11 28.29	110 25.91 27.07	57 15.64 13.95	43 14.77 10.58	37 13.85 9.08	45 17.51 11.04	407 20.07 100.00
PAS TRES	22 5.07 26.55	18 4.19 21.96	12 3.42 15.29	12 4.11 14.78	8 3.10 10.21	9 3.54 11.21	81 4.00 100.00
PAS DU TOUT	1 .27 6.94	1 .30 7.78	6 1.68 37.41	0 .00 .00	5 1.73 28.36	3 1.24 19.50	16 .80 100.00
NSP	0 .00 .00	0 .00 .00	2 .66 76.55	0 .07 6.98	0 .08 7.03	0 .12 9.44	3 .15 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 61.81 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 12 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 61.81 ) = .000 / V.TEST = 4.48

TABLEAU 26 EN LIGNE : Q30 : Se faire suivre régulièrement  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	223 52.41 19.45	218 51.32 19.07	203 55.88 17.72	174 59.58 15.18	164 61.31 14.30	164 63.70 14.28	1146 56.43 100.00
ASSEZ	130 30.64 23.01	141 33.12 24.91	100 27.39 17.58	85 29.02 14.96	57 21.24 10.03	54 20.93 9.50	566 27.88 100.00
PAS TRES	43 10.14 21.38	51 11.98 25.29	37 10.08 18.16	22 7.37 10.67	28 10.50 13.91	21 8.31 10.59	202 9.93 100.00
PAS DU TOUT	29 6.73 25.56	15 3.58 13.62	24 6.65 21.58	11 3.82 9.96	18 6.82 16.29	15 5.66 12.99	112 5.51 100.00
NSP	0 .08 7.29	0 .00 .00	0 .00 .00	1 .21 12.56	0 .13 6.92	4 1.40 73.23	5 .24 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 49.89 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 49.89 ) = .000 / V.TEST = 3.50

TABLEAU 27 EN LIGNE : Q31 : Etre à jour de ses vaccinations  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	358 84.25 23.36	311 73.09 20.29	278 76.56 18.14	214 73.49 13.99	196 73.28 12.77	176 68.41 11.46	1533 75.54 100.00
ASSEZ	46 10.87 14.05	88 20.60 26.67	57 15.74 17.39	54 18.59 16.50	39 14.77 12.00	44 17.16 13.40	329 16.20 100.00
PAS TRES	14 3.25 14.91	18 4.12 18.93	13 3.66 14.37	10 3.37 10.63	18 6.68 19.25	20 7.90 21.91	93 4.56 100.00
PAS DU TOUT	7 1.55 10.99	6 1.50 10.66	15 4.04 24.42	9 3.13 15.19	14 5.28 23.47	9 3.57 15.27	60 2.96 100.00
NSP	0 .08 2.21	3 .68 19.36	0 .00 .00	4 1.42 27.62	0 .00 .00	8 2.96 50.80	15 .74 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 71.85 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 71.85 ) = .000 / V.TEST = 5.22

TABLEAU 28 EN LIGNE : Q32 : Améliorer l'environnement  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% LIGNE							
TOUT A FAIT	264 62.14 18.53	313 73.49 21.94	267 73.37 18.69	209 71.59 14.65	195 73.01 13.68	178 69.47 12.52	1426 70.25 100.00
ASSEZ	135 31.86 28.06	90 21.11 18.62	73 20.15 15.16	67 22.89 13.84	58 21.76 12.04	59 23.08 12.28	483 23.78 100.00
PAS TRES	13 3.11 16.95	22 5.05 27.55	12 3.25 15.14	9 2.92 10.93	10 3.69 12.64	13 5.10 16.79	78 3.84 100.00
PAS DU TOUT	8 1.96 30.66	1 .17 2.70	12 3.23 43.20	2 .74 8.01	4 1.38 13.56	1 .20 1.88	27 1.34 100.00
NSP	4 .93 24.55	1 .18 4.68	0 .00 .00	5 1.85 33.67	0 .16 2.69	6 2.15 34.42	16 .79 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 60.36 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 10 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 60.36 ) = .000 / V.TEST = 4.37

TABLEAU 29 EN LIGNE : Q33 : Améliorer les conditions de travail  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TOUT A FAIT	191 44.97 16.80	232 54.61 20.42	217 59.64 19.03	183 62.60 16.05	176 65.74 15.43	140 54.43 12.28	1138 56.08 100.00
ASSEZ	177 41.54 27.24	138 32.31 21.22	112 30.76 17.23	72 24.50 11.03	71 26.67 10.99	80 30.98 12.28	648 31.93 100.00
PAS TRES	31 7.19 20.49	48 11.35 32.39	20 5.58 13.60	25 8.69 17.01	14 5.08 9.11	11 4.30 7.41	149 7.35 100.00
PAS DU TOUT	18 4.19 33.46	2 .56 4.46	11 2.90 19.77	7 2.28 12.51	4 1.67 8.37	11 4.44 21.42	53 2.62 100.00
NSP	9 2.10 21.87	5 1.17 12.22	4 1.12 9.93	6 1.93 13.77	2 .83 5.45	15 5.84 36.76	41 2.01 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 92.54 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 92.54 ) = .000 / V.TEST = 6.56

TABLEAU 30 EN LIGNE : Q34 : Le fait d'être au chômage  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% LIGNE							
TRES	172 40.42	251 58.99	243 66.97	206 70.46	190 71.16	175 68.27	1237 60.96
	13.89	20.30	19.66	16.62	15.37	14.17	100.00
ASSEZ	177 41.74	142 33.31	88 24.28	71 24.37	54 20.28	62 23.98	594 29.28
	29.86	23.86	14.84	11.97	9.11	10.36	100.00
PEU	44 10.45	20 4.81	19 5.31	6 2.06	10 3.58	5 2.03	105 5.17
	42.32	19.51	18.37	5.73	9.11	4.96	100.00
PAS DU TOUT	30 7.13	7 1.65	12 3.22	7 2.46	6 2.39	8 3.24	71 3.49
	42.74	9.90	16.49	10.11	9.01	11.75	100.00
NSP	1 .26	5 1.24	1 .22	2 .65	7 2.59	6 2.48	22 1.10
	4.91	23.55	3.64	8.51	30.92	28.48	100.00
ENSEMBLE	425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
	20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 155.81 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 155.81 ) = .000 / V.TEST = 9.82

TABLEAU 31 EN LIGNE : Q35 : L'impression d'insécurité  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TRES	110 25.97 12.03	170 39.91 18.51	168 46.16 18.27	172 58.89 18.73	165 61.58 17.93	133 51.92 14.53	918 45.21 100.00
ASSEZ	181 42.67 23.92	168 39.42 22.13	142 38.97 18.66	101 34.57 13.30	65 24.49 8.63	101 39.43 13.36	758 37.36 100.00
PEU	96 22.57 41.26	65 15.31 28.03	37 10.07 15.72	11 3.92 4.92	18 6.77 7.77	5 2.07 2.29	233 11.46 100.00
PAS DU TOUT	32 7.64 35.99	20 4.60 21.71	14 3.86 15.55	4 1.51 4.87	13 4.78 14.15	7 2.71 7.73	90 4.44 100.00
NSP	5 1.15 15.74	3 .75 10.24	3 .94 11.04	3 1.12 10.49	6 2.39 20.54	10 3.86 31.95	31 1.53 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 207.24 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 3 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 207.24 ) = .000 / V.TEST = 11.93

TABLEAU 32 EN LIGNE : Q36 : Le fait de vivre seul  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% LIGNE							
TRES	89 20.91 13.22	102 23.89 15.13	136 37.41 20.21	135 46.13 20.02	122 45.63 18.13	89 34.77 13.29	672 33.12 100.00
ASSEZ	165 38.84 22.63	152 35.64 20.79	135 37.13 18.49	87 29.95 11.98	89 33.41 12.23	101 39.42 13.88	730 35.94 100.00
PEU	110 25.86 31.64	98 23.11 28.31	46 12.67 13.25	34 11.55 9.70	24 8.90 6.84	36 13.86 10.25	347 17.12 100.00
PAS DU TOUT	53 12.38 28.26	48 11.21 25.64	30 8.19 15.97	18 6.14 9.62	20 7.63 10.94	18 6.93 9.56	186 9.17 100.00
NSP	9 2.01 9.06	26 6.15 27.74	17 4.60 17.71	18 6.23 19.27	12 4.43 12.55	13 5.02 13.66	94 4.65 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 136.94 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 136.94 ) = .000 / V.TEST = 8.94

TABLEAU 33 EN LIGNE : Q37 : L'isolement par rapport aux enfants  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
TRES		144 33.97 15.71	188 44.16 20.45	171 47.10 18.62	150 51.35 16.31	146 54.60 15.87	120 46.66 13.04	919 45.28 100.00
ASSEZ		191 44.99 25.29	170 39.87 22.45	139 38.27 18.38	92 31.42 12.12	78 29.14 10.30	87 33.73 11.46	756 37.25 100.00
PEU		57 13.37 27.43	41 9.57 19.66	29 8.10 14.19	36 12.26 17.26	17 6.53 8.42	27 10.51 13.04	207 10.21 100.00
PAS DU TOUT		21 4.92 25.21	17 3.97 20.38	17 4.74 20.76	5 1.78 6.26	10 3.82 12.29	13 4.88 15.10	83 4.09 100.00
NSP		12 2.75 18.15	10 2.43 16.01	6 1.79 10.07	9 3.19 14.45	16 5.91 24.50	11 4.22 16.82	64 3.18 100.00
ENSEMBLE		425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 62.40 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 62.40 ) = .000 / V.TEST = 4.53

TABLEAU 34 EN LIGNE : Q38 : L'éloignement domicile-travail  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TRES	89 20.96 12.19	136 31.93 18.60	129 35.45 17.62	125 42.97 17.16	139 51.99 19.00	113 43.91 15.43	731 36.00 100.00
ASSEZ	188 44.33 24.03	185 43.52 23.63	131 35.93 16.64	112 38.54 14.34	82 30.85 10.51	85 33.11 10.85	784 38.63 100.00
PEU	103 24.33 32.74	75 17.59 23.70	64 17.59 20.23	28 9.53 8.80	23 8.60 7.27	23 8.91 7.25	316 15.56 100.00
PAS DU TOUT	42 9.80 27.28	25 5.79 16.14	37 10.19 24.24	21 7.19 13.75	10 3.91 6.84	18 6.98 11.75	153 7.52 100.00
NSP	2 .58 5.33	5 1.17 10.75	3 .85 6.65	5 1.77 11.15	12 4.65 26.82	18 7.08 39.29	46 2.28 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 171.38 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 171.38 ) = .000 / V.TEST = 10.49

TABLEAU 35 EN LIGNE : Q39 : Le manque d'argent  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TRES	199 46.79 16.66	230 53.94 19.23	211 58.01 17.64	199 68.30 16.69	190 71.24 15.94	165 64.38 13.85	1194 58.83 100.00
ASSEZ	174 41.01 27.44	148 34.66 23.22	103 28.46 16.27	78 26.76 12.29	59 22.10 9.29	73 28.39 11.48	635 31.30 100.00
PEU	42 9.92 29.14	37 8.67 25.49	30 8.18 20.53	10 3.28 6.60	12 4.43 8.18	15 5.68 10.07	145 7.13 100.00
PAS DU TOUT	9 2.04 17.24	12 2.74 23.13	19 5.35 38.56	5 1.66 9.61	2 .85 4.52	3 1.36 6.94	50 2.48 100.00
NSP	1 .24 19.51	0 .00 .00	0 .00 .00	0 .00 .00	4 1.37 70.68	1 .20 9.81	5 .26 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 99.59 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 6 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 99.59 ) = .000 / V.TEST = 6.98

TABLEAU 36 EN LIGNE : Q40 : L'absence de formation  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
TRES	98 23.06 13.33	130 30.59 17.71	125 34.31 16.95	113 38.64 15.33	146 54.49 19.80	124 48.30 16.87	735 36.22 100.00
ASSEZ	125 29.51 19.42	128 30.09 19.83	121 33.19 18.67	111 38.06 17.20	58 21.85 9.04	102 39.82 15.84	646 31.82 100.00
PEU	135 31.86 34.69	105 24.55 26.77	66 18.14 16.87	47 16.02 11.98	29 11.02 7.54	8 3.26 2.15	390 19.23 100.00
PAS DU TOUT	61 14.23 30.41	50 11.73 25.10	45 12.45 22.72	17 5.68 8.33	17 6.51 8.73	9 3.66 4.72	199 9.80 100.00
NSP	6 1.34 9.57	13 3.03 21.75	7 1.91 11.72	5 1.60 7.85	16 6.14 27.63	13 4.96 21.47	59 2.92 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 215.42 / 20 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 215.42 ) = .000 / V.TEST = 12.24

TABLEAU 37 EN LIGNE : Q41 : La politique de santé, c'est l'affaire de...  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
MINISTERE DE LA SANTÉ	97 22.84 19.66	90 21.12 18.20	84 23.02 16.92	77 26.40 15.60	67 25.13 13.59	79 30.81 16.02	494 24.33 100.00
D'AUTRES MINISTERES	297 69.82 22.32	309 72.55 23.22	262 72.26 19.73	179 61.17 13.42	165 61.67 12.39	119 46.24 8.93	1330 65.53 100.00
NSP	31 7.34 15.16	27 6.32 13.08	17 4.73 8.34	36 12.43 17.63	35 13.20 17.14	59 22.95 28.65	206 10.14 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 95.89 / 10 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 95.89 ) = .000 / V.TEST = 8.07

TABLEAU 38 EN LIGNE : Q43 : L'effort financier de l'Etat doit-il...  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
ETRE CONCENTRE	74 17.42 21.40	76 17.85 21.96	70 19.25 20.21	48 16.58 13.99	50 18.61 14.37	28 10.88 8.08	346 17.05 100.00
ETRE REPARTI	339 79.72 21.70	333 78.15 21.30	274 75.41 17.54	227 77.66 14.51	192 71.91 12.30	198 76.89 12.65	1562 76.94 100.00
NSP	12 2.86 9.95	17 4.00 13.94	19 5.34 15.89	17 5.75 13.75	25 9.48 20.76	31 12.22 25.72	122 6.01 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 40.94 / 10 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 40.94 ) = .000 / V.TEST = 4.23

TABLEAU 39 EN LIGNE : Q45 : Priorité à certains groupes de population  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% COLONNE	% LIGNE							
OUI		205 48.11	196 46.13	179 49.18	122 41.78	125 46.78	138 53.68	964 47.51
		21.21	20.36	18.52	12.64	12.96	14.30	100.00
NON		217 50.97	212 49.80	176 48.43	165 56.51	129 48.11	102 39.82	1000 49.28
		21.66	21.19	17.58	16.49	12.85	10.23	100.00
NSP		4 .92	17 4.07	9 2.39	5 1.71	14 5.11	17 6.50	65 3.22
		6.00	26.56	13.31	7.63	20.91	25.59	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 35.06 / 10 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 35.06 ) = .000 / V.TEST = 3.67

TABLEAU 40 EN LIGNE : Q47 : Priorité à une région  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

% COLONNE	POIDS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
OUI		120	80	111	80	67	77	535
		28.28	18.68	30.65	27.29	25.07	29.92	26.33
		22.49	14.88	20.83	14.90	12.53	14.38	100.00
NON		277	296	219	200	166	143	1302
		65.23	69.57	60.34	68.59	62.21	55.61	64.13
		21.30	22.75	16.83	15.38	12.77	10.97	100.00
NSP		28	50	33	12	34	37	194
		6.49	11.75	9.01	4.12	12.73	14.48	9.54
		14.26	25.85	16.91	6.21	17.57	19.21	100.00
ENSEMBLE		425	426	363	292	267	257	2030
		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 45.84 / 10 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 45.84 ) = .000 / V.TEST = 4.67

TABLEAU 41 EN LIGNE : Q49 : Niveau de mise en oeuvre  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
COMMUNE		59 13.89	57 13.37	47 12.95	41 13.96	23 8.43	53 20.71	279 13.77
		21.13	20.36	16.83	14.58	8.06	19.04	100.00
DEPARTEMENT		41 9.59	32 7.41	34 9.26	24 8.16	27 10.23	23 9.14	181 8.89
		22.59	17.47	18.63	13.19	15.13	13.00	100.00
REGION		36 8.44	48 11.33	57 15.67	21 7.20	35 13.21	28 11.05	226 11.12
		15.90	21.36	25.22	9.31	15.64	12.57	100.00
FRANCE		119 28.04	123 28.78	102 28.14	94 32.33	105 39.45	79 30.78	623 30.68
		19.14	19.67	16.41	15.15	16.93	12.70	100.00
EUROPE		144 33.87	129 30.32	96 26.53	82 28.02	47 17.52	29 11.29	527 25.96
		27.32	24.49	18.29	15.51	8.88	5.50	100.00
NSP		26 6.17	37 8.80	27 7.45	30 10.33	30 11.16	44 17.04	195 9.58
		13.48	19.27	13.91	15.50	15.33	22.51	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 106.11 / 25 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 106.11 ) = .000 / V.TEST = 6.79

TABLEAU 42 EN LIGNE : Q631 : Médecin généraliste  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
OUI		237 55.78 19.89	217 50.92 18.18	180 49.49 15.08	170 58.17 14.24	188 70.48 15.79	200 78.04 16.82	1192 58.73 100.00
NON		188 44.22 22.44	209 49.08 24.94	183 50.51 21.90	122 41.83 14.57	79 29.52 9.41	56 21.96 6.73	838 41.27 100.00
ENSEMBLE		425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 79.83 / 5 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 79.83 ) = .000 / V.TEST = 7.95

TABLEAU 43      EN LIGNE    : Q632 : Médecin spécialiste  
                   EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

POIDS % COLONNE % LIGNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
OUI	144 33.78 21.60	116 27.32 17.50	101 27.87 15.23	118 40.33 17.70	81 30.48 12.25	105 40.68 15.72	665 32.75 100.00
NON	282 66.22 20.62	309 72.68 22.66	262 72.13 19.19	174 59.67 12.76	186 69.52 13.61	152 59.32 11.16	1365 67.25 100.00
ENSEMBLE	425 100.00 20.94	426 100.00 20.97	363 100.00 17.89	292 100.00 14.38	267 100.00 13.16	257 100.00 12.65	2030 100.00 100.00

CHI2 = 25.39 / 5 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 25.39 ) = .000 / V.TEST = 3.68

TABLEAU 44 EN LIGNE : Q633 : Hopital  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% COLONNE	% LIGNE							
OUI		19 4.45	16 3.72	34 9.41	14 4.81	16 6.08	13 5.16	112 5.54
		16.83	14.07	30.38	12.47	14.45	11.79	100.00
NON		406 95.55	410 96.28	329 90.59	278 95.19	251 93.92	244 94.84	1918 94.46
		21.18	21.38	17.16	14.49	13.09	12.71	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 14.55 / 5 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 14.55 ) = .012 / V.TEST = 2.24

TABLEAU 45      EN LIGNE      : Q634 : Aucun médecin  
 EN COLONNE    : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
% COLONNE	% LIGNE							
OUI		139 32.69	158 37.18	128 35.18	87 29.84	56 21.03	47 18.18	615 30.30
		22.60	25.73	20.78	14.16	9.13	7.60	100.00
NON		286 67.31	267 62.82	235 64.82	205 70.16	211 78.97	210 81.82	1415 69.70
		20.22	18.90	16.64	14.47	14.91	14.85	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 43.56 / 5 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 43.56 ) = .000 / V.TEST = 5.43

TABLEAU 46 EN LIGNE : Q67 : Handicap  
 EN COLONNE : Q76 : Age regroupé

POIDS TOTAL : 2030.

	POIDS % COLONNE	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70 ANS ET +	ENSEMBLE
	% LIGNE							
OUI		56 13.25	78 18.39	84 23.15	108 37.08	121 45.47	116 45.25	565 27.82
		9.97	13.86	14.90	19.17	21.52	20.59	100.00
NON		337 79.30	316 74.32	260 71.60	167 57.08	131 49.14	127 49.45	1339 65.94
		25.19	23.64	19.43	12.44	9.81	9.49	100.00
NSP		32 7.45	31 7.29	19 5.24	17 5.84	14 5.39	14 5.30	127 6.25
		24.99	24.47	15.01	13.44	11.35	10.74	100.00
ENSEMBLE		425 100.00	426 100.00	363 100.00	292 100.00	267 100.00	257 100.00	2030 100.00
		20.94	20.97	17.89	14.38	13.16	12.65	100.00

CHI2 = 162.32 / 10 DEGRES DE LIBERTE / 0 EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A 5 / PROBA ( CHI2 > 162.32 ) = .000 / V.TEST = 11.26

# **ANNEXES 4**

**Aperçu des enquêtes régionales**

## LA SANTÉ, D'UNE RÉGION A L'AUTRE

D'une région à l'autre, les différences dans les réponses apportées par les personnes enquêtées ne sont pas très importantes<sup>1</sup>. Entre la Lorraine et la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais et le Midi-Pyrénées, les conceptions de la santé ne passent pas d'un univers culturel à un autre. Les résultats d'ensemble restent vrais sous réserve toutefois de quelques correctifs, intéressants à souligner.

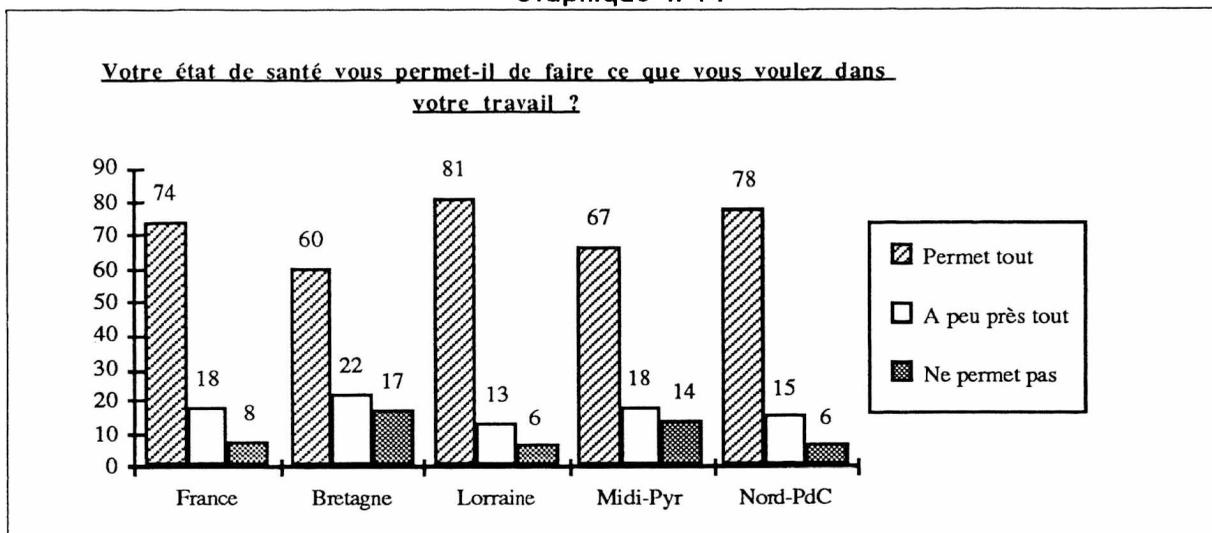
### MIDI-PYRÉNÉES, un état de santé perçu comme moins satisfaisant

Ainsi concernant l'état de santé perçu, si les habitants du Nord-Pas-de-Calais ne diffèrent aucunement de la moyenne nationale, on constate que les Lorrains affirment un état de santé légèrement plus satisfaisant alors que les habitants du Midi-Pyrénées se sentent un peu plus que les autres (14,8% *vs* 10,79%) dans un état peu satisfaisant. Les personnes interrogées de Bretagne se situant entre la France entière et la région Midi-Pyrénées. Lorsqu'il s'agit de décrire leur état de santé, selon les différentes fonctionnalités qu'autorise cet état de santé, les habitants du Midi-Pyrénées se sentent en moins bonne situation alors que les habitants de Lorraine et du Nord-Pas-de-Calais, estiment, plus que les autres, que leur état de santé leur permet de faire ce qu'ils veulent dans leur travail. Là encore, les habitants de Bretagne tendent à s'écarter des résultats de l'enquête nationale pour se rapprocher de la région Midi-Pyrénées.

---

<sup>1</sup> Dans cette annexe, les résultats sont issus des dépouillements des enquêtes régionales (environ 300 personnes interrogées) et de l'enquête nationale portant sur 844 individus. Un seul redressement avait alors été nécessaire, sur la seule étude Bretagne.

Graphique n°1 :



Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

On retrouve des résultats voisins concernant les déplacements hors du logement, les déplacements dans le logement, et à un degré moindre à propos de la pratique du sport et de l'alimentation. Comparativement à l'enquête nationale, les personnes interrogées de la région Midi-Pyrénées déclarent un état de santé perçu de façon légèrement plus négative. A l'inverse, Lorrains et habitants de la région Nord-Pas-de-Calais ont plutôt tendance à déclarer un état de santé plus satisfaisant.

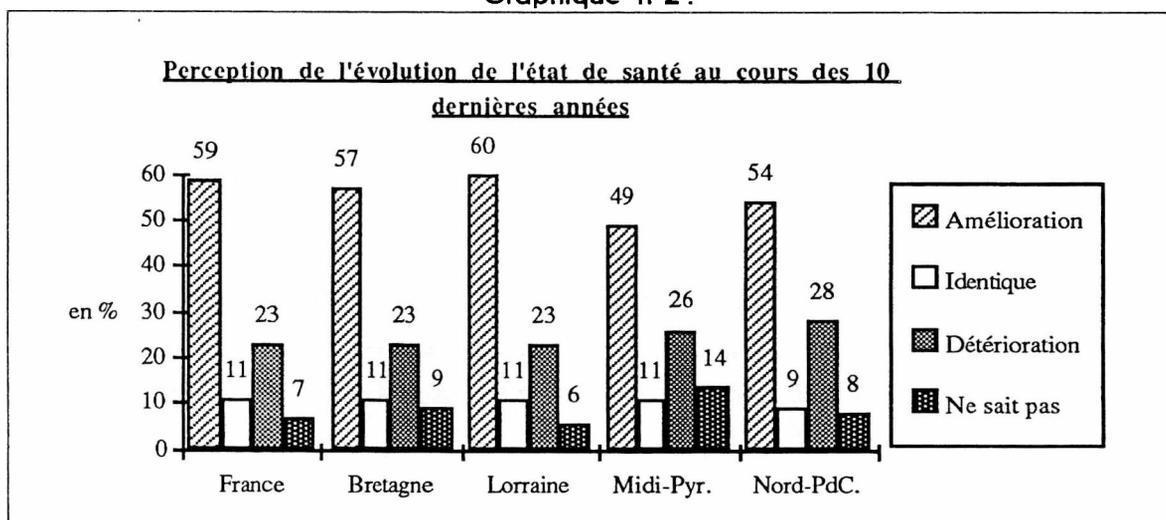
### **MIDI-PYRÉNÉES et LORRAINE : une vision de la santé un moins hédoniste**

Pour les habitants de la région Midi-Pyrénées, la santé, c'est d'abord l'absence de souffrance (60% vs 57% dans l'enquête nationale), c'est aussi le fait de ne pas consulter de médecin (29% vs 33% dans l'enquête nationale). Pour les habitants de la Lorraine, la santé, c'est d'abord vivre vieux (66% vs 58% dans l'enquête nationale). De ce point de vue les habitants de la région Nord-Pas-de-Calais se situent de façon assez proche des résultats nationaux, il en est de même pour les habitants de la région Bretagne qui auraient toutefois tendance à accentuer deux dimensions de la santé : "faire ce que l'on veut" et "ne pas être malade".

## Agir sur l'état de santé : LE NORD-PAS-DE-CALAIS

Interrogés sur leur perception de l'évolution de l'état de santé des Français au cours des dix dernières années, les résultats de l'enquête nationale montrent que 58% des personnes interrogées pensent que cet état de santé s'est amélioré. Les personnes interrogées en Bretagne confirment cette opinion, voire l'accroissent légèrement, 27% des personnes interrogées résidant en Bretagne pensent que l'état de santé s'est beaucoup amélioré alors qu'ils ne sont que 24% à l'affirmer dans l'enquête nationale. Les habitants de Lorraine, de manière moins nette toutefois, confirment également cette tendance. En revanche, les personnes interrogées dans les deux autres régions adoptent des attitudes différentes. Pour les habitants du Midi-Pyrénées et du Nord-Pas-de-Calais, la perception d'une détérioration de l'état de santé est un peu plus importante.

Graphique n°2 :



Source : enquête CRÉDOC-HCSP 1992

Pour améliorer l'état de santé dans les régions, il faudrait plus particulièrement mener des actions spécifiques. Les personnes interrogées en énoncent quelques-unes. Dans le Nord-Pas-de-Calais, certaines actions se trouvent sur-représentées.

**Tableau n°1 :**  
**Pour améliorer l'état de santé, selon les personnes interrogées, que faut-il faire ?**

	En Bretagne	En Lorraine	En Midi-Pyrénées	Dans le Nord-Pas-de-Calais
Important	Changer les conditions de travail Augmenter le nombre de médecins	Changer les conditions de travail Réduire la consommation d'alcool et tabac	Intensifier la recherche médicale Améliorer le confort des logements	Réduire les pollutions Augmenter le nombre des médecins Intensifier la recherche médicale Réduire la consommation d'alcool et de tabac Améliorer le confort des logements
Non important	Améliorer le confort des logements	Augmenter le nombre des médecins Améliorer le confort des logements	Changer les conditions de travail Augmenter le nombre de médecins	Changer les conditions de travail

Il faut noter qu'à la question portant sur les facteurs qui jouent un rôle important dans l'état de santé, les personnes interrogées dans le Nord-Pas-de-Calais indiquent, à la fois, l'impression d'insécurité, le fait de vivre seul, l'isolement par rapport aux enfants, le manque d'argent et l'absence de formation. Seul le fait d'être au chômage n'apparaît pas comme un facteur aggravant l'état de santé.

Si pour toutes les personnes interrogées, la santé doit être considérée comme une affaire personnelle, cela semble encore plus vrai pour les habitants de la région Nord-Pas-de-Calais, mais c'est aussi dans cette région que la reconnaissance du rôle des médecins est la plus importante.

En matière de prévention, les personnes interrogées en Bretagne et dans le Nord-Pas-de-Calais mettent l'accent sur la nécessité d'améliorer les conditions de travail et sur l'amélioration de l'environnement. Les Lorrains insistent sur l'attention portée à l'alimentation et à l'environnement, quant aux personnes interrogées en Midi-Pyrénées, elles insistent un peu sur la nécessité de faire attention à ce que l'on mange.

Si en Bretagne et en Lorraine, la politique de santé doit être surtout l'affaire du Ministère de la Santé, dans le Nord-Pas-de-Calais, elle doit être mise en oeuvre également par d'autres Ministères. Dans cette dernière région, la priorité est à la concentration des crédits sur quelques problèmes et sur quelques régions.

# COLLECTION DES RAPPORTS

## Récemment parus :

Observatoire des Consommations Alimentaires, Rapport N° 9 : La consommation d'édulcorants de synthèse en France en 1991, "Département Prospective de la Consommation", direction scientifique : Saadi Lalhou, par Valérie Beaudouin, Gloria Calamassi-Tran, Aude Collierie de Borely, Claire Evans, Pascal Hébel, Chantal Gillet, Gérard Verheyden, N° 126, Décembre 1992.

Observatoire des Consommations Alimentaires, Rapport N° 10 : La consommation de pesticides dans les fruits et légumes en France en 1991, "Département Prospective de la Consommation", direction scientifique : Saadi Lalhou, par Valérie Beaudouin, Gloria Calamassi-Tran, Aude Collierie de Borely, Claire Evans, Pascal Hébel, Chantal Gillet, Gérard Verheyden, N° 127, Décembre 1992.

La responsabilité médicale et l'indemnisation du risque thérapeutique - Etat des lieux - par Christine Le Clainche, Guy Poquet, N° 128, Décembre 1992.

Opinions sur l'énergie - Du chauffage ... à l'effet de serre - (Printemps 1992) (Enquête "Conditions de vie et Aspirations des Français"), par Françoise Gros, N° 129, Janvier 1993.

Le recours à l'ANPE dans les stratégies de recherche d'emploi : logiques d'usage, opinions et attentes, par Isa Aldeghi, Denise Bauer, Michel Legros, N° 130, Décembre 1992.

Le budget des étudiants d'Universités et d'IUT en 1992, par Ariane Dufour, Jean-Luc Volatier, sous la direction de Georges Hatchuel, N° 131, Décembre 1992.

Président : Bernard SCHAEFER    Directeur : Robert ROCHEFORT  
142, rue du Chevaleret, 75013 PARIS - Tél. : (1) 40.77.85.00

# CREDOC

Centre de recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie