

En 1996, et après un an d'existence de la régionalisation du système de santé, l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais a réalisé pour le Conseil régional une enquête sur les "Représentations, habitudes, comportements de la population vis-à-vis du système de soins" - Rhcp2s.

Cette enquête a commencé le 15 octobre 1997 pour s'achever le 15 janvier 1998 après 6 mois de mise au point et d'analyse bibliographique et enfin, la rencontre de 1 400 ménages à leur domicile.

Une première extraction de l'étude a été publiée en 1999.

Une deuxième l'a été en 2000.

Lors de la conception de cette enquête, la *base de sondage* devait non seulement se fonder sur quatre grands territoires isolés par l'Ors (la Métropole, le Bassin minier, le Littoral et les espaces résiduels), mais aussi retenir le type de la commune défini selon la typologie des Zonages en aires urbaines, mise au point par l'Insee en 1996.

Cette deuxième extraction présente les résultats de l'enquête sur la base des Bassins de vie de l'Agence régionale de l'hospitalisation (Artois, Hainaut français, Littoral, Métropole).

Elle présente également, pour l'ensemble de la région, les résultats en fonction des catégories socio-professionnelles des ménages et des personnes.

Il est à noter que les non-recours ont plus particulièrement été analysés ; puisque l'hypothèse d'un moindre recours aux soins (ou d'un recours plus tardif qu'ailleurs) est l'une des explications habituellement émises susceptible de rendre compte, parmi d'autres, de l'état de santé dégradé de la population du Nord – Pas-de-Calais.

Cette étude se base sur quatre postulats

1-L'existence de comportements familiaux

Au-delà des différences individuelles (la nature et la fréquence des contacts avec le système de soins varient certes selon le sexe ou l'âge des personnes), a été privilégiée une approche par ménage et non pas par individu.

2-L'existence de fortes hétérogénéités au sein de la population dans les fréquences et les contacts avec le système de soins

C'est cet axe que Rhcp2s retient comme le principal phénomène à décrire et analyser. Ces inégalités de recours aux soins peuvent varier selon l'âge, le sexe, la catégorie sociale, le lieu de résidence, le statut matrimonial, le niveau de diplôme, la couverture sociale, les moyens de transport, la distance d'accès aux soins, la mobilité sociale, la perception de l'état de santé, les recours réels ou les recours supposés...

3-Les contacts existants entre population et système de soins doivent être analysés dans leur globalité

L'existence perçue par la population, les familles ou les individus d'un motif de recours plus que le besoin de recourir à tel ou tel professionnel, à tel ou tel type d'établissement ou de service, mérite certainement d'être comprise. Dans cette logique de recherche de la globalité

des rencontres entre système de soins et population, le soins curatif n'est pas, par exemple isolé du champ de la prévention.

4-Les réponses faites aux enquêteurs sont considérées comme sincères

Synthèse des résultats

A - Le mauvais état de santé régional est connu de la population.

Cette perception existe non seulement à l'échelle régionale mais elle varie en fonction des Bassins de vie. Les répondants de l'Artois et du Littoral estiment plus volontiers que la santé n'est pas bonne dans la région, que les ménages interrogés du Hainaut ou de la Métropole.

On peut de plus penser qu'un lien existe dans l'esprit de la population entre mauvais état de santé et système de soins. En effet les ménages interrogés résidant dans les secteurs où la satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins est moindre, surdéclarent le mauvais état de santé régional. Ces mêmes secteurs moins satisfaits et plus pessimistes dans leur appréciation de l'état de santé régional sont ceux où l'état de santé connu est le moins bon.

Cependant, il est à remarquer qu'une très forte majorité des personnes pensent que leur propre état de santé est bon, voire très bon. Cette perception personnelle est en décalage par rapport à l'état de santé connu et global de la région. En revanche, ce sont les répondants du **Hainaut** et de **l'Artois** qui se déclarent moins facilement que les autres en bonne ou très bonne santé ; ce qui correspond aux indicateurs sanitaires de ces mêmes Bassins de vie.

B - La fonction carrefour du médecin généraliste est fort bien perçue par la population qui déclare tenir compte de son avis.

En outre, le généraliste est perçu comme connaissant bien les spécialistes de ville et les médecins hospitaliers.

C'est dans le Bassin de vie **Littoral** que le généraliste oriente le plus souvent ses patients vers d'autres professionnels ou d'autres structures du système de soins.

Il est à noter que les généralistes et spécialistes orientent dans les mêmes proportions vers l'hôpital, mais ceci varie beaucoup d'un Bassin de vie à l'autre.

Lorsqu'il s'agit de choisir le spécialiste auquel les personnes auront recours, c'est bien le généraliste qui est à l'origine du choix des ménages. Son influence est particulièrement sensible lorsque les ménages veulent s'adresser par la suite aux gastro-entérologues, cardiologues, rhumatologues, neurologues. En revanche son influence cède la place à l'entourage (famille ou amis) lorsqu'il s'agit de l'ophtalmologiste, du pédiatre et du dermatologue.

C - L'ampleur des non-recours aux soins est évidente.

Celle-ci pourrait, éventuellement, être l'une des marques du relatif sous-recours aux soins, relevé dans la région par rapport aux indices nationaux.

La fréquence du recours aux soins tend, globalement, à s'abaisser lorsque le symptôme a été concrètement rencontré dans la famille. Ceci signifie donc que lorsqu'un besoin de recourir aux soins existe, les comportements de la population ne sont ni adaptés ni pertinents (en raison de sa méconnaissance du système de soins, par exemple) ou encore que ce sont les réponses apportées par le système de soins régional qui ne le sont pas. Manifestement, l'adéquation de l'un à l'autre pourrait être améliorée.

En outre, **l'inadéquation** est majeure lorsqu'une personne déclare avoir voulu arrêter de boire de l'alcool ou diminuer sa consommation et, dans une moindre mesure, en cas de dorsalgie, de syndrome grippal, d'acné, ou d'un syndrome dépressif.

Par ailleurs, il existe quelques motifs pour lesquels il n'existe pas de réduction du recours aux soins lorsque le ménage a connu effectivement la situation. Il s'agit des motifs touchant aux

enfants et pour ce qui relève de la propre décision des ménages, c'est-à-dire la naissance et la contraception.

Dans le cas de la prise en charge d'un parent âgé qui connaîtrait une perte d'autonomie, cette relation s'inverse. Dans ce cas les ménages font concrètement plus appel au système de soins que ce qu'ils pensaient a priori devoir faire avant de connaître cette situation.

D - Les contacts population-prévention au sein du système de soins sont perfectibles.

La pénétration auprès de la population s'apparente à un motif de recours aux soins très spécialisés. A titre d'exemple 4 % déclarent avoir reçu, de la part du système de soins une information à propos de la prévention du sida en dehors des dépistages. Ceci n'exclut pas, pour autant, que les messages de prévention puissent toucher la population par d'autres médias que le seul système de soins (presse, spots d'information radio ou télévisuels, information sur les lieux de travail ou d'enseignement...).

Globalement, les ménages résidant dans la **Métropole** ont bien plus bénéficié de la prévention (information et dépistage Sida ou frottis cervico-vaginal et mammographie) que les autres.

E- Une forte inégalité sociale de recours aux soins existe dans la région comme ailleurs en France.

Un gradient social se dessine entre les cadres, ayant fortement recours, et les ouvriers, moindres consommateurs. Cette règle ne s'exprime pas aussi clairement dans le cas des hospitalisations.

Ces différences par Professions et catégories sociales s'estompent lorsque l'on examine les recours en fonction de la Pcs de l'homme référent du ménage.

En revanche, de très nettes différences de recours aux soins se dessinent chez les femmes. Il y a par conséquent des gradients sociaux, visibles dans le recours aux soins. En outre, le non-recours aux soins est très important chez les femmes ouvrières.

On ne relève aucune différence sociale de recours aux soins pour les enfants en fonction de la Pcs de la personne de référence.

Ce sont les plus diplômés mais aussi les cadres et professions intermédiaires qui sont les moins hospitalisés. Le sur-recours aux consultations hospitalières se retrouve non seulement dans les Pcs inférieures, mais aussi dans les deux Bassins de vie les plus en difficulté : Artois et Hainaut.

Rhcp2s, parce qu'elle fut menée en *population générale*, permet dès aujourd'hui d'entendre quels peuvent être les souhaits, mais aussi les difficultés concrètes des habitants, individus ou familles, du Nord - Pas-de-Calais.