

SPQR Santé Publique, Qualité Régionale

Appréciation de la qualité et satisfaction de la population vis-à-vis de la prévention et de la Médecine de ville

03
7

Olivier Lacoste, Madiou Sampil, Emilie Labbe

Santé Publique, Qualité Régionale - SPQR - est une enquête dont l'objet est de porter à la connaissance du plus grand nombre, l'état de satisfaction et la perception de la qualité de l'offre de santé de la population du Nord - Pas-de-Calais.

L'analogie avec le plus vieil acronyme connu de l'histoire, SPQR, *Senatus Populus Que Romanus* est délibérée. Cette publication se veut être, dans sa conception, une contribution au débat sanitaire dans le champ de la chose publique, communément dénommée aujourd'hui *démocratie sanitaire*.

La démocratie sanitaire et ses implications concrètes, voilà effectivement le problème à l'origine de ce travail.

Aucune observation, aucune collecte d'information, aucune perception n'étaient susceptibles de laisser entrevoir qu'un champ de connaissance devait être défriché, outre le fait que promouvoir ou espérer l'instauration d'une démocratie sanitaire, dans le cadre régional, pose tout à fait logiquement divers problèmes :

- Sait-on ce qu'attendent nos concitoyens de l'offre santé ?
- En sont-ils satisfaits ?
- La jugent-ils de qualité ?
- Leurs avis sont-ils convergents avec ceux des experts et des instances en charge de ce domaine ?



ISBN : 2-914512-07-4

Achévé d'imprimer par Imprimerie Calingaert — 59120 Loos

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2004

Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais



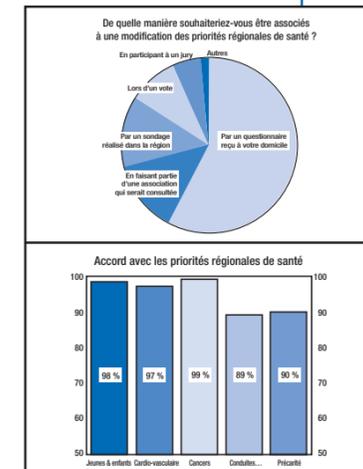
13 rue Faidherbe, 59046 Lille cedex

Tel : +33 (0)3 20 15 49 20

Fax : +33 (0)3 20 55 92 30

<http://www.orsnpdc.org>

SPQR - SANTÉ PUBLIQUE, QUALITÉ RÉGIONALE



Santé Publique, Qualité Régionale

Appréciation de la qualité et satisfaction de la population vis-à-vis de la prévention et de la Médecine de ville

Olivier Lacoste¹
Madiou Sampil²
Emilie Labbe³

Avec la collaboration de
Sabine Brosh⁴
Estelle Lebas
Bilal Majeb⁵
Gwen Marqué⁶
Marielle Rengot⁷

¹ Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

² Médecin, chargé d'études à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

³ Étudiante en Génie Informatique et Statistiques à l'École Polytechnique Universitaire de Lille et
Chargée d'études à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

⁴ Assistante de rédaction à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

⁵ Chargé d'études à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

⁶ Chargé d'études à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

⁷ Chargée d'études à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

Sommaire

Introduction	p 7
La démocratie "sanitaire" n'existe que par l'expression d'attentes qui rendent alors possible le "débat"	p 8
<ul style="list-style-type: none">• La démocratie sanitaire aujourd'hui• L'usager et l'expert dans le débat	
Mesurer la satisfaction et cerner les attentes : une démarche nécessaire qui appelle de la vigilance	p 9
<ul style="list-style-type: none">• Banalité et valeur des griefs et des agréments• Nature de la satisfaction et utilité de son recueil• Nécessité d'être, dans ces enquêtes, les "inventeurs" des griefs et des points d'agrément• Informer et former avant toute chose	
Démarche de l'enquête	p 13
L'enquête en 10 points	p 13
Population et méthode	p 14
Détermination des critères d'appréciation de la qualité de soins par les usagers	p 14
Élaboration du questionnaire et réalisation de l'enquête	p 16
Analyse régionale	p 17
La prévention dans la région	p 17
<ul style="list-style-type: none">• L'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, la précarité et son impact sur la santé : des priorités qui préoccupent moins la population régionale sollicitée• Une population régionale concernée par les actions de prévention• Une différence entre les répondants d'accord et pas d'accord avec les priorités "Santé cardiovasculaire" et "Précarité et santé"• Une préférence pour les messages de prévention destinés à toute la population• Une différence entre répondants d'accord et pas d'accord avec la priorité "Santé cardiovasculaire"• La télévision comme vecteur de transmission des messages de prévention offrant la meilleure qualité• L'information apportée par les messages de prévention est majoritairement compréhensible par la population régionale interrogée• Plus d'images et d'explications pour les messages de prévention• Une différence entre les répondants d'accord et pas d'accord avec la priorité sur les "Cancers" pour plus d'images dans les messages de prévention• Des images sur les conséquences des comportements à risque pour la santé• Une préférence pour les messages qui choquent, surtout chez les jeunes• Une différence entre les répondants d'accord et pas d'accord avec les priorités sur les "Cancers" et "la Précarité et la santé" dans le choix des caractéristiques d'un message de prévention de qualité• Une préférence pour les résultats des campagnes de prévention de proximité• Majoritairement, pas de changement de comportement de la population régionale suite aux campagnes de prévention• Une différence entre les répondants d'accord et pas d'accord avec la priorité "Santé cardiovasculaire" pour être informés des résultats atteints grâce à la prévention dans leur commune• Une population en majorité masculine satisfaite des services de prévention	

La Médecine de ville dans la région	<i>p 22</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ 74 % des répondants satisfaits de l'organisation de la Médecine de ville▪ La qualité de la Médecine de ville s'améliore pour la quasi-moitié des personnes sollicitées▪ Le système de gardes satisfait la moitié des enquêtés▪ Un peu plus de la moitié de la population interrogée en accord avec la liberté d'installation des médecins▪ La population sollicitée veut choisir son médecin et toujours avoir affaire au même▪ La relation médecin-patient est importante aux yeux de la population régionale enquêtée▪ Les répondants satisfaits de la disponibilité de leur médecin▪ Une durée d'attente et de consultation satisfaisante▪ De bons soins, des examens et des médicaments adaptés▪ La prévention initiée par le médecin de famille plus efficace que les campagnes de prévention	
Analyse par type de commune	<i>p 25</i>
La prévention selon les communes	<i>p 25</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ La télévision, le meilleur des vecteurs pour les répondants des communes urbaines▪ Une meilleure qualité des messages de prévention par courrier en milieu urbain▪ Un meilleur impact des services de prévention pour les populations rurales	
La Médecine de ville selon les communes	<i>p 26</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Une préférence accentuée pour le même médecin en milieu urbain▪ Un temps d'attente raisonnable chez le médecin, surtout pour le milieu périurbain▪ Le milieu périurbain davantage satisfait du système des gardes▪ L'importance de l'attention apportée par le médecin, surtout pour la population urbaine	
Analyse par arrondissement	<i>p 29</i>
La prévention selon les arrondissements	<i>p 29</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ "Santé des jeunes et des enfants" et "Cancers" : des priorités qui diffèrent selon les arrondissements▪ S'exprimer par vote ou sondage : deux manières d'être associé aux modifications des priorités qui varient selon les arrondissements▪ Les messages de prévention : beaucoup d'explications nécessaires pour les Lensois, bien moins pour les Lillois▪ Les résultats atteints dans la commune : une moindre attente dans les arrondissements de Béthune, Cambrai et Montreuil	
La Médecine de ville selon les arrondissements	<i>p 32</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ L'attention portée par le médecin : moins importante dans les arrondissements d'Avesnes, Dunkerque, Montreuil et Saint-Omer▪ Cambrai, Douai et Saint-Omer : trop peu de prévention de la part du médecin de famille	
Conclusion	<i>p 33</i>
"Le cap est bon"	<i>p 34</i>
La prévention évaluée par la population	<i>p 35</i>
À propos de la Médecine de ville	<i>p 36</i>
Bilan et propositions	<i>p 37</i>
Annexes	<i>p 39</i>
Bibliographie	<i>p 69</i>

Introduction

Si tant est que l'on puisse dire, dans l'absolu, que la science ou la connaissance ait son commencement quelque part, alors on doit admettre ce qui suit : la connaissance ne commence pas par des perceptions, des observations, par la collecte d'informations ou de faits, elle commence par des problèmes. [...] C'est pur contresens que de poser que l'objectivité de la science dépende de celle du savant. Et de croire que le chercheur en sciences de la nature soit plus objectif que celui en sciences sociales. Le chercheur en sciences de la nature est tout aussi partial que quiconque et, malheureusement, à moins de faire partie de ceux, peu nombreux, qui produisent en permanence de nouvelles idées, c'est d'habitude un partisan entiché à l'extrême de ses propres idées.
Karl Popper, *À la recherche d'un monde meilleur*, 1984¹.

Santé Publique, Qualité Régionale -SPQR- est une enquête dont l'objet est de porter à la connaissance du plus grand nombre, l'état de satisfaction et la perception de la qualité de l'offre de santé², de la population du Nord – Pas-de-Calais.

L'analogie avec le plus vieil acronyme connu de l'histoire, SPQR, *Senatus Populus Que Romanus*³ est délibérée. Cette publication se veut être, dans sa conception, une contribution au débat sanitaire dans le champ de la *chose publique*, communément dénommée aujourd'hui *démocratie sanitaire*.

La démocratie sanitaire et ses implications concrètes, voilà effectivement le *problème* à l'origine de ce travail.

Aucune observation, aucune collecte d'information, aucune perception (pour reprendre les termes de Karl Popper) n'étaient susceptibles de laisser entrevoir qu'un champ de connaissance devait être défriché, outre le fait que promouvoir ou espérer l'instauration d'une démocratie sanitaire, dans le cadre régional, pose tout à fait logiquement divers problèmes :

- Sait-on ce qu'attendent nos concitoyens de l'offre de santé ?
- En sont-ils satisfaits ?
- La jugent-ils de qualité ?
- Leurs avis sont-ils convergents avec ceux des *experts* et des *instances* en charge de ce domaine ?

Pour que la chose publique soit vivante et active, que le débat ne se limite pas aux propres idées d'érudits-experts, il convient certes, que la *technostructure*, experts et hommes de l'art assimilables aux *patres* romains, alimente le débat. Mais cela suppose aussi que le *populus*, surtout lorsqu'il a à lutter contre une santé assaillie de multiples difficultés vécues tant par les habitants eux-mêmes que par les professionnels de santé (comme c'est le cas dans le Nord – Pas-de-Calais), se voit donner une occasion d'exprimer sa parole.

¹ Popper K. *À la recherche d'un monde meilleur*. Paris : Anatolia-Éditions du Rocher, 1984 ; 359 p.

² L'offre de santé recouvre les trois segments constitutifs de la politique régionale de santé que sont : la prévention, l'offre de soins de ville et l'hospitalisation.

³ La "chose publique" romaine s'exprime, depuis "l'époque royale" par un sigle : S.P.Q.R. (*Senatus Populus Que Romanus* : le Sénat et le peuple romain) qui est d'ailleurs toujours utilisé par l'actuelle municipalité romaine (sur certains équipements collectifs). Le *populus* était le peuple en armes. Le Sénat était composé de *patres* (pluriel de *pater*). Le *pater* était le chef d'un groupe d'Hommes appelé la famille composé d'individus avec lesquels il n'avait pas nécessairement des liens de sang.

Les lecteurs assidus des albums d'Astérix le gaulois, retrouveront l'acronyme SPQR ornant les aigles des légions romaines.

La démocratie (sanitaire) n'existe que par l'expression d'attentes qui rendent alors possible le "débat"

Prendre en compte les usagers (quelle que soit la dénomination qui leur est donnée : citoyens, habitants, etc.) pour améliorer la qualité des services et prestations, publiques comme privés, n'est pas actuellement le seul fait de *l'air du temps* sanitaire.

Ce mouvement, cette sensibilité sont partagés depuis quelques temps par nombre d'élus, d'agents des services publics, d'employés d'entreprises privées, de militants associatifs ou syndicaux soucieux de s'engager dans l'amélioration des relations avec leurs clients.

Quel que soit le service auquel ils ont recours, les usagers sont "de moins en moins mal informés" et comparent les différentes prestations. Des expériences de participation et de satisfaction de clientèle, se sont multipliées sans que pour autant le souci d'une représentativité réelle ait été manifeste ou même délibérément affichée.

L'une des expériences les plus marquantes est le développement des efforts déployés afin de renforcer la cohésion sociale ou la sécurité des personnes. Ces dernières passent, entre autres choses, par la recherche des attentes des citoyens, des clients.

LA DÉMOCRATIE SANITAIRE AUJOURD'HUI

Comme l'écrit Rémi Pellet¹, vient d'avoir lieu *l'émergence de droits collectifs des usagers du système de santé* avec la loi du 4 mars². Aujourd'hui ces droits sont, dans le texte de la loi, exercés principalement par des représentants d'associations dans différentes instances nationales et régionales.

La démocratie sanitaire prend peu à peu corps en France, elle commence à être un phénomène connu et non plus uniquement un concept, dont la mise en place progresse par tentative, échec et succès. Sa montée en puissance a désormais plus de trente ans puisque l'on estime que les prémices remontent à la première Charte du patient de 1974, rédigée lorsque Madame Simone Veil était ministre des Affaires Sociales³.

Fondamentalement, la démocratie sanitaire suppose, dans sa conception, que s'exprime la participation étroite des professionnels, des élus et des usagers, que ceux-ci soient malades, anciens malades ou "bien-portants". L'ensemble de la population, qu'il soit destinataire de mesures de soins ou de mesures de prévention (population qui ne se milite donc pas aux seuls malades) a, dans son ensemble, les mêmes droits et les mêmes garanties.

"La revendication d'une démocratie sanitaire répond au sentiment qu'ont les usagers du système de santé d'en subir passivement le fonctionnement et les dysfonctionnements"⁴.

Il est clair que les problèmes à l'origine de l'idée de démocratie sanitaire sont d'abord des problèmes d'usager et parfois de simples questions d'accueil aux guichets ou de dossiers administratifs. Cependant, au-delà de ces seuls problèmes d'usagers, la démocratie sanitaire englobe aussi l'association étroite de la population aux grands choix relevant de la politique de santé⁵.

Les pouvoirs publics doivent, ou devraient, *faire en sorte que* les usagers-citoyens puissent, effectivement, intervenir dans le débat et dans les processus de décision concernant leur santé.

L'USAGER ET L'EXPERT DANS LE DÉBAT

En ce domaine, tout comme dans l'évolution des connaissances en général, procéder par essais et erreurs "trial and error" est la démarche la plus certaine. La mise en pratique du concept à la réalité est loin d'être aisée. Le souci d'une satisfaction et d'une écoute des attentes est un phénomène jeune et récent auquel il convient de laisser du temps afin qu'il s'affine, tant dans ses objectifs que ses méthodes.

Les méthodes appliquées ne sont pas aujourd'hui totalement satisfaisantes. Elles ont souvent abouti à des échecs par manque d'ouverture (approche encore trop *experte*), insuffisance de compétence dans l'accompagnement des démarches concrètes.

Jusqu'à présent, la prise de parole des usagers du système de santé s'est faite principalement de deux manières : les débats publics et la parole donnée à des associations⁶. Les avis d'experts ont été remis en question suite à la survenue d'événements divers mais très médiatisés (scandales sanitaires, résurgence d'anciennes maladies que l'on croyait éradiquées, apparition de nouvelles maladies) qui ont exposé au

¹ Pellet R. Les droits individuels et collectifs des patients, usagers du système de santé. In de Kervasdoué J (Dir). *Carnet de santé de la France 2003*, Paris : Dunod, 2003, 247 p.

² Le titre II de la loi du 4 mars traite de *la démocratie sanitaire*, démocratisation des établissements de santé, *placer le malade au centre du système de soins* et le chapitre 3 expose les modes de participation des usagers au fonctionnement du système de santé.

³ Vedelago F. L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé. In : Cresson G, Schweyer FX (Dir). *Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2000 : 55-73.

⁴ Brocas AM. *La Démocratie sanitaire*. Revue française des Affaires sociales, n° 2 d'avril-juin 2000, 9-14.

⁵ Guillet P (Dir). L'usager acteur du système de santé. In Haut Comité de Santé Publique, *La santé en France*, Paris : La documentation française, 2002.

⁶ Ghadi V, Polton D. Les formes de démocratie. Le marché ou le débat comme instruments de la démocratie. *Revue française des Affaires sociales*, 2000 : 2 : 15-32.

grand jour les limites de leur connaissance et de leur expertise¹. L'expert partage désormais avec l'utilisateur sa légitimité dans les prises de décisions.

Ce processus s'est renforcé à la suite du développement de la prévention et ce, tant dans sa conception que dans ses actions : "[...] une meilleure connaissance des facteurs de risques, notamment ceux liés aux comportements et habitudes de vie, a contribué à la relativisation de l'importance du système de soins face à d'autres déterminants de santé. La légitimité des acteurs du système de soins s'en trouve réduite²".

Mesurer la satisfaction et cerner les attentes : une démarche nécessaire qui appelle de la vigilance

Une lecture peu raisonnée et éclairée des enquêtes qualité ou de satisfaction, pourrait faire croire qu'au-delà de la légitimité de l'intention, il n'y a guère de débats qui s'avèreraient nécessaires. En effet ces études "santé" recueillent des scores de satisfaction pouvant laisser croire à de véritables plébiscites. Ainsi, l'enquête du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, expose des scores de satisfaction moyens avoisinant les 90 %³, même en des périodes où le système sanitaire lui-même est sévèrement critiqué.

BANALITÉ ET VALEUR DES GRIEFS ET DES AGRÉMENTS

Plus globalement, ces enquêtes, même lorsqu'elles sont conçues et menées sans complaisance, exposent des opinions très majoritairement positives ou favorables. Dans d'autres domaines que la santé, il est courant d'enregistrer des scores atteignant 75 à 85 %. Presque systématiquement, les services mettant en œuvre un savoir-faire technique explicite, éloigné des savoir-faire de monsieur ou madame tout le monde (les services de l'État civil des mairies, EDF-GDF, etc.) -et les savoir-faire de la santé sont de ce type-, atteignent entre 80 et 90 % de réponses positives. À l'opposé, les services dont *a priori* les fonctionnements sont moins techniques et sont supposés être plus simples (ANPE ou Assurance Maladie) restent bien en deçà de 60 %⁴. On comprendra donc que les scores attendus dans S.P.Q.R. devraient être *a priori* considérés comme banals s'ils se situaient aux alentours de 80-90 % d'avis favorables.

Les motifs qui recueillent le plus d'insatisfaction dans ces enquêtes sont la complexité, l'iniquité, le mauvais accueil et l'inadaptation de l'information délivrée. Mais d'autres points, relevant du positionnement et de la définition des actions, peuvent émerger.

À ce titre il pouvait être légitime de s'attendre à ce que S.P.Q.R. puisse mettre en évidence des griefs touchant des points similaires : complexité, iniquité, mauvais accueil ou contact, positionnement des actions, définitions des enjeux.

NATURE DE LA SATISFACTION ET UTILITÉ DE SON RECUEIL

La satisfaction est, à l'évidence et par nature, non-objective, car elle est le résultat de l'écart entre la perception du service rendu et les attentes de ceux qui y ont recours. À ce titre elle ne s'éloigne pas, outre mesure, des *idées propres* du chercheur décrites par Karl Popper dans la citation mise en exergue.

Le but des démarches visant à l'apprécier, est de tenter objectivement d'examiner pourquoi une telle perception s'exprime, d'en tirer les conclusions tant dans l'amélioration des services offerts, dans le cadre de l'évaluation, que pour une meilleure organisation de l'offre de santé.

S'inquiéter de la qualité ressentie et s'enquérir du degré de satisfaction des usagers et des citoyens est un puissant vecteur d'amélioration si ce n'est de progrès. À ceci, la littérature spécialisée⁵ donne plusieurs justifications :

- Parce que la qualité est reconnue par l'utilisateur ;
- Parce que cela permet de recentrer les actions et les enjeux prioritaires ;
- Parce que cela contribue à justifier de missions et de financements ;
- Parce que cela offre une opportunité de recadrage ou de restructuration ;
- Parce que cela permet de faire savoir à la population que son point de vue est entendu ;
- Parce que du point de vue de l'utilisateur, les forces et faiblesses sont identifiées en fonction de ses attentes ;
- Parce que cela permet une *acculturation collective* qui s'avère nécessaire ;
- Parce que cela valorise l'utilisateur et le citoyen qui se sentent considérés et le sont ;

¹ Ghadi V, Polton D. Le marché comme instrument de la démocratie. *Revue française des affaires sociales*. Paris, ministère de l'Emploi et de la solidarité : La Documentation française, avril-juin 2000, 2, 18-35.

² Ghadi V, Polton D. Le marché comme instrument de la démocratie. *Revue française des affaires sociales*. Paris, ministère de l'Emploi et de la solidarité : La Documentation française, avril-juin 2000, 2, 18-35.

³ Gouvernement du Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois. Indicateurs et tendances*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 265 p.

⁴ France Qualité Publique. Guide pratique : l'évaluation de la satisfaction des usagers/clients/citoyens des services publics. Document de travail, 31 p.

⁵ Quatrebarbes (de) B. *Usagers ou clients ? Écoute, marketing et qualité dans les services publics*. Paris : Éditions d'organisation, 1998.

Wavrin P. *Les usagers dans l'évaluation des politiques publiques. Étude de relation de services*. Paris : L'harmattan, 1993.

Wavrin P. *Quelle modernisation des Services Publics ? Les usagers au cœur des réformes*. Paris : La Découverte, 1997.

- Parce que cela permet de recentrer les services de santé sur l'utilisateur qui est par essence l'acteur le plus important ;
- Parce que cela recentre actions et programmes sur le service à rendre plus que sur des logiques internes aux acteurs ;
- Parce que cela contribue à donner des indicateurs nécessaires au pilotage des politiques publiques.

On le voit, les enjeux ne sont pas anodins et se situent au-delà des seuls impératifs issus de l'engouement pour la démocratie sanitaire. Le recours au recueil de la satisfaction des usagers recèle un potentiel de changement considérable peu reconnu et qu'il convient de ne pas sous-estimer¹.

NÉCESSITÉ D'ÊTRE, DANS CES ENQUÊTES, LES "INVENTEURS" DES GRIEFS ET DES POINTS D'AGRÈMENT

Même si cela peut paraître provocateur, il n'est guère souhaitable, lorsque l'on entend apprécier la satisfaction des usagers, de se limiter strictement aux critères connus et souvent mis en place par les experts ou les instances en charge des différents segments de l'offre de soins et de la politique de santé. C'est pourquoi, il apparaît indispensable que soit menée, lors d'une phase préalable, comme les *inventeurs* d'un trésor ou d'une grotte préhistorique découvrent un objet ou un lieu qui préexistait avant qu'ils ne le croisent, la recherche de "nouveaux" critères provenant de la population elle-même qui viennent compléter ceux décrits dans la littérature.

La définition que les usagers donnent de la qualité des soins, n'est pas la même que celles des chercheurs et des gestionnaires. Les usagers relient plus spontanément la qualité de la relation qu'ils ont avec les professionnels de santé et moins aux processus cliniques ou aux résultats des soins pour lesquels ils ont plutôt tendance à s'en remettre aux praticiens et aux organisations².

Il pourrait d'ailleurs être intéressant de demander aux usagers leur définition de la notion de performance d'une organisation ou d'un système de santé³. La population, les usagers ne disposent pas de critères de performance *a priori*, qu'ils utiliseraient de façon systématique pour déterminer leur choix d'un dispositif. Ils veulent et ont un impérieux besoin d'informations concrètes, correspondant à leur vécu, à leur expérience ou leurs propres représentations ; le tout étant présenté sincèrement, avec exactitude, mais sous une forme adaptée à leur possibilité de compréhension. En ce domaine, le jargon de spécialiste ne peut que manquer sa cible.

INFORMER ET FORMER AVANT TOUTE CHOSE

Il s'avère donc nécessaire de mettre en place des dispositifs d'aide à la compréhension et à l'interprétation avec un véritable accompagnement pédagogique, en portant en priorité sur une meilleure connaissance du système de soins⁴.

Des méthodologies qui visent à impliquer le citoyen ont été mises en place voici un certain temps aux États-Unis, en Allemagne, au Royaume-Uni et au Danemark. Ce sont les "jurys citoyens" et plus récemment les "conférences publiques de consensus".

En France, ces réunions ont été utilisées, par exemple, à propos des organismes génétiquement modifiés et, en 1999, dans le cadre des *États généraux de la santé*.

Si les conclusions qui ont été tirées de ces travaux furent, à plus d'un titre, utiles et intéressantes, il n'en demeure pas moins que l'on peut légitimement s'interroger, du fait même de sa méthode d'élaboration, sur la *performance démocratique* d'un avis -rendu par au plus quelques dizaines de personnes- de l'opinion publique. D'un point de vue pratique, ces capacités d'entraînement et d'adhésion démocratique sont excessivement limitées, tout comme le sont ses possibilités de formation et d'information. À bien y regarder, la méthode du jury citoyen demeure un outil performant, davantage destiné aux professionnels ou aux acteurs (puisqu'il contribue à l'aide à la décision des dirigeants) qu'un objet au service de la population, que celle-ci soit qualifiée de citoyens ou d'usagers.

De ces essais de citoyenneté participative, il est à retenir qu'il est plus que jamais nécessaire de répondre aux besoins d'information et de formation du grand public. Menée dans de petits groupes lors des jurys citoyens, la diffusion d'informations au public relève d'un enjeu politique voire d'éthique de la responsabilité⁵.

¹ Inspection Générale des Affaires Sociales. *Rapport annuel 2001 : les institutions sociales face aux usagers*. Paris ; La Documentation française, 2001 ; 284 p.

² Ghadi V, Naiditch M. L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins. *Revue bibliographique. Série études*, n°13, juin 2001, 19 p et annexes.

³ Mc Cormack LA, Garfinkel SA, Schnaider JA, Lee A, Sangl JA. Consumer information development and use. *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 15-30.

⁴ Ghadi V, Naiditch M. L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins. *Revue bibliographique. Série études*, n°13, juin 2001, 19 p et annexes.

⁵ Ghadi V, Naiditch M. L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins. *Revue bibliographique. Série études*, n°13, juin 2001, 19 p et annexes.

Inspection Générale des Affaires Sociales. *Rapport annuel 2001 : les institutions sociales face aux usagers*. Paris : La Documentation française, 2001 ; 284 p.

Les finalités de la diffusion d'informations à la population sont multiples. Cette diffusion vise à réduire "l'asymétrie d'information" entre les clients et les professionnels, vise à peser sur les choix des attributions de moyens en homme et budgets, ainsi que sur les politiques pour une meilleure prise en compte des intérêts des consommateurs/citoyens.

Aux États-Unis, elle favorise la création d'un véritable marché par expression des choix¹. Elle est souvent présentée comme une incitation pour les professionnels à fournir une production de qualité et à se soucier de leur réputation vis-à-vis des clients².

En France, et plus particulièrement dans le Nord – Pas-de-Calais, les usagers ne connaissent pas assez le fonctionnement global du système de santé. De ce fait, ils peuvent avoir tendance à survaloriser les déterminants de santé, des éléments extérieurs au système et non-contrôlables comme le signale Gibbs³ pour les consommateurs de soins des États-Unis. Cette méconnaissance du fonctionnement du système de santé accroît la difficulté des personnes à mettre en relation d'une part le niveau des indicateurs utilisés par exemple dans le domaine de la prévention et d'autre part le choix d'un plan de santé.

La difficulté à comprendre le contexte général de fonctionnement du système de santé aggrave la difficulté réelle à comprendre les mécanismes et l'impact possible sur la santé, des programmes de dépistage offerts par les plans.

Il est donc probable que si les caractéristiques actuelles et l'organisation de la santé régionale restent méconnues des usagers eux-mêmes, il sera difficile d'obtenir leur participation et la mise sur pied d'une véritable démocratie sanitaire à l'échelon du Nord – Pas-de-Calais. La santé, touchant de plus en plus de personnes et de populations (ne serait-ce qu'au travers de la prévention qui s'adresse à tous et non plus qu'aux malades), devient sous l'impulsion de ses propres acteurs, un domaine qui ne peut plus demeurer celui des seuls experts.

Potentiellement, elle peut donc être sujette aux souhaits et revendications des "philistins", de "n'importe quel habitant", que nous avons déjà abordés dans nos travaux antérieurs⁴.

¹ Ghadi V, Naiditch M. L'information de l'usager/consommateur sur la performance du système de soins. *Revue bibliographique. Série études*, n°13, juin 2001, 19 p et ann.

² Op cit.

Leatherman S, Mc Carthy D. Public disclosure of health care performance reports : experience, evidence and issues for policy. *International journal for quality in health*, 1999 ; 11 : 2 : 93-98.

³ Gibbs DA, Sangl JA, Burrus B. Consumer perspectives on information needs for health plan choice. *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 55-73.

Hibbard JH., Soafer S, Jewett JJ. Condition-specific Performance Information : Assessing Salience, Comprehension and Approaches for Communicating Quality. *Health Care Financing Review*, 1996 ; 18 (1) : 95 -110.

⁴ Spinosi L, Lacoste O, Declercq C, Sampil M, Tillard B, Salomez JL. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours. Deuxième extraction de l'enquête "Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins"*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2000, 191 p.

Démarche de l'enquête

L'enquête en 10 points

- 1- Sollicitation par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais de l'ORS afin de mener une enquête pour identifier les attentes de la population et son degré de satisfaction vis-à-vis des actions régionales de Santé publique.
- 2- Recherche bibliographique permettant de dresser l'inventaire des questions possibles ; la publication de Ghadi et Naiditch (2001) permet de définir l'objectif.
- 3- Réalisation d'une pré-enquête auprès de 30 personnes permettant de recueillir les items possibles.
- 4- Sélection des items de l'enquête : 33 critères pour la Médecine de ville, 28 critères pour la prévention.
- 5- Définition de la méthode d'échantillonnage.
- 6- Choix du mode de passation du questionnaire : l'enquête se fera par questionnaire téléphonique.
- 7- Construction du questionnaire.
- 8- Conception de la plaquette d'accompagnement.
- 9- Lancement de l'enquête.
- 10- Clôture de la collecte des réponses au bout de cinq semaines ; début de l'exploitation des données.

Population et méthode

Le système de soins est abordé dans cette étude suivant deux segments :

- le segment de médecine libérale de ville,
- le segment relatif à la médecine préventive.

La démarche a consisté en :

- la détermination des critères d'appréciation de la qualité du système de soins par les usagers,
- l'élaboration du questionnaire et la réalisation de l'enquête.

Détermination des critères d'appréciation de la qualité de soins par les usagers

4 étapes ont servi à la détermination des critères d'appréciation de la qualité de soins par les usagers :

1- UNE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE PRÉALABLE

La bibliographie est en annexes.

2- LE CHOIX DE LA RÉALISATION D'UNE PRÉ-ENQUÊTE

La réalisation d'une pré-enquête par entretien téléphonique a permis de faire :

- une re-formulation, une sélection et une validation des items retenus à partir des entretiens.

Les 33 critères de qualité pour la médecine de ville et les 28 items pour la prévention, identifiés à partir des entretiens téléphoniques semi-directifs ont fait l'objet, dans un premier temps, d'un travail de re-formulation et de réduction puis, dans un second temps, d'une validation. La re-formulation, la réduction et la sélection des critères de satisfaction de la Médecine de ville et de la prévention ont été réalisées en tenant compte des items repérés dans la littérature.

- le calcul du nombre de sujets nécessaires¹ à l'enquête en fonction du taux de participation lors des entretiens (65 %).

3- LA POPULATION DE LA PRÉ-ENQUÊTE

Ont été enquêtés les sujets de plus de 18 ans, susceptibles de se prononcer sur la médecine préventive ou la Médecine de ville. Le nombre de personnes à interroger a été fixé à 30 pour cette première étape de l'étude.

4- LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET LA RÉALISATION DE LA PRÉ-ENQUÊTE

La mesure de la satisfaction relative à la prévention sera appréciée suivant 2 types de questions :

- par la mesure de la satisfaction actuelle, globale, sur un critère donné,
- par la mesure du souhait de l'enquêté pour ce critère de qualité.

¹ Un nombre de sujets nécessaires pour une représentation régionale a été calculé (risques β et α , de première et de seconde espèce, fixés à 5 %).

Le repérage des critères "qualité" a été réalisé à partir d'entretiens semi-directifs concernant l'expérience des usagers avec chaque segment du système de soins. L'avis sur le segment "Médecine de ville" ne sera recueilli que si l'expérience du sujet avec ce segment date de moins de 1 an. Les entretiens ont duré environ 1 à 2 heures. Compte tenu de cette durée et des données de la littérature concernant la recherche de critères "qualité" à partir d'entretiens, compte tenu des bases de sondage et des moyens disponibles, une technique de sondage aléatoire paraît difficilement réalisable. Un sondage empirique par méthode de quotas est alors envisagé. Les critères de stratification retenus sont le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle. En effet, la consommation de soins varie en fonction de l'âge, du sexe et de la situation socio-économique. Une étude récente du CREDES (Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé) montre que ces différents facteurs sont liés à la consommation médicale : l'état de santé et les facteurs de risque associés, l'âge et le sexe, le mode de couverture sociale, l'activité et le milieu social². L'étude RHCP2S réalisée par l'ORS Nord - Pas-de-Calais en 1998³ objectivait un lien entre la catégorie socioprofessionnelle et le recours aux soins.

Les différentes PCS (Professions et Catégories Sociales) sont définies par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) suivant 8 modalités :

PCS selon INSEE RGP 1999	
1	Agriculteurs-exploitants
2	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
3	Cadres, professions intellectuelles supérieures
4	Professions intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle

La stratification par âge est proposée en 3 modalités :

- 15-29 ans,
- 30-49 ans,
- plus de 50 ans.

² Bocognano A, Dumesnil S, Frérot L, Grandfils N, Le Fur Ph, Sermet C. *Santé, soins et protection sociale en 1998*. Enquête sur la santé et la protection sociale - France 1998. Série résultats. Rapport n° 1282 Décembre 1999 ; 204 p. <http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum24.pdf>

³ Lacoste O, Sampil M, Spinosi L et alii. *La population et le système de soins. RHCP2S I*. Lille : ORS Nord - Pas-de-calais, 1999 ; 102 p.

Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O et alii. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours. RHCP2S II*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2000 ; 192 p.

Lacoste O, Spinosi L. *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins. RHCP2S III*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2002 ; 74 p.

Compte tenu de la taille de l'échantillon, certaines PCS ont été regroupées afin de diminuer le nombre de strates.

En tenant compte du sexe, de la PCS et de l'âge, on dispose de 30 strates. Le poids de chacune d'entre elles dans la population régionale a été calculé.

PCS recodées en cinq catégories	
1	Agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise
2	Cadres, professions intellectuelles supérieures
3	Professions intermédiaires et employés
4	Ouvriers
5	Retraités et autres sans activité professionnelle

Strates	Sexe	Age en trois classes	Profession et Catégorie Sociale	Effectif Région RGP INSEE 1999	Pourcentage de la population régionale
1	Hommes	15 à 29 ans	Agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise	6451	0,2
2			Cadres, professions intellectuelles supérieures	10924	0,3
3			Professions intermédiaires et employés	71849	2,3
4			Ouvriers	116248	3,6
5			Retraités et autres sans activité professionnelle	247682	7,8
6		30 à 49 ans	Agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise	40592	1,3
7			Cadres, professions intellectuelles supérieures	60240	1,9
8			Professions intermédiaires et employés	178345	5,6
9			Ouvriers	259459	8,1
10		plus de 50 ans	Retraités et autres sans activité professionnelle	27567	0,9
11			Agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise	22710	0,7
12			Cadres, professions intellectuelles supérieures	28116	0,9
13			Professions intermédiaires et employés	56510	1,8
14			Ouvriers	65492	2,1
15			Retraités et autres sans activité professionnelle	330029	10,3
16	Femmes	15 à 29 ans	Agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise	3296	0,1
17			Cadres, professions intellectuelles supérieures	8815	0,3
18			Professions intermédiaires et employés	134087	4,2
19			Ouvriers	21785	0,7
20			Retraités et autres sans activité professionnelle	273948	8,6
21		30 à 49 ans	Agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise	16535	0,5
22			Cadres, professions intellectuelles supérieures	28428	0,9
23			Professions intermédiaires et employés	299125	9,4
24			Ouvriers	66462	2,1
25		plus de 50 ans	Retraités et autres sans activité professionnelle	161291	5,1
26			Agriculteurs exploitants et artisans commerçants, chefs d'entreprise	12118	0,4
27			Cadres, professions intellectuelles supérieures	9106	0,3
28			Professions intermédiaires et employés	86150	2,7
29			Ouvriers	17873	0,6
30	Retraités et autres sans activité professionnelle		527871	16,6	
TOTAL				3189104	100%

Le choix a été fait de retenir une personne par strate. Le poids de chaque personne sera pondéré par la suite par rapport au poids de sa strate.

Afin d'obtenir les 30 personnes requises dans les strates, un individu sera sélectionné à partir d'un ménage.

On appelle "ménage" l'ensemble des occupants d'un même logement (occupé comme résidence principale), quels que soient les liens qui les unissent. Un ménage peut se réduire à une seule personne. Il comprend également les personnes qui ont leur résidence personnelle dans le logement, mais qui séjournent au moment de l'enquête dans certains établissements (élèves internes des établissements d'enseignement, militaires...). Les habitations mobiles ne font pas partie des résidences principales (mariages, sans-abri).

Les personnes vivant dans les foyers-logements pour personnes âgées font partie de la population des ménages. La population hors ménage comprend : la population des collectivités (foyers pour travailleurs, étudiants logés dans une cité universitaire, personnes âgées vivant dans une maison de retraite ou un hospice, personnes hospitalisées, membres d'une communauté religieuse, personnes recueillies dans un centre d'hébergement, foyers pour adultes handicapés), la population des établissements n'ayant pas de résidence personnelle et la population des habitations mobiles.

La sélection des individus se fait par téléphone : une liste aléatoire de numéros de téléphone est générée à partir de toutes les possibilités de numéros de téléphone en "03" actuels de la région. Cette méthode de sélection souffre d'un défaut de couverture

(puisqu'elle ne prend pas en compte les personnes ayant exclusivement un téléphone portable ou celles qui sont sur liste rouge) et d'un excès de couverture (certains numéros ne sont pas attribués, ou sont attribués à des commerces, des hôpitaux...), enfin, une même personne peut avoir 2 numéros de téléphone "fixe".

Lorsqu'un ménage, contacté à partir des numéros de téléphone tirés au sort, accepte de participer à l'enquête, il convient de rechercher dans ce ménage si une personne correspond aux critères définis dans les différentes strates (âge, sexe, PCS). Les ménages sont appelés jusqu'à ce que les 30 personnes correspondant aux critères définis par chacune des 30 strates soient sélectionnées.

Élaboration du questionnaire et réalisation de l'enquête

Après avoir pris connaissance de la bibliographie – sur ce point la synthèse de Ghadi et Naiditch s'est avérée déterminante¹ – puis interrogé les 30 personnes, une liste des différents items qui ressortent a été élaborée ; on retrouvera une partie de ces items dans le questionnaire définitif.

Un compte rendu de 4 pages définissant les objectifs de l'étude et présentant des questions-réponses sur la prévention et la Médecine de ville a auparavant été envoyé à 1 000 personnes de la région pour les informer d'un éventuel appel téléphonique afin qu'elles participent à l'étude. Ces personnes, ayant la liberté de participer ou non à l'étude, ont été tirées au sort de manière aléatoire dans la base de données téléphoniques disponible. L'échantillon est stratifié selon les types de communes (urbain, périurbain et rural) et selon les arrondissements ; les personnes sont tirées au sort dans chaque strate. Au final, une fois le principe de leur participation acceptée, un échantillon de 500 personnes a été interrogé par téléphone. La sélection de la personne à interroger au sein du ménage se fait selon la date anniversaire la plus proche de la date de l'enquête pour l'interrogé et pour les personnes majeures.

Après interrogation des 500 personnes nécessaires, on obtient la répartition de population selon les arrondissements et les types de communes suivantes :

Effectifs et pourcentages de population selon les arrondissements

Arrondissements	Effectifs réels de l'échantillon	Pourcentage de population dans l'échantillon	Pourcentage de population après redressement
Avesnes-sur-Helpe	34	6,80%	5,93%
Cambrai	39	7,80%	4,05%
Douai	31	6,20%	6,19%
Dunkerque	48	9,60%	9,40%
Lille	48	9,60%	29,53%
Valenciennes	44	8,80%	8,78%
Arras	44	8,80%	7,64%
Béthune	36	7,20%	7,11%
Boulogne-sur-Mer	32	6,40%	4,05%
Calais	38	7,60%	2,90%
Lens	36	7,20%	8,08%
Montreuil	34	6,80%	2,55%
Saint-Omer	36	7,20%	3,79%

Puisque la répartition de la population des 18 ans et plus dans la région et les arrondissements n'est pas tout à fait la même que celle de l'échantillon, les données ont été redressées.

La variable "poids" servant à redresser les données est égale à la proportion de la strate dans la région sur la proportion de la strate dans l'échantillon.

Effectifs et pourcentages de population selon les types de communes

Type de commune	Effectifs réels de l'échantillon	Pourcentage de population dans l'échantillon	Pourcentage de population après redressement
Urbain	305	61,00%	76,26%
Périurbain	129	25,80%	18,60%
Rural	66	13,20%	5,14%

Il en est de même pour la répartition selon le type de commune.

¹ Ghadi V, Naiditch M. L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins. *Revue bibliographique*. Série études, n°13, juin 2001, 19 p et ann.

Analyse régionale

La prévention dans la région

"La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé"¹.

Dans le cadre de l'évaluation de la prévention par la population régionale, les questions posées n'avaient pas pour finalité de distinguer les différents niveaux de prévention.

UN FORT CONSENSUS SUR LES PRIORITÉS "SANTÉ DES JEUNES ET DES ENFANTS", "MALADIES CARDIOVASCULAIRES" ET "CANCERS"

Parmi, les 5 priorités régionales de santé retenues dans le Nord - Pas-de-Calais (Santé des enfants et des jeunes, Précarité et santé, Conduites de consommation à risque, Cancers, Santé cardiovasculaire), 98 % des enquêtés sont d'accord avec la priorité accordée au programme sur la Santé des enfants et des jeunes, 97 % valident le choix des Maladies cardiovasculaires et 99 % celui des Cancers.

Le Programme Régional de Santé sur la Santé des enfants et des jeunes est basé sur 3 axes stratégiques

- permettre aux enfants d'évoluer dans des conditions physiques, affectives et sociales satisfaisantes,
- favoriser leur insertion dans la société,
- améliorer les connaissances sur la santé des jeunes.

Le PRS Santé cardiovasculaire a pour principales orientations : la promotion de nouvelles conduites alimentaires, la lutte contre la sédentarité, le développement de la santé cardiovasculaire au travail, une meilleure connaissance des risques vasculaires individuels, le développement de la réadaptation après accident, une action rapide en urgence.

Les objectifs du PRS Challenge (Cancers) sont de gagner des années de vie en réduisant les mortalités prématurées, d'améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage, de faire évoluer les mentalités et de favoriser un accès égal pour tous aux dispositifs.²

Une différence entre hommes et femmes pour les priorités "Santé des enfants et des jeunes" et "Précarité et santé"

99 % des femmes sont d'accord avec la priorité régionale sur la "Santé des enfants et des jeunes" versus 96 % des hommes. Cette différence est statistiquement significative³.

Les réponses des hommes et des femmes sont également différentes en ce qui concerne la priorité régionale "Précarité et santé" puisque les femmes sont 92 % à être d'accord sur le choix de cette priorité contre 86 % des hommes⁴.

¹ Rapport annuel IGAS 2003. *Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La Documentation française ; 2003, 106 p.
http://www.handicap.gouv.fr/ministere/IGAS_2003.pdf

² *Moniteur 2002 des Programmes Régionaux de Santé et du Programme Régional d'Action en Santé-Environnement*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2002 ; 171 p.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,015.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,024.

L'ALCOOLISME, LE TABAGISME, LA TOXICOMANIE, LA PRÉCARITÉ ET SON IMPACT SUR LA SANTÉ : DES PRIORITÉS QUI PRÉOCCUPENT MOINS LA POPULATION RÉGIONALE SOLLICITÉE

Les auteurs du rapport sur les pratiques addictives¹ publié en 2000 à la demande du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décrivent le dispositif de soins français destiné aux personnes en difficulté avec l'alcool comme étant, dans l'ensemble, peu efficace. Cette inadaptation des structures aux besoins provient, selon les mêmes auteurs, de l'insuffisance du dispositif existant et de son inorganisation. L'origine de ce manque d'efficacité serait la conjonction du déni social (caractérisant l'alcoolisme dans la société française) et du peu d'intérêt des décideurs à son égard. Ce diagnostic pessimiste est par ailleurs repris par le plan triennal d'action publié par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie.

Dans le Nord - Pas-de-Calais, s'il n'est pas possible, aujourd'hui et *a priori*, de préciser si ce déni social est plus ou moins lourd que dans le reste du pays, il s'avère que les responsables de la politique de santé publique, se sont très explicitement manifestés depuis plus de dix ans et semblent particulièrement sensibles à la gravité du problème au sein de la population régionale. Dans cette étude, on constate toutefois que, contrairement aux 3 priorités précédentes :

- le PRS "Conduites de consommation à risque" (alcool, tabac, etc.), a pour buts de réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes et les adultes, de diminuer les dommages somatiques, psychiques et sociaux et de promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, de la formation et de l'évaluation,

- le PRS consacré à "l'Accès à la Prévention et aux Soins" (PRAPS) a pour objectifs prioritaires de faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner, qu'ils soient acteurs de leur santé et que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte.

Seulement 89 % des enquêtés sont d'accord avec la priorité sur l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie et 90 % avec celle sur la précarité et son impact sur la santé. Ces pourcentages sont plus faibles et significativement différents des pourcentages des autres priorités.

UNE POPULATION RÉGIONALE CONCERNÉE PAR LES ACTIONS DE PRÉVENTION

En effet, 79 % des enquêtés se sentent concernés par les actions de prévention dans le domaine de la santé.

¹ Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2000 ; 273 p.

UNE DIFFÉRENCE ENTRE LES RÉPONDANTS D'ACCORD ET PAS D'ACCORD AVEC LES PRIORITÉS "SANTÉ CARDIOVASCULAIRE" ET "PRÉCARITÉ ET SANTÉ"

En effet, parmi les 97 % de répondants d'accord avec la priorité régionale sur la santé cardiovasculaire, 80 % se sentent concernés par les actions de prévention, contre 47 % des répondants qui ne sont pas d'accord avec cette priorité régionale². 80 % des répondants d'accord avec la priorité régionale "précarité et santé" se sentent concernés par les actions de prévention *versus* 66 % de ceux qui ne sont pas d'accord sur le choix de cette priorité³.

UNE PRÉFÉRENCE POUR LES MESSAGES DE PRÉVENTION DESTINÉS À TOUTE LA POPULATION

Au cours du processus d'information en direction de la population, les professionnels sont parfois amenés à réaliser des campagnes qui s'adressent à un type de public en particulier : par exemple les jeunes pour le sida, ou certaines professions exposées aux accidents du travail.

En matière de prévention, même lorsque l'on n'est pas directement ciblé, on peut parfois aussi être concerné.

Dans cette étude, 93 % des enquêtés pensent que les messages et mesures de prévention doivent être destinés "à tout le monde". Seulement 59 et 53 % pensent respectivement que ces messages doivent être destinés plus particulièrement aux jeunes et d'abord aux personnes les plus exposées.

UNE DIFFÉRENCE ENTRE RÉPONDANTS D'ACCORD ET PAS D'ACCORD AVEC LA PRIORITÉ "SANTÉ CARDIOVASCULAIRE"

En effet, les répondants d'accord avec la priorité régionale sur la santé cardiovasculaire, sont 61 % à se sentir concernés par les actions de prévention *versus* 50 % de ceux qui ne sont pas d'accord sur le choix de cette priorité⁴.

Une différence selon l'âge⁵ pour les mesures de prévention destinées aux personnes les plus exposées

On constate que 63 % des 50 ans et plus pensent que les messages de prévention doivent être destinés aux personnes les plus exposées (contre seulement 45 % des moins de 50 ans⁶).

² Test du chi-deux de Pearson P=0,002.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,017.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,038.

⁵ L'échantillon a été divisé en 4 classes d'âge : [18-35], [36-50], [51-64], [65 et +].

⁶ Test du chi-deux de Pearson P=0,001.

ENVIRON 51 % DES PERSONNES INTERROGÉES VOUDRAIENT ÊTRE ASSOCIÉES S'IL FALLAIT MODIFIER LES PRIORITÉS RÉGIONALES

"Dans le rapport¹ rédigé par le groupe de travail constitué à la suite des états généraux de la santé pour répondre à la commande de Lionel Jospin intitulé La place des usagers dans le système de santé, on trouve que pour l'instant les usagers, ou les intérêts des usagers, sont représentés au sein des structures de décisions du système de santé via la désignation des personnalités qualifiées, qui ont, pour la plupart d'entre elles, des missions d'expertise".

Le rapport souligne que l'un des principes les plus importants est de désormais privilégier les lieux de dialogues pour les usagers de santé plutôt que les lieux d'expertise.

Ainsi, rechercher la participation au processus de décision ne doit pas se limiter à l'implication de représentants lors des votes, mais requiert une sollicitation en amont des décisions (les commissions de travail de l'ANAES -Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé- ont, par exemple, inclus des représentants qualifiés pour concevoir le manuel de l'accréditation). Ceci implique aussi un débat public, sous forme de consultations avant les prises de décisions de type sanitaire et de Santé publique.

Pour notre région, ceci est d'autant plus vrai que 51 % des enquêtés voudraient être associés d'une manière ou d'une autre à la modification des priorités régionales. Cependant, on note une différence significative selon les classes d'âge ; en effet, 14 % des 65 ans et plus voudraient y être associés alors qu'ils sont environ 36 % chez les 36-50 ans, 24,5 % chez les 51-64 ans et 25,5 % chez les 18-35 ans².

Enquête et sondage plus que jurys-citoyens et associations

En effet (en ne tenant compte que du nombre de citations), parmi les personnes désirant être associées d'une manière ou d'une autre à une éventuelle modification des priorités régionales, 89 % souhaiteraient l'être par l'intermédiaire d'un questionnaire reçu au domicile, 76 % par un sondage réalisé dans la région, 67 % lors d'un vote, 56 % en faisant partie d'une association qui serait consultée et 53 % en participant à un jury de 20 personnes tirées au sort.

À l'inverse, si l'on tient compte de l'ordre dans lequel sont énoncés les choix des personnes interrogées, on constate qu'avec environ 58 % des réponses, la sollicitation par l'intermédiaire d'un questionnaire reçu au domicile occupe le haut de l'affiche par rapport aux autres possibilités que sont : faire partie d'une association qui serait consultée (13,3 %), par un sondage réalisé dans la région (12,9 %), lors d'un

vote (9,2 %), en participant à un jury de 20 personnes tirées au sort (5,6 %), autres (1,2 %).

L'analyse par sexe montre une différence significative, avec 95 % des hommes préférant le questionnaire reçu au domicile contre 86 % des femmes³.

UNE MINORITÉ DE PERSONNES INTERROGÉES S'ÉTONNE DE NE PAS VOIR RETENUS CERTAINS THÈMES

44 % des enquêtés déclarent être étonnés de ne pas entendre parler de certains thèmes de santé parmi lesquels :

- les conduites de consommation à risque pour 22 % ;
- les cancers pour 20 % ;
- les maladies sexuellement transmissibles (dont le Sida) pour 13 % ;
- les maladies cardiovasculaires pour 12 %
- les jeunes pour 7 %.

À l'opposé, parmi les thèmes les moins cités figurent :

- les personnes âgées pour 3,6 % ;
- la santé mentale pour 3,3 % ;
- l'alimentation pour 2,9 % ;
- l'environnement pour 2,5 % ;
- la santé au travail pour 0,8 %.

Abstraction faite des maladies sexuellement transmissibles (pour lesquelles le regret est important), on constate que les thèmes les plus cités par les répondants relèvent des 5 Programmes Régionaux de Santé. Si l'étonnement des répondants est réel pour ces thèmes, se pose la question de l'information et de la communication au sujet de ces priorités. Se pose alors également la nécessaire participation de la population aux choix des priorités de santé.

Un étonnement prononcé chez les 36-50 ans

54 % des 36-50 ans sont étonnés de ne pas entendre parler de certains thèmes qui selon eux devraient relever de la prévention (49 % chez les 18-35 ans, 44 % chez les 51-64 ans et seulement 28 % chez les 65 ans et plus⁴).

Cependant, il apparaît que les thèmes cités par les répondants relèvent pourtant des 5 Programmes Régionaux de Santé. Il semble qu'une partie des répondants ait tenu à faire part de sa sensibilité à l'égard de points souvent fort précis, exprimant en cela son souhait de voir abordés des cas ou des situations concrètes.

¹ Dominique Etienne. *Medcost : la place des usagers dans le système de santé*, 25 avril 2000.

http://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_250400.htm

² Test du chi-deux de Pearson P=0,001.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,013.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,001.

LA TÉLÉVISION COMME VECTEUR DE TRANSMISSION DES MESSAGES DE PRÉVENTION OFFRANT LA MEILLEURE QUALITÉ

Le rapport¹ sur la place des usagers dans le système de santé, préconise, en matière d'organisation du débat public et d'accès à l'information, une diffusion de l'information en l'expliquant. Le rapport insiste non seulement sur l'importance de la consultation avant les décisions, mais également sur celle de la "publicité" autour de la décision et de l'expertise. Ce même document souligne également l'importance des lieux de débats sur les résultats ainsi que le travail sur la forme de la diffusion des informations, dont les apports seraient aussi profitables au grand public qu'aux professionnels de santé.

9 personnes sur 10 ont déjà vu des messages de prévention à la télévision

90 % des enquêtés ont déclaré avoir déjà vu des messages de prévention à la télévision. En revanche, seulement 37 % des répondants ont déjà entendu des messages de prévention à la radio. 36 % ont déjà bénéficié de messages de prévention de la part d'un professionnel de santé (médecin, dentiste, etc.) et 35 % ont déjà reçu des messages de prévention par courrier.

Une différence selon l'âge pour les messages vus à la télévision

On remarque que ce sont les classes d'âge les plus jeunes qui déclarent le plus avoir vu des messages à la télévision : 98 % des 18-35 ans en ont déjà vu, 95 % des 36-50 ans, 89 % des 51-64 ans et 77 % des 65 ans et plus².

À la question sur la qualité des vecteurs de transmission de l'information, 92 % des répondants citent la télévision comme le meilleur vecteur de transmission des messages de prévention proposés (parmi les journaux/magazines, la radio, la télé, le collège, les professionnels de santé, le lieu de travail, l'école).

Tableau n° 1 : Effectifs et pourcentages des vecteurs de transmission des messages de prévention offrant la meilleure qualité

Vecteurs de transmission	Effectif de population	Pourcentage de population ayant cité le vecteur
Journaux/Magazines	304	61
Radio	294	59
Télévision	459	92
Au collège	259	52
Par les professionnels de santé	235	47
Sur le lieu de travail	221	44
A l'école	330	66

Source : ORS Nord - Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

¹ Dominique Etienne. *Medcost : la place des usagers dans le système de santé*, 25 avril 2000.

http://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_250400.htm

² Test du chi-deux de Pearson P=0,000.

Si l'on tient compte de la classification de ces vecteurs de transmission selon l'ordre d'intérêt des répondants, la télévision occupe la première place avec 55 % des répondants, devant l'école (15 %), les professionnels de santé (12 %), la radio (11 %), le lieu de travail et les journaux/magazines (3 %), et enfin le collège (1 %). On peut se demander si les réponses "école" et "collège" ne sont pas identiques pour les répondants.

L'analyse montre une différence significative entre les classes d'âge. En effet, 96 % des 51-64 ans ont cité la télévision comme vecteur de transmission de meilleure qualité, 93 % des 18-35 ans, 92 % des 36-50 ans et 86 % des 65 ans et plus³.

L'INFORMATION APPORTÉE PAR LES MESSAGES DE PRÉVENTION EST MAJORITAIREMENT COMPRÉHENSIBLE PAR LA POPULATION RÉGIONALE INTERROGÉE

83 % des enquêtés trouvent que l'information apportée par les messages est compréhensible. Mais les pourcentages diffèrent significativement selon le sexe : ils sont 87 % des hommes contre 80 % des femmes⁴ à déclarer l'information compréhensible.

Une fréquence des messages de prévention jugée trop peu importante, surtout pour les femmes

Bien que les messages soient compréhensibles, l'analyse montre que, parmi les personnes ayant déjà vu des messages de prévention à la télévision, 60 % trouvent que la fréquence de ces messages n'est pas assez importante.

Il en est de même pour les messages reçus par courrier, entendus à la radio ou diffusés par des professionnels de santé pour respectivement 68, 63, et 58 % des répondants.

D'autre part, seulement 31 % des femmes trouvent la fréquence des messages télévisés suffisante contre 47 % des hommes⁵, et 27 % des femmes trouvent la fréquence des messages radiophoniques suffisante versus 54 % des hommes⁶.

Une fréquence de messages radio suffisante pour les plus âgés

On constate en effet, que 65 % des 65 ans et plus trouvent la fréquence des messages de prévention à la radio suffisante contre 34 % des 51-64 ans, 26 % des 18-35 ans et 20 % des 36-50 ans.

PLUS D'IMAGES ET D'EXPLICATIONS POUR LES MESSAGES DE PRÉVENTION

80 % des répondants considèrent que les messages de prévention devraient comporter plus d'images et à 73 % plus d'explications.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,023.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,048.

⁵ Test du chi-deux de Pearson P=0,008.

⁶ Test du chi-deux de Pearson P=0,000.

Pour les plus âgés, la nécessité de messages comportant plus d'explications

En effet, 82 % des 51-64 ans interrogés et 81 % des 65 ans et plus considèrent que les messages de prévention devraient comporter plus d'explications, contre 67 % des 36-50 ans et 61 % des 18-35 ans¹.

UNE DIFFÉRENCE ENTRE LES RÉPONDANTS D'ACCORD ET PAS D'ACCORD AVEC LA PRIORITÉ SUR LES CANCERS POUR PLUS D'IMAGES DANS LES MESSAGES DE PRÉVENTION

Les répondants d'accord avec la priorité régionale sur les cancers, sont 79 % à considérer que les messages de prévention (surtout à la télévision) devraient comporter plus d'images *versus* 73 % de ceux qui ne sont pas d'accord sur le choix de cette priorité².

DES IMAGES SUR LES CONSÉQUENCES DES COMPORTEMENTS À RISQUE POUR LA SANTÉ

La forme de présentation des conséquences des comportements à risque devrait, pour 94 % de la population régionale interrogée, contenir des images sur les incidences du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'obésité et des autres comportements à risque pour la santé.

Une insistance sur les conséquences des comportements à risque sur l'entourage familial ou professionnel, en majorité chez les hommes

En effet, 94 % des hommes (*versus* 85 % des femmes) pensent que, pour améliorer la prévention, il faudrait insister sur les conséquences des comportements à risque sur l'entourage familial ou professionnel³.

UNE PRÉFÉRENCE POUR LES MESSAGES QUI CHOQUENT, SURTOUT CHEZ LES JEUNES

Le goût pour les messages qui choquent est très élevé dans la population régionale répondante. Globalement, 70 % des enquêtés déclarent que les messages de prévention de bonne qualité doivent être choquants voire très choquants alors que 19 % préfèrent des messages neutres et 10 % des messages plaisants voire très plaisants.

On constate une différence significative entre les classes d'âge : 80 % des 18-35 ans, 79 % des 36-50 ans, 70 % des 51-64 ans et seulement 49 % des 65 ans et plus⁴ optent pour des messages plutôt choquants.

UNE DIFFÉRENCE ENTRE LES RÉPONDANTS D'ACCORD ET PAS D'ACCORD AVEC LES PRIORITÉS SUR LES CANCERS ET LA PRÉCARITÉ ET LA SANTÉ DANS LE CHOIX DES CARACTÉRISTIQUES D'UN MESSAGE DE PRÉVENTION DE QUALITÉ

En effet, parmi les répondants d'accord avec la priorité régionale sur les cancers, 68 % pensent qu'un message de prévention de bonne qualité doit être choquant voire très choquant, contre 75 % des répondants qui ne sont pas d'accord avec cette priorité régionale⁵.

Les répondants d'accord avec la priorité régionale sur la précarité et la santé, sont 68 % à penser qu'un message de prévention de bonne qualité doit être choquant voire très choquant, *versus* 66 % de ceux qui ne sont pas d'accord avec le choix de cette priorité régionale⁶.

UNE PRÉFÉRENCE POUR LES RÉSULTATS DES CAMPAGNES DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ

Interrogés sur leur intérêt d'être informés sur les résultats atteints grâce à la prévention, 87 % des enquêtés déclarent vouloir l'être au niveau de leur commune, 85 % dans leur département, 83 % dans la région, 80 % en France et seulement 66 % en Europe ; indiquant ainsi leur nette préférence pour les actions de proximité.

Les plus âgés, moins désireux d'être informés des campagnes de prévention de proximité

On constate en effet que 62 % des 65 ans et plus souhaiteraient être davantage informés des campagnes et des actions de prévention ayant lieu près de chez eux, alors qu'ils sont 76 % chez les 51-64 ans, 81 % chez les 18-35 ans, et 88 % chez les 36-50 ans⁷.

MAJORITAIREMENT, PAS DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DE LA POPULATION RÉGIONALE SUITE AUX CAMPAGNES DE PRÉVENTION

Interrogés sur l'impact de la prévention sur leur comportement de santé, seuls 42 % des enquêtés pensent avoir changé de comportement ou d'hygiène de vie à cause d'une ou plusieurs campagnes de prévention ; concernant les consultations suite à une campagne de prévention, ils sont seulement 30 % à avoir consulté un spécialiste après une campagne de prévention et 28 % un médecin.

¹ Test du chi-deux de Pearson P=0,013.

² Test du chi-deux de Pearson P=0,021.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,046.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,000.

⁵ Test du chi-deux de Pearson P=0,001.

⁶ Test du chi-deux de Pearson P=0,006.

⁷ Test du chi-deux de Pearson P=0,001.

Mais une attitude qui évolue plus sensiblement chez les hommes

Les résultats obtenus, montrent une différence significative suivant le sexe : 52 % des hommes contre 36 % des femmes pensent avoir changé de comportement ou d'hygiène de vie à cause d'une ou plusieurs campagnes de prévention¹.

UNE DIFFÉRENCE ENTRE LES RÉPONDANTS D'ACCORD ET PAS D'ACCORD AVEC LA PRIORITÉ "SANTÉ CARDIOVASCULAIRE" POUR ÊTRE INFORMÉS DES RÉSULTATS ATTEINTS GRÂCE À LA PRÉVENTION DANS LEUR COMMUNE

86 % des répondants d'accord avec la priorité régionale sur la santé cardiovasculaire (*versus* 40 % des répondants non d'accord sur cette priorité) aimeraient être informés des résultats atteints grâce à la prévention dans leur commune².

UNE POPULATION EN MAJORITÉ MASCULINE SATISFAITE DES SERVICES DE PRÉVENTION

Les enquêtés sont 75 % à être globalement satisfaits des services de prévention (Médecine du travail, Protection Maternelle et Infantile, santé scolaire). Cela est d'autant plus marqué chez les hommes où 85 % (contre 69 % des femmes) sont globalement satisfaits des services de prévention³.

UNE DIFFÉRENCE ENTRE LES RÉPONDANTS D'ACCORD ET PAS D'ACCORD AVEC LA PRIORITÉ "SANTÉ CARDIOVASCULAIRE" POUR LA SATISFACTION GLOBALE VIS-À-VIS DES SERVICES DE PRÉVENTION

Les répondants d'accord avec la priorité régionale sur la santé cardiovasculaire sont 73 % (*versus* 47 % des répondants non d'accord avec cette priorité) à être globalement satisfaits des services de prévention⁴.

La Médecine de ville dans la région

74 % DES RÉPONDANTS SATISFAITS DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE DE VILLE

Les personnes interrogées ont pu émettre plusieurs choix concernant une éventuelle amélioration de la qualité de la Médecine de ville au cours des 10 dernières années (questionnaire en annexes).

LA QUALITÉ DE LA MÉDECINE DE VILLE S'AMÉLIORE POUR LA QUASI-MOITIÉ DES PERSONNES SOLlicitÉES

49 % considèrent que la qualité de la Médecine de ville s'est améliorée au cours des 10 dernières années, 30 % pensent qu'elle est restée identique et 18 % qu'elle s'est dégradée.

LE SYSTÈME DE GARDES SATISFAIT LA MOITIÉ DES ENQUÊTÉS

L'organisation des gardes en médecine générale montre des variations qui correspondent sans doute à des spécificités locales : les gardes en milieu urbain ne s'organisent pas et ne fonctionnent pas tout à fait de la même manière qu'en milieu rural par exemple. En France, toutes les catégories médicales sont officiellement censées être concernées par le système des gardes ; actuellement, l'article 77 du Code de déontologie impose à tous "*de participer aux services de garde de jour et de nuit*".

D'après un sondage "Panorama du médecin" de la Sofres, 73 % des médecins se déclarent personnellement impliqués dans un "tour de gardes".

Le protocole national sur la permanence des soins du 1^{er} mars 2002 signé entre l'État, l'Assurance Maladie et le Conseil national de l'ordre des médecins, instaure un système dans lequel l'Ordre détermine la liste des généralistes participant aux astreintes dans chaque département. Ce "service de garde obligatoire" répond au souhait de faire appel au volontariat pour assurer la permanence des soins. Dans le débat sur l'organisation de la permanence des soins, 72 % des médecins prônent le volontariat⁵.

Le débat sur les gardes en médecine générale englobe en réalité 3 éléments spécifiques que sont :

- la continuité des soins que tout médecin généraliste doit assurer à ses patients ;
- la prise en charge, par les médecins généralistes de la région, de toute demande de soins émanant d'une population ;
- la prise en charge des "urgences vraies" dont les urgences vitales.

¹ Test du chi-deux de Pearson P=0,010.

² Test du chi-deux de Pearson P=0,000.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,000.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,041.

⁵ Dhordain A, Ficheux D. Gardes obligatoires : le double non. *Panorama du médecin* 2002 ; n°4842 : 38-45.

53 % des répondants sont globalement satisfaits du système des gardes, 23 % ne le sont pas et 24 % ne savent pas.

UN PEU PLUS DE LA MOITIÉ DE LA POPULATION INTERROGÉE EN ACCORD AVEC LA LIBERTÉ D'INSTALLATION DES MÉDECINS

D'après le rapport de la Commission nationale permanente de l'Ordre des médecins, on retrouve 56 % de la population médicale française installée sur 7 régions françaises représentant un peu moins de 50 % de la population (Ile de France, Nord - Pas-de-Calais, PACA, Rhône-Alpes, Aquitaine, Midi Pyrénées, Languedoc-Roussillon). On constate que la densité régionale en généralistes et spécialistes est directement liée aux postes proposés à l'internat dans cette région. L'examen étant national, il existe un solde migratoire dans chaque région entre le nombre d'internes de spécialité formés dans une région et le nombre de spécialistes restant dans la région une fois leur diplôme obtenu.

Aujourd'hui dans la région, la densité moyenne est de 280 médecins pour 10 000 habitants, malgré un taux de croissance de la population médicale de 37 % de 1985 à 2000 (25 % en France). Le Nord - Pas-de-Calais compte 65 % de généralistes et 35 % de spécialistes. 30 % des internes nommés sont originaires de la région ; le taux de fuite des spécialistes après réussite au diplôme est de 45 %¹.

56 % des enquêtés pensent que la liberté d'installation des médecins est une très bonne chose, 33 % pensent qu'il faudrait restreindre cette liberté et 5 % pensent que c'est une mauvaise chose.

LA POPULATION SOLLICITÉE VEUT CHOISIR SON MÉDECIN ET TOUJOURS AVOIR AFFAIRE AU MÊME

Selon les articles 6, 58, 60 et 93 du nouveau code de déontologie médicale, "*le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin*" et "*le médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères doit respecter le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin*".

95 % des enquêtés considèrent qu'il est important de préserver ce droit de choisir son médecin, et 83 % préfèrent toujours avoir affaire au même praticien.

Le choix du médecin est un peu moins important pour les 36-50 ans

Tandis que 97 % des 18-35 ans, 97 % des 51-64 ans et 97 % des 65 ans et plus considèrent que la liberté de choix du médecin est importante, ils ne sont plus que 89 % des 36-50 ans.

¹ Bouet P, Bernard-Catinat M, Delga M-E, Grillet G, Monier B, Pouillard J. Liberté d'installation, Liberté d'exercice : Quelle médecine pour quels médecins ? *Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins* 2003 ; 46 p.

Les plus âgés sont moins gênés par les consultations avec un autre médecin

Seulement 29 % des 65 ans et plus et 40 % des 51-64 ans sont gênés par les consultations avec un autre médecin que le médecin de famille, alors qu'ils sont 47 % chez les 36-50 ans et 53 % chez les 18-35 ans².

LA RELATION MÉDECIN-PATIENT EST IMPORTANTE AUX YEUX DE LA POPULATION RÉGIONALE ENQUÊTÉE

Au-delà de l'aspect thérapeutique, la relation médecin-patient (ou soignant-soigné) est le plus souvent à la base de la fidélisation du patient à un professionnel de santé et de la compliance³ du patient au traitement prescrit et aux recommandations faites. Cette relation peut prendre plusieurs formes d'expression allant de la compréhension et l'écoute affichées par le praticien à la prescription et aux recommandations de prévention.

Une population généralement comprise par le médecin

Ainsi, 80 % des enquêtés pensent être en général très bien compris de leur médecin.

Le médecin très proche de son patient dans son attitude

Une préférence déclarée par 88 % des personnes interrogées pour que leur médecin soit très proche d'eux.

L'attention portée par le médecin à son patient, particulièrement importante pour les hommes

93 % des enquêtés considèrent que l'attention que leur porte leur médecin est importante. Pour 83 % de l'échantillon, il serait souhaitable que le niveau de cette attention reste égale à aujourd'hui contre 16 % désirant qu'elle soit plus soutenue. 78 % des personnes interrogées souhaitent que la qualité de son écoute reste identique contre 21 % désirant qu'elle soit plus attentive.

De plus, 95 % des hommes (*versus* 89 % des femmes⁴) considèrent que l'attention du médecin est importante.

LES RÉPONDANTS SATISFAITS DE LA DISPONIBILITÉ DE LEUR MÉDECIN

65 % des enquêtés considèrent que leur médecin est disponible lorsqu'ils l'appellent pour une consultation à domicile alors que 24 % considèrent qu'il est peu disponible voire indisponible (et 11 % ne savent pas).

² Test du chi-deux de Pearson P=0,021.

³ Capacité du patient à se plier aux prescriptions médicales.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,023.

Ils sont environ 80 % à penser être, en général, très bien compris de leur médecin ; pour 17 % ils sont seulement parfois bien compris, et pour 3 % ils sont souvent mal compris.

87 % des enquêtés préfèrent avoir un médecin plutôt très proche d'eux dans son attitude et seulement 6 % préfèrent un médecin très distant.

7 % des répondants ne se prononcent pas.

Pour les plus âgés, le médecin est plus disponible

En effet, 85 % des 65 ans et plus déclarent que leur médecin est disponible lorsqu'il est appelé pour une visite à domicile alors qu'ils sont 63 % chez les 51-64 ans, 60 % chez les 36-50 ans et 60 % également chez les 18-35 ans¹.

UNE DURÉE D'ATTENTE ET DE CONSULTATION SATISFAISANTE

D'une part, 66 % des enquêtés trouvent qu'ils patientent normalement dans la salle d'attente du cabinet de leur médecin tandis que 29 % considèrent que l'attente est trop longue.

D'autre part, 93 % des répondants sont satisfaits de la durée de la consultation chez leur médecin et 81 % aimeraient qu'elle reste égale à aujourd'hui.

Une attente estimée moins longue pour les 65 ans et plus

Ils sont seulement 15 % chez les 65 ans et plus à déclarer attendre trop longtemps dans la salle d'attente du cabinet de leur médecin alors qu'ils sont 37 % chez les 36-50 ans, 32 % chez les 51-64 ans et 30 % chez les 18-35 ans².

DE BONS SOINS, DES EXAMENS ET DES MÉDICAMENTS ADAPTÉS

Les enquêtés considèrent à 73 % que les soins dispensés par leur médecin sont bons voire très bons et ils sont 20 % à considérer que les soins qui leur sont dispensés sont parfaits. Environ 6 % des personnes interrogées considèrent que les soins dispensés sont moyens ou médiocres, et seul 1 % des enquêtés ne se prononce pas.

En ce qui concerne les examens et les médicaments, 86 % des personnes sollicitées estiment que les médicaments et les examens prescrits sont toujours ou presque toujours adaptés, et seuls 13 % trouvent qu'ils sont parfois inadaptés.

Plus de la moitié de la population régionale interrogée, en faveur des médicaments génériques

54 % des enquêtés considèrent que la prescription de médicaments génériques est une bonne chose, 31 % y sont indifférents et 12 % y sont hostiles.

Une différence d'appréciation des médicaments génériques entre les hommes et les femmes

On constate en effet que 62 % des hommes considèrent que les médicaments génériques sont une bonne chose contre 49 % des femmes³.

LA PRÉVENTION INITIÉE PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE PLUS EFFICACE QUE LES CAMPAGNES DE PRÉVENTION

Une enquête thématique sur les métiers de la prévention réalisée par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) a permis d'inventorier ces métiers sous 3 catégories :

- les métiers exercés à titre principal dans un service de prévention,
- les métiers appelés à contribuer à titre non principal à des actions de prévention et,
- les métiers émergents, métiers nouveaux et spécialisés apparaissant dans le champ de la prévention.

L'engagement dans des actions de prévention est très inégal. Seules des études qualitatives permettraient de mesurer l'investissement en prévention réellement effectué par différents professionnels.

Une étude a déjà évalué entre 17 et 25 % le temps consacré par les généralistes à des actes de prévention⁴.

Dans cette enquête, 64 % des personnes sollicitées déclarent que leur médecin de famille leur parle d'hygiène de vie ou de prévention. Parmi eux, 79 % ont changé de comportement ou d'hygiène de vie après que leur médecin leur ait donné des conseils. Rappelons qu'ils n'étaient que 28 % à avoir consulté un médecin suite à une campagne de prévention et 30 % après un passage dans un service de prévention.

¹ Test du chi-deux de Pearson P=0,003.

² Test du chi-deux de Pearson P=0,025.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,038.

⁴ Rapport annuel IGAS 2003. *Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La Documentation française ; 2003, 106 p.

http://www.handicap.gouv.fr/ministere/IGAS_2003.pdf

Analyse par type de commune

Les différents types de communes sont définis par l'INSEE.

Les communes urbaines appartiennent à un pôle urbain, c'est-à-dire une unité urbaine (ensemble d'une ou plusieurs communes dont le territoire est partiellement ou totalement couvert par une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants) offrant au moins 5 000 emplois et n'appartenant pas à la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.

Les communes périurbaines (dont les communes multipolarisées) sont les communes rurales ou unités urbaines situées hors des aires urbaines, dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

Les communes rurales sont celles qui n'appartiennent pas à une unité urbaine.

Comme pour l'analyse régionale, l'analyse par type de commune s'attache dans un premier temps à la prévention puis à la Médecine de ville. Sont essentiellement examinés les résultats présentant une différence significative selon les types de communes. Les données sont redressées de manière à ce que l'échantillon soit représentatif de la répartition de la population régionale.

Tableau n°2 : Pourcentage de population de plus de 18 ans selon le type de commune dans le Nord - Pas-de-Calais

Type de commune	Pourcentage de population de plus de 18 ans	Effectif pondéré de l'échantillon
Urbain	76,26%	381
Périurbain	18,60%	93
Rural	5,14%	26
Région	100%	500

Source : INSEE Rgp 1999 – ORS Nord – Pas-de-Calais.

La prévention selon les communes

Parmi les items étudiés à l'échelle régionale, ne seront retenus, au niveau des communes, que les items significatifs.

Il s'agit :

- des vecteurs de transmission offrant la meilleure qualité ;
- de la qualité des messages selon les vecteurs de transmission ;
- de la consultation chez un médecin suite à un passage dans un service de prévention.

LA TÉLÉVISION, LE MEILLEUR DES VECTEURS POUR LES RÉPONDANTS DES COMMUNES URBAINES

Parmi les vecteurs proposés (radio, télévision, journaux/magazines, lieu de travail, école, collège, professionnels de santé), la télévision est citée comme vecteur de transmission offrant la meilleure qualité de manière significativement différente selon le type de commune. C'est en milieu urbain qu'elle apparaît comme le vecteur de transmission offrant la meilleure qualité (à 94 %).

Tableau n°3 : Pourcentages de personnes ayant cité la télévision comme vecteur de meilleure qualité, selon le type de commune

La télévision comme vecteur de meilleure qualité	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "oui"	94	86	88	92
Pourcentage de "non"	6	14	12	8

p=0,014

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

UNE MEILLEURE QUALITÉ DES MESSAGES DE PRÉVENTION PAR COURRIER EN MILIEU URBAIN

Parmi les personnes ayant déjà reçu des messages de prévention par courrier, 79 % de la population urbaine considère que ces messages sont de bonne qualité.

Tableau n°4 : Pourcentages de personnes trouvant les messages de prévention par courrier de bonne qualité, selon le type de commune

Qualité des messages reçus par courrier	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "bonne" / "très bonne"	79	57	70	74
Pourcentage de "moyenne" / "médiocre" / "ne sait pas"	21	43	30	26

p=0,010

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

UN MEILLEUR IMPACT DES SERVICES DE PRÉVENTION POUR LES POPULATIONS RURALES

En effet, alors que parmi les répondants, on trouve, au niveau régional, 30 % de personnes ayant consulté leur médecin de famille ou un médecin spécialiste suite à un passage dans un service de prévention, en milieu rural ils sont 49 % à avoir effectué la même démarche, et seulement 28 % en milieu urbain.

Tableau n°5 : Pourcentages de personnes qui ont (ou n'ont pas) consulté un médecin suite à un passage dans un service de prévention, selon le type de commune

A consulté un médecin après un passage dans un service de prévention	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "oui"	28	34	49	30
Pourcentage de "non" / "ne sait pas"	72	66	51	70

p=0,045

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

La Médecine de ville selon les communes

4 items présentent des différences significatives.

Il s'agit de :

- la préférence pour le même médecin,
- le temps d'attente dans le cabinet du médecin,
- la satisfaction à propos du système de garde,
- l'attention du médecin.

UNE PRÉFÉRENCE ACCENTUÉE POUR LE MÊME MÉDECIN EN MILIEU URBAIN

85 % de la population urbaine de l'échantillon préfère avoir toujours affaire au même médecin.

Tableau n°6 : Pourcentages de population préférant avoir toujours affaire au même médecin, selon le type de commune

Avoir toujours affaire au même médecin	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "oui"	85	75	81	83
Pourcentage de "non" / "ne sait pas"	15	25	19	17

p=0,032

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

UN TEMPS D'ATTENTE RAISONNABLE CHEZ LE MÉDECIN, SURTOUT POUR LE MILIEU PÉRIURBAIN

Parmi les personnes interrogées, 82 % de la population périurbaine considèrent que le temps d'attente dans la salle d'attente du cabinet de leur médecin est raisonnable.

Tableau n°7 : Pourcentages de personnes considérant l'attente chez le médecin normale en opposition à une attente trop longue ou exagérée, selon le type de commune

Temps d'attente chez le médecin	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "exagérément" / "trop longtemps"	34	18	26	31
Pourcentage de "normalement"	66	82	74	69

p = 0,009

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

LE MILIEU PÉRIURBAIN D'AVANTAGE SATISFAIT DU SYSTÈME DES GARDES

On distingue en effet une différence significative selon les types de communes concernant la satisfaction par rapport au système des gardes : 65 % des répondants périurbains sont satisfaits.

Tableau n°8 : Pourcentages de personnes satisfaites du système des gardes, selon le type de communes

Etre globalement satisfait du système des gardes	urbain	périrubain	rural	total région
Pourcentage de "oui"	50	65	52	53
Pourcentage de "non"/"ne sait pas"	50	35	48	47

p=0,027

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

L'IMPORTANCE DE L'ATTENTION APPORTÉE PAR LE MÉDECIN, SURTOUT POUR LA POPULATION URBAINE

93 % des urbains sollicités déclarent que l'attention que leur porte leur médecin est importante.

Tableau n°9 : Pourcentages de personnes trouvant l'attention portée par le médecin pour le patient importante, selon le type de communes

Attention du médecin	urbain	périrubain	rural	total région
Pourcentage de "importante"/"très importante"	93	84	89	91
Pourcentage de "assez importante"/"pas du tout importante"/"ne sait pas"	7	16	11	9

p=0,025

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

Analyse par arrondissement

Le Nord - Pas-de-Calais se divise en 13 arrondissements.

La répartition de la population de plus de 18 ans dans la région selon les arrondissements est la suivante :

Tableau n° 10 : Répartition de population de plus de 18 ans selon les arrondissements

Arrondissement	Pourcentage de population de plus de 18 ans	Effectif pondéré de l'échantillon
NORD	63,88%	319
Avesnes-sur-Helpe	5,93%	30
Cambrai	4,05%	20
Douai	6,19%	31
Dunkerque	9,40%	47
Lille	29,53%	148
Valenciennes	8,78%	44
PAS-de-CALAIS	36,12%	181
Arras	7,64%	38
Béthune	7,11%	36
Boulogne-sur-Mer	4,05%	20
Calais	2,90%	14
Lens	8,08%	40
Montreuil	2,55%	13
Saint-Omer	3,79%	19
REGION	100,00%	500

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

Les données de l'enquête sont redressées de manière à ce que l'échantillon de 500 personnes soit représentatif de la répartition de la population des arrondissements.

La prévention selon les arrondissements

Comme pour l'analyse par type de commune, ne sont présentés, au niveau des arrondissements, que les items pour lesquels il existe une différence statistiquement significative.

Il s'agit ici de :

- l'avis sur les priorités régionales de santé, en particulier "la Santé des enfants et des jeunes" et "les Cancers" ;
- les manières d'être associé aux modifications des priorités de santé, en particulier le sondage et le vote ;

- les caractéristiques des messages de prévention ;
- les résultats des campagnes de prévention de proximité.

"SANTÉ DES JEUNES ET DES ENFANTS" ET "CANCERS" : DES PRIORITÉS QUI DIFFÈRENT SELON LES ARRONDISSEMENTS

"La Santé des jeunes et des enfants" est une priorité moins forte dans les arrondissements de Cambrai, Douai et Dunkerque

Tandis que les répondants des arrondissements d'Avesnes-sur-Helpe et Lille dans le Nord et Béthune et Boulogne-sur-Mer dans le Pas-de-Calais sont totalement d'accord avec la priorité sur la santé des jeunes et des enfants, ceux de Cambrai, Douai et Dunkerque dans le Nord le sont moins.

Tableau n° 11 : Priorité sur la santé des jeunes et des enfants selon les arrondissements

Avis sur la santé des jeunes et des enfants	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord"/ "surpris"/ "ne sait pas"
NORD		
Avesnes-sur-Helpe	100	0
Cambrai	90	10
Douai	93	7
Dunkerque	94	6
Lille	100	0
Valenciennes	98	2
PAS-de-CALAIS		
Arras	98	2
Béthune	100	0
Boulogne	100	0
Calais	96	4
Lens	97	3
Montreuil	98	2
Saint-Omer	96	4
Total Région	98	2

p=0,010

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

La priorité sur les cancers ? Un peu moins d'accord à Avesnes-sur-Helpe

On constate en effet une différence significative selon les arrondissements concernant la priorité sur les cancers, puisque dans l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe, seuls 94 % des personnes interrogées sont d'accord pour que les cancers soient une priorité.

Tableau n° 12 : Priorité sur les cancers selon les arrondissements

Avis sur la priorité sur les cancers	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord" / "surpris" / "ne sait pas"
NORD		
Avesnes-sur-Helpe	94	6
Cambrai	97	3
Douai	100	0
Dunkerque	98	2
Lille	100	0
Valenciennes	98	2
PAS-de-CALAIS		
Arras	100	0
Béthune	97	3
Boulogne	100	0
Calais	99	1
Lens	100	0
Montreuil	98	2
Saint-Omer	100	0
Total Région	99	1
p=0,038		

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

S'EXPRIMER PAR VOTE OU SONDAGE : 2 MANIÈRES D'ÊTRE ASSOCIÉ AUX MODIFICATIONS DES PRIORITÉS QUI VARIENT SELON LES ARRONDISSEMENTS

Préférence d'Avesnes-sur-Helpe et de Lille pour le sondage réalisé dans la région

Parmi les personnes souhaitant être associées aux modifications des priorités régionales, il apparaît que, dans l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe, 93 % d'entre elles citent le sondage réalisé dans la région. Ils sont 90 % dans l'arrondissement de Lille.

Tableau n° 13 : Choix du sondage réalisé dans la région selon les arrondissements

Le sondage réalisé dans la région	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"
NORD		
Avesnes-sur-Helpe	93	7
Cambrai	61	39
Douai	52	48
Dunkerque	68	32
Lille	90	10
Valenciennes	67	33
PAS-de-CALAIS		
Arras	79	21
Béthune	73	27
Boulogne	50	50
Calais	77	23
Lens	63	38
Montreuil	73	27
Saint-Omer	58	42
p = 0,049		

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

Dans l'arrondissement de Lille : une majorité en faveur du vote

90 % des enquêtés de l'arrondissement de Lille ont choisi le vote comme moyen d'être associés aux modifications des priorités.

Tableau n° 14 : Choix du vote selon les arrondissements

Le vote	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"
NORD		
Avesnes-sur-Helpe	64	36
Cambrai	54	46
Douai	63	37
Dunkerque	65	35
Lille	90	10
Valenciennes	45	55
PAS-de-CALAIS		
Arras	62	38
Béthune	64	36
Boulogne	45	55
Calais	56	44
Lens	59	41
Montreuil	69	31
Saint-Omer	55	45
p = 0,039		

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

LES MESSAGES DE PRÉVENTION : BEAUCOUP D'EXPLICATIONS NÉCESSAIRES POUR LES LENSOIS, BIEN MOINS POUR LES LILLOIS

Parmi les répondants, 88 % des personnes de l'arrondissement de Lens et 86 % de celles de Saint-Omer considèrent que les messages de prévention devraient comporter plus d'explications. Ils ne sont que 59 % dans l'arrondissement de Lille.

Tableau n° 15 : Les messages de prévention comportant plus d'explications, selon les arrondissements

Les messages de prévention devraient comporter plus d'explications	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"/ "ne sait pas"
NORD		
Avesnes-sur-Helpe	72	28
Cambrai	80	20
Douai	76	24
Dunkerque	75	25
Lille	59	41
Valenciennes	78	22
PAS-de-CALAIS		
Arras	79	21
Béthune	81	19
Boulogne	81	19
Calais	67	33
Lens	88	12
Montreuil	65	35
Saint-Omer	86	14
Total Région	73	27

p=0,023

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

LES RÉSULTATS ATTEINTS DANS LA COMMUNE : UNE MOINDRE ATTENTE DANS LES ARRONDISSEMENT DE BÉTHUNE, CAMBRAI ET MONTREUIL

87 % de l'ensemble des personnes interrogées souhaitent être informés des résultats atteints grâce à la prévention dans leur commune. Ils sont 72 % dans l'arrondissement de Béthune, 74 % dans celui de Cambrai et 75 % dans celui de Montreuil.

Tableau n° 16 : Etre informé des résultats atteints dans sa commune, selon les arrondissements

Aimeriez-vous être informé des résultats atteints grâce à la prévention dans votre commune ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"/ "ne sait pas"
NORD		
Avesnes-sur-Helpe	97	3
Cambrai	74	26
Douai	94	6
Dunkerque	79	21
Lille	88	12
Valenciennes	98	2
PAS-de-CALAIS		
Arras	89	11
Béthune	72	28
Boulogne	82	18
Calais	83	17
Lens	94	6
Montreuil	75	25
Saint-Omer	78	22
Total Région	87	13

p= 0,024

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

La Médecine de ville selon les arrondissements

2 items varient significativement selon les arrondissements.

Il s'agit de :

- l'attention du médecin envers son patient,
- la prévention faite par le médecin de famille.

L'ATTENTION PORTÉE PAR LE MÉDECIN :
MOINS IMPORTANTE DANS LES ARRONDISSEMENTS
D'AVESNES, DUNKERQUE, MONTRUIL ET SAINT-OMER

Si 91 % des répondants (tous arrondissements confondus) déclarent que l'attention du médecin est importante, il s'avère que pour les personnes résidant dans les arrondissements d'Avesnes-sur-Helpe et de Dunkerque, elle l'est pour respectivement 81 et 79 %. Dans les arrondissements de Montreuil et Saint-Omer, ils sont 75 et 82 % à trouver l'attention importante.

Tableau n°17 : L'attention portée par le médecin, selon les arrondissements

L'attention que vous porte votre médecin est-elle ?	Pourcentage de "importante" / "très importante"	Pourcentage de "assez importante" / "pas du tout importante" / "ne sait pas"
NORD		
Avesnes-sur-Helpe	81	19
Cambrai	89	11
Douai	96	4
Dunkerque	79	21
Lille	94	6
Valenciennes	96	4
PAS-de-CALAIS		
Arras	96	4
Béthune	95	5
Boulogne	94	6
Calais	96	4
Lens	88	12
Montreuil	75	25
Saint-Omer	82	18
Total Région	91	9

p = 0,045

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

CAMBRAI, DOUAI ET SAINT-OMER : TROP PEU DE PRÉVENTION DE LA PART DU MÉDECIN DE FAMILLE

Si 64 % de l'échantillon régional déclarent que leur médecin de famille leur parle d'hygiène de vie ou de prévention, on constate qu'ils ne sont que 32 % dans l'arrondissement de Cambrai, 42 % dans celui de Douai et 47 % dans celui de Saint-Omer à déclarer avoir entendu leur médecin leur parler de leur hygiène de vie.

Tableau n°18 : La prévention faite par le médecin de famille, selon les arrondissements

Votre médecin de famille vous parle-t-il de votre hygiène de vie ou de prévention ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non" / "ne sait pas"
NORD		
Avesnes-sur-Helpe	52	48
Cambrai	32	68
Douai	42	58
Dunkerque	56	44
Lille	82	18
Valenciennes	54	46
PAS-de-CALAIS		
Arras	61	39
Béthune	70	30
Boulogne	63	38
Calais	71	29
Lens	65	35
Montreuil	62	38
Saint-Omer	47	53
Total Région	64	36

p = 0,000

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, Santé publique, qualité régionale, 2003.

Conclusion

La pleine participation à la vie collective risque toujours, ce qui peut paraître paradoxal –et, à long terme, dangereux– pour une société démocratique, d'être limitée aux plus actifs et aux plus entreprenants et de marginaliser les plus modestes, socialement et culturellement.
Dominique Schnapper. *Qu'est-ce que la citoyenneté ?*¹

La faiblesse culturelle de la santé publique empêche notre pays de récolter les bénéfices sanitaires d'avancées scientifiques pourtant considérables.
A. Morelle. *La défaite de la santé publique*²

Le premier enseignement apporté par l'enquête SPQR est que la population régionale est globalement satisfaite des deux segments du système de santé régional enquêtés –la prévention et la Médecine de ville– et que son appréciation de la qualité, sur la base de ses propres critères, est tout aussi positive. À l'évidence, SPQR ne rapporte pas l'expression d'une "mauvaise humeur" explicite de la part des répondants.

En adoptant le point de vue du droit et de la science politique, et non plus celui de la santé publique, il semble donc que la population du Nord – Pas-de-Calais ne soit pas prête à exiger des "droits de tirage" prohibitifs sur ses "droits-créances"³, tout du moins lorsque ceux-ci relèvent du champ sanitaire. En d'autres termes, et pour les deux segments que sont la prévention et la Médecine de ville, les individus ne réclament pas notablement plus que ce à quoi ils ont accès aujourd'hui. Il n'est pas *a priori* certain que le second volet de l'enquête SPQR, lorsqu'il portera sur l'hospitalisation, aboutisse à un résultat similaire. Enfin, d'autres processus –tel que celui de la "défection", décrit par les économistes⁴– pourraient expliquer ces résultats, mais SPQR n'a pas la capacité de les mettre en lumière.

La deuxième constatation est que les réponses obtenues sont d'une grande homogénéité. À l'inverse de ce qui pouvait être sans doute attendu⁵, les différences entre répondants résidant dans l'un des trois types de commune –urbain, périurbain ou rural– entre habitants de l'un des treize arrondissements du Nord – Pas-de-Calais ou encore entre hommes et femmes, sont rares et relativement peu marquées. Cette rare hétérogénéité s'explique fort bien par la brièveté des analyses détaillées que nous avons pu mener après que les résultats régionaux ont été présentés.

¹ Paris : Gallimard, 2000.

² Paris : Flammarion, 1996.

³ La santé fait partie des droits-créances ouverts depuis la révolution de 1848 afin que soient assurées les conditions réelles de l'exercice des droits-libertés. Ils définissent les droits que détiennent les individus sur l'État, en vertu desquels ils peuvent l'obliger à lui rendre des services, dont celui d'assurer sa santé. Ils impliquent l'intervention de l'État en faveur des individus et non l'inverse. Pour cela ces droits-créances conduisent à renforcer l'action de l'État pour passer de la citoyenneté formelle à la citoyenneté réelle.

La montée récente des droits subjectifs -ou droits des individus- aux dépens des droits objectifs -liés aux exigences de la vie collective- est un phénomène contemporain.

Le développement des droits subjectifs est aussi un facteur d'inflation du droit, phénomène particulièrement visible dans le cas des États-Unis où la judiciarisation de la vie sociale est obsédante : les procès en responsabilités, dont ceux qui concernent les professions de santé sont les plus célèbres, multiplient le nombre des conflits portés devant les tribunaux.

Schnapper D. *Qu'est-ce que la citoyenneté ?* Paris : Gallimard, 2000.

⁴ La défection est un mécanisme essentiel aux yeux de l'économiste. Le processus impersonnel et indirect par lequel un consommateur cesse d'être client d'une firme -ou d'une structure de soin- conduit celle-ci, par le jeu des forces du marché, à redresser sa situation en améliorant ses performances. Sinon elle disparaîtra pour être remplacée par des firmes plus performantes.

⁵ L'état de santé régional est médiocre et les difficultés sont nombreuses mais les caricatures maladroites et sans fondements sont elles-aussi communes.

"Le cap est bon"

Les motifs de ce double constat peuvent s'expliquer de diverses façons. Il nous semble qu'en tout état de cause cette dissemblance entre professionnels et population peut s'expliquer par l'hypothèse suivante : un décalage sépare d'une part les préoccupations et les axes des *experts* et *instances* et d'autre part la perception et les avis que les habitants retirent de leur vie quotidienne.

UN DÉCALAGE ENTRE EXPERTS ET HABITANTS

Dans l'ensemble, l'avis porté par les personnes répondantes entérine l'organisation et les orientations actuelles de la prévention et de la Médecine de ville. Ce n'est que dans les détails que des divergences peuvent être relevées. En cela est-il possible de conclure que le système de santé régional et les politiques qui l'accompagnent ne font pas fausse route de l'avis même de la population interrogée.

Il conviendrait de suivre à l'avenir cette opinion, afin de mesurer quel pourrait être l'effet des grands réajustements attendus ou probables sur l'opinion des usagers : raréfaction et concentration des effectifs médicaux et paramédicaux, mise en place de la nouvelle loi de Santé publique, instauration d'une régionalisation de la santé, création de nouveaux métiers de la santé, définition et application du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération (prévoyant la mise sur pied de projet médicaux de territoire), mutation des pratiques de prévention et d'expression de la "démocratie sanitaire", etc.

Pour prévisibles que soient ces mutations dès aujourd'hui pour les experts et les instances en charge de la santé régionale, celles-ci ne sont pas encore, loin s'en faut, perceptibles par l'opinion publique régionale.

CANDIDES ET SAVANTS

Certes, les avis et opinions éclairés, du fait de leur prise de recul et de leurs accès à de multiples informations, peuvent appréhender voire même anticiper l'irruption de problèmes ou d'enjeux avant que ceux-ci ne soient perceptibles et ne se manifestent au grand jour (le cas de l'évolution attendue du nombre de professionnels de santé en est sans doute le meilleur exemple). Dans ce premier cas, cette dissymétrie s'expliquerait pour une opposition entre savoirs -des experts et institutions- et méconnaissance -de la population- des réalités et des enjeux. Si tel était le cas, il conviendrait alors sans doute de s'interroger sur l'influence, faible dans le cas présent, des relais d'opinion et des agents de médiation.

PROFANES ET TECHNICIENS

L'inégalité des points de vue, comme l'exposent Ghadi et Naiditch¹, pourrait être engendrée par l'inégalité fondamentale séparant les critères experts des facteurs d'appréciation de la population elle-même. Si tel était le cas, il faudrait reconnaître que les indicateurs concourant à la définition, le suivi et l'évaluation de l'action publique, menés au nom de l'intérêt de la population, ne seraient pas appropriés, demeureraient trop éloignés du vécu et des représentations de nos concitoyens.

AVEUGLES ET ÉCLAIRÉS

Enfin, reste un dernier point, explicite dans nos sources bibliographiques, qui peut expliquer le contraste entre avis de la population et opinions des experts. Une méconnaissance de l'organisation du système de santé, des responsabilités et des prérogatives des divers acteurs est bien souvent à l'origine d'une non-formulation des attentes des usagers ou de la population. Pour comprendre ce qui "fonctionne" ou ce qui "ne va pas", et être à-même d'exprimer son ressenti ou sa perception, il est nécessaire de comprendre ce qui se passe. Tout fonctionne comme si l'utilisateur du système de santé avait besoin de disposer d'une carte mentale de l'organisation des soins, au même titre qu'un étranger a besoin d'un plan lorsqu'il arrive dans une ville qu'il ne connaît pas. La complexité et l'opacité du système de santé entravent l'expression des usagers tant que celui-ci ne s'efforce pas de se faire comprendre. En cela, le petit document qui fut adressé à l'ensemble des personnes susceptibles d'être interrogées lors de l'enquête SPQR visait à rendre un peu plus transparent le système régional (annexe), tout comme les ateliers de travail des jurys citoyens cherchent à rendre "intelligents" les participants, c'est-à-dire à leur donner les moyens de comprendre ce dont il s'agit.

¹ Ghadi V, Naiditch M. *L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins. Revue bibliographique. Série études*, n°13, juin 2001, 19 p. et ann.

La prévention évaluée par la population

Quoi ?

- Les observations faites montrent que, pour la prévention, les **priorités de santé** retenues dans la région sont partagées par la grande majorité et cela quelle que soit la priorité concernée.
- Il existe cependant une différence de sensibilité dans la population selon les thèmes ; la **précarité** et les **conduites de consommations à risques** recueillent sensiblement moins d'opinions favorables. S'agit-il d'un problème d'identification des répondants aux populations cibles ou concernées par les comportements à risque ? Il n'est pas possible d'en être certain.
- Les répondants **s'étonnent peu de ne pas voir citées d'autres priorités**.
- Les citations concernant les **thèmes véritablement absents** sont fortement **minoritaires**, elles concernent essentiellement les maladies sexuellement transmissibles qui ont bénéficié de massives et répétitives campagnes de sensibilisation au cours des vingt dernières années.
- Il est à signaler que les **risques liés à l'environnement**, non cités dans la liste des priorités régionales, ne sont pas évoqués dans les réponses spontanées.

Qui ?

- Les enquêtés se sentent concernés par les actions de **prévention (79 %)**.
- Il existe dans la région une nette préférence pour des messages destinés à **l'ensemble de la population régionale**, qui ne cibleraient une population particulière ;
- Ni les **jeunes** ni les personnes ou les **populations les plus exposées** qui sont des publics beaucoup moins cités.

Où ?

- Il apparaît que la population manifeste le souhait d'être **informée des résultats** des campagnes de prévention de proximité (commune, département, région).
- Un **besoin d'information** s'exprime très clairement.
- Les réponses **varient peu** selon le cadre de vie des répondants (communes urbaines, périurbaines ou rurales).
- Les **services de prévention** sont des agents de recours aux médecins davantage en zone rurale qu'ailleurs.
- Les réponses des habitants de l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe évoquent le souhait d'une **redéfinition des priorités régionales** par un sondage, ceux de Lille par un vote, et les moins demandeurs sont les répondants de Douai.
- **Lens veut plus d'explications** et Lille en veut moins. Il n'est pas impossible que l'inégal niveau de qualification entre ces populations soit en cause.
- Les répondants de Cambrai, Béthune et Montreuil attendent moins d'information sur les résultats atteints et les habitants des arrondissements du **Bassin minier** plus que les autres.

Comment ?

- Peu de choses sont à revoir pour les messages de prévention puisqu'ils sont jugés comme délivrant une information **compréhensible**.
- Cependant, les **fréquences des messages** de prévention sont jugées **trop peu importantes** par six personnes sur dix.
- Le **contenu souhaité** pour les messages de prévention devrait, pour les répondants, contenir globalement plus d'**images choquantes**, insister sur les **conséquences des comportements à risque** et donner plus d'explications.
- Les vecteurs de messages les plus efficaces sont la **télévision** pour 90 %, loin devant la radio pour 37 %, le professionnel de santé pour 36 %, le courrier pour 35 %. Les messages relevant des PRS ne sont guère passés à la télévision sauf exception notable¹.
- Une **petite majorité** voudrait être associée à une **redéfinition des priorités régionales de santé** par une enquête ou un sondage.

Bilan

- La **satisfaction vis-à-vis des services de prévention** est nettement plus perceptible chez les **hommes** que chez les femmes.
- Mais l'**efficacité déclarée** est jugée **inégaie**. 42 % des personnes déclarent avoir **changé de comportement à la suite d'une campagne de prévention**, 79 % considèrent avoir changé de comportement ou d'hygiène de vie après avoir bénéficié des conseils de leur médecin.

¹ Campagne d'appel au 15 dans le cadre du PRS Cardiovasculaire entre 2000 – 2001.

À propos de la Médecine de ville

Quoi ?

- Presque trois personnes sur quatre estiment que les soins sont de qualité mais 20 % estiment qu'ils sont parfaits, 6 % qu'ils sont moyens ou médiocres.
- Pour neuf personnes sur dix, les prescriptions d'examen et de médicaments sont adaptées.
- Les médicaments génériques sont en voie de banalisation, seuls 12 % y sont hostiles.
- Aux yeux de la population régionale, la relation médecin-patient occupe une place privilégiée.
- La population est généralement comprise par son médecin, qui par son attitude est très proche d'elle.
- La proximité dans le comportement est un critère de qualité.
- La disponibilité du médecin ainsi que la durée d'attente et de consultation sont satisfaisantes. Ces phénomènes sont d'autant plus vrais lorsqu'il s'agit des personnes âgées.
- 30 % des répondants ne sont pas satisfaits de la durée d'attente.
- La prévention est abordée par le médecin pour deux patients sur trois.
- 80 % déclarent avoir changé de comportement à l'issue de conseils prodigués par leur médecin.
- La manière dont est organisée la Médecine de ville semble, pour partie, convenir à la population régionale car plus de 7 personnes sur 10 en sont globalement satisfaites.
- Leur réponse semble plus mitigée quant à la perception de ses améliorations au cours de la dernière décennie.
- Le taux de satisfaction vis-à-vis du système de garde, en Médecine de ville, n'est que de 50 %.

Qui ?

- Les répondants plébiscitent le maintien de la liberté de choix du médecin pour 93 %.
- 83 % préfèrent avoir toujours affaire au même médecin.

Où ?

- Les urbains accordent encore plus de valeur à l'attention consacrée par leur médecin.
- Moins de six répondants sur dix pensent que la liberté d'installation est une bonne chose. Ce taux diminue en zone rurale.
- Le système de garde est inégalement apprécié en milieu urbain et en milieu rural.
- Les urbains décrivent une attente trop longue plus souvent mais restent minoritaires : 34 %.
- À Cambrai très peu de répondants déclarent que leur médecin leur parle d'hygiène de vie ou de prévention, mais beaucoup à Calais et Lille.

Comment ?

- D'après la population régionale, les soins reçus, les examens et les médicaments prescrits sont adaptés. Concernant la prescription des médicaments, plus de la moitié de la population régionale est en faveur des médicaments génériques.
- Pour la grande majorité de la population, la prévention faite par le médecin de famille se révèle plus efficace que les campagnes de prévention ; ce qui démontre la place privilégiée qu'occupe le généraliste dans le système de soins.
- Des acquis tels que la liberté du choix de son médecin traitant, sont à préserver.

Bilan

- Le médecin de ville aborde peu la prévention mais s'avère, pour les répondants, être beaucoup plus efficace pour faire changer de comportement.

Bilan et propositions

Un des premiers enseignements qu'il est possible de retenir de cette enquête est bien qu'il conviendrait de répondre au besoin d'information de la population en étendant son public au-delà des seules associations investies en ce domaine. Celui-ci devrait porter tant sur la définition des axes essentiels de la santé publique régionale, que sur la communication des résultats obtenus, que sur la réorganisation de l'offre locale ou encore sur les initiatives prévues ou sur l'organisation du système de soins elle-même.

Il ne s'agit pas de tomber dans de "l'angélisme", une politique ne se construit pas et ne se mène pas ainsi. Mais faire des attentes de la population une voie supplémentaire, complémentaire de celle portée par les associations, partenaire de celles des instances régionales de la Santé publique est un axe qui mérite sans doute quelque attention de la part des instances voire des élus. Ce besoin d'explication et d'information pourrait être d'autant plus élevé que l'on entendra mener des projets en minimisant les risques de crise ou de manifestations hostiles¹, que l'on voudra que la démarche publique soit suivie et par conséquent préalablement comprise.

"Les pratiques de la citoyenneté, quel que soit le niveau où elles sont organisées, impliquent qu'il existe des lieux, à la fois au sens abstrait et concret du terme, où citoyens, hommes politiques et experts puissent se parler, se comprendre et tenter de se convaincre sans utiliser la violence" écrit Dominique Schnapper².

Les autres points saillants de S.P.Q.R. touchent sont plus secondaires mais méritent d'être au moins entendus si ce n'est d'être compris. L'attente de messages de prévention plus choquants est un fait qui, assurément, doit être d'ores et déjà pris en compte si ce n'est soumis à débat.

Enfin S.P.Q.R. a apporté des éléments de constat dont l'essentiel de la valeur informative pourrait se manifester s'ils étaient suivis dans le temps. Entre autres choses, la volonté d'être associé à une éventuelle redéfinition de priorités régionales de Santé publique, l'efficacité perçue des actions de prévention, l'opinion vis-à-vis de la liberté d'installation des médecins ou encore la qualité des soins ressentie par les usagers pourraient être parmi les points méritant un suivi régulier.

¹ Les efforts de restructuration de l'offre de soins, hospitalière surtout, menés en d'autres régions ont, par exemple, été parfois rejetés par la population locale.

² Schnapper D. *Qu'est-ce que la citoyenneté ?* Paris ; Gallimard, 2000 ; 320 p.

Annexes

Analyse régionale de la prévention	<i>p 41</i>
Analyse régionale de la Médecine de ville	<i>p 49</i>
La prévention selon le type de commune	<i>p 52</i>
La Médecine de ville selon le type de commune	<i>p 53</i>
La prévention selon les arrondissements	<i>p 54</i>
La Médecine de ville selon les arrondissements	<i>p 56</i>
Questionnaires	<i>p 57</i>
Eval santé Votre opinion nous intéresse pour comprendre et améliorer la politique de santé dans le Nord – Pas-de-Calais	<i>p 65</i>

ANALYSE RÉGIONALE DE LA PRÉVENTION

La santé des jeunes et des enfants, êtes-vous ?	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord"	Pourcentage de "surpris"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	97,69	0,66	1,18	0,48

Les maladies cardiovasculaires, êtes-vous ?	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord"	Pourcentage de "surpris"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	97,08	1,67	0,56	0,68

Les cancers, êtes-vous ?	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord"	Pourcentage de "surpris"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	98,84	0,64	0,40	0,12

L'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie, êtes-vous ?	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord"	Pourcentage de "surpris"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	89,28	8,25	1,70	0,77

La précarité et son impact sur la santé, êtes-vous ?	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord"	Pourcentage de "surpris"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	89,60	4,70	3,27	2,43

Vous sentez-vous concerné par les actions de prévention ?	Pourcentage de "tout à fait"	Pourcentage de "assez"	Pourcentage de "peu"	Pourcentage de "pas du tout"
Région Nord - Pas-de-Calais	50,18	28,72	15,75	5,36

Des messages et mesures de prévention d'abord destinés aux personnes les plus exposées ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	53,37	44,85	1,78

Des messages et mesures de prévention destinés plus particulièrement aux jeunes ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	58,93	39,68	1,38

Des messages et mesures de prévention destinés à tout le monde ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord-Pas-de-Calais	92,61	6,76	0,63

Si ces priorités régionales de santé devaient être modifiées, voudriez-vous être associé à ce choix ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord-Pas-de-Calais	50,59	41,81	7,60

Etes-vous étonné de ne pas entendre parler de certains thèmes de santé ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	51,79	44,44	3,78

Avez-vous déjà vu des messages de prévention à la télévision ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	90,10	9,49	0,40

La fréquence des messages télévisés est-elle ?	Pourcentage de "trop importante"	Pourcentage de "suffisante"	Pourcentage de "pas assez importante"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	2,10	34,17	60,05	3,68

La qualité des messages télévisés est-elle ?	Pourcentage de "très bonne"	Pourcentage de "bonne"	Pourcentage de "moyenne"	Pourcentage de "médiocre"	Pourcentage de "très médiocre"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	9,33	64,86	21,17	2,93	0,14	1,57

Avez-vous déjà entendu des messages de prévention à la radio ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	36,83	61,14	2,03

Selon-vous y en a-t-il ?	Pourcentage de "trop"	Pourcentage de "suffisamment"	Pourcentage de "pas assez"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	3,41	30,89	62,66	3,05

La qualité des messages radio est-elle ?	Pourcentage de "très bonne"	Pourcentage de "bonne"	Pourcentage de "moyenne"	Pourcentage de "médiocre"	Pourcentage de "très médiocre"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	5,93	63,74	23,13	1,45	0,52	5,24

Avez-vous déjà reçu des messages de prévention par courrier ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	35,43	62,46	2,11

Selon-vous y en a-t-il ?	Pourcentage de "trop"	Pourcentage de "suffisamment"	Pourcentage de "pas assez"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	4,14	27,38	67,63	0,84

La qualité des messages reçus par courrier est-elle ?	Pourcentage de "très bonne"	Pourcentage de "bonne"	Pourcentage de "moyenne"	Pourcentage de "médiocre"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	7,03	66,88	18,05	4,76	3,27

Avez-vous déjà reçu des messages de prévention de la part d'un professionnel de santé ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	35,76	63,70	0,55

Selon-vous y en a-t-il ?	Pourcentage de "trop"	Pourcentage de "suffisamment"	Pourcentage de "pas assez"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	2,13	39,07	57,66	1,14

La qualité des messages reçus de la part des professionnels de santé est-elle ?	Pourcentage de "très bonne"	Pourcentage de "bonne"	Pourcentage de "moyenne"	Pourcentage de "médiocre"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	20,38	59,30	14,57	4,49	1,26

Considérez-vous que les messages de prévention devraient comporter plus d'images ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	79,92	18,76	1,31

Considérez-vous que les messages de prévention devraient comporter plus d'explications ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	72,58	26,17	1,25

Devrait-on montrer des images sur les conséquences du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'obésité et des autres comportements à risque pour la santé ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	93,68	5,33	1,00

Insister sur les conséquences des comportements à risque des personnes ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	90,96	6,50	2,54

Insister sur les conséquences des comportements à risque sur l'entourage familial ou professionnel des personnes ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	88,44	7,54	4,02

Selon-vous un message de prévention de bonne qualité doit être ?	Pourcentage de "très choquant"	Pourcentage de "choquant"	Pourcentage de "neutre"	Pourcentage de "plaisant"	Pourcentage de "très plaisant"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	11,71	58,35	18,95	8,39	1,21	1,40

Etre informé des résultats atteints grâce à la prévention dans votre commune ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	86,54	12,72	0,74

Etre informé des résultats atteints grâce à la prévention dans votre département ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	85,30	14,06	0,64

Etre informé des résultats atteints grâce à la prévention dans votre région ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	82,97	16,72	0,31

Etre informé des résultats atteints grâce à la prévention en France ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	80,24	18,29	1,46

Etre informé des résultats atteints grâce à la prévention en Europe ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	65,95	31,83	2,22

Pensez-vous avoir changé de comportement à cause d'une campagne de prévention ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	42,05	57,38	0,57

Une campagne de prévention vous a-t-elle déjà conduit à consulter un médecin ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	27,59	70,71	1,70

Votre passage dans un service de prévention vous a-t-il déjà conduit à consulter votre médecin ou un spécialiste ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	30,45	68,15	1,40

Etes-vous globalement satisfait des services de prévention ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	74,51	15,43	10,07

Ensemble des possibilités de sollicitation associées à une priorité régionale de santé	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
par un questionnaire reçu a votre domicile ?	146,19	57,80	57,80
en faisant partie d'une association qui serait consultée ?	33,61	13,29	71,09
par un sondage réalisé dans la région ?	32,77	12,95	84,04
lors d'un vote ?	23,32	9,22	93,26
en participant à un jury de 20 personnes tirées au sort ?	14,12	5,58	98,85
autres (préciser)	2,92	1,15	100,00

Fréquence de citation des possibilités de sollicitations associées à une priorité régionale de santé

Questionnaire à domicile	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
oui	225,57	89,19	225,57	89,19
non	27,35	10,81	252,93	100,00
Sondage réalisé dans la région				
Sondage réalisé dans la région	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
oui	192,15	75,97	192,15	75,97
non	60,77	24,03	252,93	100,00
Vote				
Vote	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
oui	170,15	67,27	170,15	67,27
non	82,77	32,73	252,93	100,00
En faisant partie d'une association				
En faisant partie d'une association	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
oui	142,71	56,42	142,71	56,42
non	110,22	43,58	252,93	100,00
Jury				
Jury	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
oui	134,68	53,25	134,68	53,25
non	118,24	46,75	252,93	100,00
Autre				
Autre	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
oui	3,90	1,54	252,93	100,00
non	249,03	98,46	249,03	98,46

Etes-vous parfois étonné de ne pas entendre parler de certains thèmes de santé qui selon vous devraient relever de la prévention ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
non	258,93	51,79	258,93	51,79
oui	222,19	44,44	481,12	96,22
ne sait pas	18,88	3,78	500,00	100,00

Thèmes de prévention cités comme non entendus	Fréquence de la population*	Pourcentage
Autre	58	26,2
Conduites de consommation à risque	48	21,8
Cancer	43	19,5
MST dont SIDA	29	13,1
Maladies cardiovasculaires	27	12,2
Jeunes	16	7,2
Personnes âgées	8	3,6
Santé mentale	7	3,3
Alimentation	6	2,9
Environnement	6	2,5
Santé travail	2	0,8
Précarité	1	0,3

* Plusieurs thèmes peuvent être cités par la même personne

Avez-vous déjà entendu des messages de prévention à la radio ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
ne sait pas	10	2	10	2
non	306	61	316	63
oui	184	37	500	100

Aimeriez-vous être informé des résultats atteints grâce à la prévention dans votre commune ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
ne sait pas	4	1	4	1
non	64	13	67	13
oui	433	87	500	100

Aimeriez-vous être informé des résultats atteints grâce à la prévention dans votre département ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
ne sait pas	3	1	3	1
non	70	14	74	15
oui	426	85	500	100

Aimeriez-vous être informé des résultats atteints grâce à la prévention dans votre région ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
ne sait pas	2	0	2	0
non	84	17	85	17
oui	415	83	500	100

Aimeriez-vous être informé des résultats atteints grâce à la prévention en France ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
ne sait pas	7	1	7	1
non	91	18	99	20
oui	401	80	500	100

Aimeriez-vous être informé des résultats atteints grâce à la prévention en Europe ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
ne sait pas	11	2	11	2
non	159	32	170	34
oui	330	66	500	100

ANALYSE RÉGIONALE DE LA MÉDECINE DE VILLE

Etes-vous globalement satisfait des services et de l'organisation de la médecine de ville ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	73,53	20,75	5,72

Selon vous, au cours des 10 dernières années, la qualité de la médecine de ville ?	Pourcentage de "s'est améliorée"	Pourcentage de "est restée identique"	Pourcentage de "ne sait pas"	Pourcentage de "s'est dégradée"
Région Nord - Pas-de-Calais	48,45	29,03	4,83	17,69

Etes-vous globalement satisfait du système des gardes ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	53,24	22,60	24,16

La liberté d'installation des médecins, est-ce ?	Pourcentage de "une très bonne chose"	Pourcentage de "liberté à restreindre"	Pourcentage de "une mauvaise chose"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	55,63	33,40	4,75	6,23

Le droit de choisir son médecin, est-ce ?	Pourcentage de "important à préserver"	Pourcentage de "ne sait pas"	Pourcentage de "superflu"	Pourcentage de "à limiter"
Région Nord - Pas-de-Calais	94,69	0,13	1,37	3,82

Préférez-vous avoir toujours affaire au même médecin ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	83,30	14,85	1,85

Les consultations avec un autre médecin que le médecin de famille, cela vous ?	Pourcentage de "vous gêne beaucoup"	Pourcentage de "vous gêne un peu"	Pourcentage de "vous est indifférent"	Pourcentage de "vous ne savez pas"	Pourcentage de "non concerné/non adapté"
Région Nord - Pas-de-Calais	11,27	31,24	55,59	1,78	0,11

Pensez-vous être en général "... de votre médecin ?	Pourcentage de "très bien compris"	Pourcentage de "parfois bien compris"	Pourcentage de "souvent mal compris"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	79,49	18,47	1,85	0,19

Préfereriez-vous que votre médecin soit dans son attitude ?	Pourcentage de "Plutôt très proche de vous"	Pourcentage de "Plutôt très distant de vous"	Pourcentage de "ne sait pas"	Pourcentage de "non concerné/non adapté"
Région Nord - Pas-de-Calais	88,02	5,25	6,05	0,68

L'attention que vous porte votre médecin est-elle pour vous ?	Pourcentage de "très importante"	Pourcentage de "importante"	Pourcentage de "assez importante"	Pourcentage de "pas du tout importante"
Région Nord - Pas-de-Calais	46,88	43,89	8,00	1,23

Lorsque vous appelez votre médecin pour une visite à domicile, est-il ?	Pourcentage de "très disponible"	Pourcentage de "assez disponible"	Pourcentage de "peu disponible"	Pourcentage de "trop souvent indisponible"	Pourcentage de "ne sait pas"	Pourcentage de "non concerné/non adapté"
Région Nord - Pas-de-Calais	26,64	39,77	16,09	7,70	9,32	0,47

Dans la salle d'attente du cabinet de votre médecin, attendez-vous ?	Pourcentage de "exagérément"	Pourcentage de "trop longtemps"	Pourcentage de "normalement"	Pourcentage de "ne sait pas"	Pourcentage de "non concerné/non adapté"
Région Nord - Pas-de-Calais	6,05	22,84	65,79	4,60	0,72

La consultation chez votre médecin est-elle d'une durée ?	Pourcentage de "très satisfaisante"	Pourcentage de "satisfaisante"	Pourcentage de "insuffisante"	Pourcentage de "très insuffisante"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	27,24	65,72	5,44	0,88	0,72

Pour vous, faudrait-il qu'elle soit ?	Pourcentage de "bien plus longue"	Pourcentage de "plus longue"	Pourcentage de "égale"	Pourcentage de "plus courte"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	0,96	15,67	80,64	1,04	1,70

Considérez-vous que les soins dispensés par votre médecin sont ?	Pourcentage de "parfaits"	Pourcentage de "très bons"	Pourcentage de "bons"	Pourcentage de "moyens"	Pourcentage de "médiocres"	Pourcentage de "ne sait pas"/"refus"
Région Nord - Pas-de-Calais	21,70	26,83	45,59	5,16	0,33	0,39

Parmi les choix proposés, considérez-vous que les examens et les médicaments qu'il vous prescrit sont ?	Pourcentage de "toujours adaptés"	Pourcentage de "presque toujours adaptés"	Pourcentage de "parfois inadaptés"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	53,25	33,22	12,81	0,72

Lorsqu'il vous prescrit des médicaments génériques ?	Pourcentage de "c'est un bonne chose"	Pourcentage de "cela vous est indifférent"	Pourcentage de "vous y êtes hostiles"	Pourcentage de "ne sait pas"	Pourcentage de "non concerné/non adapté"
Région Nord - Pas-de-Calais	53,94	30,97	12,10	2,65	0,35

Votre médecin de famille vous parle-t-il de votre hygiène de vie ou de prévention ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"	Pourcentage de "non concerné/non adapté"
Région Nord - Pas-de-Calais	63,88	35,21	0,81	0,10

Si oui : Avez-vous changé de comportement ou d'hygiène de vie après que votre médecin vous ait donné des conseils ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
Région Nord - Pas-de-Calais	79,24	20,46	0,31

Selon vous (parmi les choix proposés), au cours des 10 dernières années, la qualité de la médecine de ville	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
s'est améliorée	242	48	242	48
est restée identique	145	29	387	77
ne sait pas	24	5	412	82
s'est dégradée	88	18	500	100

Souhaiteriez-vous que la qualité de la médecine de ville soit ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
ne sait pas	5	1	5	1
plus soutenue	80	16	85	17
égale à aujourd'hui	415	83	500	100

Souhaiteriez-vous que l'écoute de votre médecin généraliste soit ?	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
identique à celle d'aujourd'hui	391	78	391	78
ne sait pas	3	1	394	79
plus attentive	106	21	500	100

LA PRÉVENTION SELON LE TYPE DE COMMUNE

Qualité des messages de prévention reçus par courrier (parmi les personnes ayant déjà reçu des messages par courrier)	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "très bonne"	5,71	10,51	14,78	7,12
Pourcentage de "bonne"	73,50	46,05	55,06	67,15
Pourcentage de "moyenne"	13,00	33,44	26,62	17,73
Pourcentage de "médiocre"	5,41	2,87	3,54	4,82
Pourcentage de "ne sait pas"	2,37	7,13	0,00	3,19
p=0,036				

Consulter un médecin après un passage dans un service de prévention	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "oui"	28,32	34,11	48,82	30,45
Pourcentage de "non"	70,09	64,88	51,18	68,15
Pourcentage de "ne sait pas"	1,59	1,01	0,00	1,40
p=0,150				

LA MÉDECINE DE VILLE SELON LE TYPE DE COMMUNE

Préférez-vous avoir toujours affaire au même médecin ?	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "oui"	85,49	74,95	80,97	83,30
Pourcentage de "non"	12,82	23,40	13,91	14,85
Pourcentage de "ne sait pas"	1,68	1,65	5,12	1,86

p=0,130

Dans la salle d'attente du cabinet de votre médecin, attendez-vous ?	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "exagérément"	6,97	3,65	1,06	6,05
Pourcentage de "trop longtemps"	25,01	13,57	24,20	22,84
Pourcentage de "normalement"	62,84	76,16	72,14	65,79
Pourcentage de "ne sait pas"	4,77	4,42	2,60	4,60
Pourcentage de "N/A"	0,41	2,20	0,00	0,72

p=0,047

Etes-vous globalement satisfait du système des gardes ?	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "oui"	50,49	64,96	51,63	53,24
Pourcentage de "non"	22,36	23,70	22,20	22,60
Pourcentage de "ne sait pas"	27,15	11,35	26,17	24,16

p=0,012

L'attention que vous porte votre médecin est-elle pour vous ?	urbain	périurbain	rural	total région
Pourcentage de "très importante"	49,39	38,52	39,89	46,88
Pourcentage de "importante"	43,13	45,64	48,74	43,89
Pourcentage de "assez importante"	6,50	13,19	11,37	8,00
Pourcentage de "pas du tout importante"	0,97	2,65	0,00	1,23

p=0,097

LA PRÉVENTION SELON LES ARRONDISSEMENTS

Avis sur la priorité sur la santé des jeunes et des enfants	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord"	Pourcentage de "surpris"	Pourcentage de "ne sait pas"
NORD				
Avesnes-sur-Helpes	100,00	0,00	0,00	0,00
Cambrai	90,45	3,33	6,22	0,00
Douai	92,71	3,65	0,00	3,65
Dunkerque	93,75	0,00	4,18	2,08
Lille	100,00	0,00	0,00	0,00
Valenciennes	97,82	2,18	0,00	0,00
PAS-de-CALAIS				
Arras	98,30	0,00	1,70	0,00
Béthune	100,00	0,00	0,00	0,00
Boulogne	100,00	0,00	0,00	0,00
Calais	96,46	0,00	3,54	0,00
Lens	97,07	0,00	2,93	0,00
Montreuil	97,53	0,00	2,48	0,00
Saint-Omer	95,70	2,86	0,00	1,44
Total Région	97,69	0,66	1,18	0,48

p=0,000

Avis sur la priorité sur les cancers	Pourcentage de "d'accord"	Pourcentage de "pas d'accord"	Pourcentage de "surpris"	Pourcentage de "ne sait pas"
NORD				
Avesnes-sur-Helpes	93,88	6,12	0,00	0,00
Cambrai	96,97	0,00	0,00	3,03
Douai	100,00	0,00	0,00	0,00
Dunkerque	97,90	0,00	2,10	0,00
Lille	100,00	0,00	0,00	0,00
Valenciennes	97,82	2,18	0,00	0,00
PAS-de-CALAIS				
Arras	100,00	0,00	0,00	0,00
Béthune	97,18	0,00	2,82	0,00
Boulogne	100,00	0,00	0,00	0,00
Calais	99,12	0,88	0,00	0,00
Lens	100,00	0,00	0,00	0,00
Montreuil	97,53	2,48	0,00	0,00
Saint-Omer	100,00	0,00	0,00	0,00
Total Région	98,84	0,64	0,40	0,12

p=0,000

Les messages de prévention devraient comporter plus d'explications	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
NORD			
Avesnes-sur-Helpes	72,44	27,56	0,00
Cambrai	79,62	20,38	0,00
Douai	76,04	23,96	0,00
Dunkerque	75,01	22,91	2,08
Lille	58,87	41,13	0,00
Valenciennes	78,17	15,28	6,55
PAS-de-CALAIS			
Arras	78,76	19,13	2,11
Béthune	80,83	19,17	0,00
Boulogne	81,25	18,75	0,00
Calais	67,26	25,65	7,09
Lens	88,28	11,72	0,00
Montreuil	64,57	30,98	4,45
Saint-Omer	86,11	13,89	0,00
Total Région	72,58	26,17	1,25

p=0,000

Aimeriez-vous être informé des résultats atteints grâce à la prévention dans votre commune ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"
NORD			
Avesnes-sur-Helpes	96,67	3,33	0,00
Cambrai	73,56	26,44	0,00
Douai	94,01	5,99	0,00
Dunkerque	79,14	18,76	2,10
Lille	87,55	12,45	0,00
Valenciennes	97,82	2,18	0,00
PAS-de-CALAIS			
Arras	88,59	9,71	1,70
Béthune	72,43	22,12	5,45
Boulogne	82,34	17,66	0,00
Calais	74,89	25,11	0,00
Lens	78,04	21,96	0,00
Montreuil	83,19	15,93	0,88
Saint-Omer	93,95	6,05	0,00
Total Région	86,54	12,72	0,74

p=0,003

LA MÉDECINE DE VILLE SELON LES ARRONDISSEMENTS

L'attention que vous porte votre médecin est-elle pour vous ?	Pourcentage de "très importante"	Pourcentage de "importante"	Pourcentage de "assez importante"	Pourcentage de "pas du tout importante"
NORD				
Avesnes-sur-Helpes	40,46	40,65	18,90	0,00
Cambrai	43,19	45,90	10,91	0,00
Douai	56,77	39,59	3,65	0,00
Dunkerque	45,87	33,26	12,53	8,35
Lille	52,23	41,88	5,89	0,00
Valenciennes	38,43	57,21	4,37	0,00
PAS-de-CALAIS				
Arras	43,91	51,88	4,21	0,00
Béthune	39,19	55,36	5,45	0,00
Boulogne	47,83	46,20	3,53	2,45
Calais	50,45	45,12	4,42	0,00
Lens	50,00	38,28	8,79	2,93
Montreuil	36,48	38,40	20,66	4,45
Saint-Omer	42,21	39,62	18,17	0,00
Total Région	46,88	43,89	8,00	1,23

p=0,012

Votre médecin de famille vous parle-t-il de votre hygiène de vie ou de prévention ?	Pourcentage de "oui"	Pourcentage de "non"	Pourcentage de "ne sait pas"	Pourcentage de "N/A"
NORD				
Avesnes-sur-Helpes	51,55	48,45	0,00	0,00
Cambrai	31,82	68,18	0,00	0,00
Douai	41,93	54,42	3,65	0,00
Dunkerque	56,27	41,63	2,10	0,00
Lille	81,67	18,33	0,00	0,00
Valenciennes	53,71	41,93	4,37	0,00
PAS-de-CALAIS				
Arras	61,26	38,74	0,00	0,00
Béthune	69,62	30,38	0,00	0,00
Boulogne	62,50	35,05	0,00	2,45
Calais	70,81	29,19	0,00	0,00
Lens	64,65	35,35	0,00	0,00
Montreuil	62,46	37,54	0,00	0,00
Saint-Omer	47,31	52,69	0,00	0,00
Total Région	63,88	35,21	0,81	0,10

p=0,000

Questionnaires

ENQUETE QUALITE SATISFACTION A

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE RÉPONDANTE

1. N° d'appel :

2. Age :

3. Sexe : H F

4. Profession :

.....

ENQUETE QUALITE SATISFACTION B

PRÉVENTION

5. Il existe dans notre région 5 priorités régionales de santé :

- A. La santé des jeunes et des enfants,
- B. Les maladies cardio-vasculaires,
- C. Les cancers,
- D. L'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie,
- E. La précarité.

Que pensez-vous du choix de chacune de ces priorités ?

(Citer)

- a. La Santé des Jeunes et des enfants, êtes vous ?
d'accord pas d'accord surpris ne sait pas
- b. Les Maladies Cardio-vasculaires, êtes vous ?
d'accord pas d'accord surpris ne sait pas
- c. Les Cancers, êtes vous ?
d'accord pas d'accord surpris ne sait pas
- d. L'Alcoolisme tabagisme et la toxicomanie, êtes vous ?
d'accord pas d'accord surpris ne sait pas
- e. La Précarité et son impact sur la santé, êtes vous ?
d'accord pas d'accord surpris ne sait pas

a) Vous sentez-vous concerné par les actions de prévention dans le domaine de la santé ? *(citer)*

- tout à fait
- assez
- peu
- pas du tout

b) Selon vous ces messages et ces mesures de prévention doivent-ils être destinés
(citer)

D'abord aux personnes les plus exposées ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>
Plus particulièrement aux jeunes ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>
A tout le monde ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>

2. Si ces priorités régionales de santé devaient être modifiées, voudriez-vous être d'une manière ou d'une autre associé à ce choix ?

Oui non ne sait pas

a) " Si oui " : merci de classer les possibilités suivantes par ordre d'intérêt (1 étant la plus intéressante pour vous)

(Citer la liste – puis classer)

par un questionnaire reçu a votre domicile ?	<input type="checkbox"/>
par un sondage réalisé dans la région ?	<input type="checkbox"/>
lors d'un vote ?	<input type="checkbox"/>
en participant à un jury de 20 personnes tirées au sort ?	<input type="checkbox"/>
en faisant partie d'une association qui serait consultée ?	<input type="checkbox"/>
autres :	<input type="checkbox"/>

3. Etes-vous parfois étonné de ne pas entendre parler de certains thèmes de santé qui selon vous devraient relever de la prévention ?

Oui non ne sait pas

a) Si oui, quels sont ces thèmes ?

1).....	2).....
3).....	4).....
5).....	6).....
7).....	8).....

4. Parmi les vecteurs de transmission des messages de prévention, lequel offre la meilleure qualité ? (classer les possibilités suivantes par ordre d'intérêt (1 étant la plus intéressante pour vous))

(Citer la liste – puis classer)

radio	<input type="checkbox"/>
télé	<input type="checkbox"/>
journaux / magazines	<input type="checkbox"/>
sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>
à l'école	<input type="checkbox"/>
au collège ?	<input type="checkbox"/>
par les professionnels de santé	<input type="checkbox"/>

5. Globalement, l'information qui vous est donnée par les messages de prévention est-elle ?
(citer)

incompréhensible	<input type="checkbox"/>
peu compréhensible	<input type="checkbox"/>
compréhensible	<input type="checkbox"/>
très compréhensible	<input type="checkbox"/>
ne sait pas	<input type="checkbox"/>

6. Avez-vous déjà vu des messages de prévention à la télévision ?

Oui non ne sait pas

a) Si oui la fréquence de ces messages de prévention est-elle ?
(citer)

suffisante
pas assez importante
trop importante
ne sait pas

b) Selon vous, quelle est la qualité des messages de prévention ?
(citer)

très bonne
bonne
moyenne
médiocre
très médiocre
ne sait pas

7. Avez-vous déjà entendu des messages de prévention à la radio ?

Oui non ne sait pas

a) " Si oui ", selon vous, y-en a-t-il ?
(citer)

trop
suffisamment
pas assez
ne sait pas

b) Selon vous, quelle est la qualité de ces messages ?
(citer)

très bonne
bonne
moyenne
médiocre
très médiocre
ne sait pas

8. Avez-vous déjà reçu des messages de prévention par courrier ?

Oui non ne sait pas

a) Si oui, selon vous, y-en a-t-il ?
(citer)

trop
suffisamment
pas assez
ne sait pas

b) Selon vous, quelle est la qualité de ces messages ?
(citer)

- très bonne
- bonne
- moyenne
- médiocre
- très médiocre
- ne sait pas

9. Avez-vous déjà reçu des messages de prévention de la part d'un professionnel de santé (médecin pharmacien, dentiste, etc.)

Oui non ne sait pas

a) Si oui, selon vous, y en a-t-il ?
(citer)

- trop
- suffisamment
- pas assez
- ne sait pas

b) Selon vous, quelle est la qualité de ces messages ?
(citer)

- très bonne
- bonne
- moyenne
- médiocre
- très médiocre
- ne sait pas

10. Considérez-vous que les messages de prévention devraient :

a) Comporter plus d'images ? Oui non ne sait pas

b) Comporter plus d'explications ? Oui non ne sait pas

11. Selon vous un message de prévention de bonne qualité doit être (citer)

- très choquant
- choquant
- neutre
- plaisant
- très plaisant
- ne sait pas

12. Selon vous, devrait-on montrer des images sur les conséquences du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'obésité et des autres comportements à risque pour la santé ?

Oui non ne sait pas

13. Parmi les choix proposés, selon vous, que faudrait-il faire pour améliorer la prévention ?

a) Insister sur les conséquences des comportements à risque des personnes

Oui non ne sait pas

b) Insister sur les conséquences de ces comportements sur l'entourage familial ou professionnel des personnes ?

Oui non ne sait pas

14. Pensez-vous avoir changé de comportement ou d'hygiène de vie à cause d'une ou plusieurs campagnes de prévention ?

Oui non ne sait pas N/A

a) Aimeriez-vous être informé des résultats atteints grâce à la prévention (citer)

1. dans votre commune ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>
2. dans votre département ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>
3. dans votre région ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>
4. en France ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>
5. en Europe ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>

15. Souhaiteriez-vous être plus informé des campagnes et des actions de prévention ayant lieu près de chez vous ?

Oui non ne sait pas

16. Une campagne de prévention vous a-t-elle déjà conduit à consulter votre médecin ?

Oui non ne sait pas

17. Votre passage dans un service de prévention (médecine du travail, santé scolaire, PMI) vous a-t-il déjà conduit à consulter votre médecin de famille ou un médecin spécialiste ?

Oui non ne sait pas

18. Etes vous globalement satisfait des services de prévention (Médecine du travail, PMI, santé scolaire, etc.) ?

Oui non ne sait pas

ENQUETE QUALITE SATISFACTION C

Médecine de ville

1. Êtes-vous globalement satisfait de l'organisation de la médecine de ville ?

Oui non ne sait pas

2. Selon vous (parmi les choix proposés), au cours des 10 dernières années, la qualité de la médecine de ville (citer)

s'est améliorée	<input type="checkbox"/>
est restée identique	<input type="checkbox"/>
s'est dégradée	<input type="checkbox"/>
ne sait pas	<input type="checkbox"/>

3. Les médecins sont libres de s'installer là où ils le veulent. Pensez-vous que ce soit
(citer)

une très bonne chose
une liberté qu'il faudrait parfois restreindre
une mauvaise chose
ne sait pas

4. En France chaque personne a le droit de choisir son médecin, considérez-vous que ce soit
(citer)

important à préserver
à limiter
superflu
ne sait pas

5. Préférez-vous avoir toujours affaire au même médecin ?

Oui non ne sait pas

6. Les consultations avec un autre médecin que le médecin de famille, cela vous
(citer)

vous gêne beaucoup
vous gêne un peu
vous est indifférent
vous ne savez pas
N/A

7. Lorsque vous appelez votre médecin pour une visite à domicile est-il ?
(citer)

très disponible
assez disponible
peu disponible
trop souvent indisponible
ne sait pas
N/A

8. Dans la salle d'attente du cabinet de votre médecin attendez-vous
(citer)

exagérément
trop longtemps
normalement
ne sait pas
N/A

9. Etes vous globalement satisfait du système des gardes ?

Oui Non Ne sait pas

10. Considérez-vous que les soins dispensés par votre médecin sont
(citer)

parfaits
très bons
bons
moyens
médiocres
ne sait pas / refus

11. Parmi les choix proposés, considérez-vous que les examens et les médicaments qu'il vous prescrit sont
(citer)

- toujours adaptés
- presque toujours adaptés
- parfois inadaptés
- ne sait pas
- N/A

12. Lorsqu'il vous prescrit des médicaments génériques (copies conformes de médicaments de marque moins chers que ces derniers)
(citer)

- c'est un bonne chose
- cela vous est indifférent
- vous y êtes hostiles
- ne sait pas
- N/A

13. Pensez-vous être en général
(citer)

- très bien compris de votre médecin
- parfois bien compris
- souvent mal compris
- ne sait pas

14. Préférez-vous que votre médecin soit dans son attitude ?
(citer)

- plutôt très proche de vous
- plutôt très distant de vous
- ne sait pas
- N/A

15. L'attention que vous porte votre médecin est-elle pour vous
(citer)

- très importante
- importante
- assez importante
- pas du tout importante
- ne sait pas
- N/A

16. Souhaiteriez-vous qu'elle soit
(citer)

- plus soutenue
- égale à aujourd'hui
- ne sait pas

17. Souhaiteriez-vous que son écoute soit
(citer)

- plus attentive
- identique à celle d'aujourd'hui
- ne sait pas
- N/A

18. La durée de la consultation chez votre médecin est-elle d'une durée
(citer)

- très satisfaisante
- satisfaisante
- insuffisante
- très insuffisante
- ne sait pas

a) Pour vous faudrait-il qu'elle soit
(citer)

- bien plus longue
- plus longue
- égale
- plus courte
- ne sait pas

19. Votre médecin de famille vous parle-t-il de votre hygiène de vie ou de prévention ?

- Oui non ne sait pas N/A

20. " Si oui " : Avez-vous changé de comportement ou d'hygiène de vie après que votre médecin vous ait donné des conseils ?

- Oui non ne sait pas N/A



EVAL *santé*

**Votre opinion nous intéresse pour comprendre
et améliorer la politique de santé
dans le Nord-Pas-de-Calais**



Madame, Monsieur,

Depuis 20 ans, l'état de santé des habitants du Nord – Pas-de-Calais s'est nettement amélioré.

Notre région a déployé une action pionnière remarquable. Des politiques innovantes et des moyens conséquents ont été investis dans trois grands domaines :

- La prévention ;*
- La médecine de ville ;*
- L'hospitalisation.*

Pourtant, nous restons la dernière région de France, pour la presque totalité des problèmes de santé.

Ce n'est pas un tabou, ni une honte. Beaucoup reste encore à faire.

Pour chacun d'entre nous, la santé est notre bien le plus précieux. Il est donc naturel que nous ayons la possibilité de donner notre avis sur ces politiques et actions entreprises ou à entreprendre.

C'est pourquoi votre foyer a été choisi, comme plusieurs centaines d'autres dans toute la région, pour participer à une enquête inédite.

Cette enquête est réalisée pour connaître et comprendre votre appréciation sur la politique de santé menée dans la Région Nord - Pas-de-Calais.

Le Conseil Régional a confié ce travail à l'Observatoire Régional de la Santé, qui le mène en deux temps :

- en 2003, nous vous interrogeons sur la prévention et la médecine de ville ;*
- en 2004, une seconde enquête portera sur l'hospitalisation.*

Pour vous aider à comprendre cette démarche et à répondre sans difficulté, ce document vous explique comment se déroule l'enquête et vous offre quelques éclairages sur la prévention et la médecine de ville.

Vous le retrouverez en ligne sur notre site Internet www.orsnpsc.org. Consultez-y également notre récent dossier sur 20 ans de santé dans la région.

Nous avons deux ambitions : améliorer l'état de santé des habitants de la région et faire entendre votre parole.

Nous vous remercions par avance de l'aide que vous nous apportez en participant à cette enquête.

*Olivier LACOSTE
Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé*



L'enquête *en 10 questions* :

1 - Pourquoi m'avoir choisi moi, ou ma famille ?

Votre numéro de téléphone a été choisi au hasard parmi tous les abonnés au téléphone de la région.

2 - Quand et Comment l'enquête aura t-elle lieu ?

Entre le 10 juin et le 4 juillet 2003, un enquêteur vous téléphonera de la part de l'Observatoire Régional de la Santé pour vous poser une quarantaine de questions. Cette conversation durera 15 à 20 minutes. Votre conversation et donc vos réponses resteront totalement anonymes.

3 - Nous sommes plusieurs à la maison, qui doit répondre aux questions ?

Pour des raisons méthodologiques, c'est la personne de votre foyer dont la date d'anniversaire est la plus proche de la date d'appel qui devra répondre, à condition qu'elle soit âgée de plus de 18 ans au moment de l'enquête.

• Par exemple vous êtes né le 12 décembre, votre conjoint le 10 mai : c'est votre conjoint qui répondra à l'enquêteur ;
• Ou encore, vous êtes né le 28 juillet et l'un de vos enfants majeurs le 14 octobre : c'est vous qui répondrez aux questions.

4 - Si je ne comprends pas toutes les questions ou si je ne sais pas quoi répondre ?

Les questions, toutes très simples, visent à recueillir votre appréciation. Vous n'êtes pas expert, tant mieux ! Répondez ce que vous pensez, donnez simplement votre avis.

5 - Et si je ne veux pas participer à l'enquête ?

Nous vous offrons la possibilité d'être entendu pour faire évoluer le système de santé. Si vous ne voulez pas répondre, il vous suffira de le dire à l'enquêteur.

6 - Est-ce que je pourrai avoir les résultats de l'enquête ?

Les résultats de l'enquête seront disponibles à l'automne. Vous pourrez en lire des comptes rendus dans la presse régionale et consulter tous les résultats sur le site Internet de l'Observatoire Régional de la Santé : www.orsnpdc.org.

7 - Qu'est-ce que l'Observatoire Régional de la Santé ?

C'est un organisme régional, créé il y a 20 ans, pour connaître l'état sanitaire et faire évoluer la politique de santé du Nord - Pas-de-Calais. Notre métier est de réaliser des enquêtes et des études en santé publique dans la Région. Nous ne sommes pas une entreprise commerciale.

8 - En quoi le Conseil Régional est-il concerné par la santé ?

Le Conseil Régional est piloté par des élus qui vous représentent. Dans notre région, il a développé une action volontariste très marquée en matière de prévention et de soutien aux actions de santé.

9 - En quoi mon avis peut-il changer les choses ?

Les élus sont vos représentants. Les résultats de l'enquête les aideront à élaborer des plans d'action et influencer le fonctionnement de notre système de santé, pour qu'il réponde mieux à vos attentes.

10 - Et si j'ai des questions à poser ?

Vous pouvez contacter l'Observatoire Régional de la Santé et poser vos questions

- Par e-mail : secretariat@orsnpdc.org ;
- Par téléphone : 03 20 15 49 20 ;
- Par courrier à : Olivier Lacoste - Directeur - Observatoire Régional de la Santé du Nord-Pas-de-Calais
13, rue Faidherbe - 59 046 Lille Cedex



Votre opinion nous intéresse pour comprendre et améliorer la politique de santé dans le Nord-Pas-de-Calais



Vrai/Faux : *La prévention*

1 - Tous les professionnels de santé ont un rôle de prévention : Vrai

La prévention fait partie des missions des professionnels de santé, par exemple :

- votre médecin (ou tout autre professionnel de santé) fait de la prévention lorsqu'il vous donne des informations sur les risques du tabac ou des conseils sur votre alimentation ;
- Le Ministère de la santé fait de la prévention lorsqu'il fait une campagne télévisée sur certaines vaccinations des enfants.

Il existe également des services entièrement dédiés à la prévention, ce sont par exemple :

- Les services proches de vous, gérés par le département, comme la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;
- La santé scolaire ;
- Les organismes nationaux, comme l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé qui réalise des campagnes nationales de prévention.

2 - La prévention est utile même quand on n'est pas malade : Vrai et faux

Pour éviter certaines maladies, comme le cancer ou les maladies cardio-vasculaires, il faut éviter de fumer, manger équilibré et faire régulièrement un peu d'exercice. Lorsqu'on est malade, cesser de fumer ou manger sain aide à se sentir mieux.

3 - Les campagnes de prévention ne s'adressent pas à tous les publics : Vrai et faux

Parfois certaines campagnes s'adressent à un type de public en particulier : les jeunes pour le sida, ou certaines professions exposées par exemple, aux accidents du travail.

Mais les risques en santé nous concernent tous : si en plus de la campagne sur le sida, les parents sensibilisés par la campagne de prévention, en parlent avec leurs enfants, le message a plus de chance d'être compris par les jeunes.

En matière de prévention donc, même lorsqu'on n'est pas directement "ciblé", on peut aussi être concerné.

4 - La prévention et la santé sont des sujets complexes uniquement réservés aux experts : Faux

Pendant longtemps, la population n'a pas été intégrée aux choix en matière de santé.

Les médecins ou responsables se basaient exclusivement sur leur expertise, sur des études et des chiffres pour décider des politiques à mener.

Mais depuis quelques années, l'opinion de tous s'exprime et les politiques de santé l'intègrent :

- Nos représentants démocratiques (maires, députés et élus régionaux) s'impliquent ;
 - Les débats sur la santé s'ouvrent à tous (Etablissements généraux de la santé, etc...);
 - Les associations de malades font entendre leurs voix.
- De nombreuses autres solutions sont envisageables pour que notre système tienne davantage compte des attentes réelles de ses usagers : il s'agit désormais d'une attente partagée.

5 - La prévention doit être adaptée aux problèmes de santé de la région : Vrai

Pour une action adaptée à l'état de santé des habitants de notre région, 5 priorités régionales de santé ont été fixées par les membres de la conférence régionale de santé en 1996 :

- La santé des jeunes et des enfants ;
- Les cancers ;
- Les maladies cardio-vasculaires ;
- L'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie ;
- La précarité et son impact sur la santé.

6 - Pour que la prévention ait un impact, elle doit être faite au cas par cas, pour chacun : Faux

On a constaté par exemple dans notre région, des problèmes de santé graves et spécifiques, liés à des comportements dits "à risque" comme une alimentation trop grasse. Cela ne veut pas dire que les 4 millions d'habitants de la région se nourrissent mal. Mais une sensibilisation régionale est menée pour que chacun ait conscience des risques d'une alimentation déséquilibrée sur la santé : pour que ce qui paraissait normal hier, ne le soit plus demain.

Et pour adapter encore mieux les priorités régionales de santé, les programmes régionaux de santé (PRS) ont accordé des financements à des actions locales concrètes, portées par des associations ou des professionnels de santé.

Votre opinion nous intéresse pour comprendre et améliorer la politique de santé dans le Nord-Pas-de-Calais





Vrai/Faux : *La médecine en ville*

1 - Les médecins sont aussi nombreux ici qu'ailleurs : Faux

A l'issue de leurs études, les médecins peuvent s'installer où ils veulent en France. De ce fait, il y a moins de médecins par habitant dans notre région qu'en Provence Alpes Côte d'Azur. Ces inégalités sont encore plus marquées chez les médecins spécialistes.

Ainsi dans notre région, il y a beaucoup moins de gynécologues, cardiologues, chirurgiens et ophtalmologistes, etc... par habitant que la moyenne en France. Les délais souvent longs pour avoir un rendez-vous permettent de s'en rendre compte.

Ces disparités s'aggravent encore, entre la métropole lilloise et le reste de la région, où le nombre de médecins est encore plus réduit.

2 - Dans quelques années, il y aura moins de médecins : Vrai

Les études médicales sont longues. Et les jeunes médecins sont de moins en moins nombreux à vouloir pratiquer en certains lieux et certaines spécialités.

Les médecins spécialistes ont tendance à moins pratiquer certaines disciplines comme l'anesthésie, la pédiatrie, la psychiatrie...

Quant aux médecins généralistes, ils doivent assurer des gardes qui représentent une contrainte horaire et peuvent présenter des risques pour leur sécurité.

3 - Les médecins de ville peuvent aussi travailler dans les hôpitaux : Vrai

Nombreux sont les médecins qui exercent dans un cabinet et dans un hôpital ou une clinique. Ceci leur est autorisé et leur permet de dispenser certains soins, de travailler en équipe et de se former en permanence.

4 - Les médecins sont volontaires pour assurer les gardes la nuit et le week-end : Vrai

Sur la base du volontariat, les médecins proches de chez vous s'adressent à un coordinateur lorsqu'ils souhaitent assurer une garde de nuit et de week-end. Parfois les temps d'intervention des médecins peuvent être longs : ils sont de moins en moins nombreux à assurer les gardes. Certains d'entre eux se sont organisés : c'est le système SOS médecins, accessible dans certaines agglomérations (métropole lilloise, agglomération de Dunkerque...), ou le 15 bis, présent dans l'essentiel du département du Pas-de-Calais.

Le 15, numéro du SAMU, reste réservé aux urgences vitales, réelles ou ressenties.

5 - Je peux demander à mon médecin de venir chez moi si je préfère ne pas me déplacer : Faux

Vous ne devez pas faire venir votre médecin alors que rien ne justifie que vous ne puissiez vous rendre à son cabinet : c'est très cher à la fois pour la sécurité sociale et pour vous. Désormais, sauf quelques exceptions, vous n'êtes plus remboursé du déplacement et de la majoration de prix de la consultation à domicile. De plus, pendant qu'il vient chez vous, le médecin ne peut s'occuper d'autres malades.

6 - Je peux simplement aller voir mon médecin pour un conseil, même lorsque je ne suis pas malade : Vrai

Dans son rôle de conseiller, votre médecin participe à la prévention et peut vous aider.

7 - Les médicaments génériques que mon médecin me prescrit sont les mêmes que les autres mais moins chers : Vrai

Les médicaments génériques ont exactement les mêmes propriétés que les médicaments de marque des laboratoires. Il s'agit de la même molécule. Seulement, ils sont moins chers et permettent de limiter les dépenses de la sécurité sociale.



Votre opinion nous intéresse pour comprendre et améliorer la politique de santé dans le Nord-Pas-de-Calais

Bibliographie

Bataille P. La démocratie sanitaire, in Guillaume-Hofnung M, *Hôpital et médiation*. Paris : l'Harmattan, 2001.

Bocognano A, Dumesnil S, Frérot L, Grandfils N, Le Fur Ph, Sermet C. *Santé, soins et protection sociale en 1998. Enquête sur la santé et la protection sociale - France 1998, Série résultats*. Rapport n° 1282 Décembre 1999 - 204 p.

Bouet P, Bernard-Catinat M, Delga ME, Grillet G, Monier B, Pouillard J. Liberté d'installation, Liberté d'exercice : Quelle médecine pour quels médecins ? *Rapport de la Commission nationale permanente adoptée lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins 2003* ; 46 p.

Brucker G, Caniard E. *Rapport des états généraux de la santé septembre 1998 - avril 1999*, Paris, Comité national d'orientation, 1999, 4-5.

Cadeau E. *Région et démocratie sanitaire : quels rapports ?* Revue générale de droit médical, n°9, mars 2003.

Caniard E. La place des usagers dans le système de santé. Paris Secrétariat d'État à la Santé, 2000, 6-7.

Dahl RA, De la démocratie sanitaire : du droit à la pratique, de la pratique aux droits. In Actes des premières rencontres internationales André Demichel, *Revue générale de droit médical*, Bordeaux, Les études hospitalières, n° spécial, décembre.

La démocratie sanitaire, *Revue française des affaires sociales*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La documentation française, n°2, avril-juin 2000.

Dhordain A, Ficheux D. Gardes obligatoires : le double non. *Panorama du médecin* 2002 ; n°4842 : 38-45.

Évin C. *Les droits des usagers du système de santé*. Paris, Berger-Levrault, 2002, 180 p.

France Qualité Publique. *Guide pratique : l'évaluation de la satisfaction des usagers/clients/citoyens des services publics*, document de travail, 31 p.

Galvin SG. Are performance measures relevant ? It's time to listen what consumers want, says a purchaser. *Health affair*, 1998 ; 17 : 4 : 29-31.

Ghadi V, Polton D. Le marché comme instrument de la démocratie. *Revue française des affaires sociales*, Paris, ministère de l'Emploi et de la solidarité, La documentation française, avril-juin 2000, 2, 18-35.

Ghadi V, Naiditch M. *L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins*. *Revue bibliographique*. Série études, n°13, juin 2001, 19 p et ann.

Gibbs DA, Sangl JA, Burrus B. Consumer perspectives on information needs for health plan choice. *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 55-73.

Gouvernement du Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois, Indicateurs et tendances*, Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 265 p.

Guillet P (dir) L'utilisateur acteur du système de santé. In Haut comité de santé publique, *La santé en France*, Paris La documentation française, 2002.

Guillaume-Hofnung M. *Droits des maladies. Vers une démocratie sanitaire ?* Paris : La Documentation française, Problèmes politiques et sociaux, n°885, 2003, 122 p.

Hibbard J. H. Sofer S. Jewett J. J. Condition-specific Performance Information : Assessing Salience, Comprehension and Approaches for Communicating Quality. *Health Care Financing Review*, 1996 ; 18 (1) : 95 -110.

- Hirschmann A O. *Défection et prise de parole*. Paris : Fayard, 1995, 220 p.
- Horrellou-Lafarge C (Dir.), *Consommateur, usager, citoyen, quel modèle de socialisation ?* Paris L'Harmattan, 1996.
- Inspection générale des affaires sociales, *Rapport annuel 2001 : les institutions sociales face aux usagers*. Paris : La Documentation française, 2001 ; 284 p.
- Inspection générale des affaires sociales. *Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable 2003.*, 399 p.
- Jewett. Hibbard J. Comprehension of Quality Care Indicator : Difference among Privately Insured. Public Insured and Uninsured *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 75-94.
- Lansky D. Measuring what matter to the public. *Health affair*, 1998 ; 17 : 4 : 40-41.
- Lascoumes P. Représenter les usagers, In Baszanger I et al. *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris, La Dispute, 109-113.
- Leatherman S, Mc Carthy D. Public disclosure of health care performance reports : experience, evidence and issues for policy. *International journal for quality in health*, 1999 ; 11 : 2 : 93-98.
- Letourmy A., Naiditch M. L'information des usagers sur le système de soins : rhétorique et enjeux. *Revue française des Affaires sociales*, 2000 : 2 : 45-60.
- Mc Cormack LA, Garfinkel SA, Schnaider JA; Lee A, Sangl JA. Consumer information development and use. *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 15-30.
- Pellet R. Les droits individuels et collectifs des patients, usagers du système de santé. In de Kervasdoué J (dir), *Carnet de santé de la France 2003*, Paris : Dunod, 2003, 247 p.
- Quatrebarbes (de) B, *Usagers ou clients ? Écoute, marketing et qualité dans les services publics*. Paris : Éditions d'organisation, 1998.
- Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Editions Odile Jacob, 2000 ; 273 p.
- Root J. Stableford S. Easy-to-read Consumer Communication : a missing Link in Medicated Managed Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1999 ; 24 (1) : 1 -26.
- Sangl J. A. Wolf L. F. Role of Consumer Information in Today's Health Care System. *Health Care Financing Review*, 1996 ; 18 (1) : 1 – 8.
- Sainfort F, Booske BC. Role of information in consumer selection of health plans. *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 31-54.
- Schnapper D. *Qu'est-ce que la citoyenneté ?* Paris ; Gallimard, 2000 ; 320 p.
- Vedelago F. L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé. In : Cresson G, Schweyer F.X Dir. *Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'école nationale de la santé publique, 2000 : 55-73.
- Wavrin P. *Les usagers dans l'évaluation des politiques publiques étude de relation de services*. Paris : L'harmattan, 1993.
- Wavrin P. *Quelle modernisation des Services Publics ? Les usagers au cœur des réformes*. Paris : La Découverte, 1997.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES UTILISÉES POUR LA PRÉPARATION DES PREMIERS ENTRETIENS LORS DE LA PHASE PRÉPARATOIRE DE L'ENQUÊTE

Galvin SG. Are performance measures relevant ? It's time to listen what consumers want, says a purchaser. *Health affair*, 1998 ; 17 : 4 : 29-31.

Gibbs DA, Sangl JA, Burrus B. Consumer perspectives on information needs for health plan choice. *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 55-73.

Hibbard J. H. Soafer S. Jewett J. J. Condition-specific Performance Information : Assessing Saliency, Comprehension and Approaches for Communicating Quality. *Health Care Financing Review*, 1996 ; 18 (1) : 95 -110.

Jewett. Hibbard J. Comprehension of Quality Care Indicator : Difference among Privately Insured. Public Insured and Uninsured *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 75-94.

Lansky D. Measuring what matter to the public. *Health affair*, 1998 ; 17 : 4 : 40-41.

Leatherman S, Mc Carthy D. Public disclosure of health care performance reports : experience, evidence and issues for policy. *International journal for quality in health*, 1999 ; 11 : 2 : 93-98.

Mc Cormack LA, Garfinkel SA, Schnaider JA; Lee A, Sangl JA. Consumer information development and use. *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 15-30.

Root J . Stableford S. Easy-to-read Consumer Communication : a missing Link in Medicated Managed Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1999 ; 24 (1) : 1 -26.

Sangl J. A. Wolf L. F. Role of Consumer Information in Today's Health Care System. *Health Care Financing Review*, 1996 ; 18 (1) : 1 – 8.

Sainfort F, Booske BC. Role of information in consumer selection of health plans. *Health care financing review*, 1996 ; 18 : 1 : 31-54.

Sigles et acronymes

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CREDES : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PCS : Professions et Catégories Sociales
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

