

**BAROMÈTRE SANTÉ
EN MÉDECINE GÉNÉRALE
EN LIMOUSIN**

Vague 1 : Novembre 2011

**Volet 2 - Le baromètre "patients" :
Comportements, hygiène de vie, état de santé,
santé mentale, prévention,
renoncement aux soins**

Une étude de
I'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU LIMOUSIN
financée par
I'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

RAPPORT N°230-2
Novembre 2012

ORS

BAROMÈTRE SANTÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN LIMOUSIN

Vague 1 : Novembre 2011

Volet 2 - Le baromètre "patients" :

Comportements, hygiène de vie, état de santé, santé mentale, prévention, renoncement aux soins

Une étude financée par
l'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ
Réalisée par

l'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU LIMOUSIN

Dr Jean-Pierre FERLEY, Béatrice ROCHE-BIGAS

L'élaboration du questionnaire a bénéficié des conseils avisés du Dr Christian LAFLEUR, Président de l'URPS-Médecins du Limousin et du Dr Yves FEYFANT, Président du Collège des Généralistes de l'URPS-Médecins du Limousin

Ont participé à cette première vague du baromètre santé en médecine générale :

En Corrèze : M^{mes} et MM. les Docteurs BALIN (Brive), BEGON (Eygurande), BLANC (Brive), BONNETTE (Corrèze), BOUSSEYROUX LAMAGAT (Jugeals-Nazareth), BOUVOT (Brive), BUCHON (Bugeat), CHAVANEL (Larche), DEMICHEL (La Roche Canillac), ESPIAU DE LAMAESTRE (Noailles), FAUCHER (Egletons), GRANET (Larche), GREVET (Egletons), GUIONIE (Objat), HENRY (Brive), JACOB (Lubersac), LAJOUX (Brive), LASCAUX (Ste Fortunade), LAURENSOU (Brive), LECARME (Sornac), MAS (Beynat), MASDUPUY ALLEMAN (Brive), MEYNIÉ JACKS (Soursac), NELKEN (Meyssac), PARAUD (Ste Féréole), POUGET (Tulle), VANHOUTTE (St Privat)

En Creuse : M^{mes} et MM. les Docteurs DAGARD C. (Boussac), DAGARD P. (Boussac), ETILE (Royère de V.), LARROQUE (Guéret), NOINSKI (Boussac), PAILLER (St Sulpice le Guérétois), PRIOX (Faux la Montagne), SCHNEIDER (Chambon s/ V.), SERVANT (Bourganeuf), SIMONNET (Guéret), TARDIEU (Mainsat)

En Haute-Vienne : M^{mes} et MM. les Docteurs BARENNE (Coussac-Bonneval), BARIAUD (Limoges), BLEYNIÉ (Limoges), BORDERIE (Eymoutiers), BOURREL (St Sulpice les F.), BRISSAUD (Le Vigen), BROSSET (Limoges), BUISSON (Aixe s/ V.), CAPDEVIELLE (St Léonard de N.), CAVALIER (Limoges), CHASSAC GEROUARD (Oradour s/ V.), CHAUVOIS (Limoges), CONCHON (Ladignac le Long), CROS (St Junien), CUBERES (Limoges), DELAGE (Nexon), DELPEYROUX (Limoges), DEMAY FRACHET (Limoges), DESCHAMPS (Limoges), DESSOUDEIX (Oradour s/ V.), DUBRAY (Magnac Bourg), FARGEAS (St Yrieix la P.), FEYFANT (Limoges), FIEVEZ (Limoges), FRACHET (Limoges), GORY (Limoges), HERBACH (St Jouvent), HOUDARD (St Victurien), ISSOULIE (Limoges), JACQUINET (Limoges), JAMBUT (Limoges), JARDINIER (Limoges), LARCHER (Limoges), LAUCHET (Limoges), MA (Limoges), MACLOUF (Limoges), MALGOUYARD (Châlus), MENARD (Oradour s/ G.), MOLLAS GORYL (St Yrieix la P.), MONDOLLOT (Condat), MOREL (Limoges), MORINEAU (Bonnac la Côte), OCCELLI (Bellac), OUDART (Rilhac-Rancon), PAILLER (Bonnac la Côte), PERINAUD (Limoges), PEYROU (Limoges), PONS (Limoges), POUPARD (Bosmie l'Aiguille), PRAT (Limoges), RINUCCINI (St Paul), ROUCHAUD (Couzeix), ROUCHER (Couzeix), SKOTOWSKI (St Priest Taurion), TRIAU (Verneuil), VASSEUR (St Gence), VERGNES (Panazol), VIDAL (Limoges)

SOMMAIRE

INTRODUCTION, OBJECTIFS ET MÉTHODE	1
RESULTATS	2
I- CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTÈLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	2
II- COMPORTEMENTS, HYGIÈNE DE VIE, TRAVAIL, ET CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ	5
II.1- Consommation de tabac et d'alcool.....	5
II.2- Alimentation, exercice physique, surcharge pondérale.....	8
II.3- Troubles ou pathologies en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie	11
II.4- Troubles ou pathologies en lien possible avec le travail.....	14
III- USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES.....	16
IV- PRÉVENTION PRIMAIRE ET PRÉVENTION SECONDAIRE	18
IV.1- Prévention primaire (vaccinations).....	18
IV.2- Prévention secondaire (dépistages)	19
V- SANTÉ DES SÉNIORS	22
VI- RENONCEMENTS AUX SOINS	23
VI.1- Renoncements aux soins quelle que soit la raison	23
VI.2- Renoncements aux soins pour problème de mobilité	25
VI.3- Renoncements aux soins pour raisons financières	27
CONCLUSIONS	29
ANNEXE : Effectifs par sexe et tranches d'âge quinquennales des patients	30

ORS

Observatoire Régional de la Santé du Limousin
4 avenue de la révolution - 87000 LIMOGES

Tél. : 05 55 32 03 01 Fax : 05 55 32 37 37 - Courriel : ors@ors-limousin.org

Site : <http://www.ors-limousin.org>

BAROMÈTRE SANTÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN LIMOUSIN

Volet 2 : Baromètre "patients"

Observatoire Régional de la Santé du Limousin

Dr Jean-Pierre FERLEY, Béatrice ROCHE-BIGAS

Rapport n°230-2 – Novembre 2012

RESUME

CONTEXTE ET OBJECTIFS : En 2011, a été mise en place par l'ORS du Limousin, sur un financement de l'ARS, une enquête périodique (annuelle) auprès d'un panel de médecins généralistes libéraux avec deux objectifs : 1/ disposer d'un certain nombre d'indicateurs de santé sur la population limousine fréquentant les cabinets médicaux et suivre leur évolution dans le temps (**volet "patients"**), 2/ disposer d'un "observatoire" de la médecine générale permettant de mieux connaître la réalité quotidienne des praticiens et de relever d'éventuelles tendances tant dans l'activité et les conditions d'exercice que dans les opinions et les souhaits (**volet "médecins"**). La démarche repose sur une **enquête transversale "un jour donné"** durant lequel les médecins participants relèvent un certain nombre d'informations pour tous les patients de 3 ans ou plus vus en consultation et remplissent dans le même temps un questionnaire personnel.

REPRÉSENTATIVITÉ : La représentativité du panel des 96 médecins généralistes libéraux qui ont participé à la 1^{ère} vague du baromètre limousin (1 praticien sur 9) a pu être vérifiée en termes d'âge, de sexe, de département et de type de commune d'exercice. Ces médecins ont renseigné au cours de la journée d'étude (novembre 2011) une fiche de notification pour **1 886 patients** (19,6 par médecin). La patientèle ainsi analysée présente des caractéristiques qui, par nature, diffèrent de celles la population générale : sensiblement plus âgée (41% ont 60 ans ou plus contre 30% dans la population limousine des plus de 2 ans), elle est également plus féminine (57% contre 52% dans la réalité) et présente évidemment un état de santé plus altéré (les personnes en mauvaise santé ayant davantage de chances que les autres de se trouver dans un cabinet médical le jour de l'enquête). L'interprétation des résultats doit en permanence tenir compte de cet état de fait. Le baromètre "patients" ne prétend donc pas estimer la prévalence d'un trouble ou la fréquence d'un comportement dans la population générale mais bien dans ce sous-ensemble particulier qu'est une patientèle de médecine générale.

RÉSULTATS DU VOLET "PATIENTS"

Les thèmes abordés dans la vague 2011 du baromètre étaient les suivants : hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation, sédentarité, statut pondéral) et conséquences sur la santé (troubles métaboliques et pathologies) ; troubles en lien avec le travail ; consommation de médicaments psychotropes ; vaccinations et dépistages ; santé des séniors (chutes, troubles cognitifs) ; renoncements aux soins.

Consommation de tabac et d'alcool : On relève 20% de fumeurs chez les patients de 18 ans ou plus, dont 15% de fumeurs quotidiens (17% des hommes et 14% des femmes) avec une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée chez les femmes que chez les hommes entre 30 et 39 ans (28% contre 22%) et pratiquement identique à celle des hommes entre 40 et 49 ans (26% contre 27%), par contre nettement plus faible que chez les hommes chez les 18-30 ans (24% contre 38%), ce qui pourrait en partie d'expliquer par les grossesses en cours. Une tentative d'arrêt de la consommation durant les 12 derniers mois est notée chez près d'un fumeur sur 4, plus souvent chez les femmes, en particulier avant 40 ans, écart là encore probablement en rapport avec les grossesses en cours.

En matière d'alcool, 11% des patients adultes sont des consommateurs quotidiens (22% des hommes et 3% des femmes). Chez les hommes, la consommation quotidienne d'alcool, très rare chez les plus jeunes, ne commence à se développer qu'à partir de 40 ans et surtout à partir de 50 ans (plus de 25%). Une pratique de consommation ponctuelle excessive (≥ 6 verres en une même occasion au moins une fois au cours des 12 derniers mois) est retrouvée chez 15% des patients dont 5% avec une fréquence au moins hebdomadaire. Cette pratique, très masculine (27% contre 6% chez les femmes), culmine chez les hommes de moins de 30 ans (39%) et de 50-59 ans (44%). Par ailleurs, un patient sur 20 (5%) présente, de l'avis du médecin, un problème avec l'alcool (9% des hommes et 2% des femmes), proportion culminant entre 50 et 59 ans (16% des hommes et 5% des femmes).

Statut pondéral : Près de la moitié des patients (46%) sont en surcharge pondérale ($IMC \geq 25$), et près d'un sur six (18%) présente une obésité ($IMC \geq 30$). La prévalence de la surcharge pondérale est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (52% et 42%) alors que celle de l'obésité est strictement identique pour les deux sexes. L'écart homme-femme est retrouvé à tous les âges sauf aux deux extrémités de la vie. Chez les hommes, la prévalence de la surcharge pondérale croît régulièrement jusqu'à 70 ans pour atteindre 73%, tandis que chez les femmes, elle augmente sensiblement entre 40 et 50 ans et se maintient ensuite aux environs de 50%. Quant à l'obésité, elle se manifeste en proportion significative à un âge assez précoce chez les femmes (dès 20-29 ans : 14% des patientes de cet âge) alors que chez les hommes, ce n'est que vers la quarantaine (17%). A partir de 50 ans, les proportions sont relativement voisines pour les deux sexes (aux environs de 26% chez les hommes et de 23% chez les femmes). Chez les moins de 20 ans, la prévalence de la surcharge pondérale apparaît très liée au statut social (28% dans les milieux d'ouvriers et d'employés versus 12% dans les familles de cadres supérieurs). Cette relation se vérifie également, mais de manière un peu moins nette, chez les adultes.

Troubles métaboliques et organiques en lien possible avec l'hygiène de vie : Des troubles du métabolisme lipidique sont relevés chez 36% des patients adultes (46% des hommes et 28% des femmes) : simple perturbation 1 fois sur 2, mais trouble avéré, voire avec complications, dans les autres cas. Des troubles du métabolisme glucidique sont retrouvés chez 17% des consultants adultes (22% des hommes et 13% des femmes), diabète avéré, voire compliqué, dans près des deux tiers des cas. Des troubles de la tension artérielle sont signalés chez 39% des patients de 18 ans ou plus (45% des hommes et 34% des femmes), avec une hypertension artérielle avérée

chez 28%. Par ailleurs, une pathologie cardio-vasculaire en lien potentiel avec l'hygiène de vie est relevée chez 14% des sexagénaires, 24% des septuagénaires et 29% des octogénaires, avec une très nette prédominance masculine dès 50 ans.

Troubles en relation avec le travail : 15% des consultants présentent des troubles en lien possible avec le travail (actuel ou antérieur), en proportion voisine pour les deux sexes : 5% présentent des troubles organiques (plus souvent décrits chez les hommes) et 10% des troubles psychiques (un peu plus souvent relevés chez les femmes).

Consommation de médicaments psychotropes : Une consommation d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs au cours des 12 mois écoulés est signalée chez 35% des patients de 18 ans ou plus (41% des femmes et 26% des hommes). Parmi eux, 20% sont traités par antidépresseurs. A partir de la cinquantaine, la consommation d'anxiolytiques est deux fois plus répandue chez les femmes que chez les hommes. Plus d'une fois sur deux, il s'agit d'une consommation régulière. La proportion de patients masculins traités par anxiolytiques, comme par antidépresseurs, est relativement stable entre 30 et 90 ans.

Vaccinations et dépistages : En matière de vaccination anti-grippale, 78% des patients de 65 ans ou plus ont été vaccinés l'hiver précédent, proportion dépassant même 85% chez les octogénaires, plus faible en revanche avant 70 ans (64%). En matière de dépistage, on relève une pratique très généralisée de la **mammographie** qui a été réalisée au moins 1 fois par 88% des femmes de 40 à 74 ans (73% des moins de 50 ans et 93% des 50-74 ans, tranche d'âge ciblée par le dépistage organisé du cancer du sein). Parmi ces femmes, 62% ont eu une mammographie depuis moins de 2 ans (66% des 50-74 ans) et 81% l'ont passée depuis moins de 5 ans. A âge égal, le taux de couverture mammographique de moins de 2 ans apparaît plus élevé chez les femmes des classes sociales supérieures ou intermédiaires par rapport aux ouvrières, employées et agricultrices (constat vérifié à tout âge, hormis après 70 ans). La pratique du **frottis cervico-vaginal** est également très généralisée (au moins 1 fois chez 92% des consultantes de 25 à 64 ans, 67% l'ayant pratiqué dans les 3 ans). Aucune relation avec la catégorie socioprofessionnelle n'a été mise en évidence, hormis chez les plus de 50 ans, moins nombreuses à pratiquer cet examen dans les milieux plus modestes. La pratique du **dépistage du cancer colo-rectal** par hémocult apparaît moins répandue (58% ; depuis moins de 2 ans pour 44%). L'examen est plus souvent effectué par les femmes que par les hommes (48% vs 41%) et sa couverture augmente avec l'âge (48% chez les 50-54 ans, 66% chez les 70-74 ans).

Renoncements aux soins au cours des 12 derniers mois : ils sont évoqués par le médecin, quelle qu'en soit la cause, pour 8% de la patientèle, avec deux pics de fréquence : entre 40 et 50 ans (13%) et après 80 ans (14%), seules tranches d'âge où l'on assiste à une différence entre sexes avec des proportions sensiblement plus élevées chez les femmes : 15% entre 40 et 50 ans et 18% après 80 ans. Une relation significative avec la catégorie socioprofessionnelle est notée (9% chez les ouvriers, employés, agriculteurs contre 4% chez les cadres supérieurs et professions libérales), mais plus forte encore est la relation avec la situation financière estimée par le médecin (3% à 4% de renoncements dans les classes aisées et moyennes, 10% dans les milieux populaires et 41% chez les personnes en situation précaire). Une très forte relation est également notée avec la couverture maladie de la personne (renoncements chez 27% de ceux qui n'ont pas de mutuelle, contre 7% de ceux qui en disposent et 16% des bénéficiaires de la CMU).

Des renoncements aux soins pour des **problèmes de mobilité ou de transport** au cours des 12 derniers mois sont évoqués pour 4% des patients, proportion atteignant 12% chez les 80 ans ou plus (et même 20% à partir de 90 ans). Après 80 ans, cette situation est plus souvent relevée chez des femmes (15% contre 7%). Les renoncements de ce type sont sans relation apparente avec la catégorie socioprofessionnelle, ni même avec la situation financière (milieu aisé / moyen / populaire), hormis pour les 7% de patients considérés comme étant en situation précaire (25% d'entre eux ont renoncé à des soins dans les 12 mois pour ce motif). Ces renoncements sont plus souvent pointés chez les patients sans couverture complémentaire (13%) que chez ceux qui en disposent (3%) ou que chez les bénéficiaires de la CMU (6%). Sans surprise, les renoncements pour problèmes de mobilité et de transport sont plus souvent décrits en milieu rural ou les petites villes (7% contre 3% en milieu urbain ou péri-urbain) mais la différence n'est vraiment sensible que chez les patients de 50 à 64 ans (10% en milieu rural contre 2% en milieu urbain ou péri-urbain).

Des renoncements aux soins pour des **raisons financières** dans les 12 derniers mois sont quant à eux évoqués pour 6% des patients, avec un pic à 10% à 40-49 ans. A cet âge, les renoncements sont plus souvent relevés chez les femmes que chez les hommes (12% contre 5%), il en est de même après 80 ans (8% contre 2%). Une relation avec la catégorie socioprofessionnelle est évidemment pointée (7% de renoncements pour raisons financières chez les ouvriers, employés, agriculteurs, contre 2% chez les cadres supérieurs et professions libérales) ainsi qu'avec la situation financière estimée par le médecin (2% dans les milieux aisés ou intermédiaires, 8% dans les milieux populaires, 35% chez les personnes en situation de précarité). Une relation très nette est également relevée avec la couverture maladie : renoncements dans les 12 mois à des soins pour raisons financières chez 25% des patients ne disposant pas d'une mutuelle, contre 5% de ceux qui en disposent et 14% chez les bénéficiaires de la CMU. Les renoncements pour raisons financières touchent différents soins : optique (dans 39% des cas), orthodontie (31%), mais tout autant soins paramédicaux (30%), ou encore médicaments (25%), médecin spécialiste (22%) et appareillage (14%).

EN CONCLUSION : Le volet "patients" de ce baromètre régional réalisé en patientèle médicale apporte de précieuses informations sur les comportements de la population fréquentant les cabinets de médecine générale en matière de prévention (primaire ou secondaire), sur les troubles ou pathologies induits par ces comportements, ou encore sur les consommations de soins et les obstacles à l'accès aux soins. Malgré leurs limites (extrapolation délicate à la population générale), les informations recueillies par le *baromètre santé en médecine générale* trouvent un intérêt évident dans l'éclairage des réalités sanitaires du Limousin. Cependant, l'intérêt premier du baromètre, outre la photographie ponctuelle qu'il offre, est, par sa répétition régulière, de constituer un outil de mesure des évolutions permettant d'identifier certaines priorités et d'en suivre le développement, permettant également d'objectiver l'éventuel impact de certaines politiques publiques sur les comportements et les recours. C'est pourquoi, parmi les données de santé collectées, ont été privilégiées dans cet outil celles susceptibles d'évoluer dans des délais relativement courts, soit parce qu'elles se rapportent à des comportements individuels potentiellement modifiables, en particulier sous l'effet de campagnes de prévention, soit parce que, placées sous la dépendance d'un environnement potentiellement évolutif, leur suivi revêt un intérêt tout particulier. C'est donc dans les années à venir, après plusieurs vagues d'enquête, que le baromètre donnera pleinement la mesure de son apport.

INTRODUCTION, OBJECTIFS ET METHODE

En 2010, l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin a formé le projet de mettre en place une enquête périodique (annuelle) auprès d'un panel de médecins généralistes libéraux avec deux objectifs :

- disposer d'un certain nombre d'indicateurs de santé sur la population limousine et suivre leur évolution dans le temps,
- disposer d'un "observatoire" de la médecine générale permettant de mieux connaître la réalité quotidienne des praticiens et de relever d'éventuelles tendances en termes d'activité, de pratiques, de conditions d'exercice, d'opinions et de souhaits.

La démarche repose sur une **enquête transversale "un jour donné"** durant lequel les médecins participants relèvent un certain nombre d'informations pour tous les patients de 3 ans ou plus vus en consultation au cabinet et remplissent dans le même temps un questionnaire "*médecin*".

Le baromètre a donc deux volets distincts :

- **un volet "médecins"** (une 50aine de questions, un recto-verso) : caractéristiques du praticien, modalités d'exercice, formations, activité développée (nombre de patients, amplitude journalière et hebdomadaire de travail, ressenti de la charge de travail), organisation du cabinet, implication en termes de dépistage organisé, de réseaux de santé, d'éducation thérapeutique des patients, opinions sur des évolutions possibles du mode de rémunération et des pratiques, état d'esprit (fatigue, burn-out, relations aux patients, confraternité...), difficultés rencontrées, souhaits éventuels de nouvelles conditions d'exercice (regroupement, part d'activité salariée...), perspectives professionnelles, etc.
- **un volet "patients"** (une 30aine d'items, 1 recto) : hygiène de vie (tabac, alcool, surcharge pondérale, activité physique, perturbations métaboliques ou problèmes de santé en lien potentiel avec l'hygiène de vie), état de santé (médicaments psychotropes, troubles cognitifs), pratiques préventives (dépistages, vaccination), environnement socio-économique (milieu social, couverture maladie, renoncements à des soins).

Les deux questionnaires ont bénéficié des conseils du Dr Christian LAFLEUR, Président de l'URPS-Médecins du Limousin et du Dr Yves FEYFANT, Président du Collège des Généralistes de l'URPS-Médecins du Limousin.

Le suivi barométrique reposera sur la répétition d'année en année d'un corpus de questions fixes, complété par des questions spécifiques se rapportant à une problématique particulière.

La première vague d'enquête a pris place en 2011 :

- mai 2011 : envoi d'un courrier aux 840 médecins généralistes installés en Limousin (remplaçants exclus) expliquant les objectifs du panel, le type de questions posées et l'indemnisation prévue (60 €), accompagné d'un coupon-réponse et d'une enveloppe T pour ceux qui souhaitaient se porter volontaires, sachant qu'un panel de 100 volontaires était escompté.
- juin 2011 : **159 médecins se portent volontaires** (19%, soit près de 1 médecin généraliste sur 5 du Limousin).
- novembre 2011 : envoi aux 159 volontaires d'un cahier contenant d'une part le questionnaire "*médecin*", d'autre part une liasse de 30 fiches "*patients*". Il était demandé aux volontaires de choisir un jour d'enquête dans la semaine du 21 au 27 novembre (jour choisi par le praticien de manière à refléter son activité habituelle).
- décembre 2011 et janvier 2012 : réception de **96 cahiers** (60% des médecins volontaires ont effectivement participé). Le taux de participation effective rapporté à l'ensemble des médecins généralistes libéraux du Limousin est de **11,4%** (soit près d'un praticien sur 9).
- Au total, **1 886 fiches "patients"** ont été renseignées (soit une moyenne de 19,6 patients par médecin).

Le présent rapport expose les résultats du volet "patients" de la première vague du baromètre. Le rapport exposant les résultats du volet "médecins" a été publié en septembre 2012.

RÉSULTATS

I- CARACTÉRISTIQUES DE LA PATIENTÈLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Un panel de 96 médecins (1 sur 9 parmi ceux exerçant en Limousin représentatif de la profession en termes d'âge, de sexe, d'habitat -urbain/mixte/rural- (voir volet 1 du baromètre) – Fig. 1.
- **1886 patients** de 3 ans ou plus inclus par les médecins participants, soit une moyenne de **19,6 patients** vus au cabinet le jour de l'enquête.
- Une patientèle dont les caractéristiques, par nature, diffèrent de la population générale : **plus féminine** (57% contre 52% dans la réalité) et sensiblement **plus âgée** avec un âge médian de 51 ans (les moins de 2 ans étant exclus) : les 60 ans ou plus représentent 41% de cette patientèle (contre 30% dans la population générale limousine des plus de 2 ans), les 75 ans ou plus sont 18% (contre 13%) – Fig. 2 & 3.
- Une localisation géographique de la patientèle étudiée parfaitement conforme à la réalité démographique régionale : 45% résident dans les 6 pôles urbains du Limousin (villes-centres et banlieues), 34% en milieu à dominante rurale (bourgs : 12% ou communes rurales : 22%), les autres habitent en milieu péri-urbain – Fig. 7.
- Un tiers-payant intégral au titre d'une **affection de longue durée (ALD) pour plus du tiers des patients (37%)** – chiffre évidemment plus élevé que celui relevé en population générale chez les plus de 2 ans : 24%-, avec une proportion dépassant 50% entre 60 et 74 ans et dépassant 66% à partir de 75 ans – Fig. 9.
- Une **couverture maladie incomplète (absence de mutuelle) chez 4%** des patients, proportion culminant aux deux extrémités des âges (7% chez les moins de 30 ans [et même 8% chez les 25-29 ans] et près de 14% à partir de 90 ans) – Fig. 10.
- **7% des patients bénéficiant de la CMU** (ou de l'AME), proportion identique à celle relevée en population générale, nettement plus élevées chez les plus jeunes (16% avant 30 ans) et culminant à 20% entre 25 et 29 ans – Fig. 10.
- **7% des patients considérés en situation de précarité** par leur médecin, situation plus souvent décrite avant 60 ans et culminant à 12% chez les 40-49 ans – Fig. 8 & 11.
- **Une patientèle "fidélisée"** : le praticien est le médecin traitant du patient dans 84% des cas – Fig. 12.
- Conséquence de la structure d'âge des patientèles : les motifs de consultation relèvent aussi souvent d'un **trouble chronique** (44%) que d'une affection aiguë (47%), plus rarement d'un autre motif (prévention, contraception, certificat...) – Fig. 13.

Fig. 1. Distribution de l'échantillon de médecins participants par type de commune et comparaison à la réalité limousine 2011 (%)

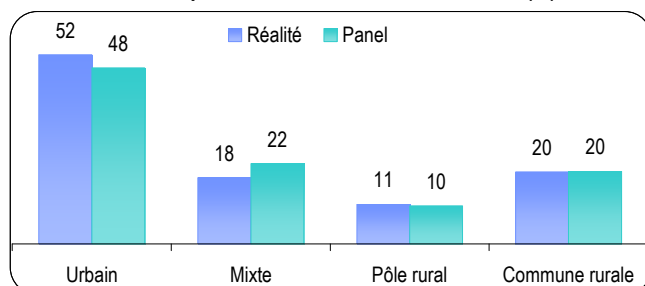


Fig. 2. Distribution des patients par sexe (n=1 886)

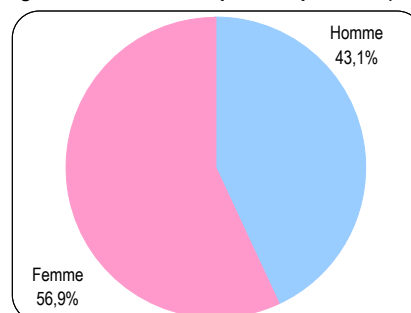
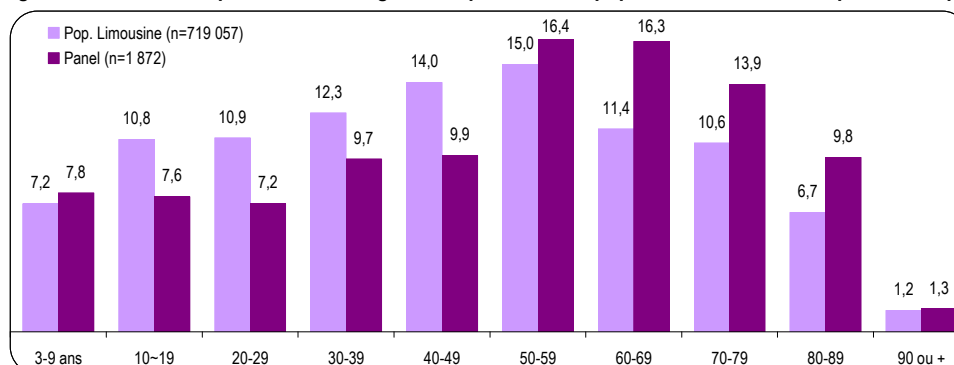


Fig. 3. Distribution des patients selon l'âge et comparaison à la population limousine des patients de plus de 2 ans (%)



Total (n=1 872) :
Moyenne = 50,7 ans
Min. 3,0 – Max. 99,3 – Méd. 54,4

Hommes (n=805) :
Moyenne = 51,0 ans
Min. 3,1 – Max. 99,3 – Méd. 56,5

Femmes (n=1 067) :
Moyenne = 50,5 ans
Min. 3,0 – Max. 98,6 – Méd. 52,8

Fig. 4. Distribution des patients selon l'activité (n=1 886)

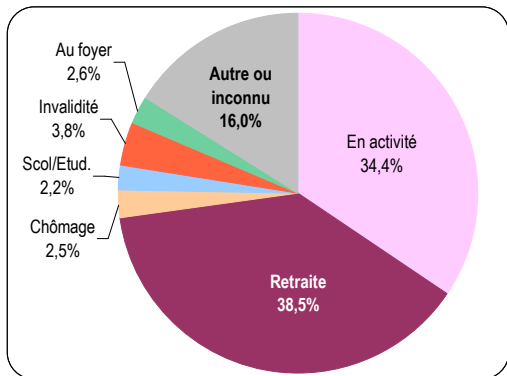


Fig. 5. Répartition de l'activité des patients selon le sexe

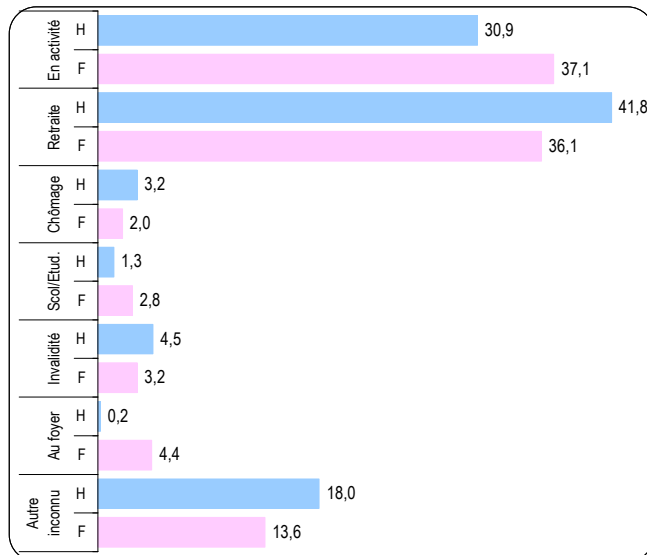


Fig. 6. Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle (CSP) - (%) - (n=1 886)

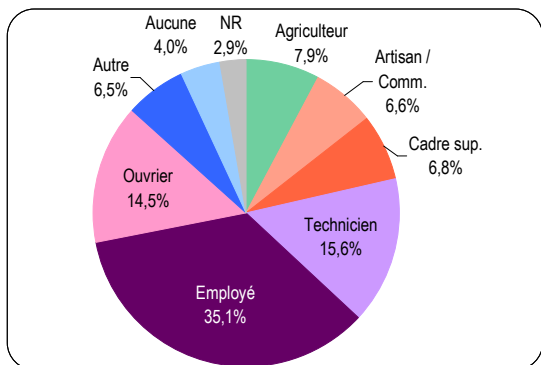


Fig. 7. Répartition des patients selon la localisation géographique du cabinet médical (n=1 886)

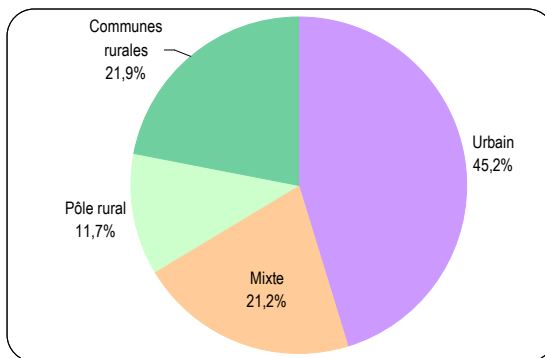


Fig. 8. Répartition des patients selon la situation financière estimée par le médecin (%)

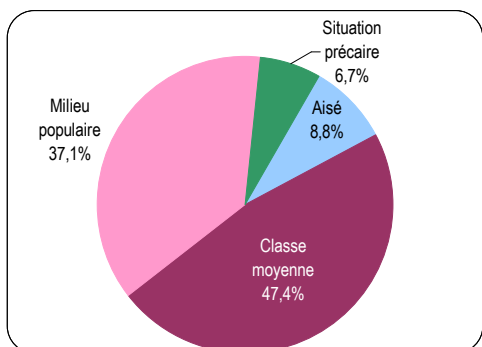


Fig. 9. Proportion de patients en affection de longue durée (ALD) selon la tranche d'âge (%) - (n=1 517) - (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

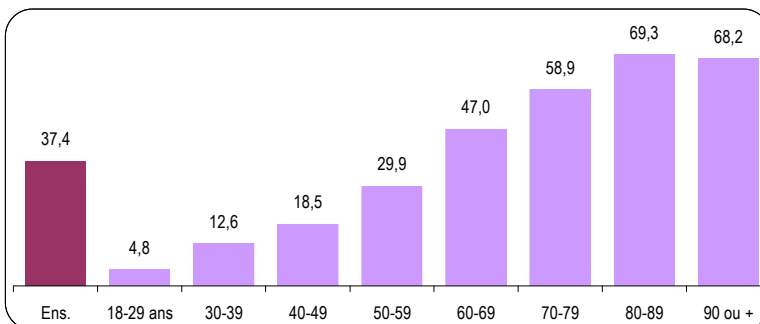


Fig. 10. Répartition des patients selon la couverture médicale et la tranche d'âge (%) (n = 1 746)
(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)



Fig. 11. Proportion de patients selon la situation financière et la tranche d'âge (%) (n = 1 831)

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

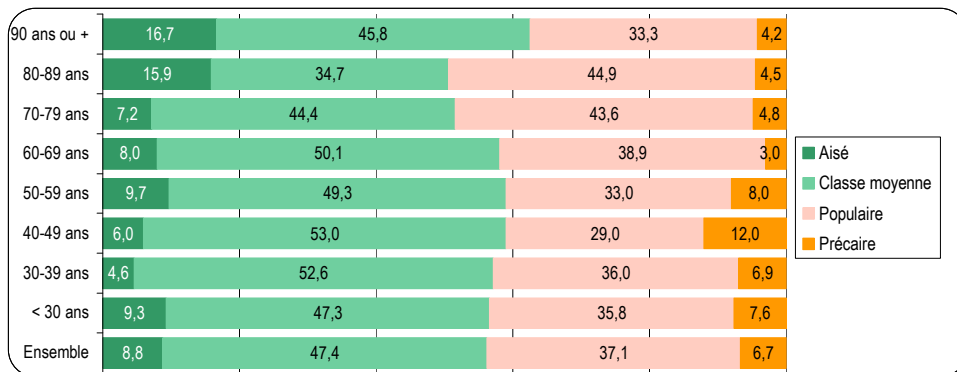


Fig. 12. Distribution des patients selon le type de suivi (n=1 870)

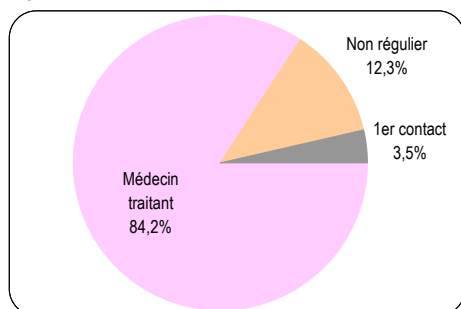
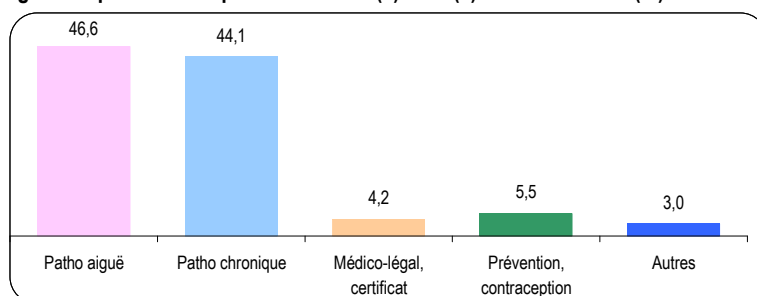


Fig. 13. Répartition des patients selon le(s) motif(s) de consultation (%)



II- COMPORTEMENTS, HYGIÈNE DE VIE, TRAVAIL ET CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

II-1. Consommation de tabac et d'alcool :

- **Tabac** : Chez les patients de 18 ans et plus, 20% de fumeurs, dont 15% de fumeurs quotidiens (17% chez les hommes et 14% chez les femmes) avec une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée chez les femmes que chez les hommes entre 30 et 39 ans (28% contre 22%) et pratiquement identique à celle des hommes entre 40 et 49 ans (26% contre 27%) – Fig. 14, 15 & 16. L'écart important relevé chez les 18-30 ans (38% chez les hommes et seulement 24% chez les femmes) pourrait en partie s'expliquer par les grossesses en cours – Fig. 16.
- Une tentative d'arrêt de la consommation de tabac au cours des 12 derniers mois chez près d'un fumeur sur 4 (22%), tentatives plus souvent relevées chez les femmes (24% contre 20%), en particulier chez les 18-29 ans (35% contre 21%) et chez les 30-39 ans (27% contre 18%), écart là encore probablement en rapport avec les grossesses en cours – Fig. 17.
- **Alcool** : De l'avis de leur médecin, parmi les patients adultes, la moitié de non consommateurs (51%) et plus du quart (27%) de consommateurs occasionnels (au maximum une fois par semaine). Parmi les 22% restants, 11% de consommateurs quotidiens, dont plus de 4% qui consomment au moins trois verres tous les jours – Fig. 18.
- Une proportion de non consommateurs deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (65% contre 32%), celle de consommateurs occasionnels étant pratiquement identique (26% contre 29%). Par contre, des consommations plus régulières beaucoup plus souvent relevées chez les hommes (recours pluri-hebdomadaire chez 18% des hommes et 6% des femmes, recours quotidien chez 22% des hommes et 3% des femmes) – Fig. 19.
- Chez les hommes, une consommation quotidienne d'alcool très rare chez les plus jeunes et qui ne commence à se développer qu'à partir de 40 ans (11% chez les 40-49 ans) et surtout à partir de 50 ans (plus de 25% à partir de cet âge) – Fig. 20.
- Une pratique de consommation ponctuelle excessive d'alcool (6 verres ou plus en une même occasion au cours des 12 derniers mois) retrouvée chez 15% des patients adultes, assez rare cependant (1 fois par mois au maximum) chez près de 10 %, plus fréquente (au moins une fois par semaine) chez 5% - Fig. 21. Une pratique très masculine (27% contre 6% chez les femmes) et qui, chez les hommes, culmine chez les moins de 30 ans (39%) et chez les 50-59 ans (44%) – Fig. 22.
- Un patient adulte sur 20 (5%) présentant, de l'avis du médecin, un problème avec l'alcool (9% des hommes et 2% des femmes), proportion culminant, chez les hommes comme chez les femmes, entre 50 et 59 ans (respectivement 16% et 5%) – Fig. 23 & 24.

Fig. 14. Répartition des patients de 18 ans ou plus selon le statut tabagique (n=1 601)

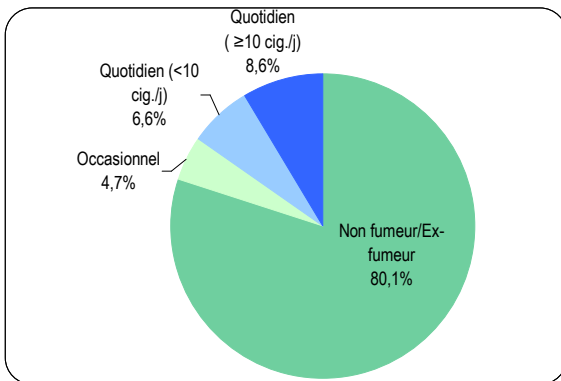


Fig. 15. Statut tabagique des patients de 18 ans ou plus selon le sexe (%)

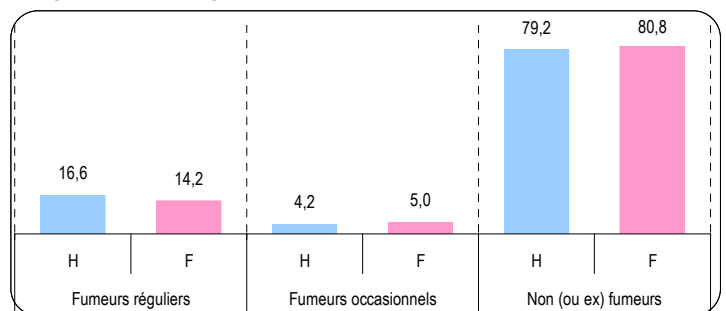


Fig. 16. Proportion de fumeurs quotidiens selon l'âge et le sexe (%) – Patients de 18 ans ou plus

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

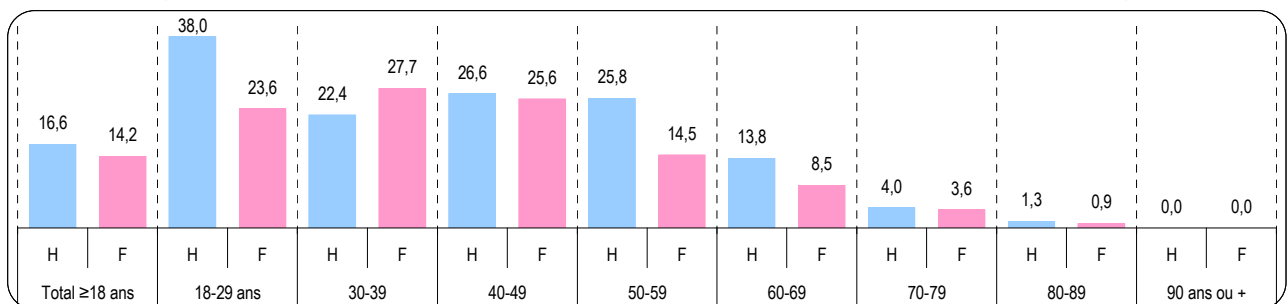


Fig. 17. Proportion de fumeurs ayant effectué une tentative d'arrêt au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (%)
Patients de 18 ans ou plus

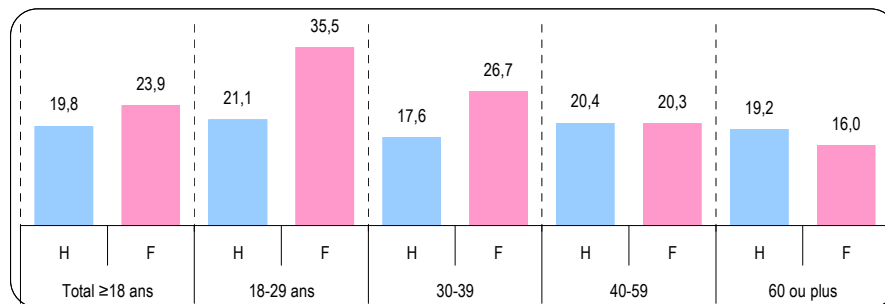


Fig. 18. Répartition des patients de 18 ans ou plus selon la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois -%- (n=1 595)

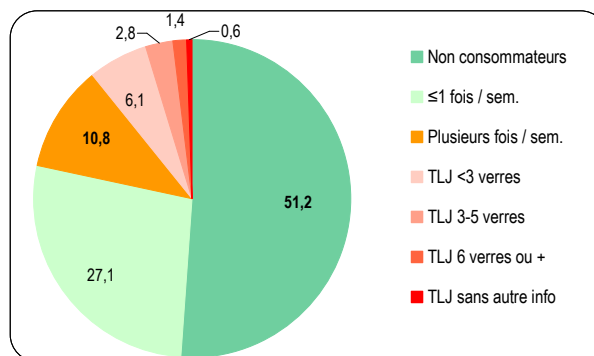


Fig. 19. Consommation d'alcool des patients de 18 ans ou plus selon le sexe (%)

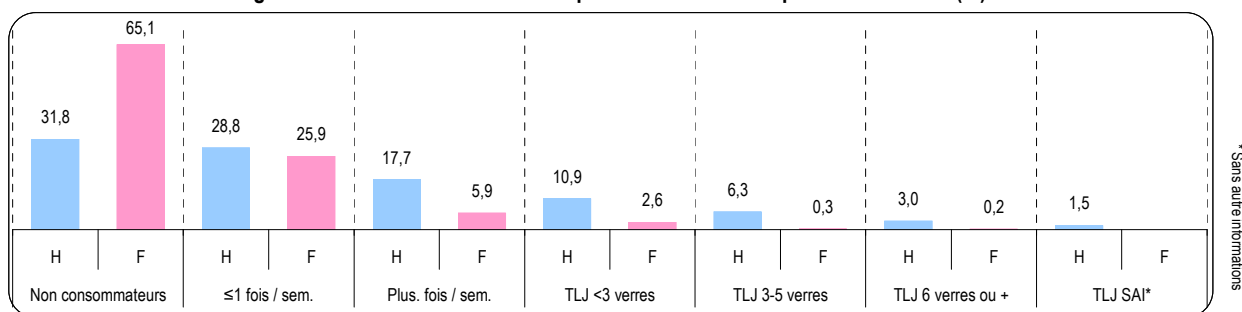


Fig. 20. Proportion de patients de 18 ans ou plus consommant de l'alcool quotidiennement selon le sexe et l'âge (%)
(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

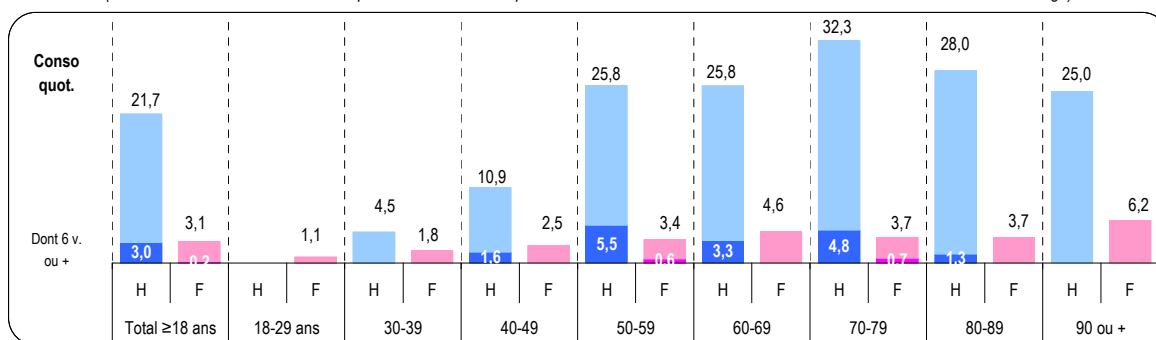


Fig. 21. Fréquence de consommation ponctuelle excessive d'alcool chez les patients de 18 ans ou plus -%- (n=1 510) –
(6 verres ou plus en une même occasion au cours des 12 derniers mois)

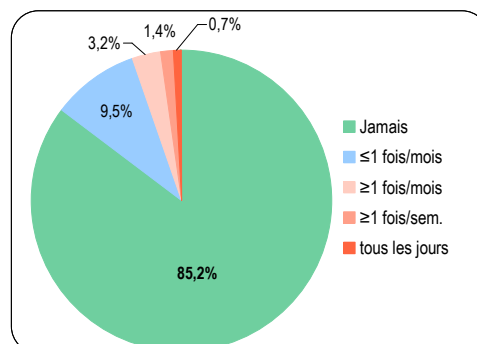


Fig. 22. Proportion de consommateurs ponctuels excessifs selon le sexe et l'âge – Patients de 18 ans ou plus - % -
(6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois au cours des 12 derniers mois)

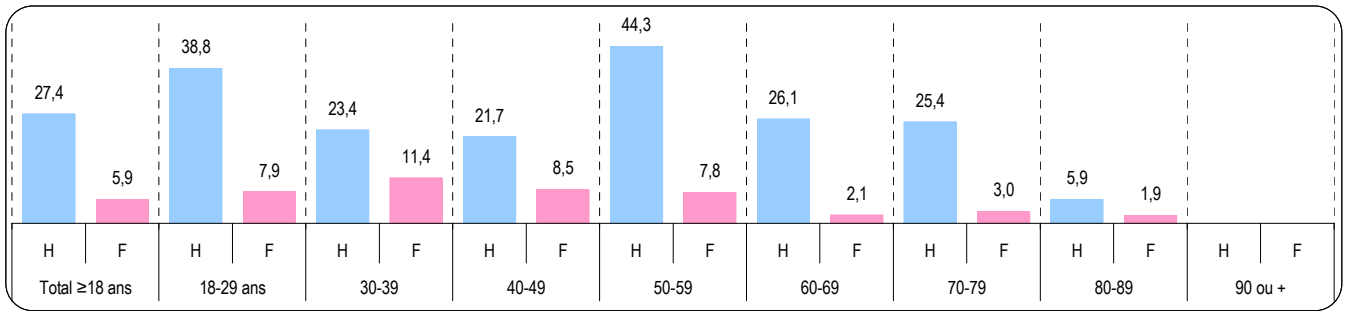


Fig. 23. Proportion de patients de 18 ans ou plus ayant un problème avec l'alcool d'après l'avis du médecin -%- (n=1 497)

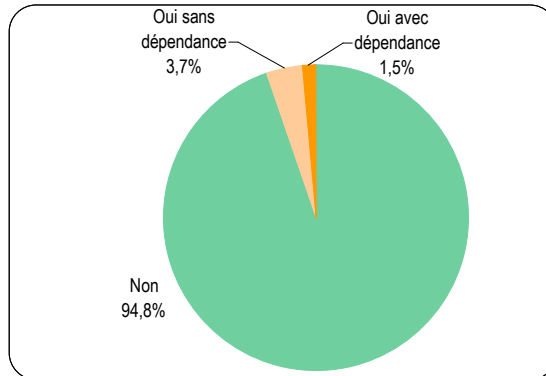
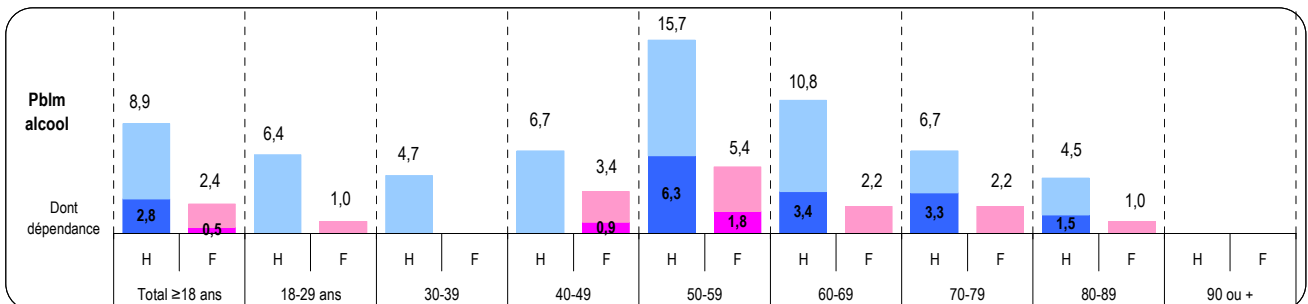


Fig. 24. Proportion de patients de 18 ans ou plus ayant un problème avec l'alcool selon le sexe et l'âge - %
(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)



II-2. Alimentation, exercice physique et surcharge pondérale :

- **Près de la moitié des patients (46%) en surcharge pondérale (IMC ≥ 25) et près d'un sur six (18%) présentant une obésité (IMC ≥ 30)** – Fig. 25, avec, comme classiquement décrit, une prévalence de la surcharge pondérale plus élevée chez les hommes que chez les femmes (respectivement 52% et 42%) alors que la prévalence de l'obésité est strictement identique pour les deux sexes. L'écart homme/femme est retrouvé à tous les âges sauf aux deux extrémités de la vie. Chez les hommes, la prévalence de la surcharge pondérale croît régulièrement jusqu'à 70-79 ans pour atteindre 73%, tandis que chez les femmes, elle augmente sensiblement entre 40 et 50 ans et se maintient ensuite aux environs de 50%. Quant à l'obésité, elle se manifeste en proportion significative à un âge assez précoce chez les femmes (dès 20-29 ans : 14%) alors que chez les hommes, ce n'est que vers la quarantaine (17%). A partir de 50 ans, les proportions sont relativement voisines pour les deux sexes (aux environs de 26% chez les hommes et de 23% chez les femmes). Chez l'ensemble des adultes (18 ans ou plus), 20% sont obèses : obésité modérée pour 13,6%, obésité sévère pour 3,5% et obésité morbide pour 2,6%.
- Chez les enfants comme chez les adultes, une prévalence de la surcharge pondérale **liée au statut social** et presque toujours plus importante chez les ouvriers et employés que chez les cadres et professions intermédiaires, il en va de même de la prévalence de l'obésité, hormis chez les moins de 20 ans – Fig. 26.
- Chez les adultes, une prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité **plus faible en milieu urbain**, plus élevée en milieu péri-urbain, tandis que les pôles ruraux (petites villes, bourgs) et les communes rurales sont en situation intermédiaire – Fig. 27.
- Une **attention portée à l'alimentation** par 63% des patients (67% des femmes et 51% des hommes), celle-ci étant forte (voire quelquefois excessive) chez 18% d'entre eux (16% des hommes et 20% des femmes) – Fig. 29 & 30. Quel que soit l'âge, l'écart est net entre les deux sexes, il est maximum entre 20 et 29 ans mais demeure important jusqu'à 70 ans, avant de se réduire – Fig. 31.
- 51% des hommes et 63% des femmes considérés comme **assez peu, voire très peu actifs sur le plan physique** (15% d'hommes et 21% de femmes étant jugés parfaitement sédentaires – Fig. 34). La proportion de personnes modérément actives ou sédentaires dépasse 50% dès la tranche d'âge de 20-29 ans chez les femmes et dès la quarantaine chez les hommes. Parmi elles, la part de vrais sédentaires demeure relativement faible chez les femmes jusqu'à 60 ans et chez les hommes jusqu'à 70 ans – Fig. 35 & 36).

Fig. 25. Proportion de patients de 3 ans ou plus en surcharge pondérale (dont obésité) selon l'âge et le sexe
(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

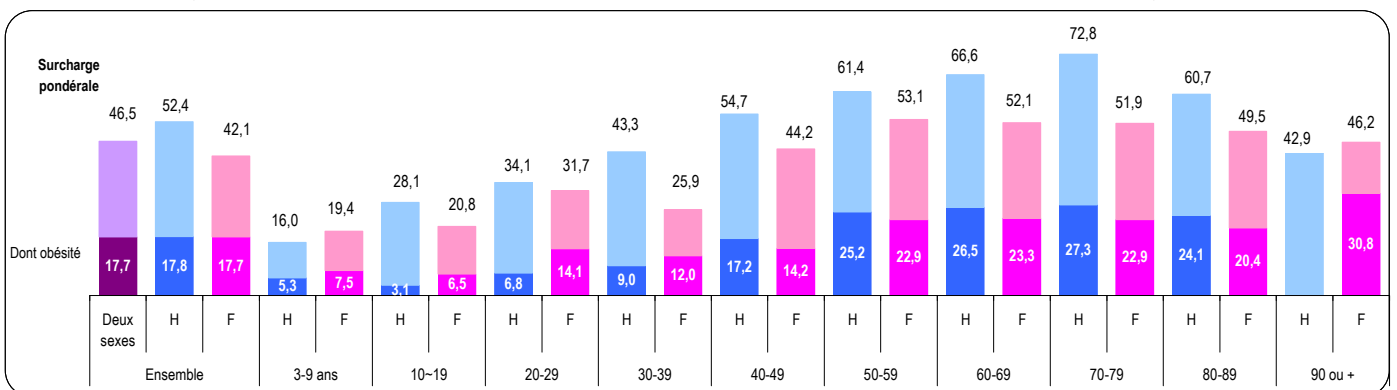


Fig. 26. Proportion de patients en surcharge pondérale (dont obésité) selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle

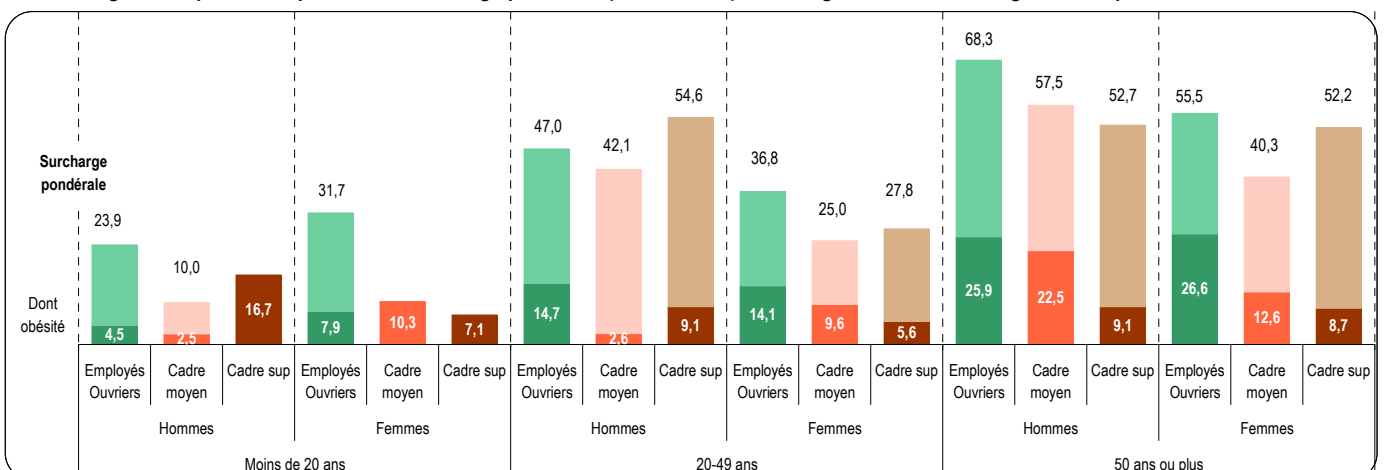


Fig. 27. Proportion de patients en surcharge pondérale (dont obésité) selon le type de commune du cabinet

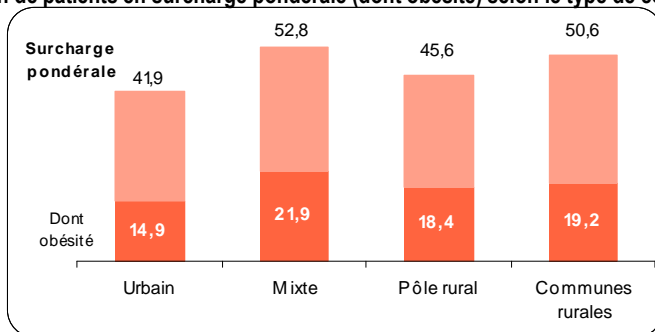


Fig. 28. Proportion de patients en surcharge pondérale (dont obésité) selon l'âge, le sexe et le type de commune du cabinet

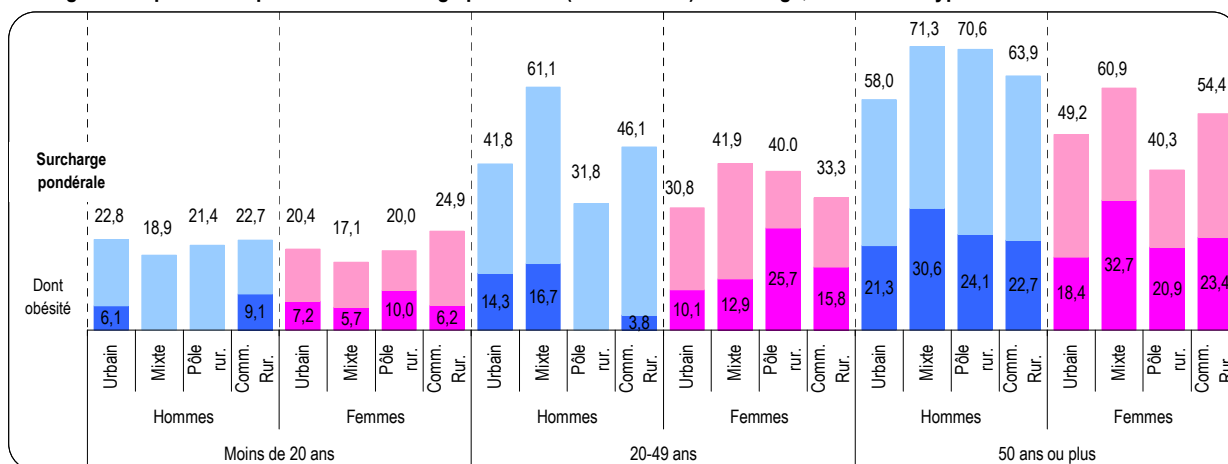


Fig. 29. Répartition des patients selon l'attention portée à leur alimentation -%- (n=1839)

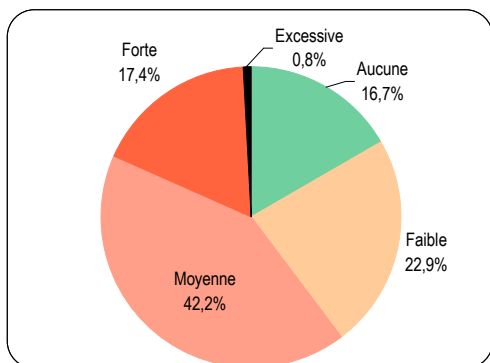


Fig. 30. Répartition des patients selon l'attention portée à leur alimentation selon le sexe -%-

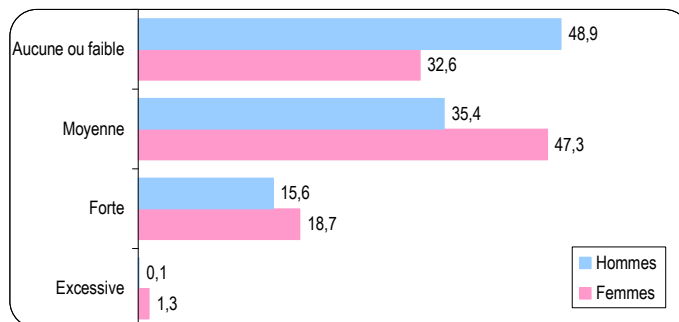


Fig. 31. Proportion de patients portant attention à leur alimentation selon l'âge et le sexe

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

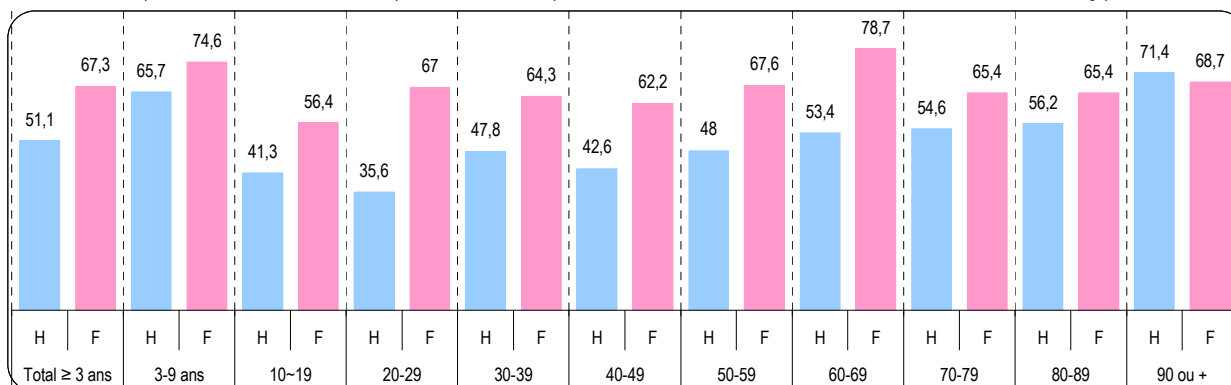


Fig. 32. Proportion de patients portant attention à leur alimentation selon le statut pondéral

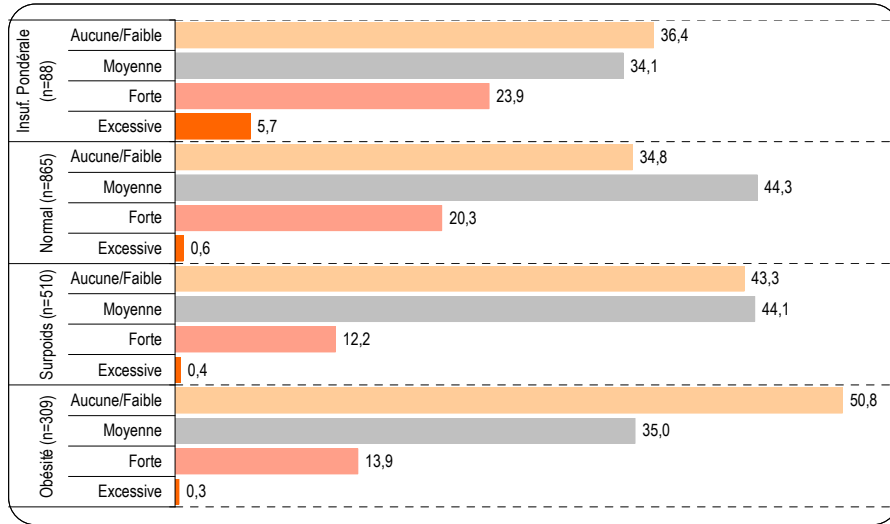


Fig. 33. Répartition des patients selon l'activité physique pratiquée -%- (n=1873)

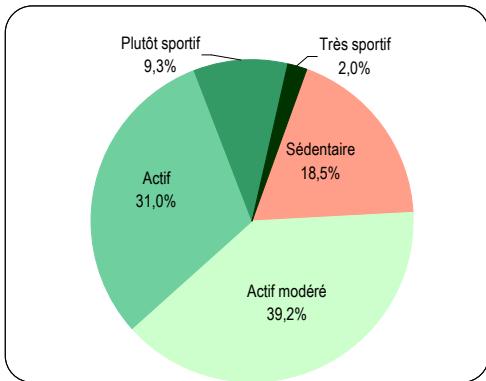


Fig. 34. Répartition des patients selon l'activité physique pratiquée et selon le sexe -%-

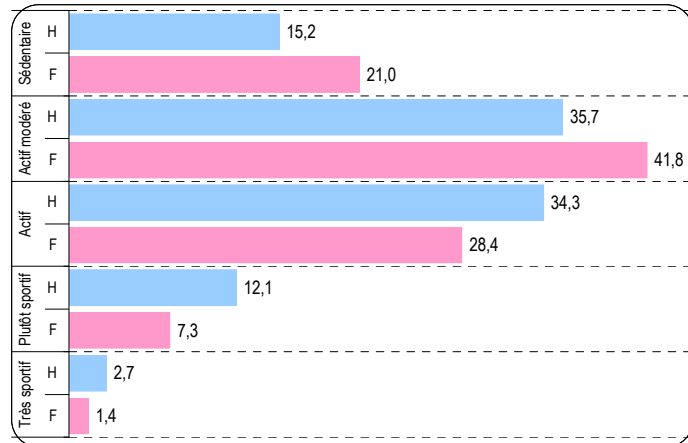


Fig. 35. Répartition des patients selon l'activité physique pratiquée et selon l'âge -%-

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

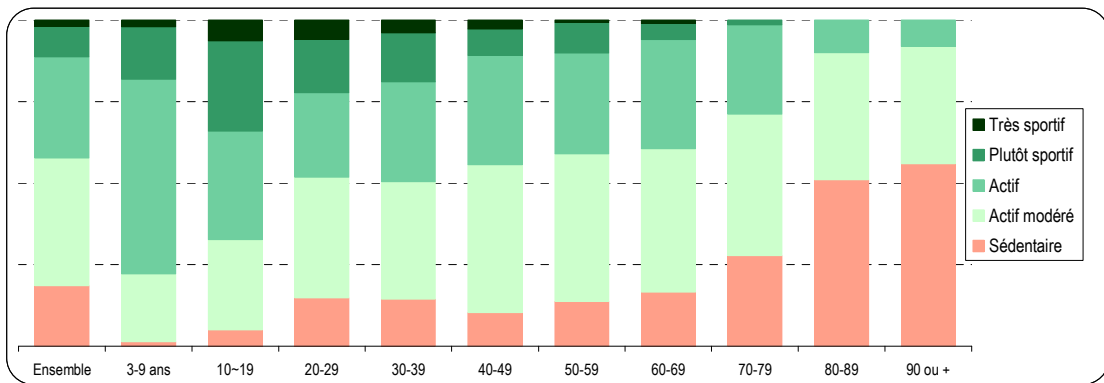
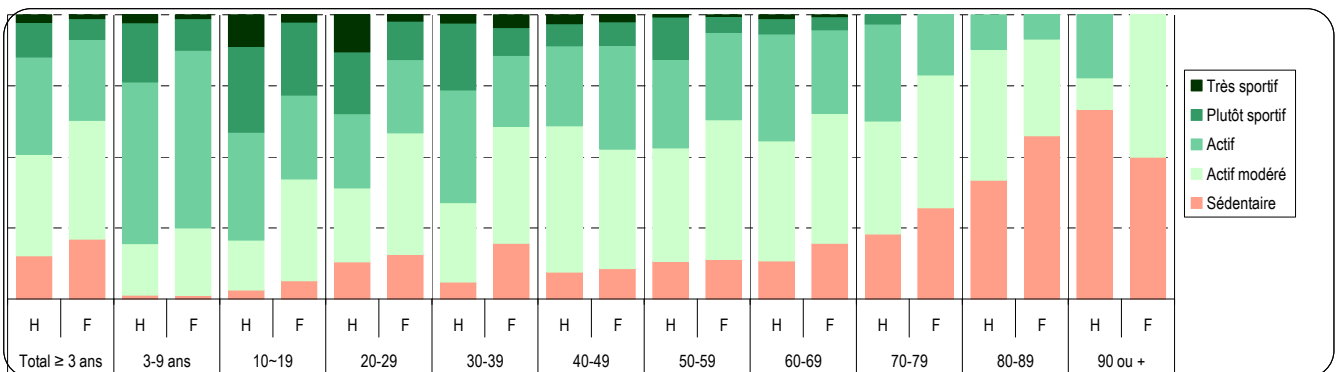


Fig. 36. Répartition des patients selon l'activité physique pratiquée, l'âge et le sexe -%-

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)



II-3. Troubles ou pathologies en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie :

- **Des troubles du métabolisme lipidique relevés chez 36% des patients adultes** (46% des hommes et 28% des femmes – Fig. 37), avec, dans 16% des cas, une simple perturbation métabolique modérée, mais dans plus de la moitié des cas un trouble avéré (19% des patients, soit 28% des hommes et 14% des femmes) ayant quelquefois atteint le stade des complications (1% des consultants). Une progression importante en fonction de l'âge – Fig. 38 : près de 20% à la quarantaine (troubles avérés, voire compliqués, chez 10% des patients), près de 40% à la cinquantaine (troubles avérés chez 20%), près de 50% à la soixantaine (troubles avérés chez 30%) et près de 60% entre 70 et 80 ans (troubles avérés chez 35%).
- **Des troubles du métabolisme glucidique retrouvés chez 17% des consultants adultes** (22% des hommes et 13% des femmes – Fig. 37), avec, dans 7% des cas une perturbation métabolique modérée, mais chez 10% des patients (14% des hommes et 8% des femmes), un diabète avéré, ayant quelquefois atteint le stade des complications (1% des consultants). Une progression importante en fonction de l'âge (pour le moins jusqu'à 80 ans – Fig. 38) : 7% à la quarantaine (troubles avérés, voire compliqués, chez 4%), 16% à la cinquantaine (troubles avérés chez 10%), 24% à la soixantaine (troubles avérés chez 14%), 31% entre 70 et 80 ans (troubles avérés chez 21%) et 22% entre 80 et 90 ans (troubles avérés chez 11%).
- **Des troubles de la tension artérielle relevés chez 39% des patients adultes** (45% des hommes et 34% des femmes – Fig. 37), avec, dans 11% des cas une perturbation métabolique modérée, mais chez 28% des patients (32% des hommes et 25% des femmes), une hypertension artérielle avérée, ayant quelquefois atteint le stade des complications (2% des consultants). Ici encore, une progression très marquée en fonction de l'âge : 11% à la quarantaine (troubles avérés, voire compliqués, chez 7%), 38% à la cinquantaine (troubles avérés chez 29%), 50% à la soixantaine (troubles avérés chez 33%), 65% entre 70 et 80 ans (troubles avérés chez 49%) et 74% entre 80 et 90 ans (troubles avérés chez 53%) – Fig. 38.
- **Une pathologie cardio-vasculaire relevée chez 12% des consultants adultes** – Fig. 42 (de 1% chez les moins de 40 ans à 14% à la soixantaine, 24% chez les septuagénaires et 29% chez les octogénaires), avec une très nette prédominance masculine dès l'âge de 50 ans – Fig. 43.
- **3% des patients adultes porteurs d'une affection cancéreuse** – Fig. 42, sans grande évolution entre 50 et 90 ans (de 3% à 7%) avec, là encore, une nette prédominance masculine – Fig. 44.
- **6% des patients adultes porteurs d'une bronchite chronique obstructive** – Fig. 42, chiffres se situant dans un rapport hommes / femmes supérieur à 3 et évoluant de 4% chez les quadragénaires à 10% après 80 ans – Fig. 45.

Fig. 37. Proportion de patients de 18 ans ou plus présentant certains troubles en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie et stade évolutif du trouble

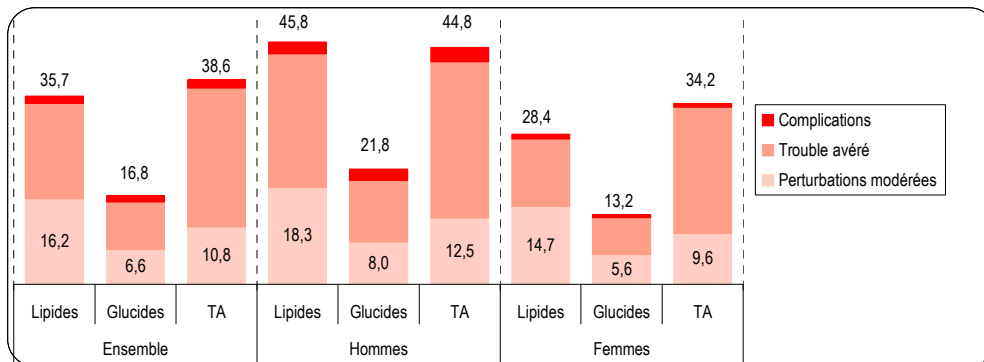


Fig. 38. Evolution selon l'âge de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant certains troubles en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie et stade évolutif du trouble

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

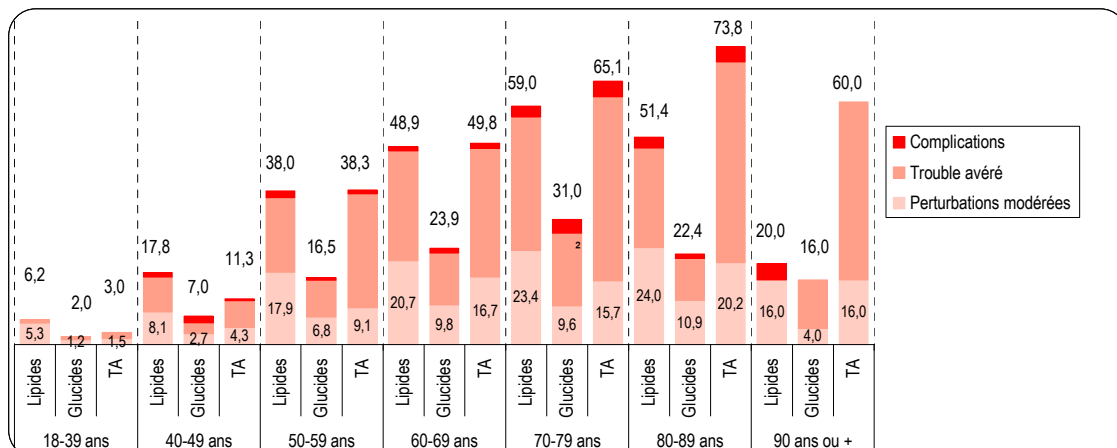


Fig. 39. Evolution selon l'âge et le sexe de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant un trouble lipidique et stade évolutif du trouble
 (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

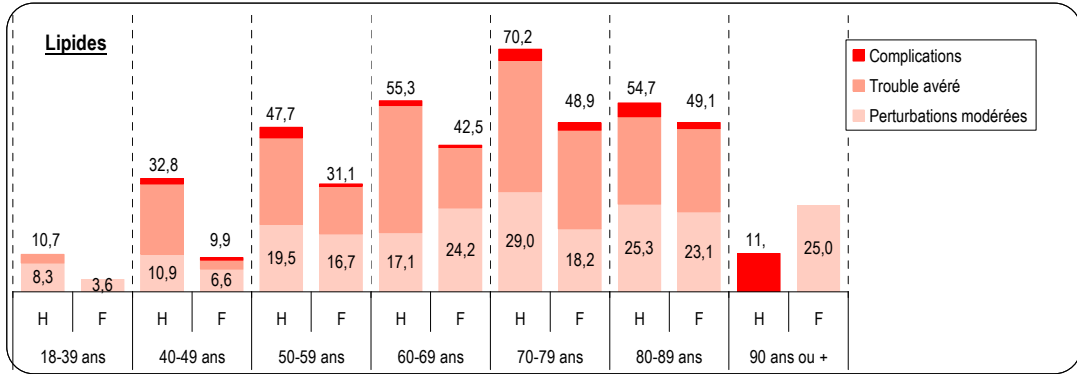


Fig. 40. Evolution selon l'âge et le sexe de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant un trouble du métabolisme glucidique et stade évolutif du trouble
 (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

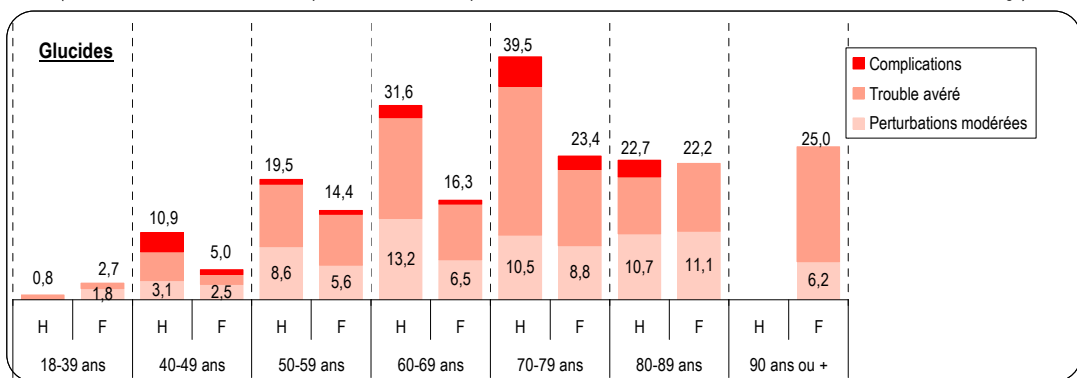


Fig. 41. Evolution selon l'âge et le sexe de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant un trouble de la tension artérielle et stade évolutif du trouble
 (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

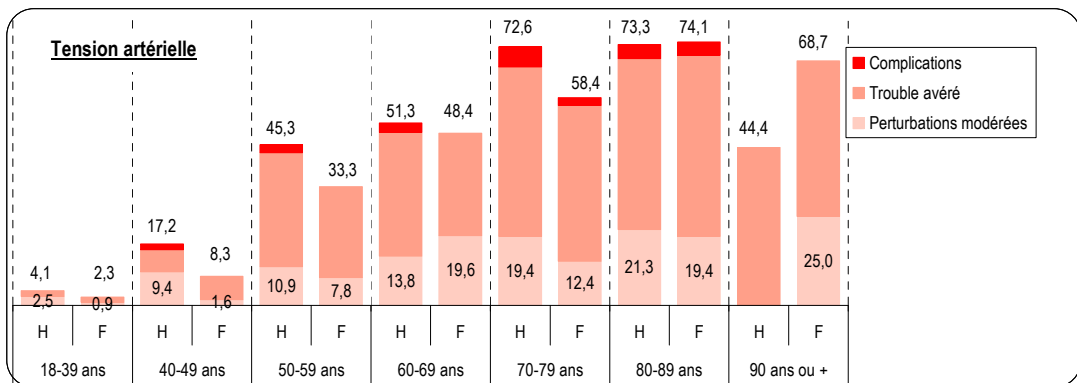


Fig. 42. Evolution selon l'âge de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant une pathologie en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie
 (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

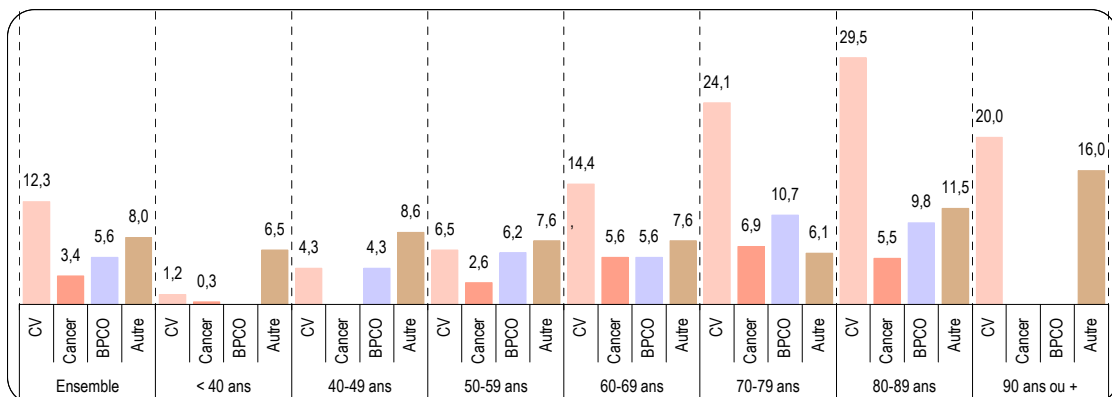


Fig. 43. Evolution selon l'âge et le sexe de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant une affection cardio-vasculaire en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

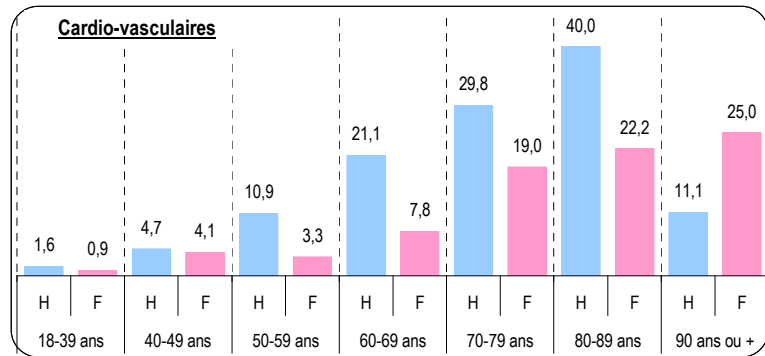


Fig. 44. Evolution selon l'âge et le sexe de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant une affection cancéreuse en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

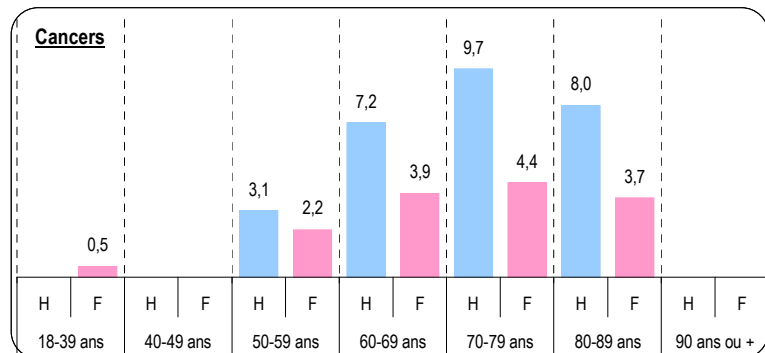


Fig. 45. Evolution selon l'âge et le sexe de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant une broncho-pneumopathie chronique obstructive en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

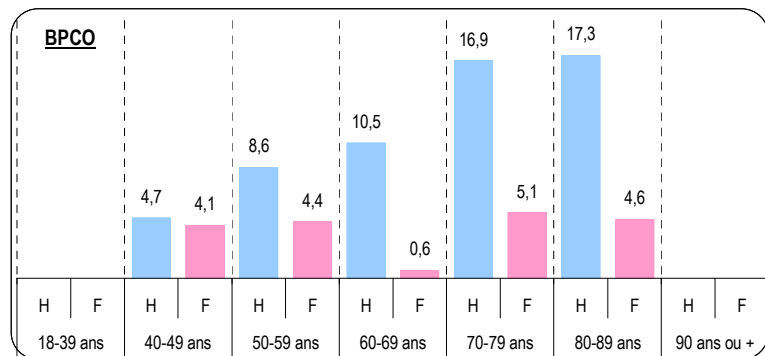
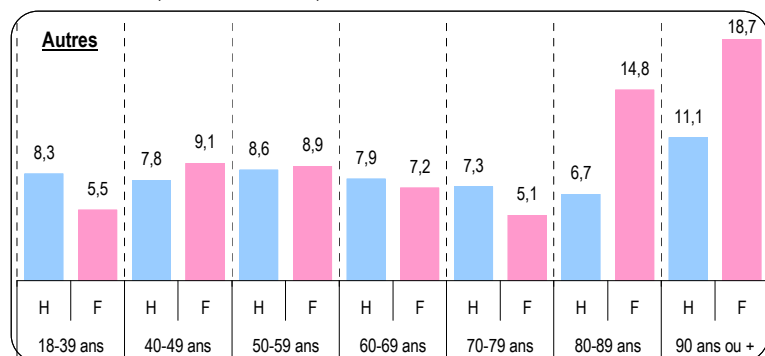


Fig. 46. Evolution selon l'âge et le sexe de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant une autre affection en lien possible avec les comportements et l'hygiène de vie

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)



II-4. Troubles ou pathologies en lien possible avec le travail :

- Des troubles en lien possible avec le travail décelés par le médecin chez 15% des patients âgés de 18 ans ou plus (proportion pratiquement identique dans les deux sexes – Fig. 48), qu'il s'agisse de troubles organiques (5% des patients, soit 7% des hommes et 4% des femmes) ou de troubles d'ordre psychique ou liés au stress (10%, soit 8% des hommes et 11% des femmes).
- Chez les hommes, des troubles organiques en lien avec le travail repérés chez 10% des patients de moins de 60 ans et persistant chez 6% des 60-80 ans ; des troubles psychiques (incluant le stress) notés chez 12% des moins de 60 ans et 7% des 60-69 ans – Fig. 49.
- Chez les femmes, des troubles organiques en lien avec le travail retrouvés chez 6% des patientes avant 60 ans et persistant chez 4% des 60-69 ans ; des troubles psychiques notés par le médecin chez 18% des patientes avant 60 ans et chez 4% entre 60 et 69 ans – Fig.50.

Fig. 47. Evolution selon l'âge de la proportion de patients de 18 ans ou plus présentant des troubles en lien possible avec le travail selon l'âge

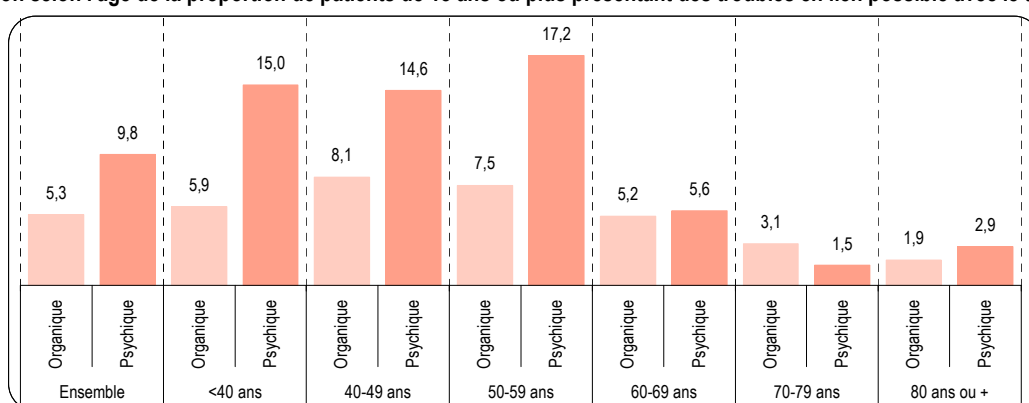


Fig. 48. Proportion de patients de 18 ans ou plus présentant des troubles en lien possible avec le travail selon le sexe

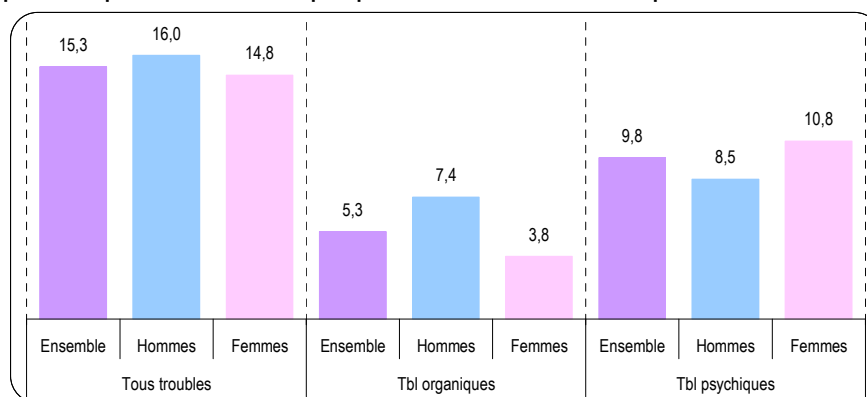


Fig. 49. Proportion de patients de 18 ans ou plus de sexe masculin présentant des troubles en lien possible avec le travail selon l'âge

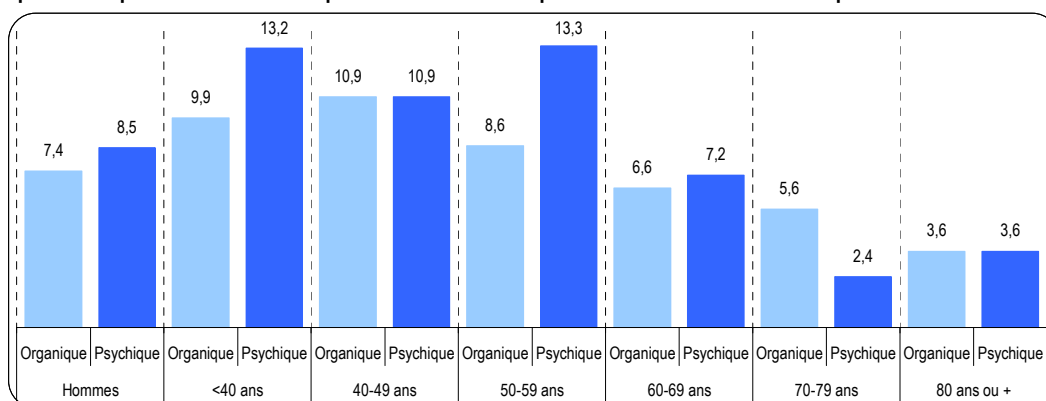
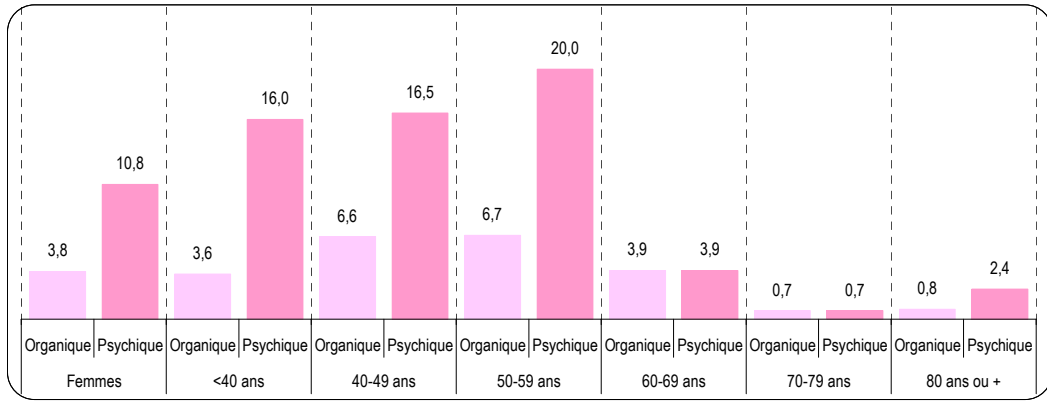


Fig. 50. Proportion de patients de 18 ans ou plus de sexe féminin présentant des troubles en lien possible avec le travail selon l'âge



III- USAGE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

- Une consommation d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs au cours de 12 mois écoulés chez 35% des patients de 18 ans ou plus (41% des femmes et 26% des hommes) – Fig. 51.
- Un patient sur 3 (31%) traité par anxiolytiques au cours des 12 derniers mois (37% des femmes et 23% des hommes), la moitié d'entre eux (16%) en faisant un usage au long cours (18% des femmes et 12% des hommes) – Fig. 52.
- A partir de la cinquantaine, une consommation d'anxiolytiques deux fois plus répandue chez les femmes que chez les hommes (écart plus faible avant cet âge) et qui concerne déjà 18% des femmes de moins de 30 ans, proportion progressant jusqu'à environ 45% des patientes entre 50 et 90 ans (plus d'une fois sur deux, soit environ 25% des cas à ces âges, il s'agit d'une consommation régulière) – Fig. 53.
- Une proportion de patients masculins traités par anxiolytiques relativement stable entre 30 et 90 ans (entre 21% et 26%, dont 10% à 17% de consommateurs réguliers).
- Un patient sur 5 (20%) traité par antidépresseurs au cours des 12 derniers mois (23% des femmes et 16% des hommes), avec une consommation au long cours chez 16% (18% des femmes et 13% des hommes) – Fig. 54.
- Une consommation d'antidépresseurs voisine dans les deux sexes entre 30 et 50 ans (entre 15% et 18%) ou encore après 80 ans (entre 20% et 22%) mais qui, par contre, accuse une très nette prédominance féminine entre 50 et 80 ans, tranches d'âge où cette consommation culmine chez les femmes (jusqu'à 34% des patientes entre 50 et 59 ans).
- Une proportion de patients masculins traités par antidépresseurs parfaitement stable entre 30 et 90 ans (entre 16% et 20%, dont 12% à 14% de consommateurs réguliers).

Fig. 51. Proportion de patients de 18 ans ou plus ayant consommé des anxiolytiques ou des antidépresseurs au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge

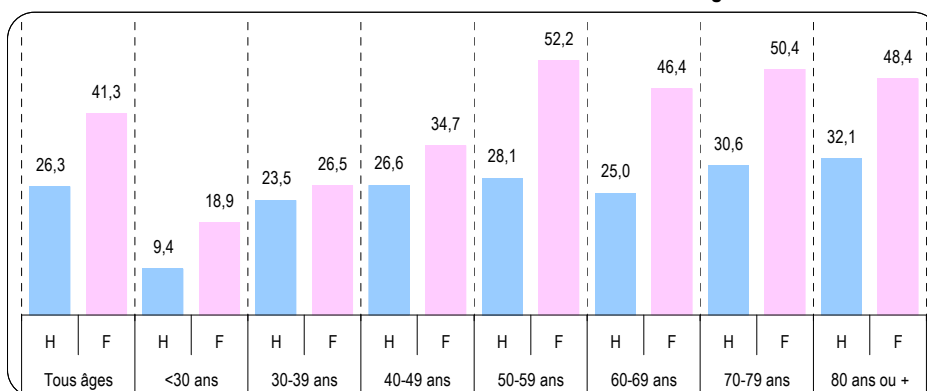


Fig. 52. Proportion de patients de 18 ans ou plus ayant consommé des anxiolytiques ou des antidépresseurs au cours des douze derniers mois selon l'âge, le type de médicaments et le type de consommation

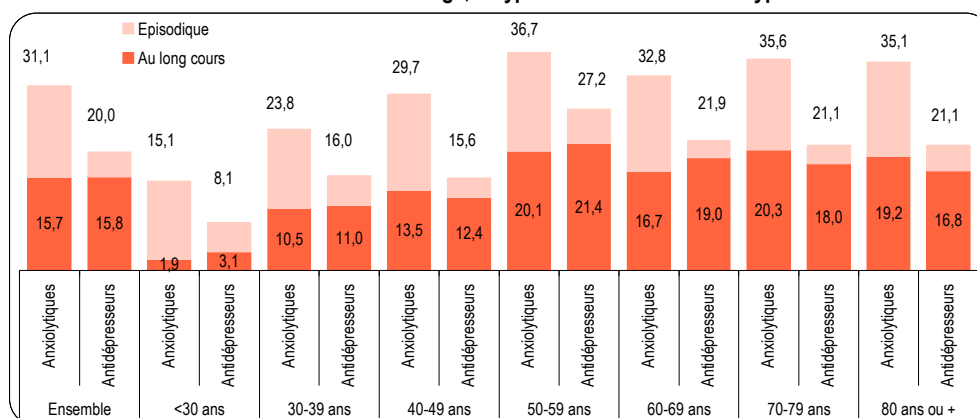


Fig. 53. Proportion de patients de 18 ans ou plus ayant consommé des anxiolytiques au cours des douze derniers mois selon l'âge, le sexe et le type de consommation

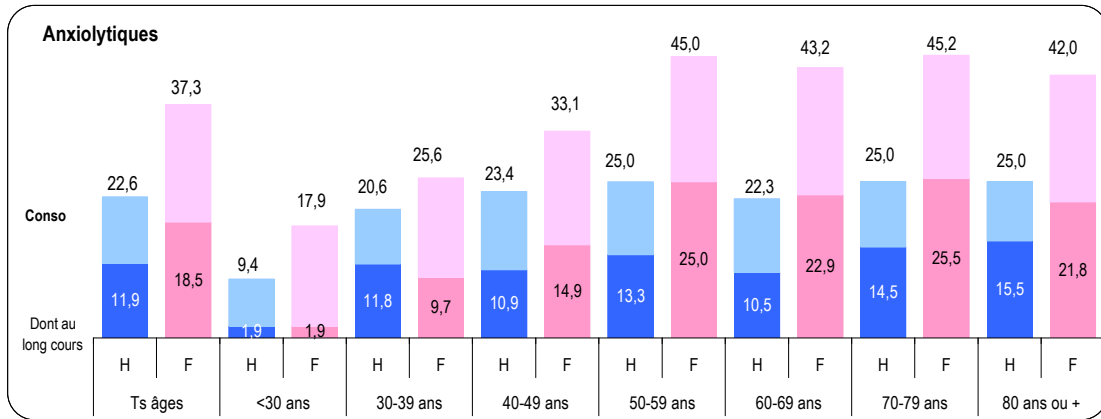
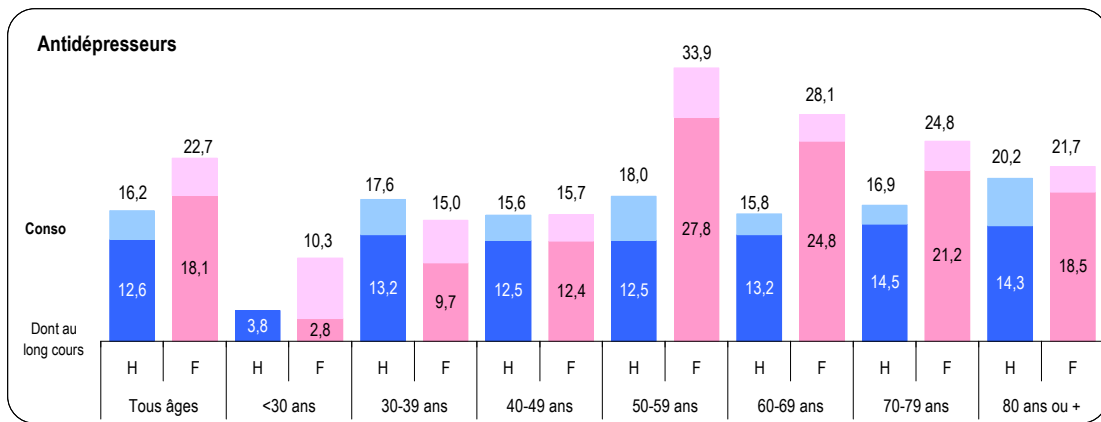


Fig. 54. Proportion de patients de 18 ans ou plus ayant consommé des antidépresseurs au cours des douze derniers mois selon l'âge, le sexe et le type de consommation



IV- PREVENTION PRIMAIRE ET PREVENTION SECONDAIRE

IV-1. Prévention primaire (vaccination) :

- Une excellente couverture vaccinale contre la rougeole avant 20 ans (de l'ordre de 97%), s'abaissant ensuite (80% entre 20 et 24 ans, 57% entre 25 et 29 ans) – Fig. 55.
- 78% des patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe, proportion dépassant même 85% chez les octogénaires, plus faible en revanche avant 70 ans (64%) et après 90 ans (71%, chiffre à considérer avec prudence en raison de la faiblesse de l'effectif de cette classe d'âge) – Fig. 56. Des chiffres comparables chez les femmes et chez les hommes (respectivement 79% et 76%) et sans relation significative avec la catégorie socio-professionnelle – Fig. 57.

Fig. 55. Proportion de patients de moins de 30 ans vaccinés contre la rougeole selon l'âge

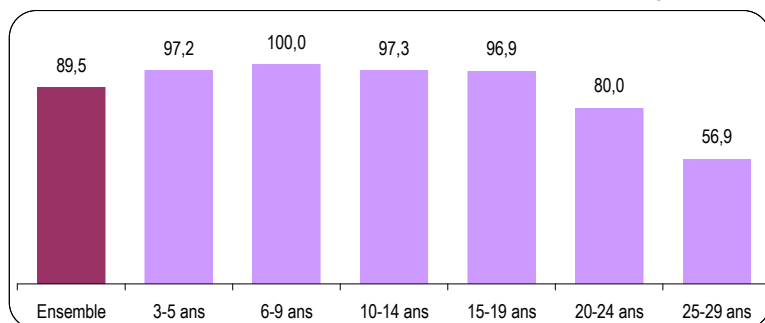
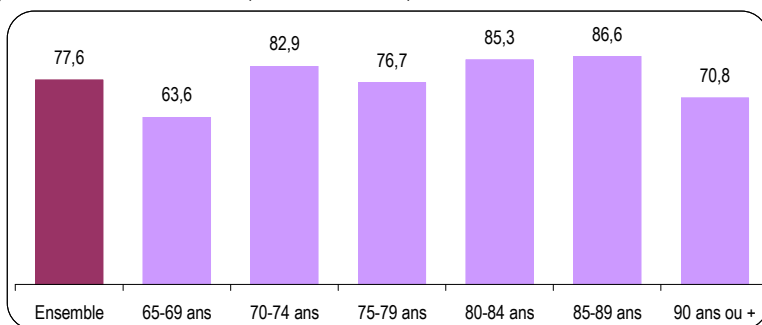


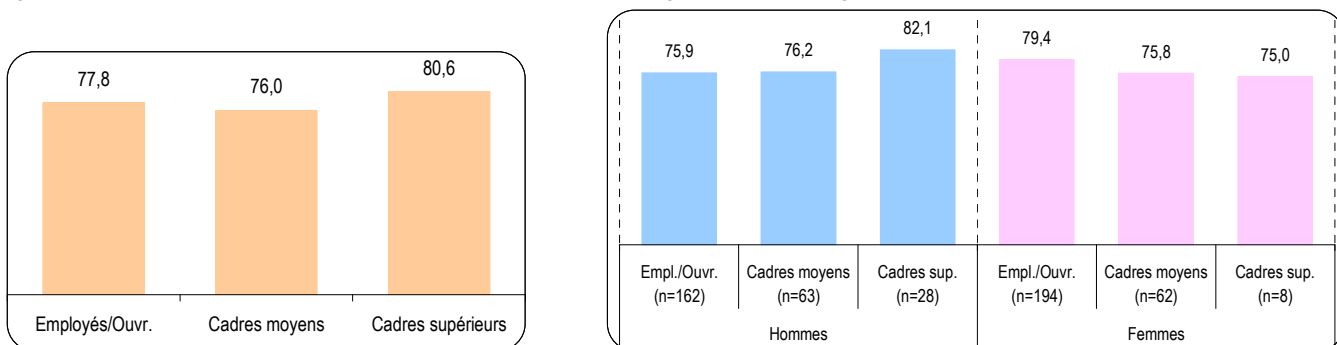
Fig. 56. Proportion de patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe selon l'âge

(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)



Taux de vaccination :
 Hommes (n=270) : 76,3%
 Femmes (n=311) : 78,8%

Fig. 57. Proportion de patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la rougeole selon la catégorie socio-professionnelle et le sexe



IV-2. Prévention secondaire (dépistage) :

- **Dépistage du cancer du sein** : Une pratique très généralisée de la **mammographie de dépistage** qui a été **réalisée au moins 1 fois par 88% des femmes de 40 à 74 ans** (73% des moins de 50 ans et **93% des 50-74 ans**, tranche d'âge ciblée par le dépistage organisé du cancer du sein) – Fig. 58. Parmi ces femmes, **62% ont eu une mammographie depuis moins de 2 ans** (49% des 40-49 ans et **66% des 50-74 ans**) et 81% ont passé cet examen depuis moins de 5 ans (68% des 40-49 ans et 83% des 50-74 ans). La proportion de consultantes de 50-74 ans ayant passé une mammographie depuis moins de 2 ans (66%) est très proche (et, de manière logique, plus élevée) que la proportion retrouvée par l'InVS en population générale limousine chez les femmes de la même tranche d'âge (62% sur la période 2010-2011). Par ailleurs, à âge égal, le taux de couverture mammographique de moins de 2 ans apparaît plus élevé chez les femmes des classes sociales supérieures ou intermédiaires par rapport aux ouvrières, employées et agricultrices (constat vérifié à tout âge, hormis après 70 ans) – Fig. 59 & 60.
- **Dépistage du cancer du col utérin** : Une pratique également très généralisée du **frottis cervico-vaginal** qui a été **réalisé au moins 1 fois chez 92% des consultantes de 25 à 64 ans**, 82% ayant pratiqué cet examen dans les 5 ans et **67% dans les 3 ans** – Fig. 61. Si la proportion de femmes ayant bénéficié d'au moins un frottis dans leur vie varie peu en fonction de l'âge entre 25 et 65 ans, en revanche la proportion de femmes ayant récemment passé cet examen (moins de 3 ans), culmine à 89% entre 35 et 39 ans et décroît ensuite régulièrement pour ne concerner plus qu'une femme sur deux (49%) entre 60 et 64 ans. Aucune relation avec la catégorie socio-professionnelle n'a été mise en évidence, hormis chez les plus de 50 ans, moins nombreuses à pratiquer cet examen dans les milieux plus modestes – Fig. 62 & 63.
- **Dépistage du cancer colo-rectal** : Une pratique moins répandue (examen **réalisé au moins une fois par 58% de la patientèle de 50 à 74 ans**, la plupart du temps depuis moins de 2 ans (44%) conformément au protocole de dépistage organisé – Fig. 64. L'examen est plus souvent réalisé chez les femmes que chez les hommes (48% versus 41%), l'écart entre sexes se creusant après 65 ans – Fig. 65. L'hémocult apparaît moins pratiqué chez les plus jeunes de la classe d'âge ciblée par le dépistage (48%, dont 36% depuis moins de 2 ans, chez les 50-54 ans) et sa couverture a tendance à augmenter avec l'âge (66%, dont 51% depuis moins de 2 ans, chez les 70-74 ans). C'est dans les classes moyennes que la pratique de l'hémocult semble la plus répandue – Fig. 66 & 67.

Fig. 58. Proportion de femmes de 40 à 74 ans ayant réalisé une mammographie selon l'âge et l'ancienneté de l'examen

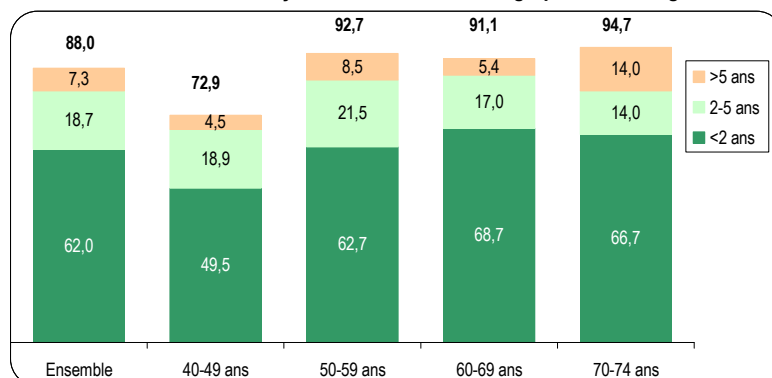


Fig. 59. Proportion de femmes de 40 à 74 ans ayant réalisé une mammographie dans les 2 dernières années selon la catégorie socio-professionnelle

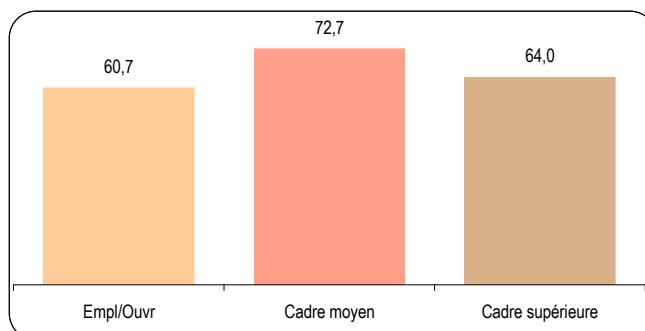


Fig. 60. Proportion de femmes de 40 à 74 ans ayant réalisé une mammographie dans les 2 dernières années selon la tranche d'âge et la catégorie socio-professionnelle

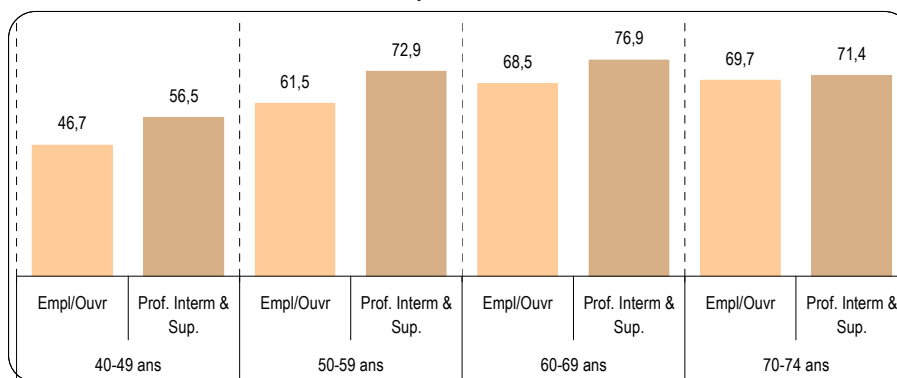


Fig. 61. Proportion de femmes de 25 à 64 ans ayant réalisé un frottis selon l'âge et l'ancienneté de l'examen

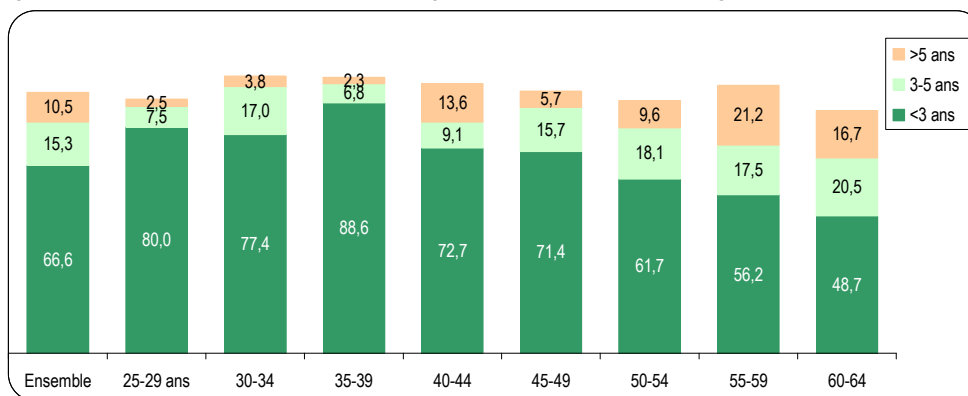


Fig. 62. Proportion de femmes de 25 à 64 ans ayant réalisé un frottis dans les 3 dernières années selon la catégorie socio-professionnelle

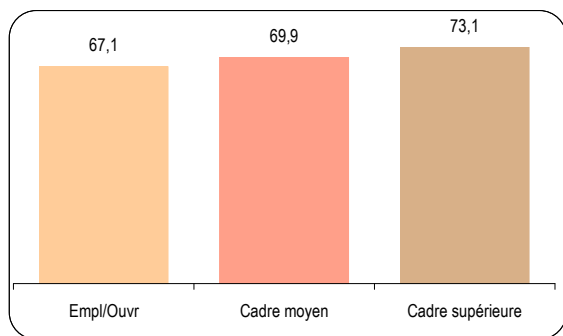


Fig. 63. Proportion de femmes de 25 à 64 ans ayant réalisé un frottis dans les 3 dernières années selon l'âge et la catégorie socio-professionnelle

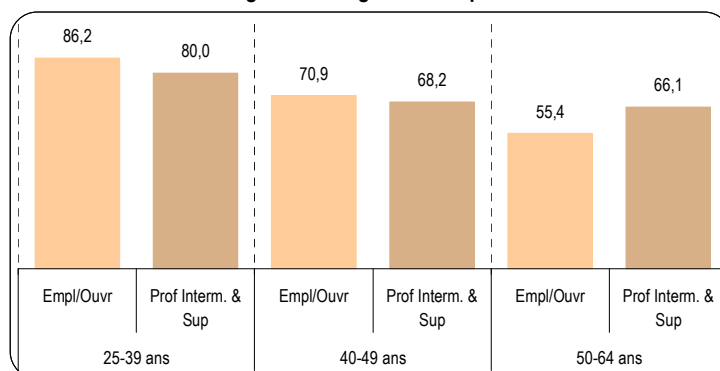


Fig. 64. Proportion de patients de 50 à 74 ans ayant réalisé un hémocult selon l'âge et l'ancienneté de l'examen

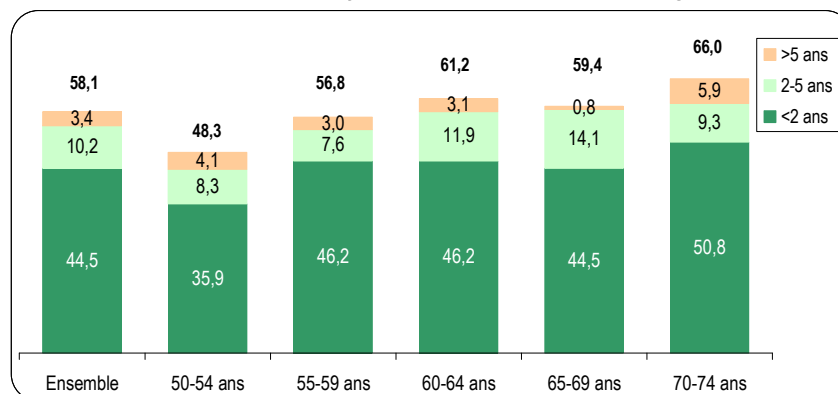


Fig. 65. Proportion de patients de 50 à 74 ans ayant réalisé un hémocult dans les 2 dernières années selon le sexe et l'âge

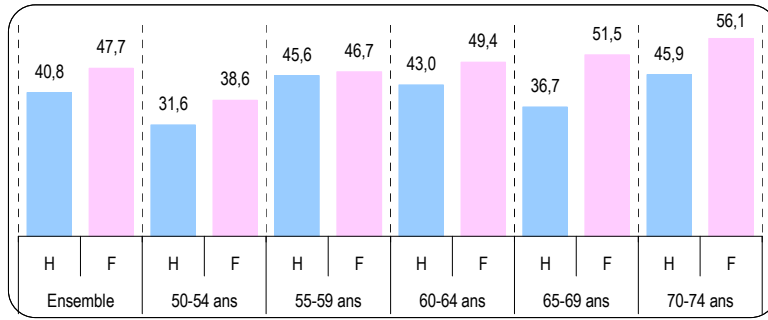


Fig. 66. Proportion de patients de 50 à 74 ans ayant réalisé un hémocult dans les 2 dernières années selon la catégorie socio-professionnelle

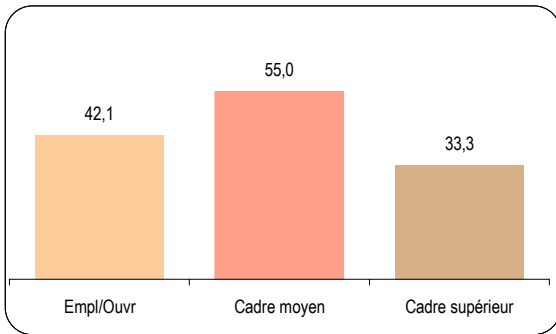
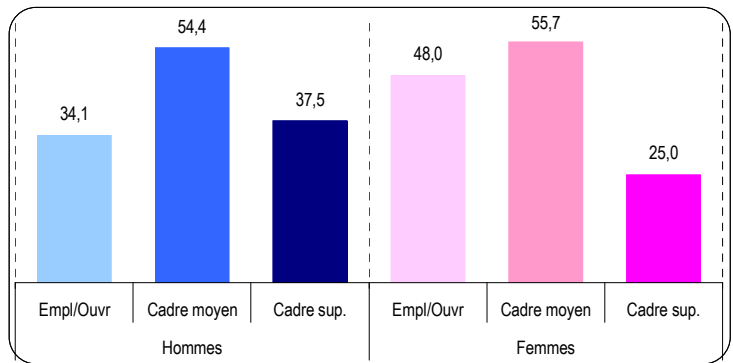


Fig. 67. Répartition des patients de 50 à 74 ans ayant réalisé un hémocult dans les 2 dernières années selon le sexe et la catégorie socio-professionnelle



V- SANTE DES SENIORS

- **La chute chez les personnes âgées** : près d'une personne sur 5 de 65 ans ou plus (19%) victime d'une chute à domicile au cours des 12 derniers mois (22% des femmes et 15% des hommes). Assez faible avant 75 ans (10% des femmes et 8% des hommes), la fréquence des chutes à domicile progresse avec l'âge pour concerner tous les ans une personne sur 3 à partir de 85 ans, de manière comparable dans les deux sexes. Par contre, entre 75 et 84 ans, les chutes affectent davantage les femmes que les hommes (27% contre 17%) – Fig. 68.
- **Les troubles cognitifs** : plus d'un patient sur 5 parmi les 65 ans ou plus (22%) porteur d'un trouble de ce type, le plus souvent trouble de la mémoire ou problème de concentration (15%) mais une maladie d'Alzheimer suspectée (3,9%) ou avérée (2,6%) chez 6,5% des patients de cet âge – Fig.69. L'évolution en fonction de l'âge est très marquée, aussi bien pour l'ensemble des troubles cognitifs (10% entre 65 et 74 ans, 26% entre 75 et 84 ans, 39% à partir de 85 ans) que pour les maladies d'Alzheimer suspectées par le médecin ou avérées : moins de 2% avant 75 ans, 10% entre 75 et 84 ans, 10% également à partir de 85 ans (à cet âge, il s'agit toutefois le plus souvent d'un diagnostic avéré alors que ce n'est le cas qu'une fois sur deux dans les classes d'âge inférieures).

Fig. 68. Proportion de patients de 65 ans ou plus ayant fait une chute au domicile dans les 12 mois selon le sexe et l'âge

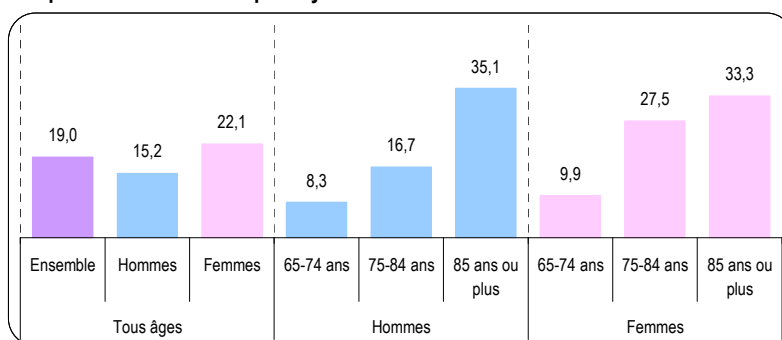
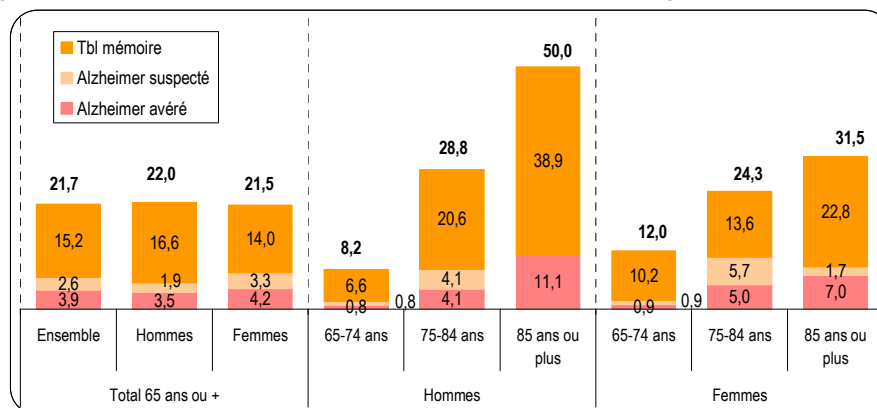


Fig. 69. Proportion de patients de 65 ans ou plus souffrant de troubles cognitifs selon le sexe et l'âge



VI- RENONCEMENTS AUX SOINS

VI-1. Renoncements aux soins quelle qu'en soit la raison

- Un **renoncement à certains soins** au cours des derniers 12 mois, quelle qu'en soit la cause, évoqué par le médecin pour **8%** de la patientèle (8% des hommes et 9% des femmes), avec deux pics de fréquence selon l'âge des patients : entre 40 et 50 ans (13%) et après 80 ans (14%), seules tranches d'âge où l'on assiste à une différence entre sexes (avec une proportion sensiblement plus élevée chez les femmes : 15% entre 40 et 50 ans et 18% après 80 ans) - Fig. 70 & 71. Une relation significative avec la catégorie socioprofessionnelle est notée avec des renoncements plus fréquents chez les ouvriers, employés, agriculteurs (9% contre 4% chez les cadres supérieurs et professions libérales et 6% dans les catégories intermédiaires) – Fig. 72, mais plus forte encore est la relation avec la situation financière estimée par le médecin (3% à 4% de renoncements dans les classes aisées et moyennes, 10% dans les milieux populaires et 41% chez les personnes en situation précaire) – Fig. 73. Une très forte relation est également notée avec la couverture maladie de la personne (renoncements chez 27% de ceux qui n'ont pas de mutuelle, contre 7% de ceux qui en disposent et 16% des bénéficiaires de la CMU). Enfin, si les renoncements sont globalement un peu plus souvent évoqués en milieu rural ou dans les petites villes (10% des patients contre 7% en milieu urbain ou péri-urbain), la différence rural / urbain est beaucoup plus sensible entre 50 et 64 ans (16% versus 5%) – Fig. 74.

Fig. 70. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois, quelle que soit la raison, selon l'âge

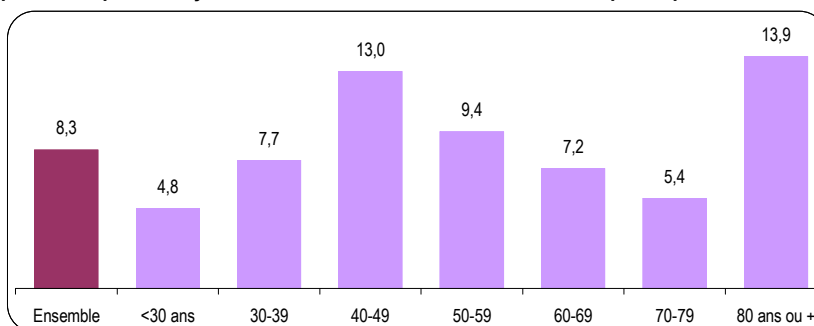


Fig. 71. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois, quelle que soit la raison, selon le sexe et l'âge

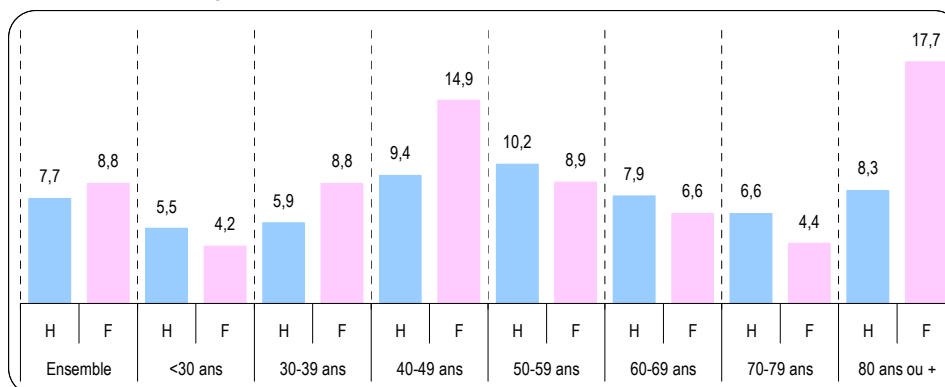


Fig. 72. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois, quelle que soit la raison, selon l'âge et la CSP

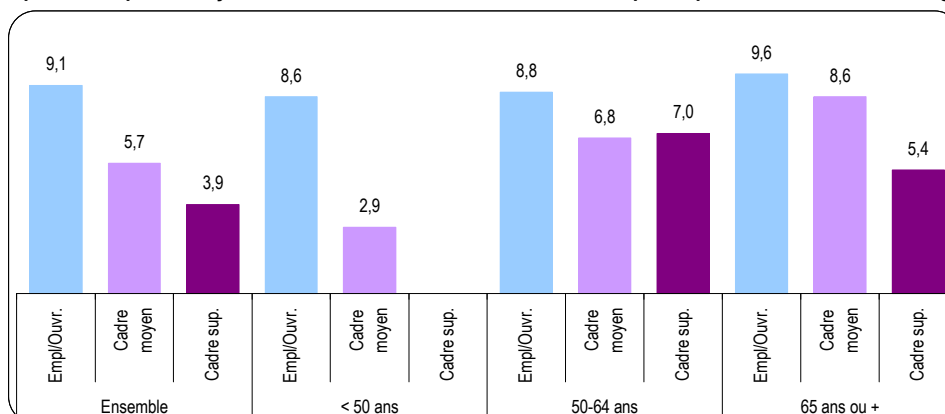


Fig. 73. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois, quel que soit le motif, selon la situation financière et la couverture maladie

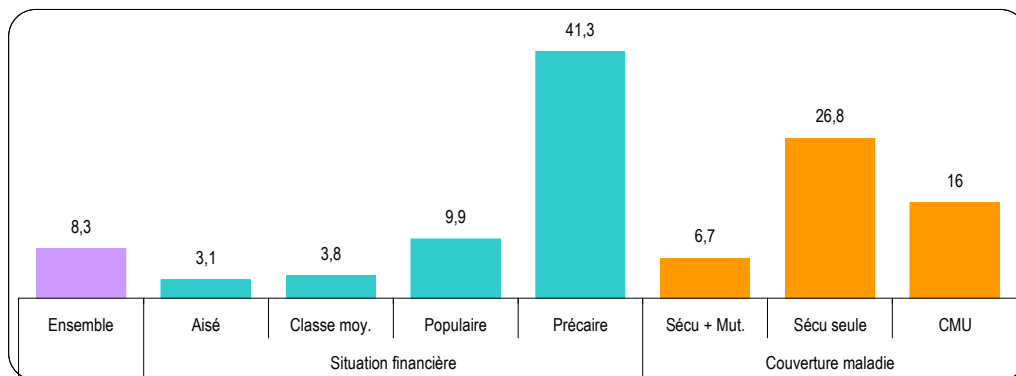


Fig. 74. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois, quelle que soit la raison, selon le sexe, l'âge et le type de commune du cabinet

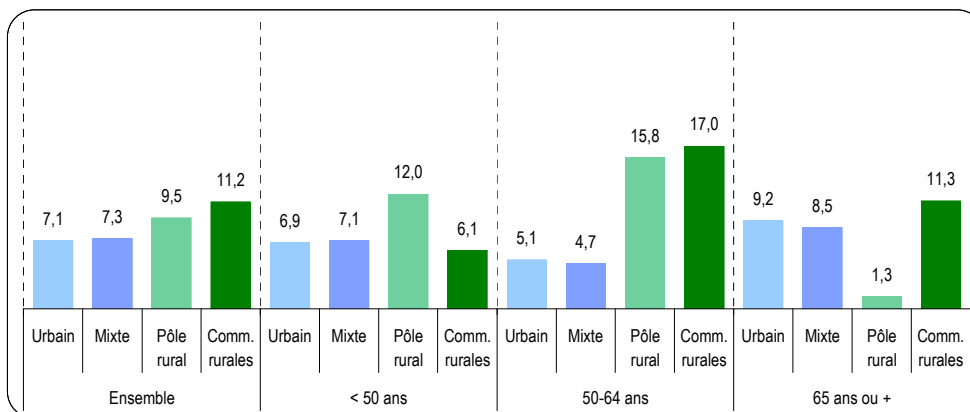
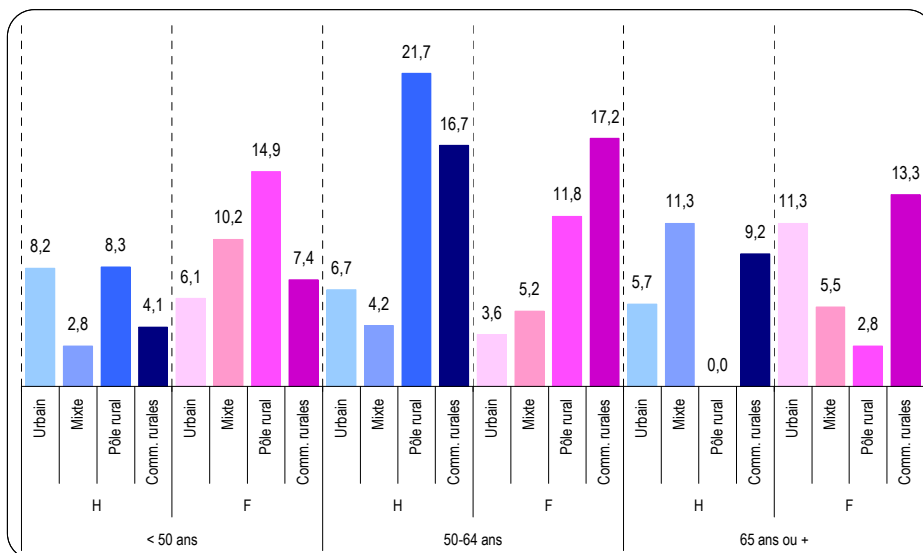


Fig. 75. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois, quelle que soit la raison, selon le sexe, l'âge et le type de commune du cabinet



VI-2. Renoncements aux soins pour des problèmes de mobilité

- Des **renoncements aux soins pour des problèmes de mobilité ou de transport** au cours des 12 derniers mois évoqués pour **4%** des patients (4% des hommes et 5% des femmes), proportion atteignant 12% chez les 80 ans ou plus (et même 20% à partir de 90 ans) – Fig. 76. Au grand âge, cette situation est plus souvent relevée chez des femmes (après 80 ans : 15% contre 7%), ce qui n'est pas le cas dans les classes d'âge inférieures – Fig. 77. Les renoncements décrits sont sans relation apparente avec la catégorie socioprofessionnelle, ni même avec la situation financière (milieu aisé / moyen / populaire), hormis pour les 7% de patients considérés comme étant en situation précaire (25% d'entre eux ont renoncé à des soins dans les 12 mois pour ce motif) – Fig. 79. Ces renoncements sont plus souvent pointés chez les patients sans couverture complémentaire (13%) que chez ceux qui en disposent (3%) ou que chez les bénéficiaires de la CMU (6%). Sans surprise, les renoncements pour problèmes de mobilité et de transport sont plus souvent décrits en milieu rural ou les petites villes (7% contre 3% en milieu urbain ou péri-urbain) mais la différence n'est vraiment sensible que chez les patients de 50 à 64 ans (10% en milieu rural contre 2% en milieu urbain ou péri-urbain) – Fig. 80.

Fig. 76. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des problèmes de mobilité selon l'âge

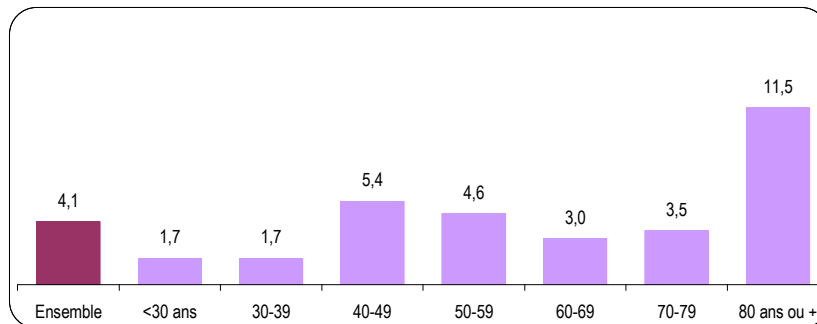


Fig. 77. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des problèmes de mobilité selon le sexe et l'âge

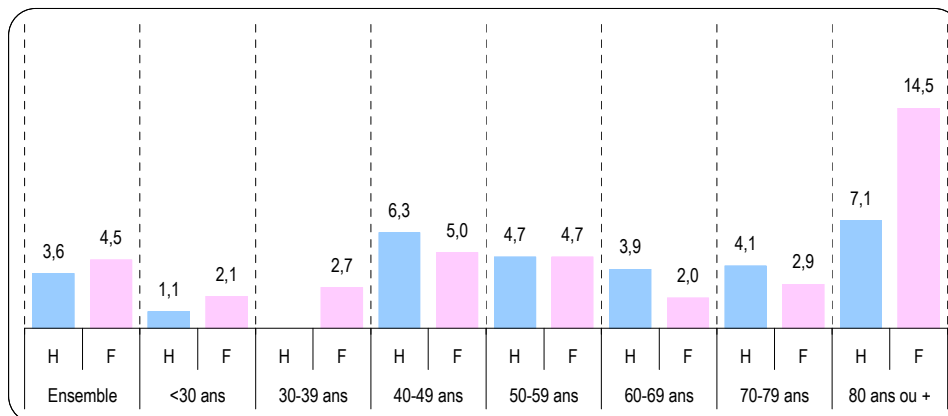


Fig. 78. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des problèmes de mobilité selon le sexe, l'âge et la CSP

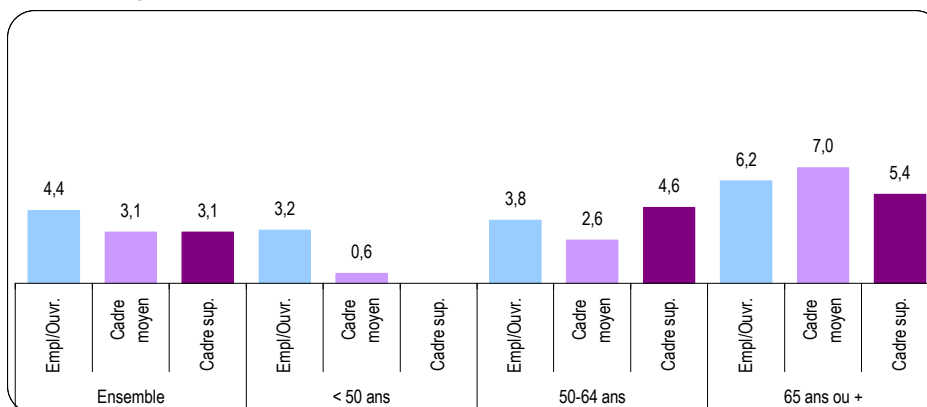


Fig. 79. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des problèmes de mobilité selon leur situation financière et leur couverture maladie

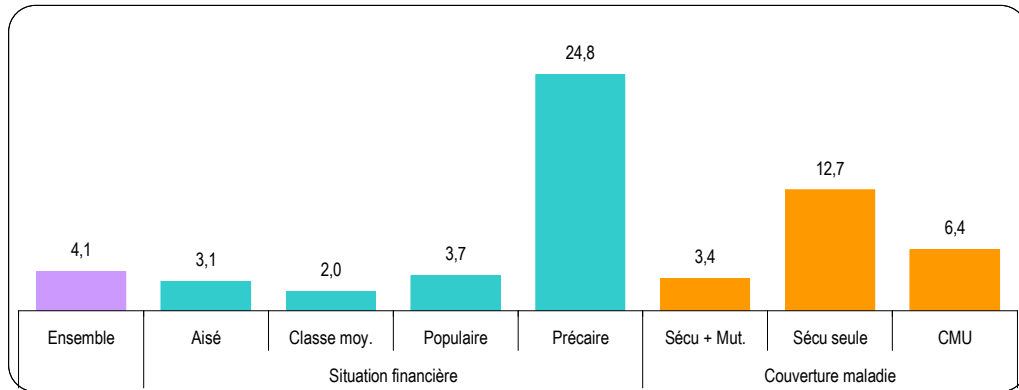


Fig. 80. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des problèmes de mobilité selon l'âge et le type de commune du cabinet

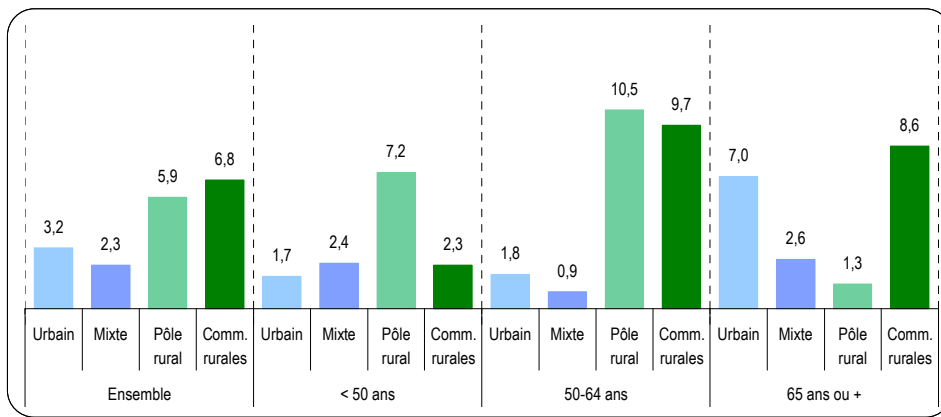
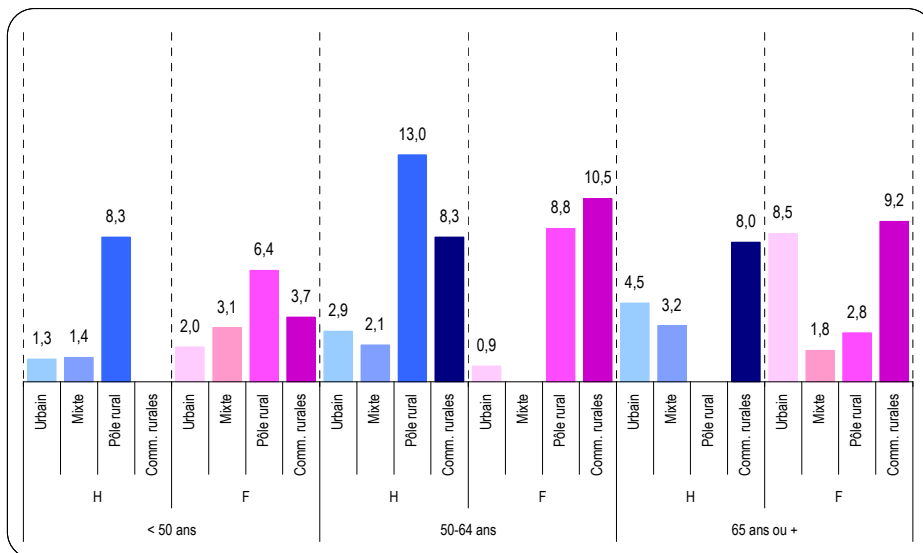


Fig. 81. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des problèmes de mobilité selon le sexe, l'âge et le type de commune du cabinet



VI-3. Renoncements aux soins pour des raisons financières

- Des **renoncements aux soins pour des raisons financières dans les 12 derniers mois** évoqués quant à eux pour **6%** des patients (6% chez les hommes, 7% chez les femmes), avec un pic à 10% à 40-49 ans et à 13% après 90 ans – Fig. 82. A ces deux âges les renoncements sont plus souvent relevés chez les femmes que chez les hommes (à 40-49 ans : 12% contre 5%, après 80 ans : 8% contre 2%) – Fig. 83. Une relation avec la catégorie socio-professionnelle est évidemment pointée (7% de renoncements pour raisons financières chez les ouvriers, employés, agriculteurs, contre 2% chez les cadres supérieurs et professions libérales – Fig. 84) ainsi qu'avec la situation financière estimée par le médecin (2% dans les milieux aisés ou intermédiaires, 8% dans les milieux populaires, 35% chez les personnes en situation de précarité). Une relation très nette est également relevée avec la couverture maladie : renoncements dans les 12 mois à des soins pour raisons financières chez 25% des patients ne disposant pas d'une mutuelle, contre 5% de ceux qui en disposent et 14% chez les bénéficiaires de la CMU – Fig. 86.
- Des renoncements touchant différents types de soins : optique (dans 39% des cas), orthodontie (31%), mais tout autant soins paramédicaux (30%) ou encore médicaments (25%), médecin spécialiste (22%), appareillage (14%) - Fig. 89.

Fig. 82. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des raisons financières selon l'âge

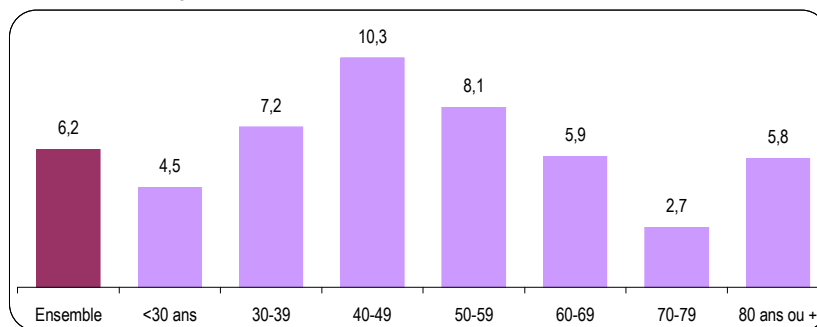


Fig. 83. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des raisons financières selon le sexe et l'âge

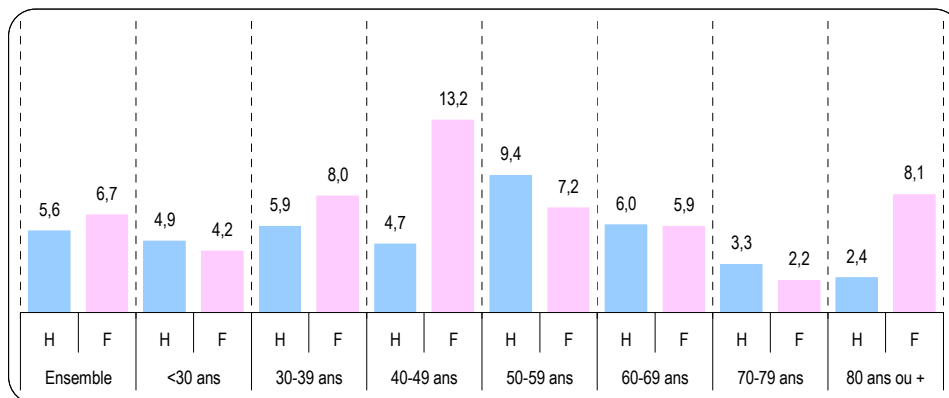


Fig. 84. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des raisons financières selon l'âge et la CSP

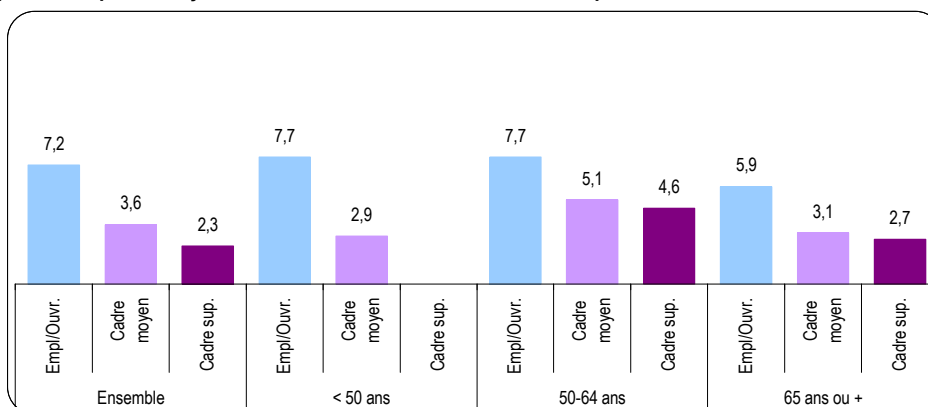


Fig. 85. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des raisons financières selon le sexe, l'âge et la CSP

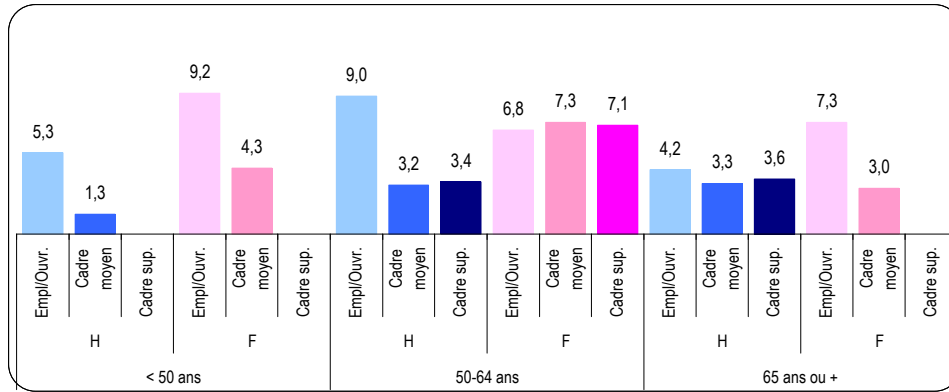


Fig. 86. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des problèmes financiers selon leur situation financière et leur couverture maladie

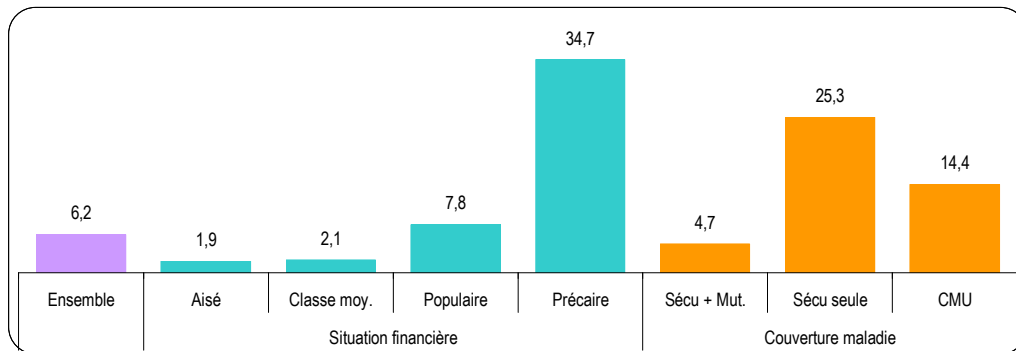


Fig. 87. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des raisons financières selon le sexe, l'âge et le type de commune du cabinet

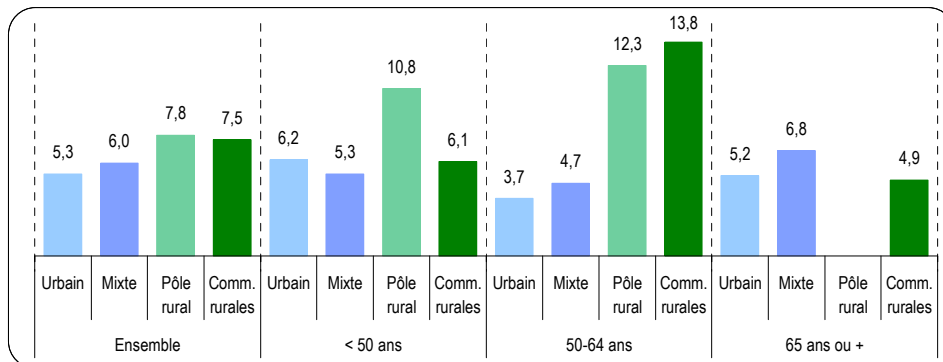


Fig. 88. Proportion de patients ayant renoncé à des soins dans les 12 mois pour des raisons financières selon l'âge, le sexe et le type de commune du cabinet

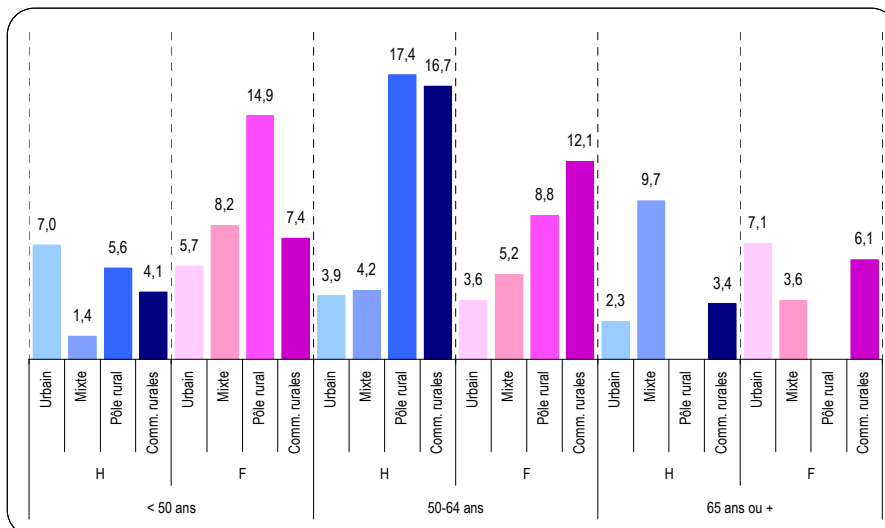
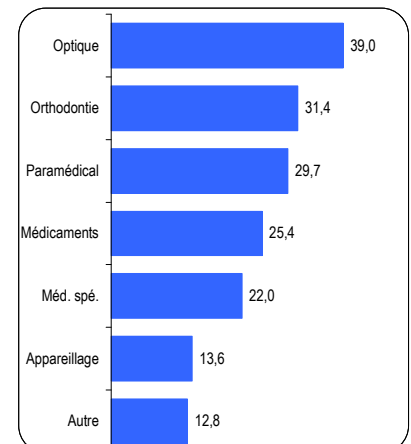


Fig. 89. Nature des renoncements aux soins pour raisons financières

(% chez les patients ayant déclaré avoir renoncé à certains soins dans les 12 mois écoulés)



CONCLUSIONS

Le volet "patients" de la première vague du *baromètre santé en médecine générale* mis en place par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin en 2011, sur un financement de l'ARS, permet de disposer d'un certain nombre d'indicateurs de santé sur la population limousine fréquentant les cabinets médicaux et de suivre leur évolution dans le temps. La représentativité du panel des 96 médecins généralistes libéraux qui ont participé à cette première vague (1 praticien sur 9) a pu être vérifiée en termes d'âge, de sexe, de département et de type de commune d'exercice. Ces médecins ont renseigné au cours de la journée d'étude (novembre 2011) une fiche de notification pour 1 886 patients de plus de 2 ans (19,6 par médecin). La patientèle ainsi analysée présente des caractéristiques qui, par nature, diffèrent de celles de la population générale : sensiblement plus âgée (41% ont 60 ans ou plus contre 30% dans la population limousine des plus de 2 ans ; les 75 ans ou plus sont 18% contre 13%), elle est également plus féminine (57% contre 52% dans la réalité) et présente évidemment un état de santé plus altéré (les personnes en mauvaise santé ayant davantage de chances que les autres de se trouver dans un cabinet médical le jour de l'enquête). L'interprétation des résultats doit en permanence tenir compte de cet état de fait. Le baromètre "patients" ne prétend donc pas estimer la prévalence d'un trouble ou la fréquence d'un comportement dans la population générale mais bien dans ce sous-ensemble particulier qu'est une patientèle de médecine générale.

Les indicateurs permettant de décrire l'état de santé d'une population à l'échelon régional, voire infra régional, sont rares. Indépendamment des données de mortalité par cause, relativement fiables, les indicateurs de morbidité, peu nombreux, sont le plus souvent très spécifiques et ne reflètent qu'imparfaitement la réalité sanitaire d'un territoire, qu'il s'agisse de données produites par des dispositifs ad hoc (observatoires thématiques, réseaux sentinelles, certificats de santé de la petite enfance...), d'indicateurs de recours aux soins et de consommation de soins (données du PMSI pour les recours hospitaliers, données de l'Assurance Maladie [SIAM] pour le recours aux soins de ville...) ou encore de données issues de dispositifs de prestation (exonérations pour affection de longue durée, chiffre de ventes des réseaux de distribution pharmaceutique...).

C'est pourquoi, malgré leurs limites, les informations recueillies par le *baromètre santé en médecine générale* trouvent un intérêt évident dans l'éclairage des réalités sanitaires du Limousin. Elles viennent compléter d'autres grandes enquêtes régionales, en général pluri-thématiques, mises en place au cours des dernières années par l'ORS à la demande de l'Agence Régionale de Santé : enquête sur la santé des collégiens et lycéens (en collaboration avec les services de santé scolaire), exploitation des bilans infirmiers en grande section maternelle et en 6^{ème} (également en collaboration avec les services de santé scolaire), sondage sur les difficultés d'accès aux soins, études sur les relations santé – travail auxquelles l'ORS est associé, enquêtes thématiques en médecine générale, etc.

Cependant, l'intérêt premier du baromètre, outre la photographie ponctuelle qu'il offre, est, par sa répétition régulière, de constituer un outil de mesure des évolutions permettant d'identifier certaines priorités et d'en suivre le développement, permettant également d'objectiver l'éventuel impact de certaines politiques publiques sur les comportements et les recours. C'est pourquoi, parmi les données de santé collectées, ont été privilégiées dans cet outil celles qui étaient susceptibles d'évoluer dans le temps dans des délais relativement courts, soit parce qu'elles se rapportent à des comportements individuels potentiellement modifiables, en particulier sous l'effet de campagnes de prévention (hygiène de vie, pratiques préventives), soit parce que, placées sous la dépendance d'un environnement potentiellement évolutif (conditions de travail, pratiques médicales, difficultés financières...), leur suivi revêt un intérêt tout particulier.

C'est donc dans les années à venir, après plusieurs vagues d'enquête, que le baromètre donnera pleinement la mesure de son apport.

ANNEXE

Tableau – Effectifs par sexe et tranches d'âge quinquennales des patients

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total
3-5 ans	37	38	75
6-9 ans	38	34	72
10-14 ans	36	38	74
15-19 ans	26	42	68
20-24 ans	21	38	59
25-29 ans	25	51	76
30-34 ans	29	61	90
35-39 ans	39	52	91
40-44 ans	37	48	85
45-49 ans	27	73	100
50-54 ans	66	99	165
55-59 ans	62	81	143
60-64 ans	83	83	166
65-69 ans	69	70	139
70-74 ans	66	60	126
75-79 ans	58	77	135
80-84 ans	46	67	113
85-89 ans	29	41	70
90 ans ou plus	9	16	25
Total	805	1 067	1 872