

**BAROMÈTRE SANTÉ
EN MÉDECINE GÉNÉRALE
EN LIMOUSIN**

Vague 2 : Décembre 2012

**Volet 2 - Le baromètre "patients" :
Comportements en matière de prévention,
statut pondéral, renoncement aux soins**

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

RAPPORT N°230-D
Juin 2013

ORS

BAROMÈTRE SANTÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN LIMOUSIN

Vague 2 : Décembre 2012

Volet 2 - Le baromètre "patients" :

Comportements en matière de prévention, statut pondéral, renoncements 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 initial a bénéficié des conseils avisés du Dr Christian LAFLEUR et du Dr Yves FEYFANT, respectivement Président et Secrétaire Général de l'URPS-Médecins du Limousin

Ont participé au baromètre depuis sa mise en œuvre en novembre 2011 :

En Corrèze : M^{mes} et MM. les Docteurs BALIN (Brive), BAUDVIN MINIER (Mansac), BEGON (Eygurande), BERTE (Brive), BLANC (Brive), BONNETTE (Corrèze), BOUSSEYROUX LAMAGAT (Jugeals-Nazareth), BOUVOT (Brive), BUCHON (Bugeat), CHAMPEAU (Chamberet), CHAVANEL (Larche), DEMICHEL (La Roche Canillac), DESBREST (Brive), DRULIOLLE (Malemort), DUTHEIL FAHEY (Brive), 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 (Meysac), PALIX (Marcillac la C.), PARAUD (Ste Féréole), POUGET (Tulle), QUILÉZ (Brive), ROUVELOUP TRONCHE (Brive), VANHOUTTE (St Privat)

En Creuse : M^{mes} et MM. les Docteurs DAGARD C. (Boussac), DAGARD P. (Boussac), ETILE (Royère de V.), LAMIRAUD (Ahun), LARROQUE (Guéret), MARTINY (Gouzon), NOINSKI (Boussac), PAILLER (St Sulpice le Guérétois), PRIOUX (Faux la Montagne), SCHNEIDER (Chambon s/ V.), SERVANT (Bourgaenueuf), 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), BROSET (Limoges), BUISSON (Aixe s/ V.), CAPDEVIELLE (St Léonard de N.), CAVALIER (Limoges), CAZAMAJOU (Limoges), CHASSAC GEROUARD (Oradour s/ V.), CHAUVOIS (Limoges), COISNE (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.), FERNANDES LOPES (Flavignac), FEYFANT (Limoges), FIEVEZ (Limoges), FRACHET (Limoges), GORY (Limoges), GREBAUX (St Mathieu), HERBACH (St Jouvent), HOUDARD (St Victurnien), ISSOULIE (Limoges), JAMBUT (Limoges), JARDINIER (Limoges), LAMBERT (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), OBRY-GUILLOT (Limoges), OUDART (Rilhac-Rancon), PAILLER (Bonnac la Côte), PERINAUD (Limoges), PEYROU (Limoges), PONS (Limoges), POULAIN (Verneuil s/ V.), 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	3
I- CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTÈLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	3
II- HYGIÈNE DE VIE.....	6
II.1- Consommation de tabac.....	6
II.2- Consommation d'alcool.....	7
II.3- Surcharge pondérale, nutrition et activité physique	11
III- SANTÉ DES SÉNIORS	15
IV- RENONCEMENTS AUX SOINS	17
VI.1- Renoncements aux soins ambulatoires	17
VI.2- Retard ou renoncements à une hospitalisation.....	21
SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSIONS	23
ANNEXE : Effectifs par sexe et tranches d'âge quinquennales des patients	25

ORS

Une étude de l'Agence Régionale de Santé
Réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin

Rapport n°230-D – Juin 2013

Dr Jean-Pierre FERLEY, Béatrice ROCHE-BIGAS

Nos remerciements aux 115 médecins qui ont participé au baromètre depuis sa mise en œuvre ainsi qu'aux D^{rs} LAFLEUR et FEYFANT de l'URPS-Médecins du Limousin

LE BAROMÈTRE SANTÉ LIMOUSIN :

- Enquête périodique sur un panel de médecins généralistes libéraux

- **Objectifs** : 1/ disposer d'un "observatoire" de la médecine générale" permettant de mieux connaître les conditions d'exercice, les opinions et les souhaits des praticiens et de relever d'éventuelles tendances (Volet "médecins"); 2/ disposer d'indicateurs de santé sur la population limousine fréquentant les cabinets médicaux et suivre leur évolution dans le temps (Volet "patients").

- **Enquête transversale "un jour donné"** : relevé d'informations pour tous les patients de 3 ans ou plus vus en consultation et remplissage d'un questionnaire "médecins". Première vague d'enquête novembre 2011, 2^{ème} vague décembre 2012.

- **175 praticiens volontaires**, soit **21%** des 837 généralistes installés en libéral (hors remplaçants), proportion d'autant plus remarquable qu'il ne s'agit pas pour les participants de simplement remplir un questionnaire mais d'opérer une collecte active d'informations sur leurs patients (indemnisation forfaitaire de 60 € par vague).

- **115 participants effectifs** à l'une et/ou l'autre des 2 vagues (14% des généralistes libéraux du Limousin) : 65 ont participé aux 2 vagues et 50 à une vague seulement. Les participants ont été au nombre de 96 en 2011 et de 84 en 2012.

- **3 432 dossiers patients** remplis au cours des 2 vagues (19 par médecin et par vague) : 1 886 en 2011 et 1 546 en 2012.

REPRESENTATIVITE:

Malgré un effectif relativement restreint, le fait que **1 praticien limousin sur 7** y ait participé confère au baromètre une indéniable validité. La représentativité du panel de médecins a été vérifiée en termes d'âge, de sexe, de distribution géographique et de type de commune ; cependant, comme dans tout panel basé sur le volontariat, certains profils sont vraisemblablement moins représentés que d'autres. La patientèle analysée offre quant à elle des caractéristiques par nature différentes de celles de la population générale : plus âgée (46% ont 60 ans ou plus contre 30% dans la population limousine des plus de 2 ans) et un peu plus féminine (55% contre 52% dans la réalité), elle 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.

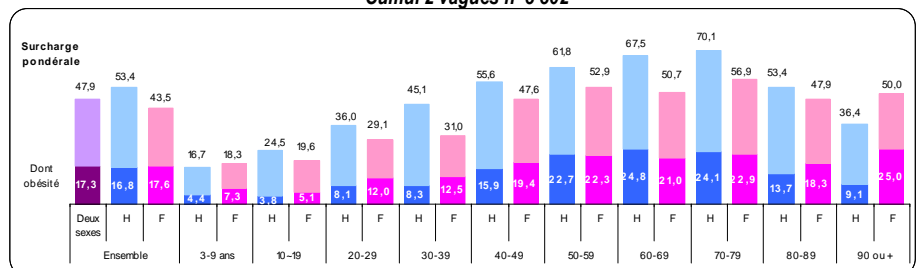
QUELQUES RÉSULTATS DE LA 2^{ème} VAGUE DU VOLET "PATIENTS" DU BAROMÈTRE

1. Nutrition et activité physique

Une surcharge pondérale chez près de la moitié des patients et une obésité chez près d'un sur six (17%, chiffre comparable à celui relevé dans l'enquête Obépi2012 chez les 15 ans ou plus : France 15%, Limousin 18%). La prévalence de la surcharge pondérale (48%) est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (respectivement 53% et 44%) alors que celle de l'obésité est pratiquement identique dans les deux sexes. Chez les hommes, la prévalence de la surcharge pondérale croît régulièrement jusqu'à 80 ans pour atteindre 70%, tandis que chez les femmes, elle augmente sensiblement à la quarantaine et se maintient ensuite aux environs de 50%.

Quant à l'obésité, elle se manifeste en proportion significative dès 20-29 ans chez les femmes (12%) alors que chez les hommes, ce n'est que vers la quarantaine (16%). Par rapport à une précédente enquête conduite en patientèle en 2005, on a noté une tendance à l'augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale chez les femmes avant 50 ans, tendance non confirmée chez les hommes.

Proportion de Patients de 3 ans ou plus en surcharge pondérale (dont obésité) selon l'âge et le sexe
Cumul 2 vagues n=3 302



➤ **Trois patients sur 10 parfaitement sédentaires** : 30% des patients ne pratiquent quasiment jamais d'activité physique, fusse-t-elle d'intensité moyenne, et 12% le font moins d'une fois par semaine. A l'opposé, la pratique régulière (au moins hebdomadaire) d'une activité sportive ou d'une activité physique intense est notée chez 16% des consultants (21% des hommes et 14% des femmes, avec une égalisation entre les deux sexes après 50 ans) ; une telle pratique est plus développée en Creuse ainsi qu'en milieu péri-urbain alors que citadins et ruraux se comportent de manière parfaitement comparable. Enfin, la pratique d'une activité sportive apparaît sans lien significatif avec le milieu social chez les hommes mais, chez les femmes, plus développée dans les milieux sociaux les plus élevés.

2. Santé des séniors

➤ **Une baisse de la couverture vaccinale antigrippale chez les moins de 75 ans** : au total, 77% des patients de 65 ans ou plus sont vaccinés contre la grippe, proportion avoisinant 90% entre 85 et 89 ans. La couverture, comparable chez les hommes et chez les femmes, est indépendante du statut social mais significativement plus faible chez les personnes en situation de précarité (68%). Entre 2011 et 2012, la couverture vaccinale des 65-74 ans est passée de 73% à 64% (baisse retrouvée au niveau national et probablement en lien avec les polémiques ayant entouré la campagne de vaccination contre la grippe pandémique 2009-2010). Dans le même temps, la couverture vaccinale des 85 ans et plus a au contraire significativement progressé (93% versus 82%).

➤ **Un trouble cognitif noté chez près de 1 patient sur 5 de 65 ans ou plus** (19%), le plus souvent simple trouble de la mémoire ou problème de concentration, mais une maladie d'Alzheimer est suspectée ou avérée chez près de 6% des patients de cet âge (moins de 2% avant 75 ans, 6% entre 75 et 84 ans, 10% à partir de 85 ans).

3. Renoncements aux soins

- Des renoncements pour des raisons financières à certains soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois relevés chez plus de 8% des patients en 2012, en progression significative par rapport à 2011 (6%).

Ces renoncements, un peu plus fréquents en milieu rural (11%), sont en proportion particulièrement élevée chez les personnes en situation de précarité (36%), sans couverture maladie complémentaire (28%) ou chez les bénéficiaires de la CMU (20%).

La variation entre 2011 et 2012 est plus nette en Haute-Vienne et en milieu rural, ainsi que chez les bénéficiaires de la CMU. Ces renoncements concernent essentiellement l'optique, des consultations spécialisées, les actes dentaires, parfois l'achat de médicaments.

Dans son enquête réalisée en 2010 chez des sujets de 16 ans et plus, l'IRDES avançait une proportion 2 fois plus élevée (15%) de renoncements dans les 12 mois pour ce motif, laissant à penser que le médecin traitant n'est pas toujours tenu informé de tels renoncements.

Quant au sondage réalisé en population générale limousine en 2012, il indiquait que 20% des foyers avaient été concernés à un moment ou à un autre par un renoncement à des soins pour ce motif.

- Des renoncements pour des problèmes de distance ou de mobilité à certains soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois chez 6% des patients, en progression significative également par rapport à 2011 (4%).

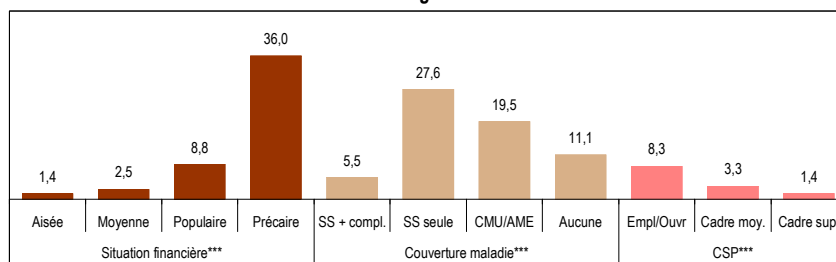
Ces renoncements sont plus fréquents chez les patients de 80 ans ou plus (12%), en milieu rural (9%), plus fréquents également en Creuse et Corrèze qu'en Haute-Vienne et leur fréquence est particulièrement élevée chez les personnes en situation de précarité (23%) ou sans couverture maladie (17%).

La variation entre 2011 et 2012 est particulièrement nette en milieu rural (de 6% à 11%) et dans les milieux populaires. Ces renoncements portent essentiellement sur des consultations de spécialistes et des examens para-cliniques.

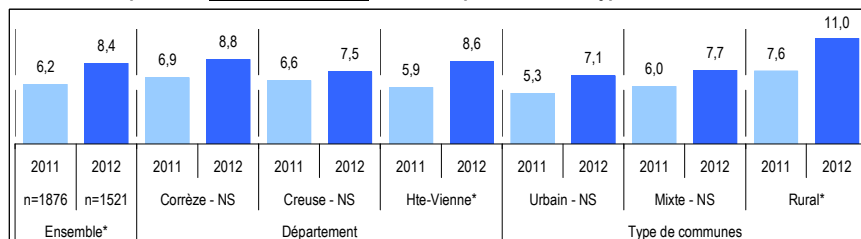
Dans l'enquête limousine en population générale, il apparaît que 10% des foyers avaient été au moins une fois concernés par un renoncement à des soins en raison de la distance et 8% en raison d'absence de moyen de transport.

- En 2012, plus d'un patient sur 10 (11%) a renoncé à des soins ambulatoires (contre 8% en 2011) si l'on cumule les obstacles financiers et ceux liés à l'éloignement et aux difficultés de transport.

Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières selon la situation financière, la couverture maladie et la catégorie socio-professionnelle (CSP) – Cumul 2 vagues n=3 397

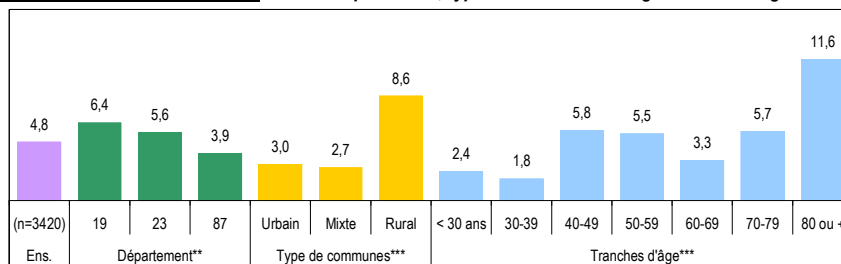


Evolution de la proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières selon le département et le type de communes

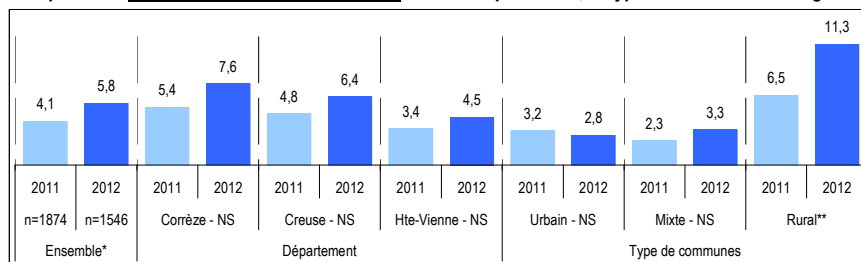


- Des renoncements pour des problèmes de distance ou de mobilité à certains soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois chez 6% des patients, en progression significative également par rapport à 2011 (4%).

Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des problèmes de mobilité / transport selon le département, type de commune et l'âge – Cumul 2 vagues n=3 420



Evolution de la proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des problèmes de mobilité, transport selon le département, le type de communes et l'âge



CONCLUSIONS :

Au final, le volet "patients" du "baromètre santé en médecine générale" mis en place en Limousin en 2011 apporte, malgré les limites d'une étude en patientèle, des informations particulièrement utiles pour éclairer certaines réalités sanitaires locales.

Sur plusieurs des thématiques explorées, elles constituent les uniques données régionales disponibles, tandis que sur d'autres thématiques, elles viennent compléter et enrichir d'autres sources. 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. Comme cela était attendu, les évolutions observées entre 2011 et 2012 sont rares et n'ont été relevées de manière significative qu'au sujet de la couverture vaccinale anti-grippale des séniors et des renoncements aux soins.

La faiblesse des variations a rendu légitime le cumul des deux vagues d'enquête permettant des analyses plus fines portant sur un effectif conséquent (plus de 3 400 patients). C'est dans les années à venir, après plusieurs vagues d'enquête conduites selon une périodicité élargie (bi ou triennale) que le baromètre donnera pleinement la mesure de son apport.

INTRODUCTION, OBJECTIFS ET MÉTHODE

En 2010, dans le cadre de sa convention avec l'Agence Régionale de Santé, l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin a formé le projet de mettre en place une enquête périodique auprès d'un panel de médecins généralistes libéraux avec deux objectifs :

- 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,
- disposer d'un certain nombre d'indicateurs de santé sur la population limousine fréquentant les cabinets médicaux et suivre leur évolution dans le temps,

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 suivi barométrique repose sur la répétition à chaque vague d'enquête d'un corpus de questions fixes, complété par des questions spécifiques se rapportant à une problématique particulière.

Le baromètre a donc deux volets distincts :

- **un volet "médecins"** (un recto-verso) abordant, selon les vagues d'enquête, des thèmes tels que : 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. En 2012, cette partie, nettement allégée par rapport à l'année précédente, était complétée par des questions cherchant à recueillir l'opinion et les besoins des médecins relativement à certaines prises en charge et dispositifs spécifiques : hospitalisation à domicile, soins palliatifs, consultations mémoire, prise en charge du patient dépressif...
- un volet "patients" (1 recto) abordant, selon les vagues d'enquête, des thèmes tels que : hygiène de vie et troubles induits, pratiques préventives (dépistages, vaccination), environnement socio-économique (milieu social, couverture maladie...). En 2012, un accent particulier a été mis sur les renoncements aux soins.

Dans leur version initiale, les deux questionnaires ont bénéficié des conseils du Dr Christian LAFLEUR et du Dr Yves FEYFANT, respectivement Président et Secrétaire Général de l'URPS-Médecins du Limousin.

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 souhaitent se porter volontaires, sachant qu'un panel de 100 volontaires était escompté.
- juin 2011 : **159 médecins se portent volontaires** (soit près de 1 médecin généraliste sur 5 du Limousin [19%]).
- 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).

Deuxième vague :

- septembre 2012 : Envoi des résultats de la 1^{ère} vague à tous les généralistes libéraux du Limousin, en même temps qu'un coupon-réponse et qu'une enveloppe T permettant d'identifier 21 nouveaux volontaires, portant ainsi à **175 le nombre de volontaires** (déduction faite de 5 médecins ayant cessé entre temps leur activité), soit 21% des généralistes libéraux du Limousin (hors remplaçants).
- novembre 2012 : envoi des documents de collecte d'information aux 175 volontaires à qui il était demandé de choisir un jour d'enquête préférentiellement dans la semaine du 3 au 8 décembre 2012.
- décembre 2012 et janvier 2013 : réception de **84 cahiers** : 48% des médecins volontaires ont effectivement participé à la deuxième vague, soit un taux de participation effective rapporté à l'ensemble des médecins généralistes libéraux du Limousin de **10,0%**.
- 1546 **fiches "patients"** ont été renseignées, soit une moyenne de 18,4 patients par médecin. Les analyses portant sur l'ensemble des deux vagues reposent donc sur **3 432 patients**.

Le présent rapport expose les résultats du volet "patients" de la deuxième vague du baromètre et présente, pour les questions communes, les résultats observés sur l'ensemble des 2 vagues avec un rappel des chiffres relevés en 2011. Le rapport exposant les résultats du volet "médecins" (Rapport 230-C) a été parallèlement publié en juin 2013.

RÉSULTATS

I- CARACTÉRISTIQUES DE LA PATIENTÈLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Un panel représentatif de la profession en termes d'âge, de sexe, de type de commune (voir volet 1 du baromètre) auquel ont participé effectivement **115 médecins généralistes libéraux**, soit 1 sur 7 parmi ceux exerçant en Limousin (96 participants en 2011 et **84 en 2012**, 65 participants aux 2 vagues et 50 à une seule des 2 vagues),
- **1546 fiches "patients"** renseignées en 2012, soit une moyenne de 18,4 patients par médecin et au total des deux vagues 3 432 patients étudiés.
- Une patientèle dont les caractéristiques, par nature, diffèrent de la population générale : légèrement **plus féminine** (55% contre 52% dans la réalité ; fig. 2) et sensiblement **plus âgée** avec un âge médian de 53 ans (les moins de 3 ans étant exclus) : les 60 ans ou plus représentent 46% de cette patientèle (contre 30% dans la population générale limousine des 3 ans ou plus ; fig. 3).
- Une localisation géographique de la patientèle étudiée parfaitement conforme à la réalité démographique régionale : 46% résident dans les 6 pôles urbains du Limousin (villes-centres et banlieues), 33% en milieu à dominante rurale (bourgs : 11% ou communes rurales : 22%), les autres habitent en milieu péri-urbain (fig.5).
- Un tiers-payant intégral au titre d'une **affection de longue durée (ALD) pour plus du tiers des patients (38%)** –chiffre évidemment plus élevé que celui relevé en population générale chez les 3 ans ou plus : 24%-, avec une proportion avoisinant 50% dès 60 ans et de l'ordre de 70% à partir de 80 ans (fig. 7).
- Une **couverture maladie incomplète chez 4%** des patients (absence de complémentaire : 3%, absence totale de couverture : 1%), proportion atteignant 8% chez les 90 ans ou plus ; fig. 8) ; le bénéfice de la CMUc (ou de l'AME) pour **7% des patients**, proportion identique à celle relevée en population générale, nettement plus élevée chez les plus jeunes (15% avant 30 ans).
- **8%** des patients considérés en situation de **précarité** par leur médecin proportion dépassant 10% chez les moins de 50 ans (fig. 9) et en augmentation significative par rapport à 2011 (fig. 10), augmentation particulièrement nette chez les moins de 30 ans (fig. 11).
- **Une patientèle "fidélisée"** : le praticien est le médecin traitant du patient dans 85% des cas (fig. 13).

Figure 1. Distribution de l'échantillon de médecins participants en 2012 par type de commune et comparaison à la réalité limousine 2012 (%)

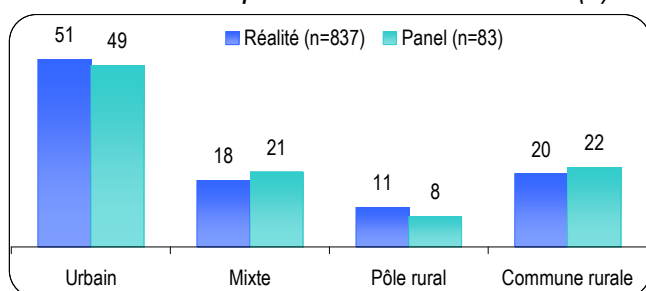


Figure 2 : Distribution des patients 2012 selon le sexe et comparaison à la population limousine (%)

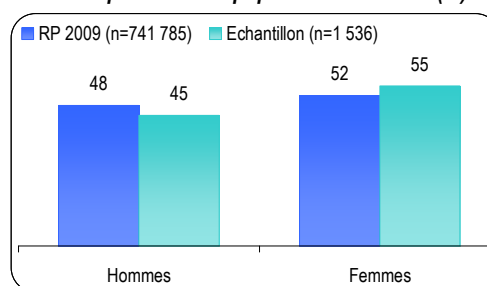
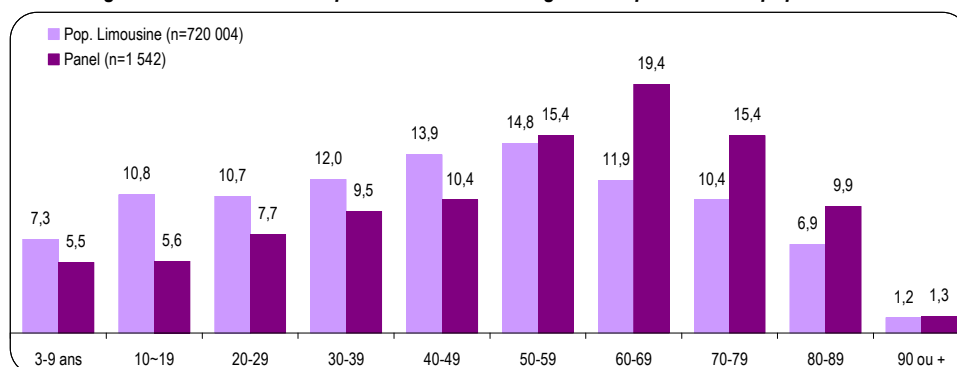


Figure 3 : Distribution des patients 2012 selon l'âge et comparaison à la population limousine des patients de plus de 2 ans (%)



Total (n=1 542) :
Moyenne = 53,2 ans
Min. 3,0 – Max. 99,0 – Méd. 58,0

Hommes (n=689) :
Moyenne = 52,7 ans
Min. 3,0 – Max. 92,0 – Méd. 58,0

Femmes (n=843) :
Moyenne = 53,4 ans
Min. 3,0 – Max. 99,0 – Méd. 57,0

Figure 4 : Distribution des patients selon la catégorie socio-professionnelle (CSP) - (%) – Cumul 2 vagues n=3 432

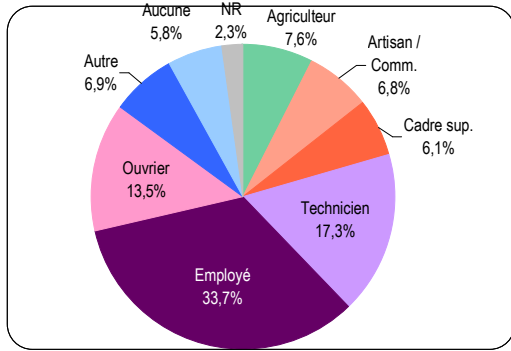


Figure 5 : Distribution des patients selon la localisation géographique du cabinet médical – Cumul 2 vagues (n=3 414)

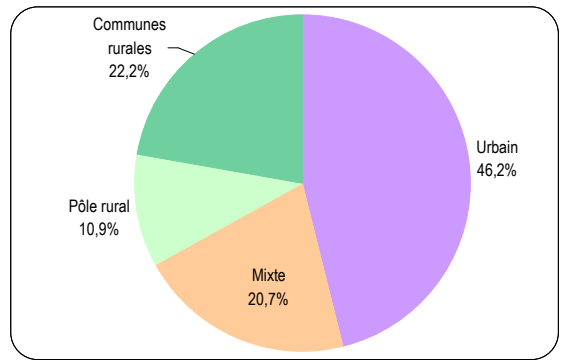


Figure 6 : Répartition des patients selon la situation financière estimée par le médecin (%) – n=3 341

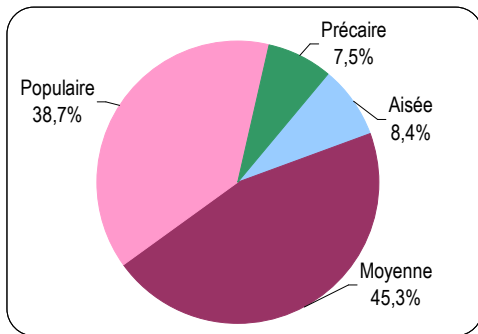


Figure 7 : Proportion de patients en affection de longue durée (ALD) selon la tranche d'âge (≥ 18 ans) (%) - (Cumul 2 vagues n=2 767) - (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

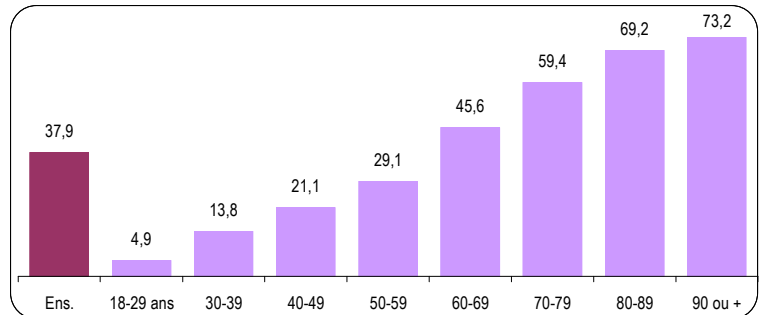


Figure 8 : Répartition des patients selon la couverture médicale et la tranche d'âge (%) (Cumul 2 vagues n = 3 190) (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

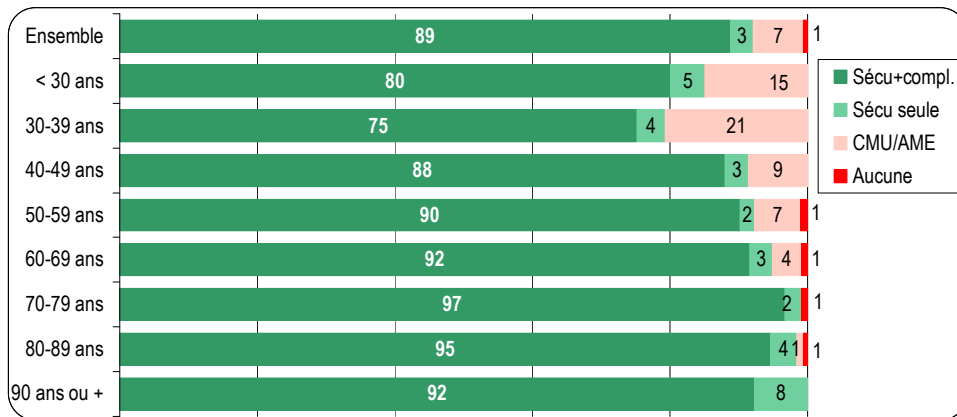


Figure 9 : Proportion de patients selon la situation financière et la tranche d'âge (%) (n = 3 341) (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

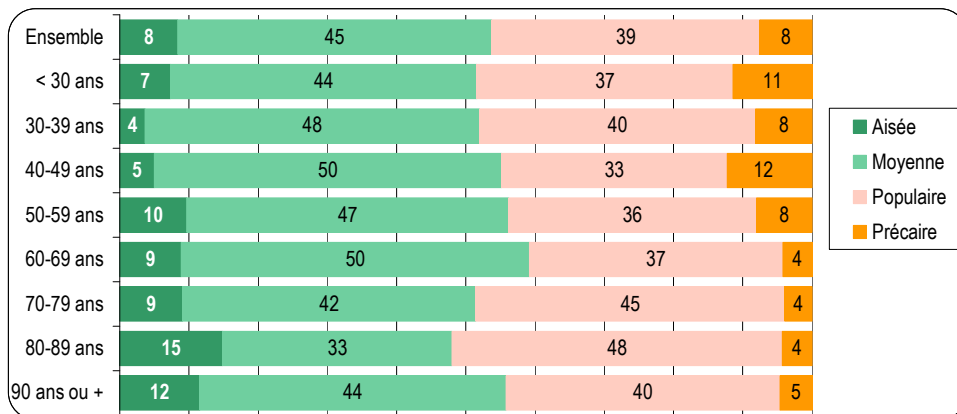
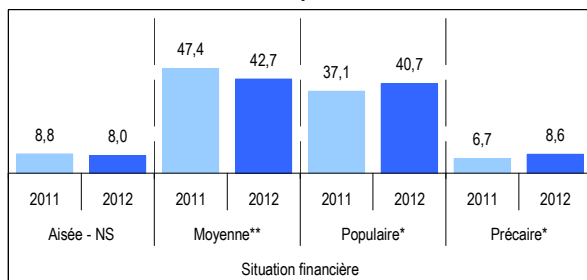


Figure 10 : Evolution entre les 2 vagues de la situation financière estimée par le médecin -%-



NS : Non significatif ; (*) p ≤ 0,07; - * p < 0,05 ; ** p < 0,01;- *** p < 0,001

Figure 11 : Evolution de la proportion de patients estimés en précarité par leur médecin selon la tranche d'âge -%-

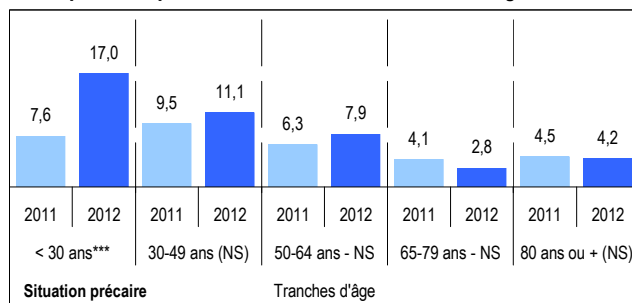


Figure 12 : Evolution de la couverture maladie entre les 2 vagues %

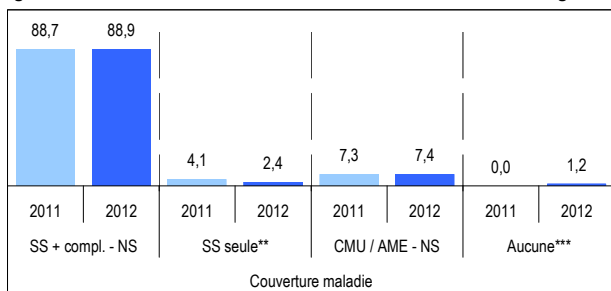
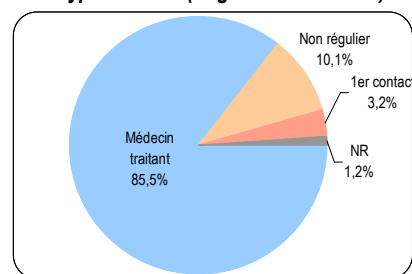


Figure 13 : Distribution des patients selon le type de suivi (Vague 2012 n=1 546)



II- HYGIÈNE DE VIE

II-1. Consommation de tabac

- Chez les patients de 18 ans et plus, 21% de fumeurs (fig. 14), dont 15% de fumeurs quotidiens (17% chez les hommes et 14% chez les femmes ; fig. 15) avec une prévalence du tabagisme quotidien identique dans les deux sexes entre 30 et 49 ans (fig. 16) alors que cette prévalence est nettement plus faible chez les femmes que chez les hommes entre 18 et 29 ans (respectivement 23% et 34%), ce qui pourrait en partie s'expliquer par les grossesses. La proportion de fumeurs quotidiens est identique en 2012 et 2011 (fig. 17).
- Pas d'hétérogénéité significative entre les 3 départements (même si la proportion de fumeurs quotidiens apparaît légèrement plus élevée en Creuse ; fig. 18), par contre des comportements différents selon l'habitat (fig. 19) avec un tabagisme quotidien plus développé en ville chez les hommes (hormis chez les jeunes ; fig. 20) et au contraire plus développé en rural chez les femmes, quel que soit l'âge.

Figure 14 : Répartition des patients de 18 ans ou plus selon le statut tabagique (cumul 2 vagues n=2 984)

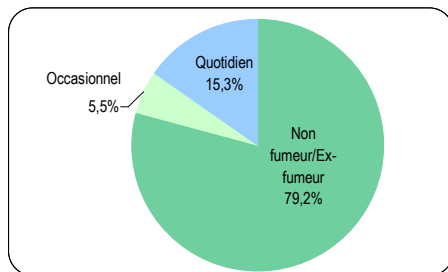


Figure 15 : Statut tabagique des patients de 18 ans ou plus selon le sexe (%) n=2 984

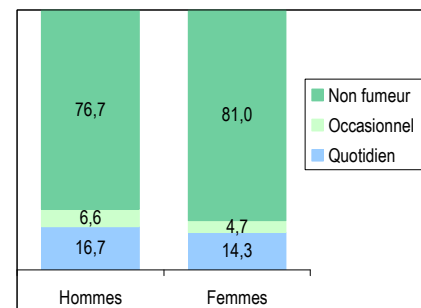


Figure 16 : Proportion de fumeurs quotidiens selon l'âge et le sexe (%) – Patients de 18 ans ou plus – Cumul 2 vagues n=2 984
(nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

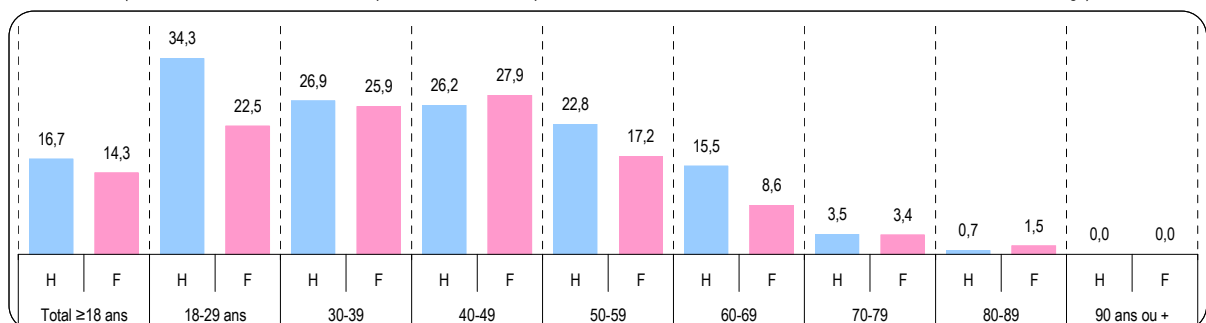


Figure 17 : Evolution de la proportion de fumeurs quotidiens selon le sexe et l'âge (%) - Patients de 18 ans ou plus

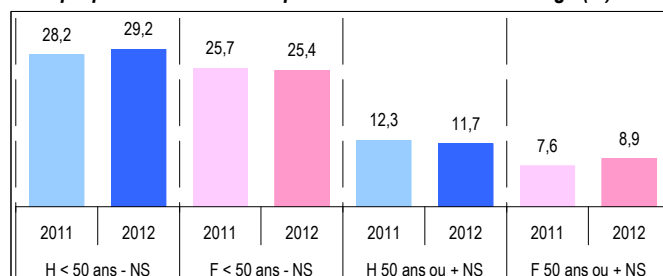


Figure 18 : Proportion de fumeurs quotidiens selon le département et le sexe (%) - Cumul 2 vagues n=2 984

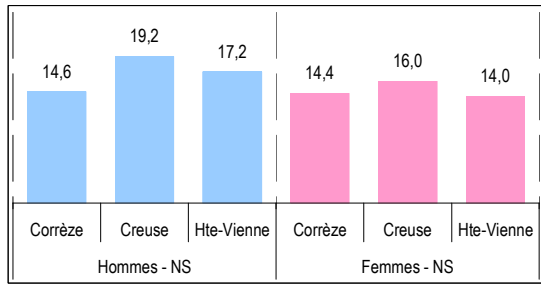


Figure 19 : Proportion de fumeurs quotidiens selon le type de commune et le sexe (%) - Cumul 2 vagues n=2 984

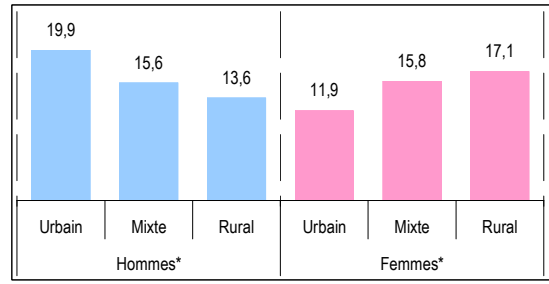
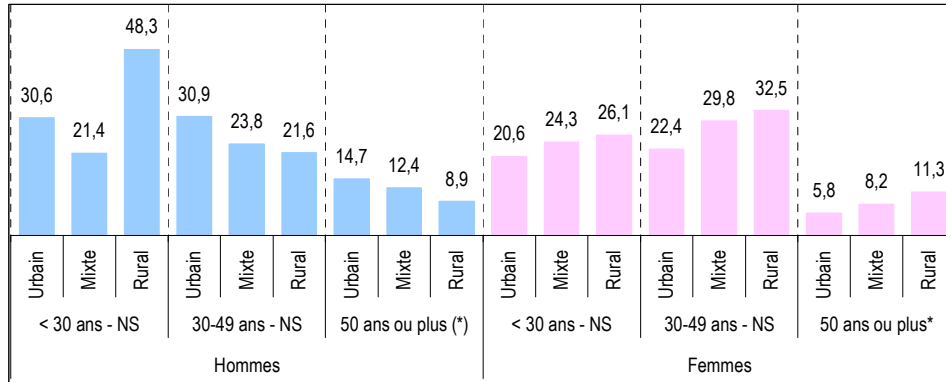


Figure 20 : Proportion de fumeurs quotidiens selon le sexe, la tranche d'âge et le type de commune (%) – Cumul 2 vagues (n=2 984)



NS : Non significatif ; (*) p ≤ 0,07; * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

II-2. Consommation d'alcool

- Parmi les patients adultes, 22% de consommateurs réguliers d'alcool (39% des hommes et 9% des femmes), dont 10% de consommateurs quotidiens (19% des hommes et 3% des femmes) parmi lesquels 4% de personnes consommant au moins 3 verres quotidiennement (8% des hommes et 1% des femmes) – fig. 21 à 23.
- Une consommation quotidienne d'alcool relativement rare chez les hommes avant 50 ans mais qui atteint 20% à 30% à partir de cet âge et ce, jusqu'à un âge avancé (fig. 23) ; une consommation quotidienne de 3 verres ou plus chez 1 homme sur 10 entre 50 et 80 ans.
- Chez les hommes, une consommation quotidienne d'alcool plus fréquente en Corrèze (26% ; fig. 25 et fig. 27), hormis chez les moins de 30 ans et plus fréquente également en milieu périurbain et rural qu'en ville (fig. 26 et fig. 28).
- Une pratique de consommation ponctuelle excessive d'alcool (6 verres ou plus en une même occasion au cours des 12 derniers mois) retrouvée chez 17% des patients adultes (fig. 29) : 29% des hommes et 8% des femmes (fig. 30) et qui, chez les hommes, culmine chez les moins de 30 ans et chez les 50-59 ans (37% à 38%).
- Une pratique régulière (au moins une fois par mois) d'alcoolisation ponctuelle excessive retrouvée chez 5% des patients (9% des hommes et 2% des femmes ; fig. 31), culminant chez les hommes aux mêmes âges (17% entre 18 et 30 ans) et apparaissant plus développée (bien que de manière non significative) en Corrèze (12% ; fig. 33).

Figure 21 : Distribution des patients de 18 ans ou plus selon la consommation d'alcool durant les 12 derniers mois -% - Cumul 2 vagues n=2 974

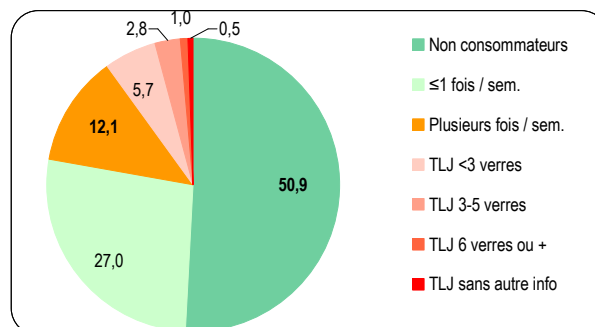


Figure 22 : Distribution des patients de 18 ans ou plus selon la consommation d'alcool et selon le sexe (%) – Cumul 2 vagues n=2 974

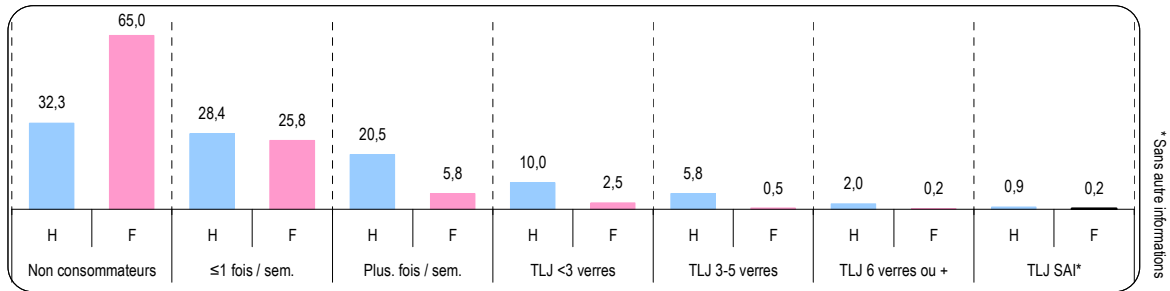


Figure 23 : Proportion de patients de 18 ans ou plus consommant de l'alcool quotidiennement selon le sexe et l'âge (%) – Cumul 2 vagues n=2 974 (nota : les chiffres chez les 90 ans et plus sont fournis à titre purement illustratifs en raison de la faiblesse des effectifs dans cette classe d'âge)

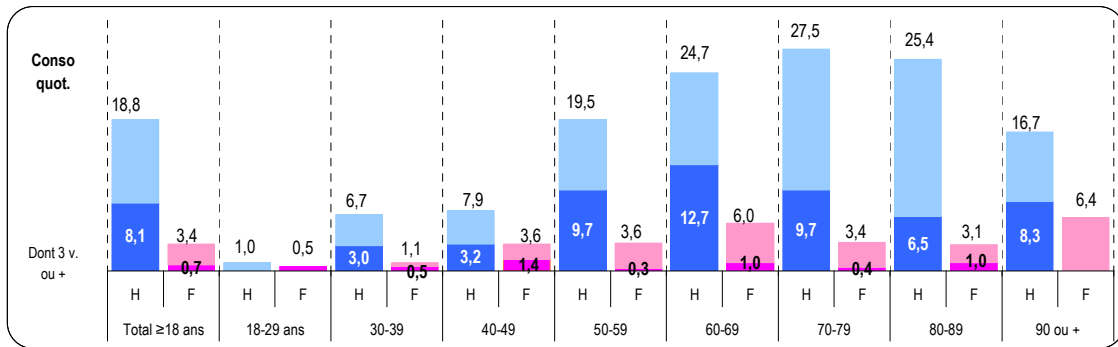
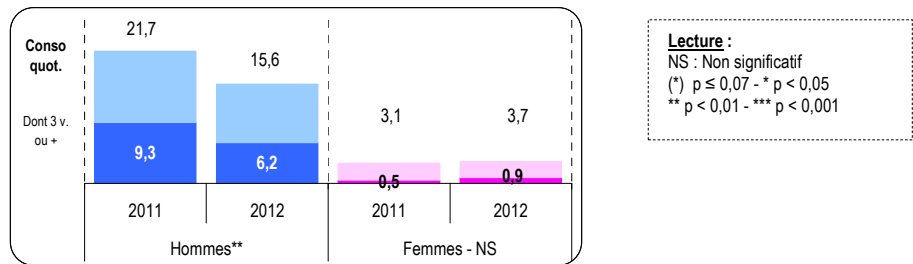


Figure 24 : Evolution de la consommation quotidienne d'alcool des patients de 18 ans ou plus selon le sexe - n=2 974 (%)



Lecture :
 NS : Non significatif
 (*) p ≤ 0,07 - * p < 0,05
 ** p < 0,01 - *** p < 0,001

Figure 25 : Proportion de consommateurs quotidiens d'alcool chez les patients de 18 ans ou plus selon le département, le sexe et la tranche d'âge (%) – Cumul des 2 vagues n=2 974

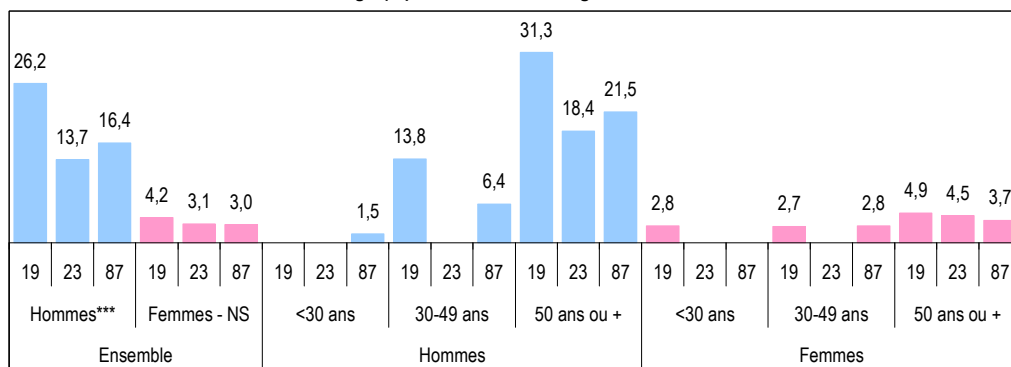


Figure 26 : Proportion de consommateurs quotidiens d'alcool chez les patients de 18 ans ou plus selon le type de commune, le sexe et la tranche d'âge (%) – Cumul 2 vagues - n=2 974

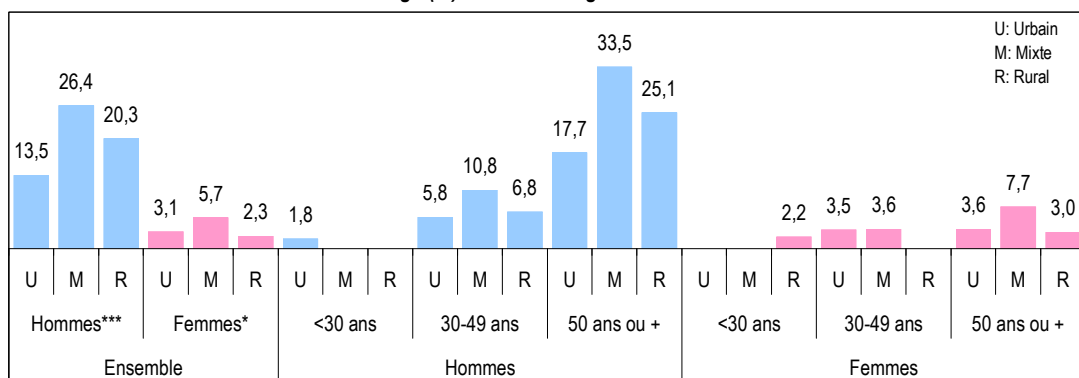


Figure 27 : Proportion de patients de 18 ans ou plus consommant quotidiennement 3 verres ou plus selon le département, le sexe et la tranche d'âge (%) – Cumul 2 vagues - n=2 974

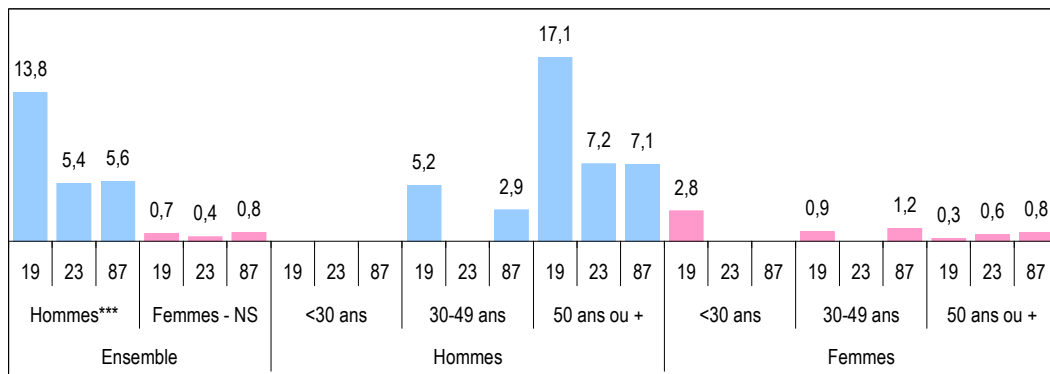
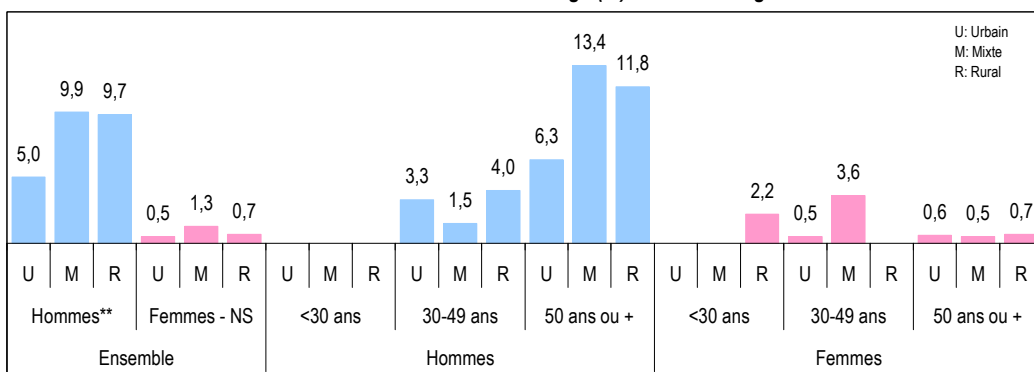


Figure 28 : Proportion de patients de 18 ans ou plus consommant quotidiennement 3 verres ou plus selon le type de commune, le sexe et la tranche d'âge (%) – Cumul 2 vagues - n=2 974



Lecture :
 NS : Non significatif
 (*) [0,05 ≥ p ≤ 0,07] - * p < 0,05
 ** p < 0,01 - *** p < 0,001

Figure 29 : Fréquence de consommation ponctuelle excessive d'alcool chez les patients de 18 ans ou plus -% - Cumul 2 vagues n=2 827 – (6 verres ou plus en une même occasion au cours des 12 derniers mois)

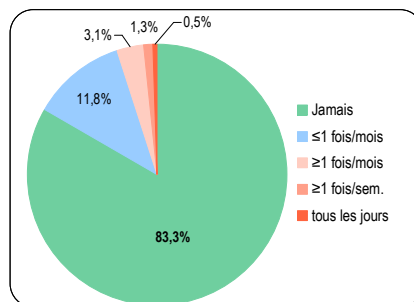


Figure 30 : Proportion de consommateurs ponctuels excessifs selon le sexe et l'âge – Patients de 18 ans ou plus -% - n= 2 827 (6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois au cours des 12 derniers mois)

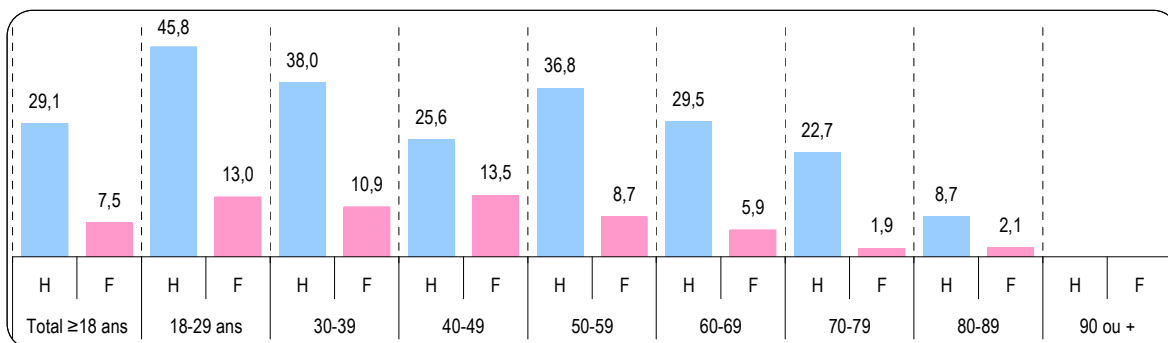


Figure 31 : Proportion de consommateurs ponctuels excessifs fréquents (6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois) selon le sexe et l'âge – Patients de 18 ans ou plus - % - Cumul 2 vagues - n= 2 827

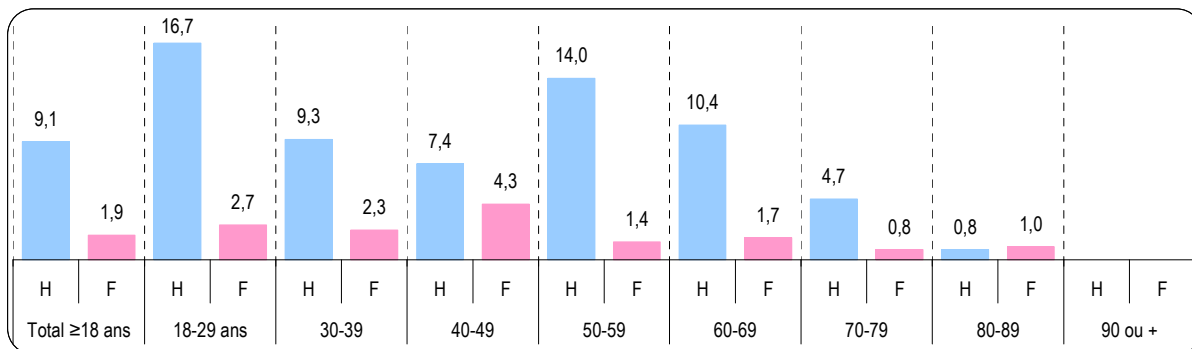


Figure 32 : Evolution de la proportion de consommateurs ponctuels excessifs fréquents (une fois ou plus par mois) selon le sexe – Patients de 18 ans ou plus - % - n= 2 827

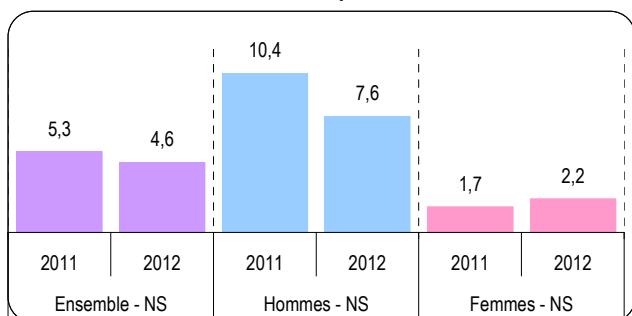


Figure 33 : Proportion de consommateurs ponctuels excessifs fréquents (une fois ou plus par mois) selon le sexe et le département – Patients de 18 ans ou plus - % - n= 2 827

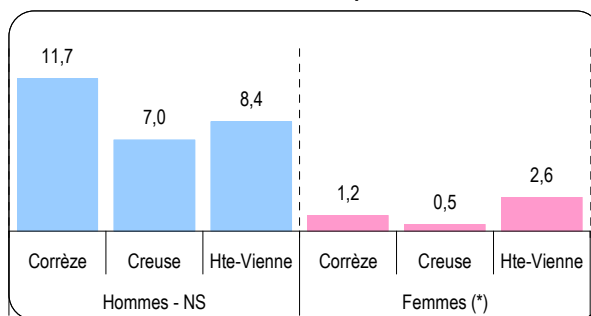
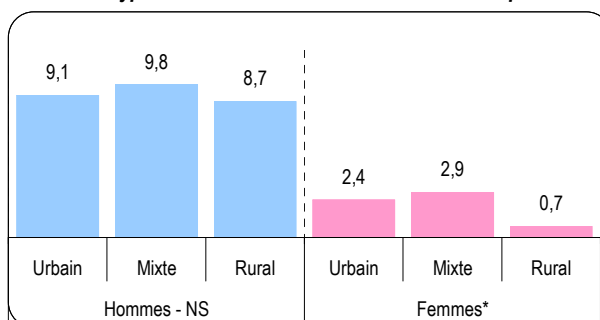


Figure 34 : Proportion de consommateurs ponctuels excessifs fréquents (une fois ou plus par mois) selon le sexe et le type de commune – Patients de 18 ans ou plus - % - n= 2 827



NS : Non significatif
 (*) p ≤ 0,07] - * p < 0,05
 ** p < 0,01 - *** p < 0,001

II-3. Surcharge pondérale, nutrition et activité physique

- Sur les 2 vagues du baromètre, **près de la moitié des patients** (48% ; fig. 35) **en surcharge pondérale** (IMC \geq 25), avec une proportion en 2012 identique à celle relevée en 2005 dans une étude limousine en patientèle mais légèrement supérieure à celle relevée lors de la vague 2011 du baromètre (fig. 36 : 49,6% versus 46,5% ; $p=0.07$) ; **près d'un patient sur six (17%) présentant une obésité** (IMC \geq 30), sans variation par rapport à la vague précédente.
- Comme classiquement décrit, une **prévalence de la surcharge pondérale plus élevée chez les hommes** que chez les femmes (respectivement 53% et 44%) alors que la prévalence de l'obésité est pratiquement identique pour les deux sexes (fig. 35). 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 70%, tandis que chez les femmes, elle augmente sensiblement à la quarantaine 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 : 12%) alors que chez les hommes, ce n'est que vers la quarantaine (16%). A partir de 50 ans et jusqu'à 80 ans, les proportions sont relativement voisines pour les deux sexes (aux environs de 24% chez les hommes et de 22% chez les femmes).
- Une tendance à l'augmentation entre 2005 et 2012 de la prévalence de la surcharge pondérale chez les femmes avant 50 ans, tendance non confirmée chez les hommes (fig. 36).
- Chez les enfants et les jeunes comme chez les adultes de plus de 50 ans, une **prévalence de la surcharge pondérale liée au statut social**, 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. 37).
- Une prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité significativement **plus faible en milieu urbain** que dans les autres milieux (45% contre 50% pour la surcharge pondérale et 15% contre 19% pour l'obésité ; fig. 38)
- Des pratiques régulières de **grignotage entre les repas** chez 30% des patients (fig. 41), proportion sensiblement plus élevée chez les femmes (35%) que chez les hommes (24%), cet écart entre sexes étant retrouvé à pratiquement tous les âges, en particulier chez les adolescents et après 40 ans ; une consommation régulière de boissons sucrées chez près de 30% également (fig. 42), proportion comparable dans les deux sexes et supérieure à 40% jusqu'à 30 ans.
- **Quatre patients sur 10 sédentaires** (42% ; fig. 43) et ne pratiquant quasiment jamais d'activité physique d'intensité moyenne (30%) ou moins d'une fois par semaine (12%), avec un différentiel important hommes / femmes qui apparaît à partir de 30 ans (fig. 44), une pratique moins développée en milieu rural et davantage au contraire en milieu péri-urbain (fig. 46), une pratique sans lien significatif avec le milieu social chez les hommes mais, chez les femmes, plus développée dans les milieux sociaux les plus élevés (fig. 47).
- A l'opposé, une pratique régulière (au moins une fois par semaine) d'une **activité sportive** ou d'une activité physique intense chez **16%** des consultants (fig. 48) : 21% des hommes et 14% des femmes, avec une égalisation de cette pratique entre les deux sexes après 50 ans (fig. 49) ; une pratique plus développée en Creuse, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (fig. 50) et plus développée également en milieu péri-urbain (fig. 51) alors que les citadins et les ruraux se comportent de manière parfaitement comparable. Enfin, comme précédemment, une pratique sans lien significatif avec le milieu social chez les hommes mais, chez les femmes, plus développée dans les milieux sociaux les plus élevés (fig. 52).

Figure 35 : Proportion de patients de 3 ans ou plus en surcharge pondérale (dont obésité) selon l'âge et le sexe – Cumul 2 vagues n=3 302
(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)

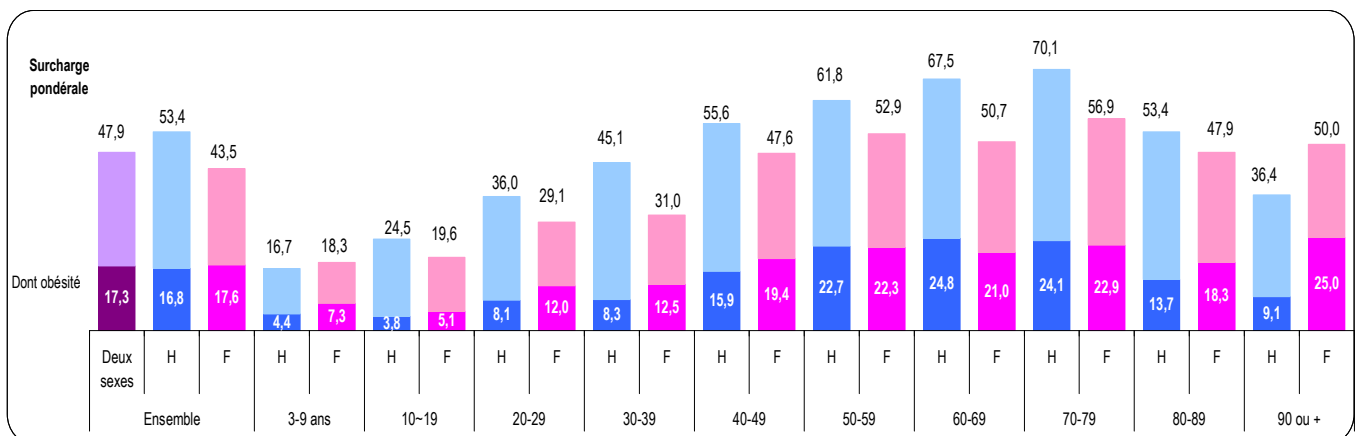


Figure 36 : Evolution entre 2005, 2011 et 2012 de la proportion de patients en surcharge pondérale selon le sexe et l'âge (N1=3 197, N2=1 816, N3=1 486)

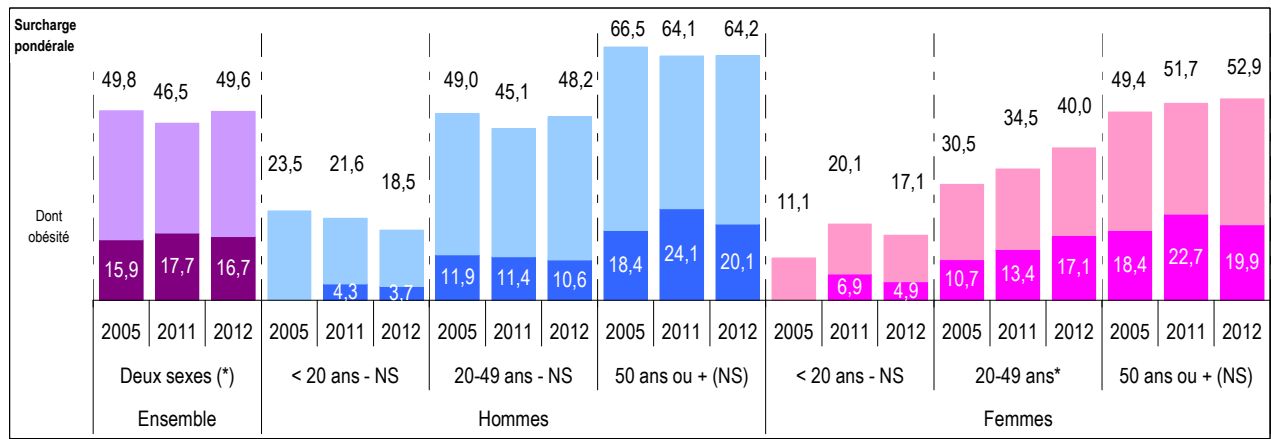


Figure 37 : Proportion de patients en surcharge pondérale (dont obésité) selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle n=3 302

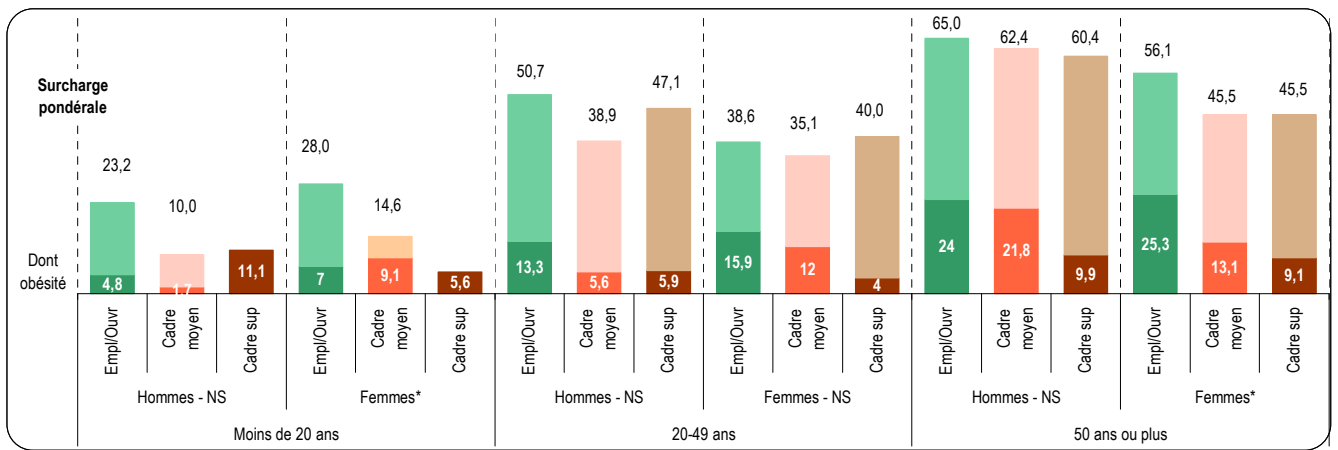
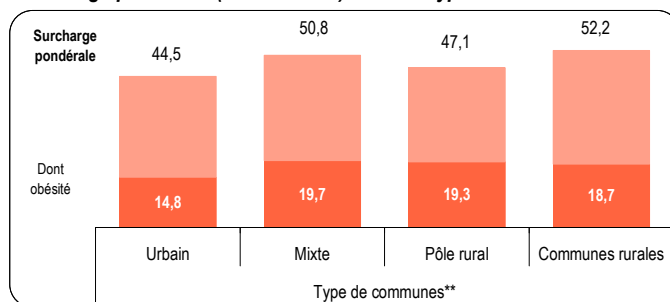


Figure 38 : Proportion de patients en surcharge pondérale (dont obésité) selon le type de commune d'exercice du médecin. Cumul 2 vagues n=3 302



NS : Non significatif
 (*) p ≤ 0,07] - * p < 0,05
 ** p < 0,01 - *** p < 0,001

Figure 39 : Proportion de patients en surcharge pondérale (dont obésité) selon l'âge, le sexe et le département - Cumul 2 vagues n=3 302

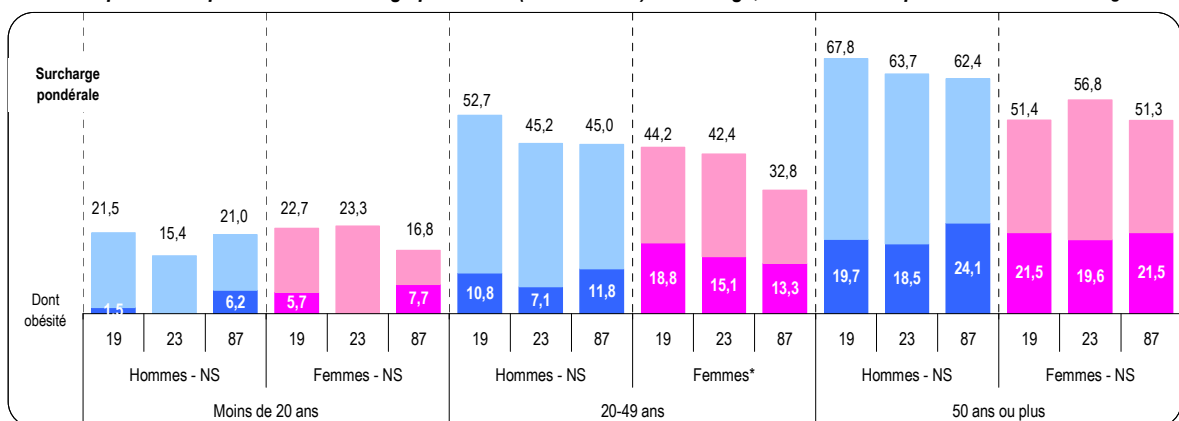


Figure 40 : Proportion de patients en surcharge pondérale (dont obésité) selon l'âge, le sexe et le type de commune d'exercice du médecin - Cumul 2 vagues n=3 302

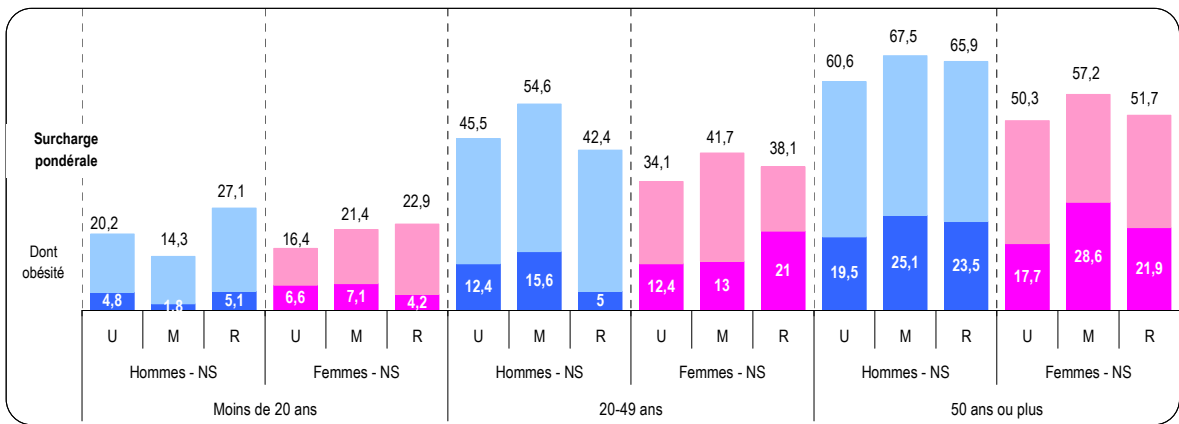


Figure 41 : Proportion de patients déclarant grignoter entre les repas très ou assez régulièrement selon le sexe et l'âge - % - Vague 2012 n=1 542

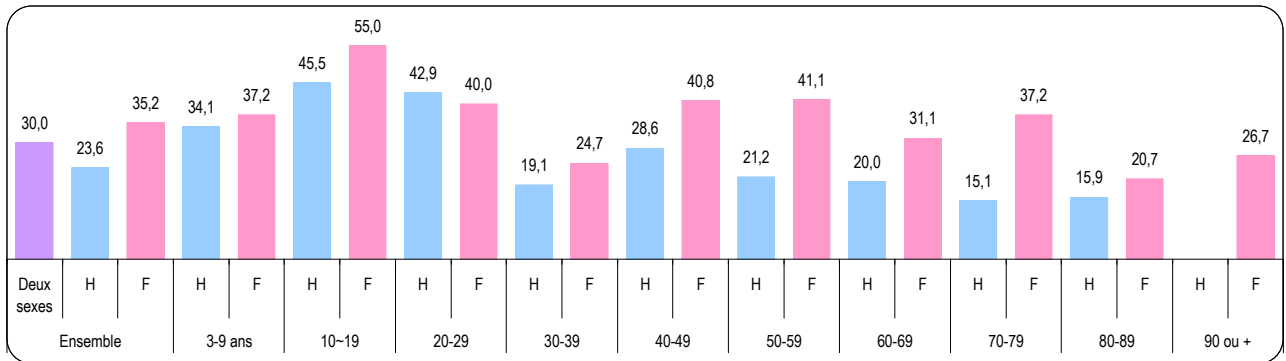


Figure 42 : Proportion de patients déclarant consommer des sucres/boissons sucrées très ou assez régulièrement selon le sexe et l'âge - % - Vague 2012 n=1 537

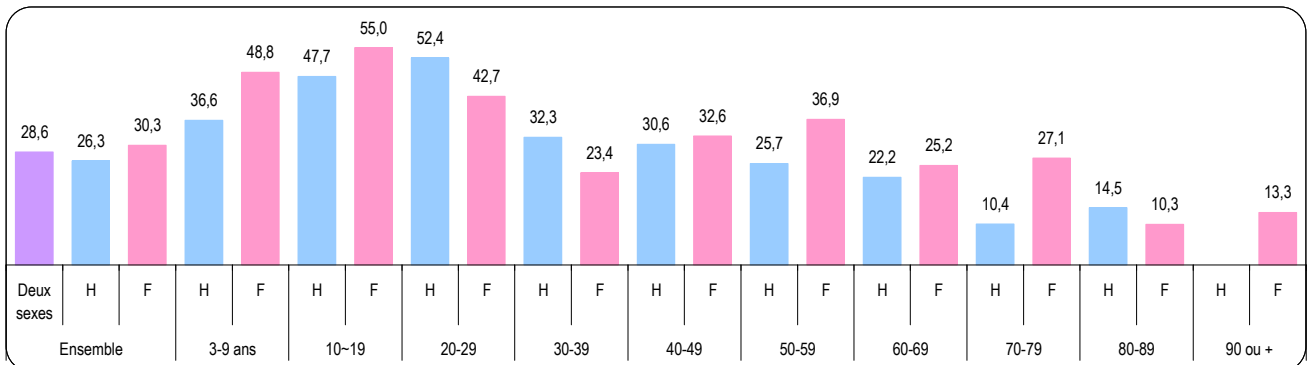


Figure 43 : Distribution des patients selon la pratique d'une activité physique d'intensité moyenne - % - Vague 2012 n=1 383

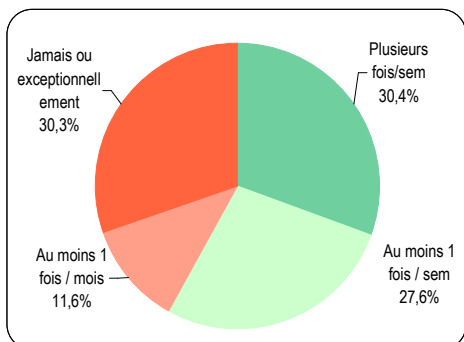


Fig.44 : Proportion de patients ayant une activité physique d'intensité moyenne régulière (≥ 1 fois/sem) selon le sexe et l'âge - % - Vague 2012 - n=1 383

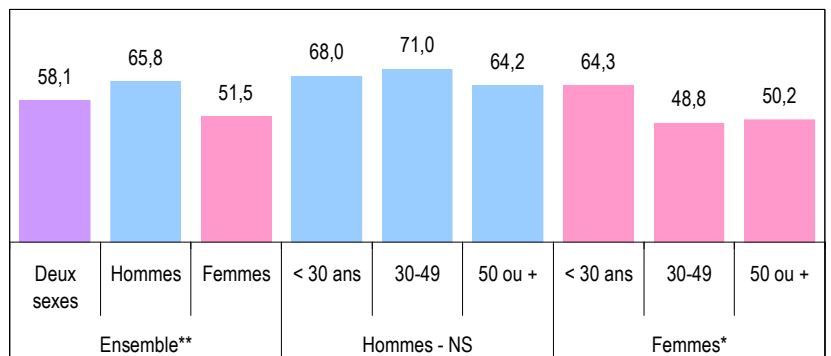


Fig.45 : Proportion de patients pratiquant régulièrement (≥ 1 fois/sem) une activité physique d'intensité moyenne selon le sexe et le département -%- Vague 2012 - n=1 383

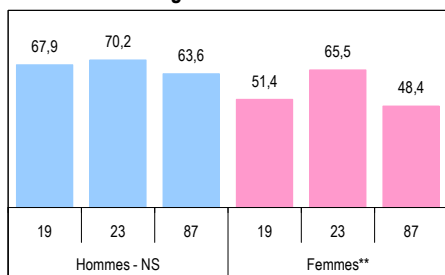


Fig.46 : Proportion de patients pratiquant régulièrement (≥ 1 fois/sem) une activité physique d'intensité moyenne selon le sexe et l'habitat -%- Vague 2012 - n=1 383

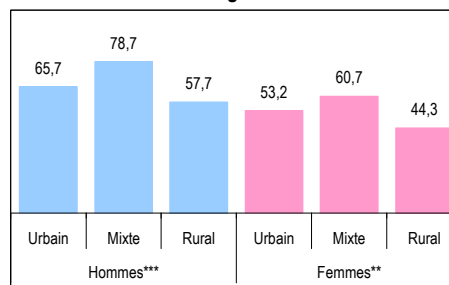
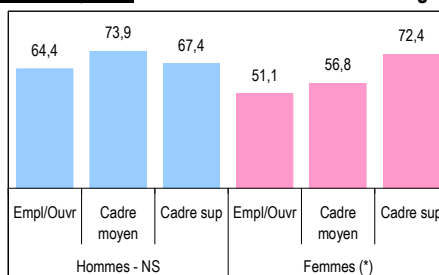


Figure 47 : Proportion de patients pratiquant régulièrement une activité physique d'intensité moyenne selon le sexe et la CSP -%- Vague 2012



NS : Non significatif
 (*) $p \leq 0,07$ - * $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$ - *** $p < 0,001$

Figure 48 : Distribution des patients selon la pratique d'une activité sportive ou d'une activité physique intense -%- Vague 2012 n=1 376

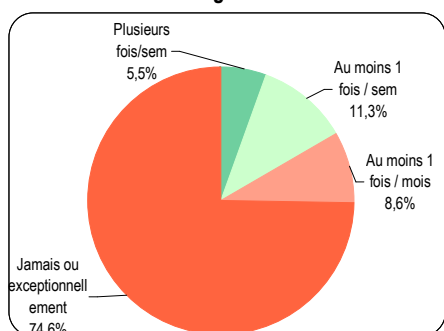


Figure 49 : Proportion de patients pratiquant régulièrement (≥ 1 fois/sem) une activité sportive ou une activité physique intense selon le sexe et l'âge -%- Vague 2012 n=1 376

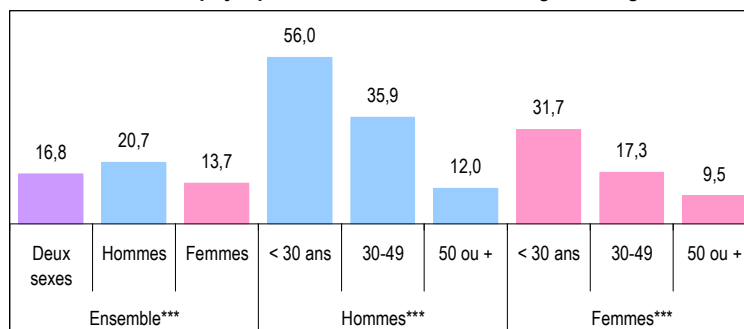


Figure 50 : Proportion de patients pratiquant régulièrement une activité sportive ou une activité physique intense selon le sexe et le département -%- Vague 2012-

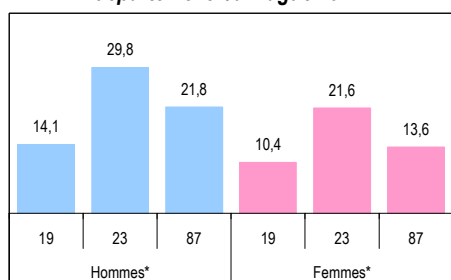


Figure 51 : Proportion de patients pratiquant régulièrement une activité sportive ou une activité physique intense selon le sexe et l'habitat -%- Vague 2012-

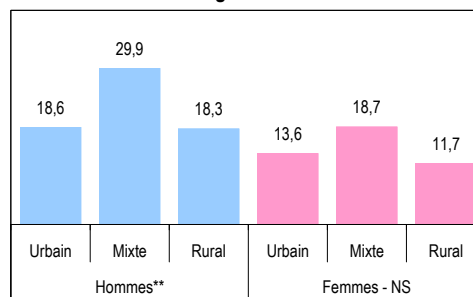
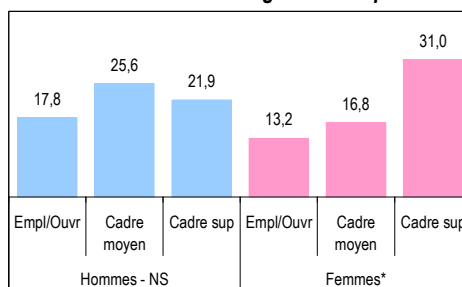


Figure 52 : Proportion de patients pratiquant régulièrement une activité sportive ou une activité physique intense selon le sexe et la catégorie socio-professionnelle -%- Vague 2012



III- SANTÉ DES SENIORS

Vaccination anti-grippale :

- **77% des patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe**, proportion assez faible avant 70 ans (61%) mais dépassant 75% dès cet âge et avoisinant 90% entre 85 et 89 ans (fig. 53) ; une couverture comparable chez les hommes et chez les femmes, plus élevée (bien que non significativement) en Creuse, plus faible en milieu péri-urbain (fig. 54), indépendante du statut social (fig. 55) mais par contre significativement plus faible chez les personnes en situation de précarité (68%).
- **Entre 2011 et 2012, une baisse de la couverture vaccinale chez les moins de 75 ans** (fig.57) : si globalement le taux de couverture vaccinale demeure relativement stable entre 2011 et 2012, les évolutions diffèrent selon l'âge avec une baisse significative chez les 65-74 ans (64% versus 73%) et au contraire une augmentation significative chez les 85 ans ou plus (93% versus 82%). La baisse observée chez les plus jeunes, ainsi que chez les cadres supérieurs (fig.56), peut probablement être mise en relation avec les polémiques ayant entouré la campagne de vaccination contre la grippe pandémique (2009-2010).

Troubles cognitifs :

- **Un trouble cognitif chez près de 1 patient de 65 ans ou plus sur 5** (19% ; fig. 58), le plus souvent simple trouble de la mémoire ou problème de concentration (13%) mais une maladie d'Alzheimer suspectée (plus de 3%) ou avérée (plus de 2%) chez près de 6% des patients de cet âge. Les chiffres légèrement plus élevés chez les femmes sont probablement à mettre en relation avec l'âge des patients.
- Une évolution en fonction de l'âge très marquée, aussi bien pour l'ensemble des troubles cognitifs (7% entre 65 et 74 ans, 24% entre 75 et 84 ans, 40% à partir de 85 ans) que pour les maladies d'Alzheimer suspectées par le médecin ou avérées : moins de 2% avant 75 ans, 6% entre 75 et 84 ans, 10% à partir de 85 ans (chez les plus âgés, il s'agit 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).

Figure 53 : Proportion de patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe selon l'âge - % - Cumul 2 vagues n=1 106
(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)

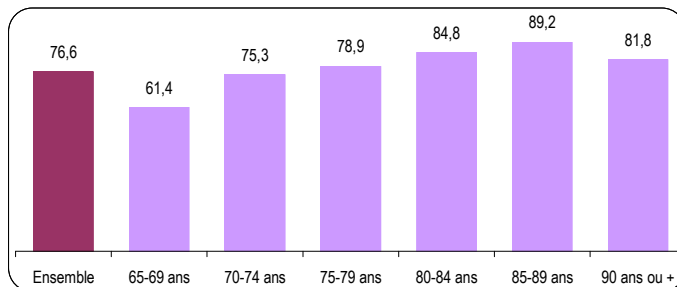
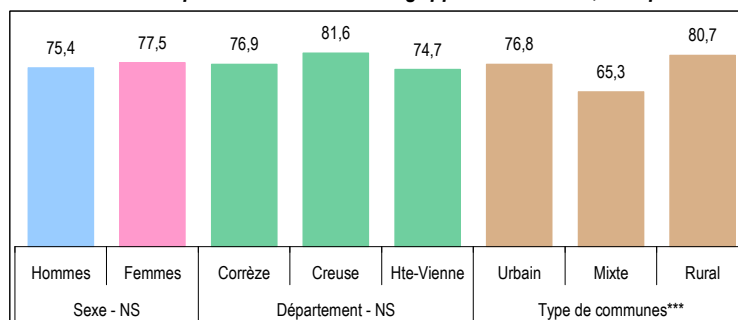


Figure 54 : Proportion de patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe selon le sexe, le département et l'habitat – Cumul 2 vagues



NS : Non significatif ; * p < 0,05
** p < 0,01 - *** p < 0,001

Figure 55 : Proportion de patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe selon la catégorie socioprofessionnelle – Cumul 2 vagues

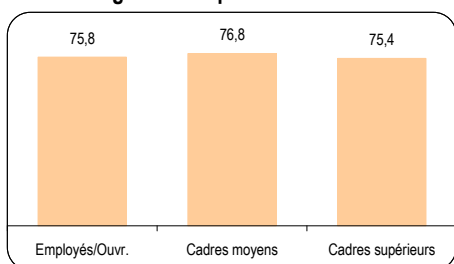


Figure 56 : Evolution de la proportion de patients de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe selon la catégorie socioprofessionnelle

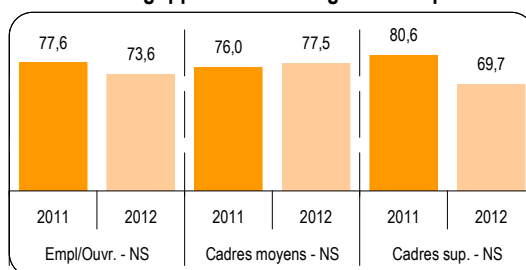


Figure 57 : Evolution du taux de vaccination contre la grippe pour les patients de 65 ans ou plus entre les 2 vagues selon l'âge

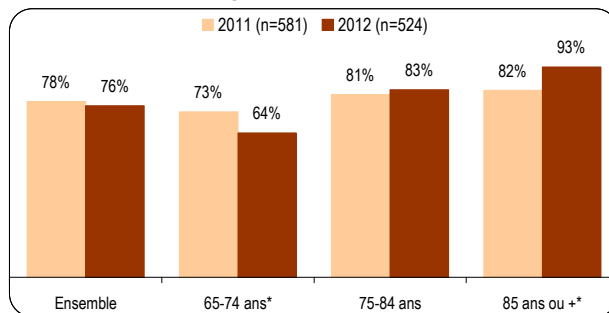
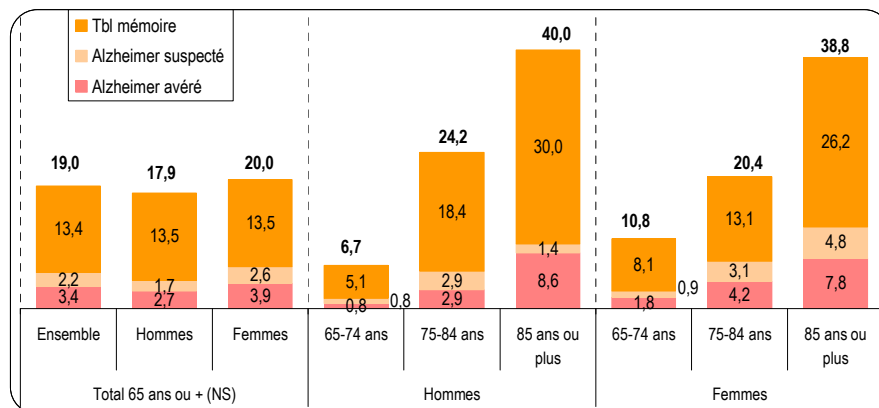


Figure 58 : Proportion de patients de 65 ans ou plus manifestant des troubles cognitifs selon le sexe et l'âge - % - Cumul 2 vagues n=1 071



IV- RENONCEMENTS AUX SOINS

IV-1. Renoncements à des soins ambulatoires

Renoncements à certains soins ambulatoires pour des problèmes de mobilité / transport :

- Un renoncement à certains soins relevé chez 6% des patients au cours des 3 dernières années (fig. 59) et chez 6% pareillement au cours des 12 derniers mois (fig. 60).
- Des renoncements particulièrement fréquents chez les patients de 80 ans ou plus (12% ; fig. 61) ou encore en milieu rural (9%), plus élevés également en Creuse et Corrèze qu'en Haute-Vienne, avec une proportion particulièrement élevée chez les personnes en situation de précarité (23% ; fig. 62) et chez les personnes sans mutuelle (17%).
- Une progression significative de ces renoncements entre 2011 et 2012 (de 4,2% à 5,8% ; fig. 63) qui demanderait toutefois à être confirmée dans la durée, progression relevée dans les 3 départements et particulièrement nette en milieu rural (de 6,5% à 11,3%), significative également dans les milieux populaires (de 3,7% à 6,5% ; fig. 64).
- Des renoncements portant essentiellement sur des consultations de spécialistes et des examens para-cliniques (fig. 65).

Renoncements à certains soins ambulatoires pour des raisons financières :

- **Un renoncement à certains soins relevé chez 8% des patients** au cours des 3 dernières années (fig. 66 ; à plusieurs reprises pour 6%) et chez 8% pareillement au cours des 12 derniers mois (fig. 67).
- Des renoncements plus fréquents en milieu rural (9%) et dans les classes d'âge intermédiaires (fig. 68), en proportion particulièrement élevée chez les personnes en situation de précarité (36% ; fig. 69), chez les personnes sans mutuelle (28%) ou chez les bénéficiaires de la CMU (20%).
- Une progression significative de ces renoncements entre 2011 et 2012 (de 6,2% à 8,4% ; fig. 70), plus nette en Haute-Vienne et en milieu rural et plus nette également chez les bénéficiaires de la CMUc (fig. 72).
- Des renoncements qui concernent essentiellement l'optique, des consultations spécialisées, les actes dentaires, mais également l'achat de médicaments (fig. 73).

Cumul des obstacles :

- Un patient sur 10 (10%) confronté à un renoncement à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois, que ce soit en raison du coût, de la distance, des difficultés de transport (fig. 74), proportion en progression significative entre 2011 et 2012 (de 8% à 11%), plus élevée après 80ans (14%), en rural (13%) et surtout chez les personnes en situation précaire (41%), les bénéficiaires de la CMUc (22%) ou les patients sans complémentaire santé (31% ; fig.75).

Figure 59 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 3 dernières années pour des problèmes de mobilité / transport – Vague 2012 n=1 532

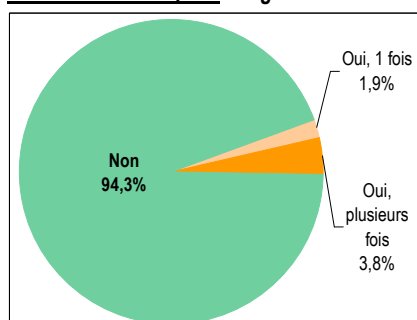


Figure 60 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des problèmes de mobilité, de transport – Vague 2012 n=1 546

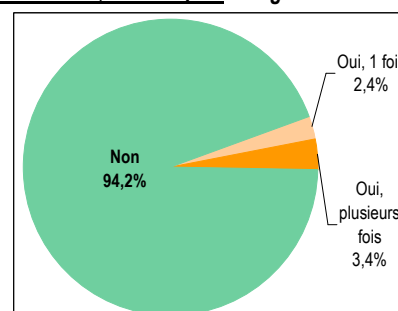
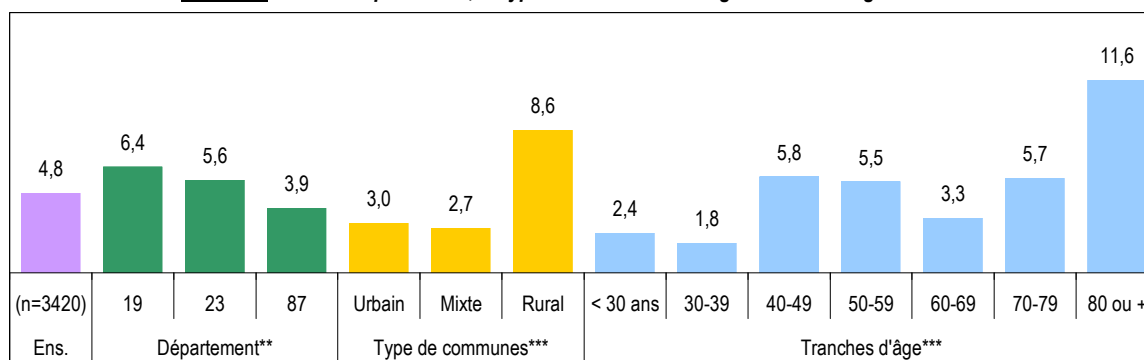


Figure 61 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des problèmes de mobilité / transport selon le département, le type de commune et l'âge– Cumul 2 vagues n=3 420



NS : Non significatif ; - * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; - *** p < 0,001

Figure 62 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des problèmes de mobilité / transport selon la situation financière, la couverture maladie et la catégorie socio-professionnelle (CSP) – Cumul 2 vagues n=3 420

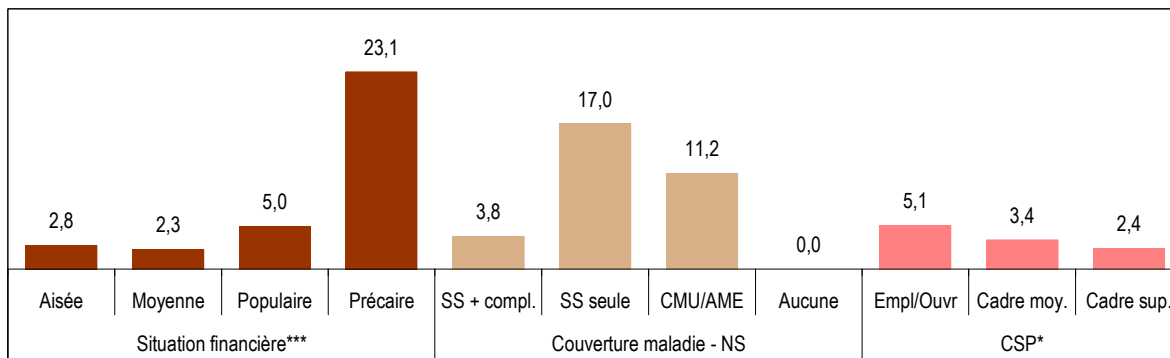


Figure 63 : Evolution de la proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois en raison de problèmes de mobilité, de transport selon le département et le type de communes

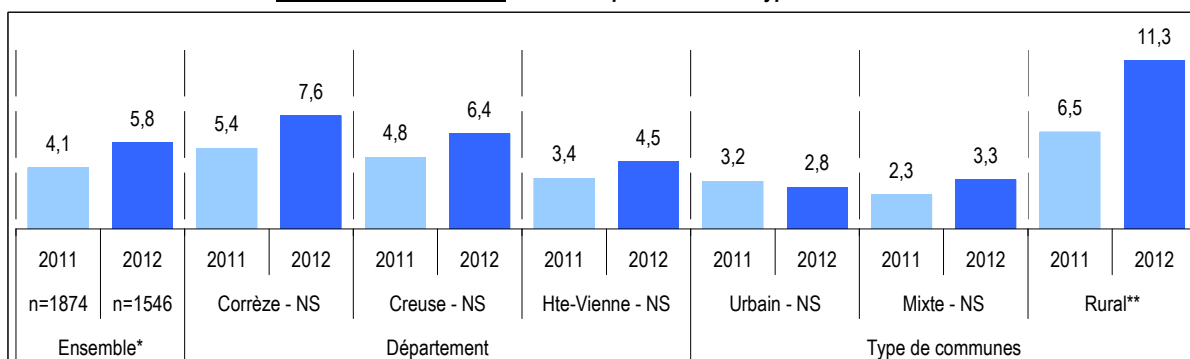


Figure 64 : Evolution de la proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des problèmes de mobilité / transport selon la situation financière et la catégorie socio-professionnelle (CSP)

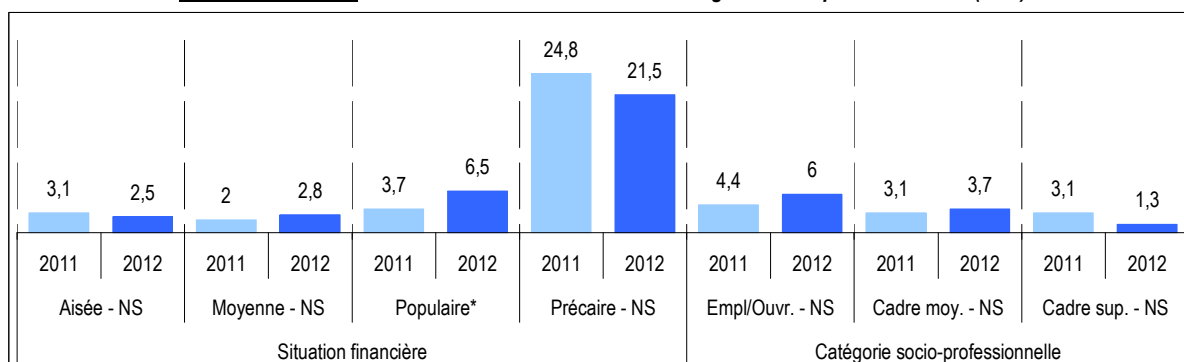
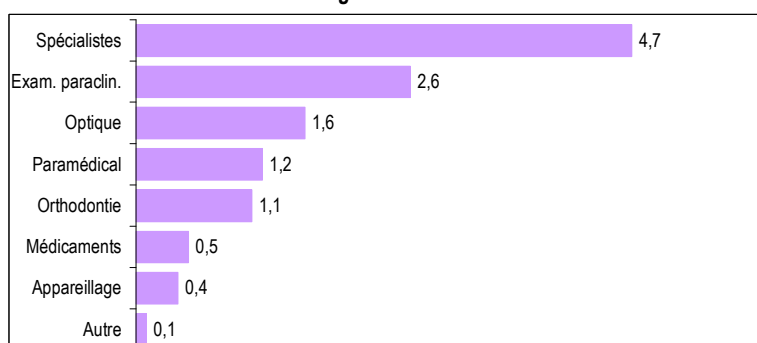


Figure 65 : Types de soins ambulatoires concernés par des renoncements dans les 12 derniers mois pour des problèmes de mobilité / transport - % - Vague 2012 n=1 546



NS : Non significatif ; * p < 0,05
** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Figure 66 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 3 dernières années pour des raisons financières – Vague 2012 n=1 531

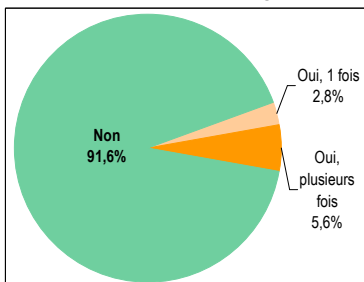


Figure 67 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières – Vague 2012 n=1 521

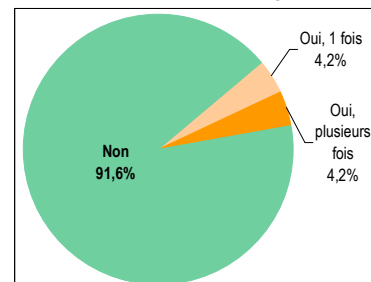


Figure 68 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières selon le département, le type de communes et l'âge – Cumul 2 vagues n=3 397

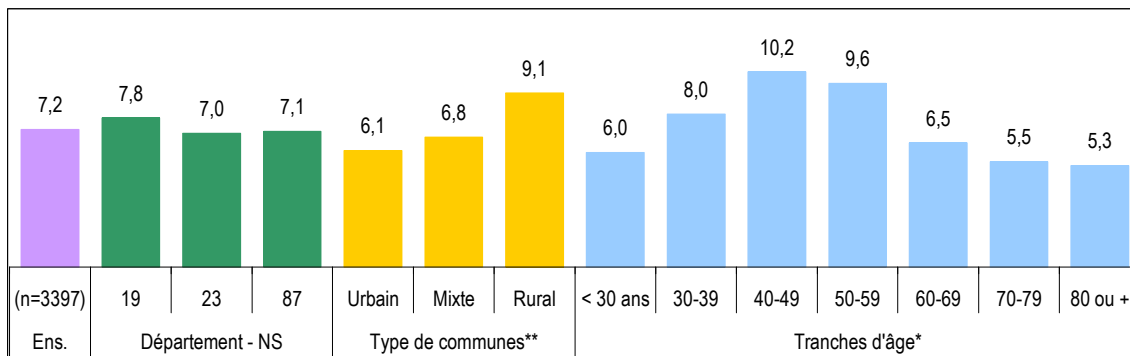


Figure 69 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières selon la situation financière, la couverture maladie et la catégorie socio-professionnelle (CSP) – Cumul 2 vagues n=3 397

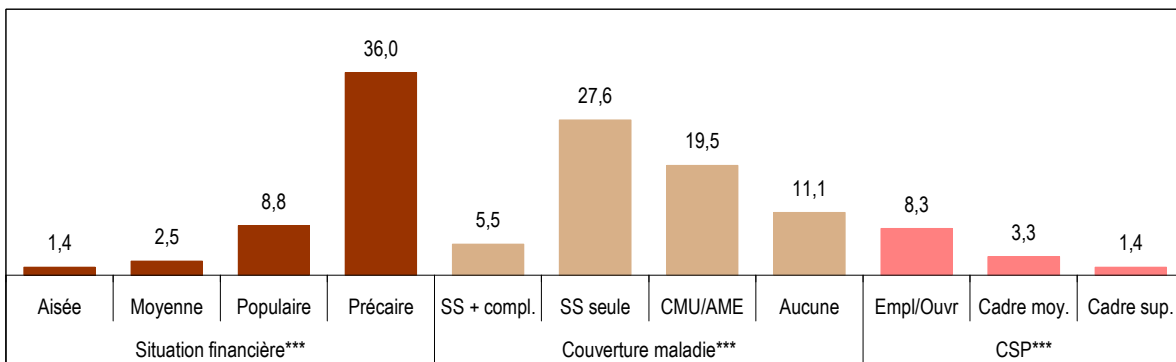
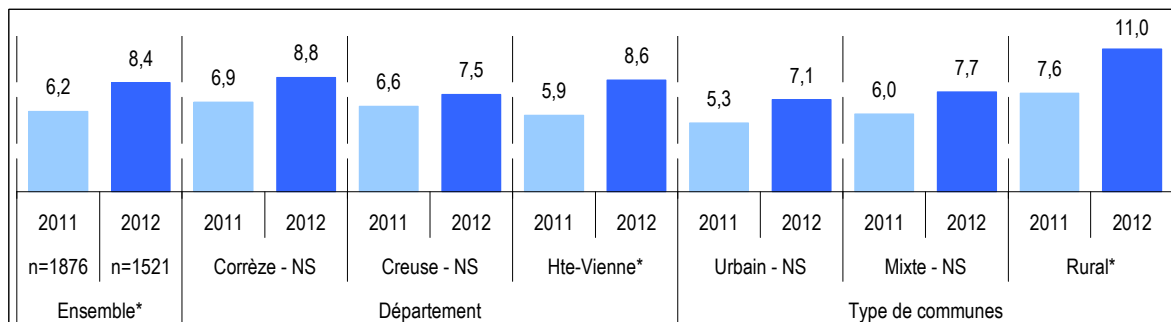


Figure 70 : Evolution de la proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières selon le département et le type de commune



NS : Non significatif ; * p < 0,05
** p < 0,01 - *** p < 0,001

Figure 71 : Evolution de la proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières selon la situation financière et la catégorie socio-professionnelle (CSP)

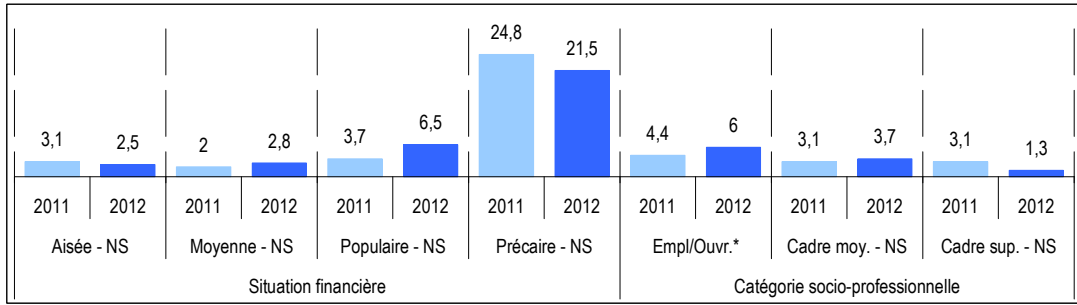
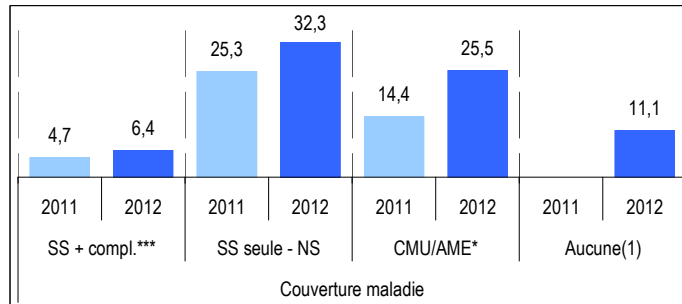


Figure 72 : Evolution de la proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières selon la couverture maladie



NS : Non significatif ; * p < 0,05
** p < 0,01 - *** p < 0,001

Figure 73 : Types de soins ambulatoires concernés par des renoncements dans les 12 derniers mois pour des raisons financières - % Vague 2012 n=1 531

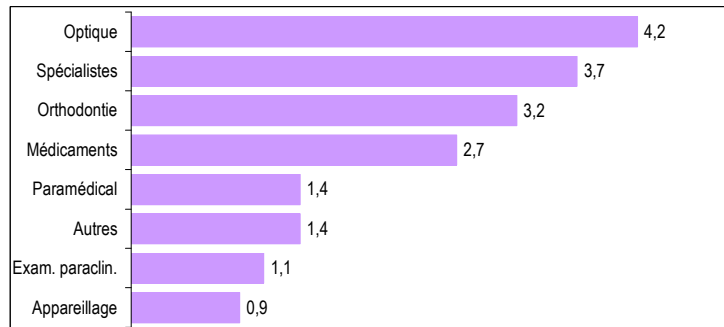


Figure 74. Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières et/ou des problèmes de mobilité selon l'année d'enquête et la tranche d'âge

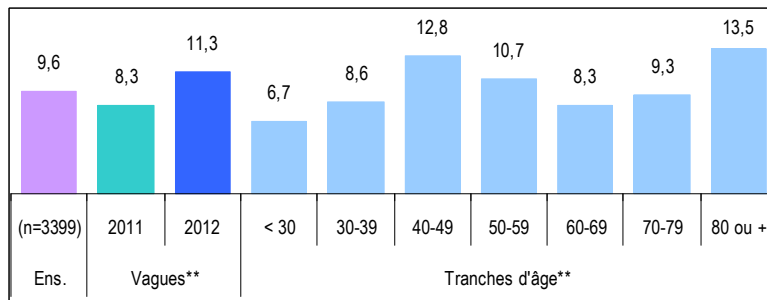
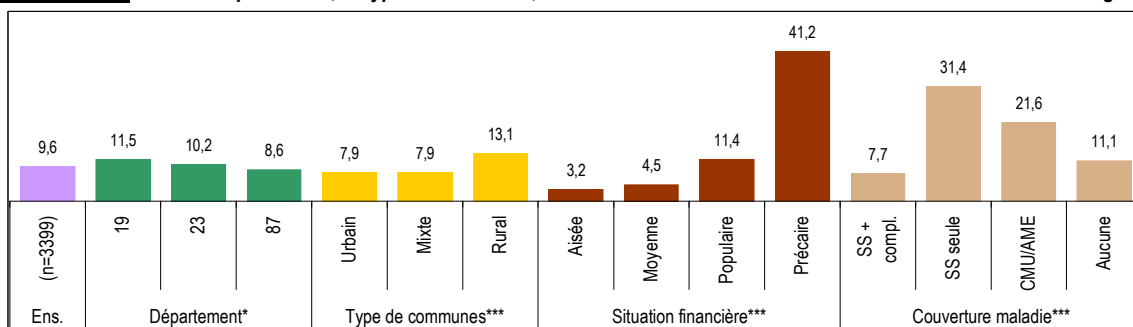


Figure 75 : Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières et/ou des problèmes de mobilité selon le département, le type de commune, la situation financière et la couverture maladie – Cumul 2 vagues n=3 397



IV-2. Retard ou renoncement à une hospitalisation

- Un retardement, voire un renoncement à une hospitalisation au cours des 3 dernières années chez 6% des patients, proportion atteignant 9% en milieu rural, 8% en Creuse (fig. 76), 9% chez les personnes précaires et 14% chez les personnes sans couverture maladie complémentaire (fig. 77).
- Cependant, des retards ou renoncements qui apparaissent rarement occasionnés par le coût direct de l'hospitalisation (moins de 1% globalement mais 3% chez les personnes sans mutuelle et 4% chez les sujets en situation de précarité) ou par des motifs liés à la distance et au transport (1% ; fig. 78).

Figure 76 : Proportion de patients ayant retardé ou renoncé à une hospitalisation au cours de 3 dernières années selon le département et le type de communes - % - Vague 2012 n=1 531

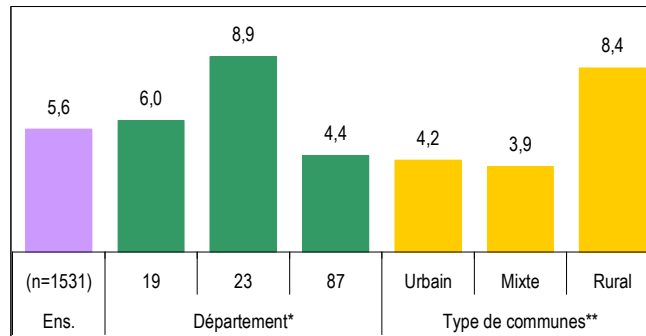


Figure 77 : Proportion de patients ayant retardé ou renoncé à une hospitalisation au cours de 3 dernières années selon la situation financière et la couverture maladie - % - Vague 2012 n=1 531

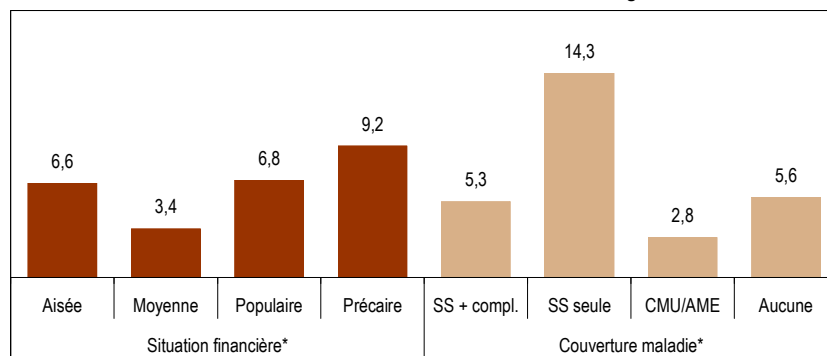
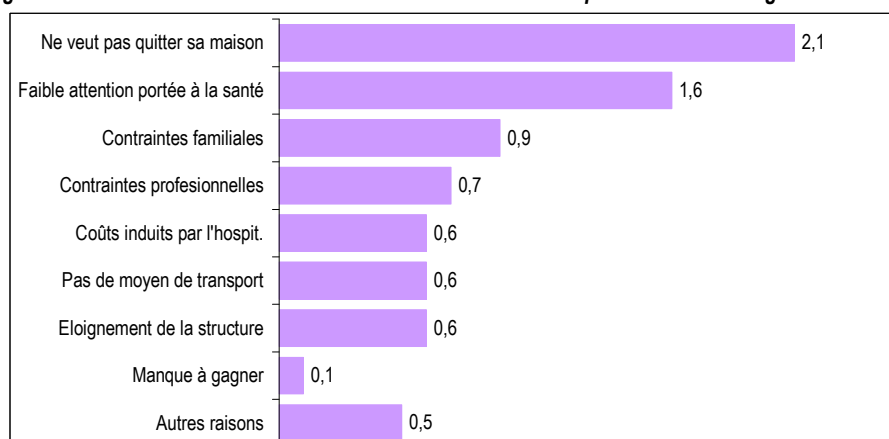


Figure 78 : Motifs des retardements ou renoncements à une hospitalisation - % - Vague 2012 n=1 531



SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Le volet "patients" 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 de 115 médecins généralistes libéraux qui ont participé à ce baromètre (1^{ère} vague [96] et/ou 2^{ème} vague [84]), soit 1 praticien sur 7, 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 d'une journée d'étude (novembre 2011 et décembre 2012) une fiche de notification pour un total de 3 432 patients de 3 ans ou plus (19 par médecin et par vague) : 1 886 en 2011 et 1 546 en 2012. La patientèle ainsi analysée présente des caractéristiques qui, par nature, diffèrent de celles de la population générale : sensiblement plus âgée (46% ont 60 ans ou plus contre 30% dans la population limousine des 3 ans ou plus ; les 75 ans ou plus sont 18% contre 13%), elle est également plus féminine (55% 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, registres, 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 [SIRAM] 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 de 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, 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, qu'il s'agisse de comportements individuels (potentiellement modifiables, en particulier sous l'effet de campagnes de prévention), ou qu'il s'agisse du recours aux soins et des difficultés d'accès.

Du fait du délai resserré séparant les 2 premières vagues du baromètre, les évolutions significatives relevées en matière d'état de santé et de comportements sont rares.

S'agissant des consommations, 25% des patients limousins de 18 à 75 ans fument du tabac dont 19% qui en font un usage quotidien (20% des hommes et 18% des femmes). La prévalence du tabagisme quotidien est sensiblement moins élevée que celle relevée au niveau national dans le baromètre santé 2010 chez les 18-75 ans (19% versus 29%), et ce, quel que soit l'âge, ce qui confirme les spécificités d'une patientèle par rapport à une population générale. Dans la patientèle limousine, de même qu'au niveau national, la prévalence du tabagisme quotidien est aussi élevée chez les femmes que chez les hommes entre 35 et 49 ans, elle est par contre nettement plus faible chez les femmes entre 25 et

30 ans, probablement du fait des grossesses. Le tabagisme quotidien apparaît plus développé en ville chez les hommes (hormis chez les jeunes) et au contraire plus développé en rural chez les femmes, quel que soit l'âge. S'agissant de l'alcool, sa consommation quotidienne demeure extrêmement sexuée : 17% chez les hommes de 18 à 75 ans (18% au niveau national) et 3% chez les femmes du même âge (6% au niveau national). A âge égal cependant, les chiffres relevés en Limousin sont sensiblement plus faibles que ceux relevés au niveau national dans le baromètre 2010 de l'INPES, ce qui pourrait indiquer une plus faible consommation dans une population médicalisée (moins bon état de santé, plus grande attention portée à la santé) mais également le fait que les praticiens ont parfois du mal à appréhender le vrai niveau de consommation de leurs patients. Par ailleurs, une consommation ponctuelle excessive régulière (6 verres ou plus en une même occasion au moins 1 fois par mois) est identifiée par le médecin chez 9% des consultants et 3% des consultantes de 18 à 30 ans, chiffres beaucoup plus faibles que ceux déclarés par les 20-30 ans au niveau national (respectivement 41% et 14%).

Une surcharge pondérale (IMC ≥ 25) a été relevée par le médecin chez près de la moitié des patients (48%) tandis que près d'un sur six (17%) présente une obésité (IMC ≥ 30), chiffre comparable à celui relevé dans l'enquête Obépi chez les 15 ans ou plus : France 15%, Limousin : 18%. Comme classiquement décrit, la prévalence de la surcharge pondérale est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (respectivement 53% et 44%) alors que celle de l'obésité est pratiquement identique dans les deux sexes. Chez les hommes, la prévalence de la surcharge pondérale croît régulièrement jusqu'à 80 ans pour atteindre 70%, tandis que chez les femmes, elle augmente sensiblement à la quarantaine et se maintient ensuite aux environs de 50%. Quant à l'obésité, elle se manifeste en proportion significative dès 20-29 ans chez les femmes (12%) alors que chez les hommes, ce n'est que vers la quarantaine (16%). Par rapport à une précédente enquête conduite en patientèle en 2005, on a noté une tendance à l'augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale chez les femmes avant 50 ans, tendance non confirmée chez les hommes.

Le taux de couverture vaccinale anti-grippale chez les 65 ans et plus ne diffère pas significativement entre 2011 (78%) et 2012 (76%), cependant, on relève une baisse significative chez les 65-74 ans (64% contre 73% l'année précédente), plus nette dans les catégories sociales supérieures, probablement liée aux polémiques ayant entouré la campagne de vaccination contre la grippe pandémique 2009/2010. A contrario, on note une augmentation significative de cette couverture chez les 85 ans et plus (93% versus 82%).

Une autre évolution significative relevée entre 2011 et 2012 a trait aux renoncements aux soins : en 2012, plus de 8% des patients ont renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières, ils n'étaient que 6% l'année précédente ($p < 0,05$). L'évolution est particulièrement nette en Haute-Vienne, mais également en milieu rural et dans les milieux populaires. En 2012, la proportion de renoncements atteint 20% chez les bénéficiaires de la CMU, 28% chez les personnes sans couverture complémentaire et 36% chez les personnes en situation de précarité. Dans son enquête réalisée en 2010 chez des sujets de 16 ans et plus¹, l'IRDES avançait une proportion 2 fois plus élevée (15%) de renoncements dans les 12 mois pour ce motif, laissant à penser que le médecin traitant n'est pas toujours tenu informé de tels renoncements. Quant au sondage réalisé en population générale limousine en 2012², il indiquait que 20% des foyers avaient été concernés à un moment ou à un autre par un renoncement à des soins pour ce motif. Par ailleurs, en 2012, 6% des patients (versus 4% en 2011 ; $p < 0,05$) ont renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois en raison de l'éloignement ou de problèmes de transport. Ils sont 9% en milieu rural (avec une augmentation nette entre 2011 et 2012 : de 6% à 11%), 12% chez les plus de 80 ans, 23% chez les personnes en situation de précarité et 17% chez les personnes sans couverture complémentaire). Dans l'enquête limousine en population générale, il apparaît que 10% des foyers avaient été au moins une fois concernés par un renoncement à des soins en raison de la distance et 8% en raison d'absence de moyen de transport. Si l'on cumule les obstacles financiers et ceux liés à l'éloignement et aux difficultés de transport, en 2012 plus d'un patient sur 10 (11%) a renoncé à des soins ambulatoires (contre 8% en 2011).

Au final, le volet "patients" du "baromètre santé en médecine générale" mis en place en Limousin en 2011 apporte, malgré ses limites, des informations particulièrement utiles pour éclairer certaines réalités sanitaires locales. Sur plusieurs des thématiques explorées, elles représentent les uniques données régionales disponibles, tandis que sur d'autres elles viennent compléter et enrichir d'autres sources. Comme cela était attendu, les évolutions observées entre 2011 et 2012 sont rares et n'ont été relevées de manière significative qu'au sujet de la couverture vaccinale anti-grippale des séniors et des renoncements aux soins. La faiblesse des variations a rendu légitime le cumul des deux vagues d'enquête permettant des analyses plus fines portant sur un effectif conséquent (plus de 3 400 patients). C'est dans les années à venir, après plusieurs vagues d'enquête conduites selon une périodicité plus lâche (biennale probablement), que le baromètre donnera pleinement la mesure de son apport.

¹ IRDES – Enquête sur la santé et la protection sociale 2010, p. 149-152

² ORS du Limousin: Les obstacles à l'accès aux soins en Limousin. Enquête en population générale. Rapport N°259, Mai 2013

ANNEXE

Tableau – Effectifs par sexe et tranches d'âge quinquennales des patients - Cumul des deux vagues

(Nota : dans 18 dossiers l'âge n'était pas spécifié)

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total
3-5 ans	64	60	124
6-9 ans	52	56	108
10-14 ans	66	54	121
15-19 ans	42	65	107
20-24 ans	41	76	117
25-29 ans	47	89	136
30-34 ans	66	100	166
35-39 ans	70	90	161
40-44 ans	66	85	151
45-49 ans	61	134	195
50-54 ans	116	160	276
55-59 ans	125	144	269
60-64 ans	162	176	340
65-69 ans	135	128	265
70-74 ans	125	123	248
75-79 ans	105	144	250
80-84 ans	78	122	202
85-89 ans	60	73	133
90 ans ou plus	13	31	45
Total	1 494	1 910	3 414