

La santé des consultants des centres d'examens de santé en situation de précarité

Pays de la Loire - 2000

*Etude réalisée dans le cadre du Programme régional
d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes
en situation de précarité (PRAPS 2003-2004)*

CPAM de Saint-Nazaire

Centre d'examens de santé

CPAM de la Roche-sur-Yon

Centre d'examens de santé

Institut régional de santé

Antennes d'Angers, Cholet, Laval, Le Mans

DRASS des Pays de la Loire

Conseil régional des Pays de la Loire

CETAF

Cette étude a été réalisée dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité

par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

Marie-Christine Bournot

Françoise Lelièvre

Dr Anne Tallec

en partenariat avec les médecins des centres d'examens de santé de la région,
qui ont assuré le recueil des données, et participé à leur analyse

Dr Elisabeth Cailliez, IRSA Angers

Dr Dominique Chupin, CES La Roche-sur-Yon

Dr Alain D'Hour, IRSA Le Mans

Dr Bernard Lafraisse, CES Saint-Nazaire

Dr Anne Petrella, IRSA Cholet

Dr Bertrand Wadoux, CES Saint-Nazaire

Dr Marie-Hélène Marchioni, IRSA Laval

et l'aide du Dr Paul Kiritzé-Topor, médecin généraliste, spécialisé en alcoologie.

Elle s'inspire très largement des travaux effectués par le Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé), et notamment, pour le choix des indicateurs, de l'étude «Géographie de la santé dans les centres d'examens de santé - données régionales 2000», publiée en 2002. C'est également le Cetaf qui a fourni la plupart des données utilisées.

**Elle a bénéficié du soutien financier de la DRASS,
et du Conseil régional des Pays de la Loire**

Ce rapport d'étude est téléchargeable sur le site internet «www.sante-pays-de-la-loire.com»

Sommaire

Résumé	7
Contexte et limites de l'étude	9
Eléments de méthodologie.....	10
1. Le recueil des données	10
2. Les populations de consultants	10
3. La présentation des résultats.....	12
I - Suivi médical	13
1. Consultations médicales.....	13
2. Dépistage du cancer du col de l'utérus	14
3. Consultations dentaires.....	15
4. Caries dentaires	16
II - Etat de santé	17
1. Santé ressentie.....	17
2. Electrocardiogramme	18
3. Tension artérielle.....	19
4. Cholestérolémie	20
5. Glycémie	21
6. Hémoglobininémie.....	22
III - Acuité auditive et visuelle	23
1. Acuité auditive.....	23
2. Acuité visuelle	24
IV - Obésité et sédentarité.....	25
1. Obésité.....	25
2. Sédentarité	26
V - Consommation de produits psychoactifs	27
1. Tabagisme	27
1.1. Statut tabagique déclaré.....	27
1.2. Quantité de cigarettes fumées quotidiennement	28
2. Consommation de boissons alcoolisées et gamma GT.....	29
2.1. Consommation quotidienne de boissons alcoolisées	29
2.2. Gamma GT.....	30
3. Consommation de médicaments psychotropes	31

Résumé

Dans la région des Pays de la Loire, 6 centres d'examens de santé (CES), situés à Saint-Nazaire, la Roche-sur-Yon, Angers, Cholet, Laval et Le Mans, proposent des examens périodiques de santé aux assurés sociaux et à leurs ayants droit. Ces centres, financés par l'assurance maladie, incitent plus particulièrement certaines personnes, susceptibles de bénéficier d'un moins bon suivi de santé que le reste de la population, à venir pratiquer un bilan de santé et notamment les personnes en situation de précarité. Il s'agit, selon la définition adoptée par la CNAMTS au plan national, des bénéficiaires du RMI, des jeunes de 16-25 ans en insertion, des personnes bénéficiant d'un Contrat emploi-solidarité, des personnes sans domicile fixe, de certains inactifs (chômeurs ; pré-retraités).

A l'occasion des bilans de santé réalisés dans les centres d'examens de santé, un certain nombre de données épidémiologiques sont recueillies. La présente étude compare, à partir de ces données de l'année 2000, la santé des personnes en situation de précarité à celle des autres consultants de la région des Pays de la Loire.

L'analyse met en évidence, à âge comparable, une situation plus défavorable des personnes en situation de précarité, pour la plupart des indicateurs de santé :

- les consultants en situation de précarité fument davantage : à structure par âge identique, ce sont 61 % des consultants hommes et 40 % des consultantes de 15-59 ans «précaires» qui déclarent fumer, contre respectivement 34 % et 24 % pour les «non-précaires»,*
- les consultants en situation de précarité ne déclarent pas plus fréquemment une consommation régulière d'alcool, mais cet indicateur n'appréhende pas les consommations excessives. Ces dernières sont plus fréquentes chez les consultants en situation de précarité, comme en témoigne l'indicateur d'activité de la gamma GT, même si ce dernier doit être interprété avec prudence,*
- les consultants en situation de précarité sont environ 1,4 fois plus nombreux à ne pas avoir consulté un médecin ou un dentiste au cours des 2 années précédant le bilan,*
- les femmes consultantes en situation de précarité ont plus souvent bénéficié d'un frottis du col de l'utérus lors de l'examen de santé, ce qui signifie vraisemblablement qu'elles sont moins suivies sur le plan gynécologique,*
- les consultants en situation de précarité sont deux fois plus nombreux à présenter des dents cariées non traitées,*
- les consultants en situation de précarité sont deux fois plus souvent obèses,*
- les consultants en situation de précarité présentent plus fréquemment une tension artérielle élevée, une glycémie élevée et une hypercholestérolémie, c'est-à-dire des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et de diabète,*
- les consultants en situation de précarité ont plus souvent une appréciation peu favorable de leur état de santé.*

Malgré des limites méthodologiques importantes liées au caractère non représentatif des deux populations recrutées sur la base du volontariat, les différences constatées entre les deux groupes de consultants sont cohérentes avec les résultats de différents travaux, à savoir la plus grande exposition aux facteurs de risque des principales pathologies et le moins bon suivi de santé des personnes en situation de précarité.

Contexte et limites de l'étude

Contexte

La région des Pays de la Loire compte 6 centres d'examens de santé (CES) financés par l'assurance maladie. Deux d'entre eux, ceux de Saint-Nazaire et de la Roche-sur-Yon sont gérés directement par une Caisse primaire d'assurance maladie. La gestion des 4 autres, à Angers, Cholet, Laval et Le Mans est assurée par l'IRSA, Institut Régional pour la Santé.

Ces centres proposent des examens périodiques de santé aux assurés sociaux de tous les régimes d'assurance maladie (à l'exception de la MSA) et à leurs ayants droit. Mais depuis le début des années 90, ils ont orienté leur activité en direction de publics prioritaires et notamment des personnes en situation de précarité : bénéficiaires du RMI et leurs ayants droit, 16-25 ans en voie d'insertion et leurs ayants droit, personnes bénéficiant d'un Contrat emploi-solidarité et leurs ayants droit, personnes sans domicile fixe et leurs ayants droit, chômeurs (quelle que soit la durée de leur inactivité) et leurs ayants droit, pré-retraités et leurs ayants droit. L'arrêté de 1992 a contribué au développement de cette dynamique au plan national.

Cette orientation vers les personnes en situation de précarité a été particulièrement privilégiée dans la région puisque en 2000, sur près de 40 000 consultants des Pays de la Loire âgés de plus de 16 ans, 9 000 soit 22 % appartiennent à ce groupe de population.

L'objectif de la présente étude est de comparer, à partir de l'analyse des données collectées dans le cadre des bilans de santé réalisés, la santé des consultants en situation de précarité à celle des autres consultants de la région des Pays de la Loire.

Limites de l'étude

L'interprétation des données, qu'elles concernent les personnes en situation de précarité ou les autres consultants comporte toutefois un certain nombre de limites, qu'il importe de bien expliciter.

En effet, ces deux populations ne peuvent être considérées comme représentatives de l'ensemble des personnes en situation de précarité d'une part, du reste de la population d'autre part. L'une comme l'autre étant constituées de personnes volontaires, certaines de leurs caractéristiques peuvent différer de celles d'un échantillon représentatif.

Par ailleurs, les situations de précarité très diverses, puisque les personnes concernées peuvent être aussi bien des personnes hébergées dans un CHRS que des personnes en pré-retraite, sont représentées de façon inéquitable selon l'âge. Ainsi, parmi les personnes précaires de 55-59 ans, une proportion importante est en pré-retraite.

Malgré ces limites, les différences en matière de santé constatées entre ces deux populations de consultants sont cohérentes avec les constats déjà établis par d'autres travaux et particulièrement riches d'enseignement, faisant des centres d'examens de santé des lieux privilégiés d'observation de la santé de certaines populations en situation de précarité.

Eléments de méthodologie

1. Le recueil des données

A l'occasion de chaque bilan de santé, les 6 centres d'examens de santé des Pays de la Loire utilisent un protocole de recueil de données standardisé, établi au niveau national par le Cetaf (Centre technique d'appui et de formation). L'ensemble des éléments concernant ce protocole est accessible sur le site internet « www.cetaf.asso.fr ».

Les consultants de plus de 16 ans sont tout d'abord invités à remplir un questionnaire relatif à leur situation professionnelle, leur mode de vie, leurs habitudes de consommation d'alcool et de tabac, le suivi médical, les affections dont ils souffrent, la perception de leur santé.

Par ailleurs, sont pratiqués un certain nombre de tests et d'examens, de façon systématisée selon un référentiel national : analyse de sang et d'urine, examen dentaire, mesure du poids, et de la taille, tension artérielle, examens de la vue et de l'audition, électrocardiogramme, spirométrie ou radiographie thoracique, test Hémocult, si nécessaire frottis cervical...

Il n'est pas pratiqué de mammographie mais les femmes âgées de 50 à 75 ans sont incitées à participer au programme de dépistage organisé du cancer du sein.

Enfin, le bilan de santé comprend une consultation médicale au cours de laquelle le médecin procède à un examen clinique et s'entretient avec le patient à propos de son mode de vie, de ses antécédents personnels et familiaux, des problèmes de santé éventuellement révélés par les différents tests et examens.

L'ensemble de ces informations qu'elles soient déclarées par le consultant sur le questionnaire, ou collectées par les professionnels de santé lors des différents examens pratiqués, sont rassemblées, anonymisées puis transmises au Cetaf, qui en assure chaque année une exploitation nationale.

La présente étude porte sur les données concernant la population bénéficiaire du régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés (ou assimilés), domiciliée dans les Pays de la Loire, venue consulter dans un Centre d'examens de santé en 2000. Les données ont été transmises à l'ORS de façon agrégée (par sexe, âge, et situation sociale) par le Cetaf.

2. Les populations de consultants

En 2000, près de 40 000 personnes des Pays de la Loire âgées de 15 ans et plus, assurées au régime général d'assurance maladie, sont venues consulter dans un Centre d'examens de santé, 19 000 hommes et 21 000 femmes. 97 % de ces bilans de santé ont été réalisés dans l'un des 6 centres d'examens de santé installés dans les Pays de la Loire.

La participation à ce bilan repose sur le volontariat. Les consultants ont en général répondu favorablement à une invitation de la caisse ou ont sollicité personnellement un bilan. Les consultants sont ensuite régulièrement réinvités par le centre.

Depuis le début des années 90, les CES développent une activité en direction des personnes susceptibles de bénéficier d'un moins bon suivi de santé que le reste de la population et notamment les personnes en situation de précarité. Celles-ci sont définies au plan national et comprennent les groupes suivants : bénéficiaires du RMI, jeunes de 16-25 ans en insertion, personnes bénéficiant d'un Contrat emploi-solidarité, personnes sans domicile fixe, chômeurs (quelle que soit la durée ; y compris les personnes en pré-retraite).

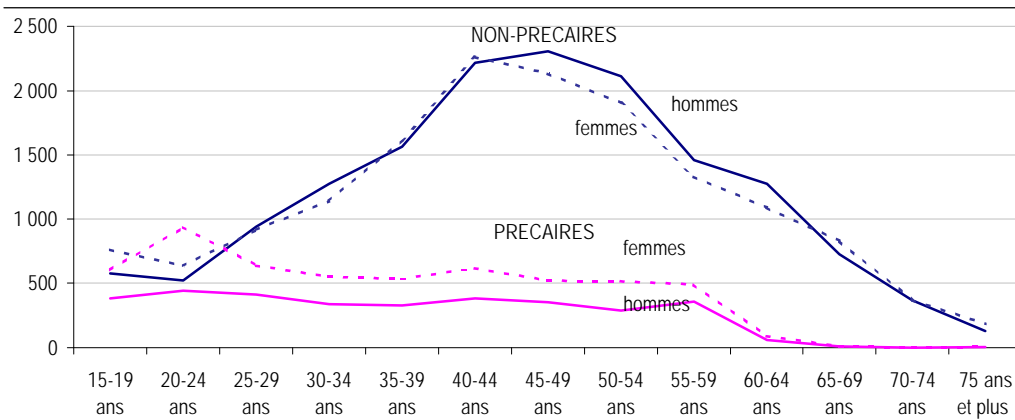
La participation des personnes en situation de précarité est favorisée par une politique particulièrement incitative de certains organismes sociaux (CAF, ASSEDIC, missions locales d'insertion ...) ou structures de formation, qui organisent dans certains cas des déplacements aux centres d'examens de santé.

Le personnel des centres d'examens de santé gérés par l'IRSA peut également être amené à se déplacer.

Parmi les 40 000 ligériens venus pratiquer un bilan de santé en 2000, près de 8 900 peuvent être considérés comme « précaires », selon la définition nationale (3 400 hommes et 5 500 femmes). C'est parmi les femmes et les 20-24 ans que la proportion de personnes en situation

de précarité est la plus importante. Ceci s'explique en partie par le fait que les centres d'examen de santé ont des relations privilégiées avec les centres d'insertion et que la politique de ces derniers est principalement orientée vers les jeunes.

Nombre de consultants selon l'âge, le sexe et la situation sociale
dans les centres d'examen de santé - Pays de la Loire - 2000



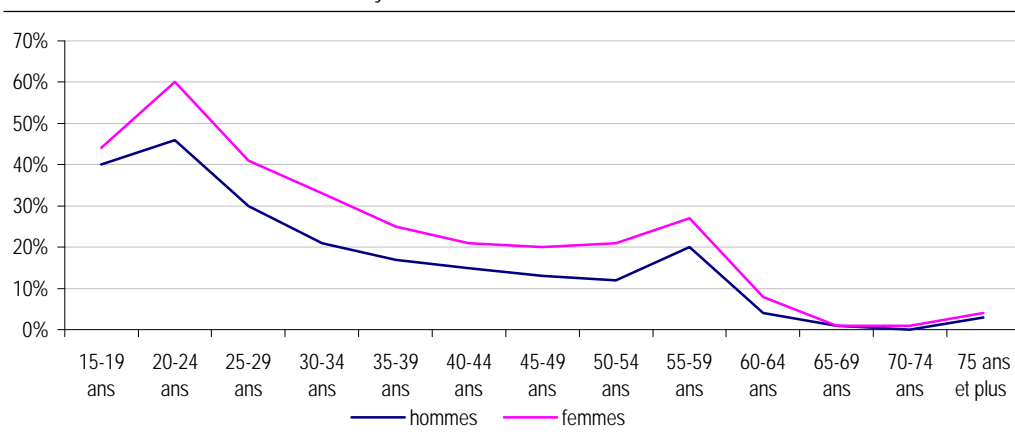
Source : Cnamts - CETAF

Répartition des consultants selon l'âge, le sexe et la situation sociale
dans les centres d'examen de santé - Pays de la Loire - 2000

âge	Hommes		Femmes	
	«non-précaires»	«précaires»	«non-précaires»	«précaires»
15-19 ans	577	381	761	606
20-24 ans	522	441	635	936
25-29 ans	942	412	917	638
30-34 ans	1 276	338	1 142	550
35-39 ans	1 563	327	1 615	534
40-44 ans	2 215	381	2 261	619
45-49 ans	2 309	355	2 133	521
50-54 ans	2 112	287	1 905	517
55-59 ans	1 461	357	1 328	492
60-64 ans	1 276	58	1 089	90
65 ans et plus	1 221	16	1 383	20
Total	15 474	3 353	15 169	5 523

Source : Cnamts - CETAF

Proportion de consultants en situation de précarité selon l'âge et le sexe
dans les centres d'examen de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

3. La présentation des résultats

A partir des différentes informations recueillies lors des bilans de santé, des comparaisons des indicateurs concernant les habitudes de vie et l'état de santé entre les personnes en situation de précarité et les autres consultants ont été réalisées.

Ces indicateurs ont été regroupés selon plusieurs axes : suivi médical, état de santé, acuité auditive et visuelle, habitudes de consommation de produits psychoactifs, obésité et sédentarité.

Les tranches d'âge retenues pour la comparaison entre la population dite «précaire» et celle dite «non-précaire» ou «témoin» sont comprises entre **15** et **59 ans**, car l'effectif des personnes de 60 ans et plus est trop faible.

Les proportions relatives à l'ensemble de la tranche d'âge des 15-59 ans présentées sont des **proportions standardisées**, c'est-à-dire des proportions que l'on observerait si la population étudiée avait la même structure par âge que la population de référence (population estimée des 15-59 ans dans les Pays de la Loire au 1^{er} janvier 2000 (source INSEE)).

Ces proportions standardisées éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les hommes et les femmes, entre les personnes «précaires» et les «non-précaires».

I - Suivi médical

1. Consultations médicales

Dans les centres d'examens de santé, les consommations de soins sont déclarées par auto-questionnaire.

Le recours au médecin est étudié à partir des réponses à la question suivante :

« Ces deux dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste)

- jamais
- une fois l'an
- 2 fois par an
- davantage » ?

L'indicateur choisi est la proportion de consultants déclarant ne jamais avoir consulté de médecin au cours des deux années précédant le bilan de santé.

- 11 % des consultants «non-précaires» de 15-59 ans déclarent ne pas avoir consulté de médecin au cours des deux années précédant l'examen.

Ce comportement se retrouve plus fréquemment chez les consultants hommes (16 %) que chez les consultant(e)s (6 %).

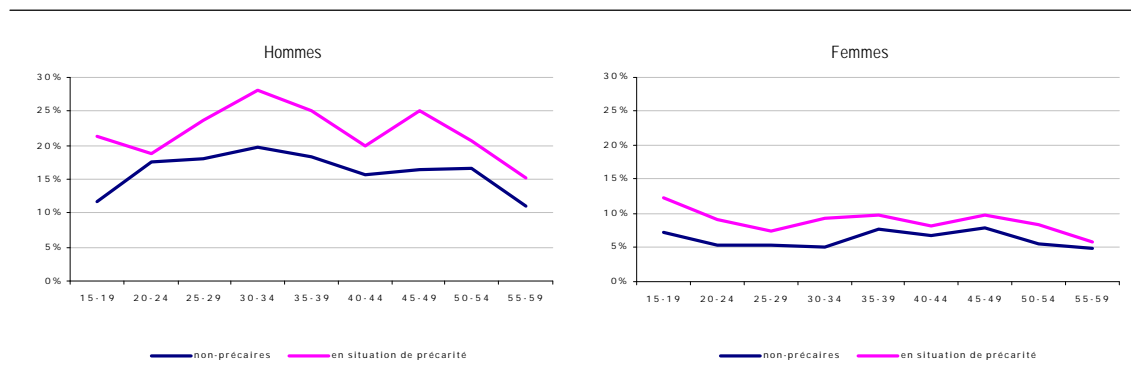
- Les consultants en situation de précarité sont plus nombreux à déclarer ne pas avoir consulté de médecin au cours des deux années précédant l'examen.

A structure par âge identique, 22 % des consultants hommes de 15-59 ans «précaires» sont dans ce cas, *versus* 16 % pour les «non-précaires».

Cette différence se retrouve chez les consultant(e)s, mais de façon moins marquée : 9 % *versus* 6 %.

Proportion de consultants déclarant ne pas avoir consulté de médecin au cours des deux années précédant le bilan de santé selon l'âge, la situation sociale et le sexe

dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

2. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le frottis cervico-utérin est une méthode de dépistage efficace pour les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.

Lors du bilan de santé, les médecins des centres d'examens de santé proposent un frottis aux consultantes qui ont déclaré dans l'autoquestionnaire ne pas avoir eu de frottis au cours des trois dernières années.

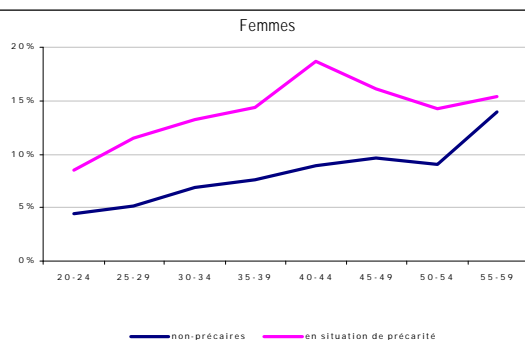
Cet examen est également proposé aux femmes ayant eu un frottis récent anormal, ainsi qu'à celles qui présentent des facteurs de risques importants de cancer du col (précocité des premiers rapports et multiplicité des partenaires).

Si les conditions de réalisation sont satisfaites (en dehors des périodes de règles notamment), la femme est ensuite libre d'accepter ou de refuser cet examen.

L'indicateur choisi est la proportion de consultantes ayant eu un frottis cervico-utérin au cours du bilan de santé.

- 8 % des consultantes âgées de 20-59 ans «non-précaires» se sont vues proposer au cours du bilan de santé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus et ont accepté de le faire. Cette proportion augmente régulièrement avec l'âge, passant de 4 % pour les 20-24 ans, à 14 % pour les 55-59 ans.
- Les consultantes en situation de précarité sont près de deux fois plus nombreuses à avoir eu un frottis lors du bilan de santé que les autres consultantes (14 % versus 8 %).

Proportion de consultantes ayant eu un frottis cervico-utérin au cours du bilan de santé selon l'âge et la situation sociale dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

3. Consultations dentaires

Comme les consultations médicales, les consultations dentaires sont déclarées par auto-questionnaire.

Le recours au dentiste est ainsi étudié à partir des réponses à la question suivante :

« Ces deux dernières années, avez-vous consulté un dentiste

- jamais
- une fois l'an
- 2 fois par an
- davantage » ?

L'indicateur choisi est la proportion de consultants déclarant ne jamais avoir consulté de dentiste au cours des deux années précédant l'enquête.

- 24 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» déclarent ne pas avoir consulté de dentiste au cours des deux années précédant l'enquête. L'absence de visite régulière chez le dentiste est plus souvent déclarée par les consultants hommes (29 %) que par les consultant(e)s (19 %).

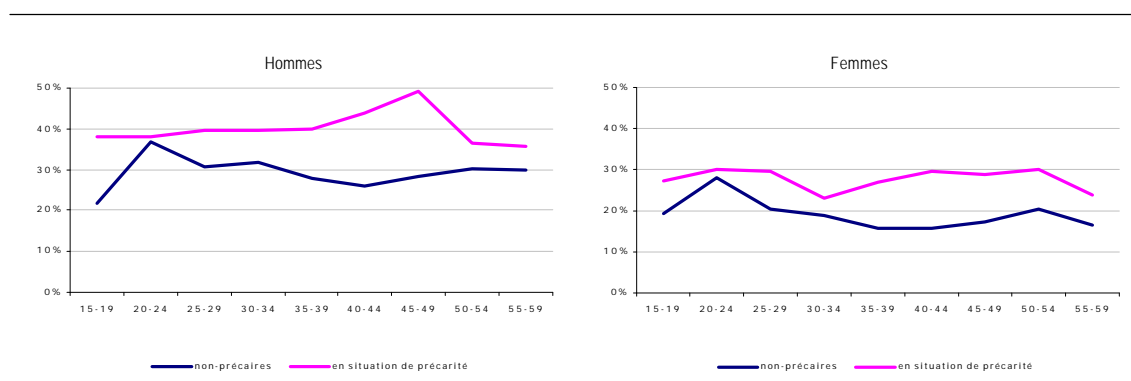
- Les consultants en situation de précarité sont plus nombreux à déclarer ne pas avoir consulté de dentiste au cours des deux années précédant l'enquête.

A structure par âge identique, ce sont 40 % des consultants hommes de 15-59 ans «précaires» qui sont dans ce cas, *versus* 29 % pour les «non-précaires».

Chez les consultant(e)s, ces proportions sont respectivement de 28 % et de 19 %.

Proportion de consultants déclarant ne pas avoir consulté de dentiste au cours des deux années précédant l'enquête selon l'âge, la situation sociale et le sexe

dans les centres d'examen de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

4. Caries dentaires

Dans les centres d'examens de santé de la Roche-sur-Yon et de Saint-Nazaire, un examen dentaire est systématiquement pratiqué par un dentiste. A cette occasion, une douzaine d'indicateurs de santé bucco-dentaire sont recueillis.

Dans les centres de l'IRSA, les consultants bénéficient également d'un examen bucco-dentaire, mais celui-ci est pratiqué par le médecin dans le cadre de son examen clinique, et il ne donne pas lieu à un recueil de données. (Toutefois dans le centre d'Angers, un tiers des consultants bénéficient d'un examen pratiqué par un dentiste).

L'analyse ne concerne donc que les consultants des centres de la Roche-sur-Yon et de Saint-Nazaire.

Deux indicateurs ont été choisis :

- la proportion de consultants présentant au moins une carie dentaire non soignée au moment du bilan de santé,
- la proportion de consultants présentant au moins quatre caries dentaires non soignées au moment du bilan de santé.

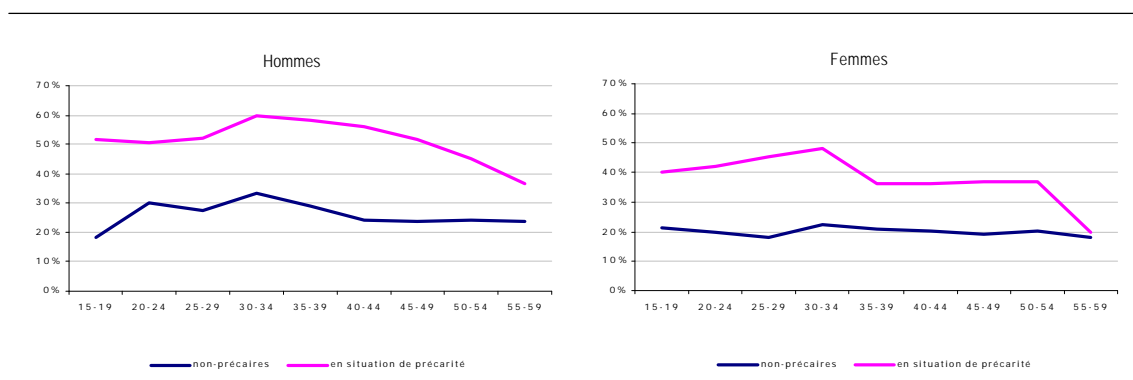
Ces indicateurs reflètent un besoin de soins immédiat.

- 23 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent au moins une carie dentaire non soignée au moment de l'examen de santé : 26 % des consultants hommes et 20 % des consultant.

- Les consultants en situation de précarité sont beaucoup plus nombreux à présenter au moins une dent cariée non soignée au moment du bilan de santé. A structure par âge identique, ce sont 52 % des consultants hommes et 39 % des consultant de 15-59 ans «précaires» qui sont dans ce cas, contre respectivement 26 % et 20 % pour les «non-précaires».

Les écarts entre les deux groupes de population sont encore plus importants si l'on considère la proportion de consultants présentant au moins 4 dents cariées non soignées. Celle-ci atteint 16 % pour les consultants hommes de 16-59 ans «précaires» contre 3 % pour les «non-précaires», et 8 % pour les consultant «précaires» contre 2 % pour les autres consultant (à structure par âge identique).

Proportion de consultants présentant au moins une carie dentaire non soignée selon l'âge, la situation sociale et le sexe dans les centres d'examens de santé de la Roche-sur-Yon et de Saint-Nazaire* - 2000



Source : Cnamts - CETAF

* données concernant les CES de la Roche-sur-Yon et de Saint-Nazaire

II - Etat de santé

1. Santé ressentie

La notion de santé ressentie, d'auto-appréciation de la santé constitue une dimension de plus en plus fréquemment explorée pour décrire la santé d'une population, la conception de la santé évoluant progressivement depuis une vingtaine d'années d'un modèle biomédical traditionnel vers un modèle plus large, intégrant la qualité de vie, définie par l'OMS comme « la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Dans les centres d'examens de santé, les consultants sont invités à auto-apprécier leur état de santé par la question suivante :

« Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez (entourez la note choisie) »

L'indicateur choisi est la proportion de consultants ayant auto-apprécié leur état de santé par une note inférieure à 7 sur une échelle de 0 à 10.

- 20 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» ont apprécié leur état de santé par une note inférieure à 7 sur une échelle de 0 à 10 (19 % pour les consultants hommes, 22 % pour les consultantes).

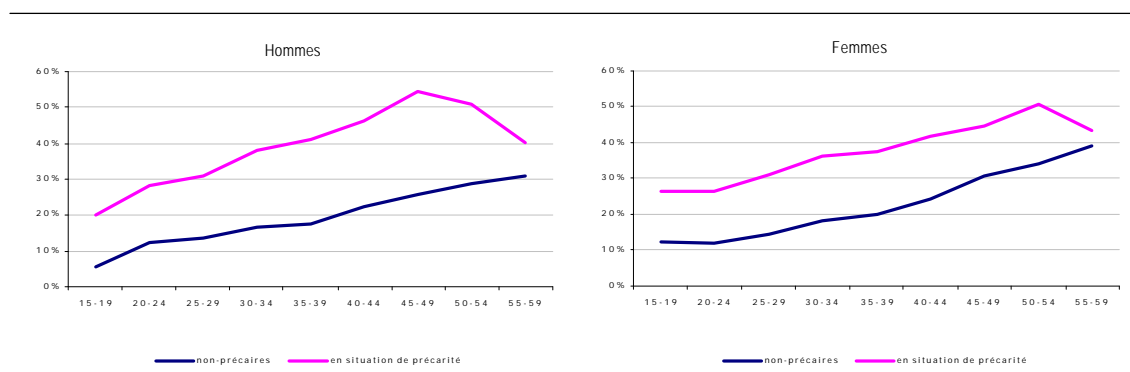
Cette proportion augmente de façon linéaire avec l'âge, chez les consultants hommes comme chez les consultantes, passant de 10 % pour les 15-19 ans à 35 % pour les 55-59 ans.

- Les consultants en situation de précarité sont plus nombreux à apprécier leur état de santé par une note inférieure à 7 sur une échelle de 0 à 10.

A structure par âge identique, ce sont 39 % des consultants hommes et 37 % des consultantes «précaires» de 15-59 ans qui sont dans ce cas, contre respectivement 19 % et 22 % pour les «non-précaires».

Proportion de consultants ayant auto-apprécié leur état de santé par une note inférieure à 7 sur une échelle de 0 à 10 selon l'âge, la situation sociale et le sexe

dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

2. Electrocardiogramme

L'électrocardiogramme (ECG) permet de dépister d'éventuelles anomalies du rythme cardiaque susceptibles de provoquer une dégradation de l'efficacité circulatoire du cœur et d'aboutir à la constitution d'une pathologie cardiaque authentique.

La prévalence des pathologies cardiopathies ischémiques est ainsi 3 à 7 fois plus importante en présence de certaines anomalies électrocardiographiques.

Un ECG de repos est pratiqué de façon systématique chez tous les consultants des centres de santé de la région âgés de plus de 16 ans, sauf si les personnes apportent les résultats d'un ECG normal datant de moins d'un an.

L'interprétation de l'ECG est assurée par un cardiologue dans tous les centres, sauf dans celui de la Roche-sur-Yon.

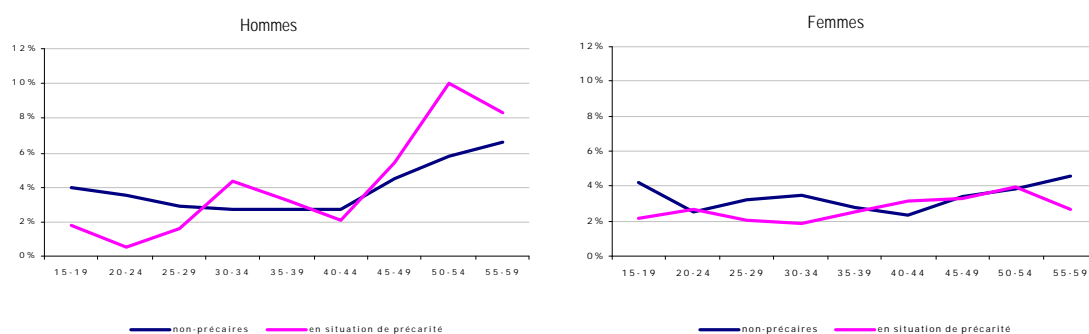
L'indicateur choisi est la proportion de consultants présentant un électrocardiogramme pathologique au moment de l'examen.

- 3,6 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent un électrocardiogramme pathologique au moment de l'examen (3,8 % pour les consultants hommes, 3,3 % pour les consultantés).

Cette proportion augmente avec l'âge chez les consultants hommes passant de 2,7 % chez ceux de 40-44 ans à 6,6 % chez ceux de 55-59 ans.

- Il n'apparaît pas de différence entre les consultants de 15-59 ans en situation de précarité et les autres consultants, chez les hommes comme chez les femmes, concernant la proportion de personnes présentant un ECG pathologique.

Proportion de consultants présentant un électrocardiogramme pathologique selon l'âge, la situation sociale et le sexe dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

L'ECG de repos permet d'explorer le fonctionnement cardiaque et éventuellement de dépister

- les anomalies du rythme cardiaque (extrasystoles, tachycardies...),
- les perturbations de la conduction de l'influx nerveux au sein de la masse cardiaque (blocs de branche, blocs auriculo-ventriculaires),
- la souffrance du muscle cardiaque par défaut de vascularisation d'origine athéromateuse constituant l'insuffisance coronaire voire l'infarctus,
- les modifications des cavités cardiaques et de l'épaisseur de leurs parois à la suite d'hypertension artérielle, d'atteinte valvulaire ou de malformation.

3. Tension artérielle

L'hypertension artérielle constitue l'un des principaux facteurs de risque des affections cardio-vasculaires. Le risque lié à une tension élevée est d'autant plus important que coexistent d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires comme le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, la dyslipidémie, ou le diabète.

La mesure de la pression artérielle est systématiquement réalisée chez tous les consultants des centres d'examens de santé, sans distinction d'âge et de sexe, qu'ils suivent ou non un traitement médicamenteux antihypertensif.

Cette mesure est réalisée selon des modalités standardisées (3 mesures au bras gauche au repos, en position allongée).

Chez les adultes, une tension artérielle élevée est définie comme une pression artérielle systolique supérieure à 140 mm de mercure et/ou une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mm de mercure.

L'hypertension artérielle est définie comme une pression artérielle systolique supérieure à 160 mm de mercure et /ou une pression artérielle diastolique supérieure à 95 mm de mercure. Son diagnostic repose sur la constatation de valeurs tensionnelles élevées lors de plusieurs examens répétés sur une période de 3 mois.

L'indicateur choisi est la proportion de consultants présentant une tension artérielle élevée lors du bilan de santé, que ces personnes suivent ou non un traitement médicamenteux antihypertensif.

- 14 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent une tension artérielle élevée au moment de l'examen, les consultants hommes (19 %) plus souvent que les consultantes (9 %).

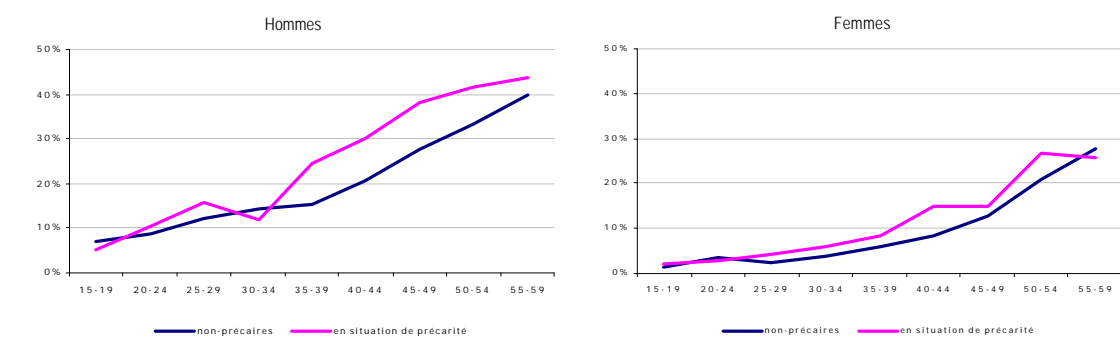
Cette proportion, augmente à partir de 40 ans, et de façon particulièrement importante chez les consultants hommes. Parmi les 55-59 ans, 40 % des consultants hommes et 28 % des consultantes présentent une tension élevée.

- Les consultants hommes de 15-59 ans en situation de précarité présentent plus fréquemment une tension élevée (24 %) que les « non-précaires » (19 %, à structure par âge identique).

Chez les consultantes, on observe également un écart entre les deux groupes de population mais beaucoup moins marqué que chez les consultants hommes (11% versus 9 %).

Proportion de consultants présentant une tension artérielle élevée lors du bilan de santé selon l'âge, la situation sociale et le sexe

dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts – CETAF

4. Cholestérolémie

Les troubles du métabolisme des lipides et notamment l'hypercholestérolémie constituent un facteur de risque cardio-vasculaire reconnu. Ils prédisposent principalement au développement de l'athérosclérose, en particulier coronarienne, dont les conséquences sont l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde.

Le risque lié à une dyslipidémie est d'autant plus important que coexistent d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, ou le diabète.

Un bilan lipidique est réalisé chez tous les consultants âgés de moins de 75 ans des centres d'examen de santé. Il comprend un dosage du cholestérol total et des triglycérides.

Si ces premiers dosages sont perturbés, ou si le consultant présente d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire, ce bilan est complété par un dosage du HDL cholestérol et un calcul du LDL cholestérol. Ces fractions lipoprotéiques permettent en effet de mieux apprécier le risque lié à la dyslipidémie, le LDL cholestérol favorisant l'athérosclérose et le HDL cholestérol ayant au contraire un rôle protecteur.

Dans cette étude, le seuil retenu pour définir l'hypercholestérolémie est un cholestérol total égal ou supérieur à 7 mmol/litre, les consultants concernés ayant un risque de pathologie coronarienne environ 3 fois supérieur à ceux dont le cholestérol est normal (inférieur à 5,2 mmol/litre).

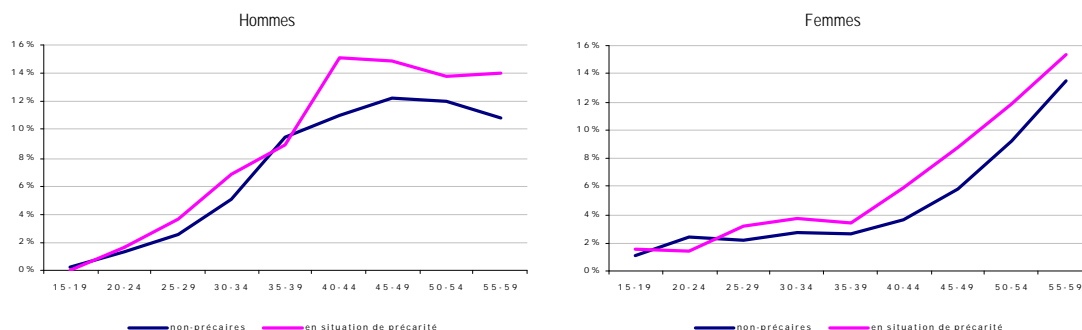
L'indicateur choisi est la proportion de consultants présentant une hypercholestérolémie lors du bilan de santé, qu'ils suivent ou non un traitement médicamenteux hypolipémiant.

- 6 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent une hypercholestérolémie, les hommes (7 %) plus fréquemment que les femmes (4 %).

Cette proportion, augmente fortement avec l'âge à partir de 30 ans chez les consultants hommes et de 45 ans chez les consultant. Parmi les 55-59 ans, ce sont 11 % des consultants hommes et 13 % des consultant qui sont concernés par ce problème.

- Les consultants de 15-59 ans «précaires» présentent plus fréquemment une hypercholestérolémie, les consultants hommes (9 % versus 7 %), comme les consultant (6 % versus 4 %).

Proportion de consultants présentant une hypercholestérolémie selon l'âge, la situation sociale et le sexe dans les centres d'examen de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

5. Glycémie

Le dosage de la glycémie à jeun sert à déceler les anomalies du métabolisme des glucides, et principalement le diabète. Celui-ci peut être de type 2 (non insulino-dépendant) ou beaucoup plus rarement de type 1 (insulino-dépendant).

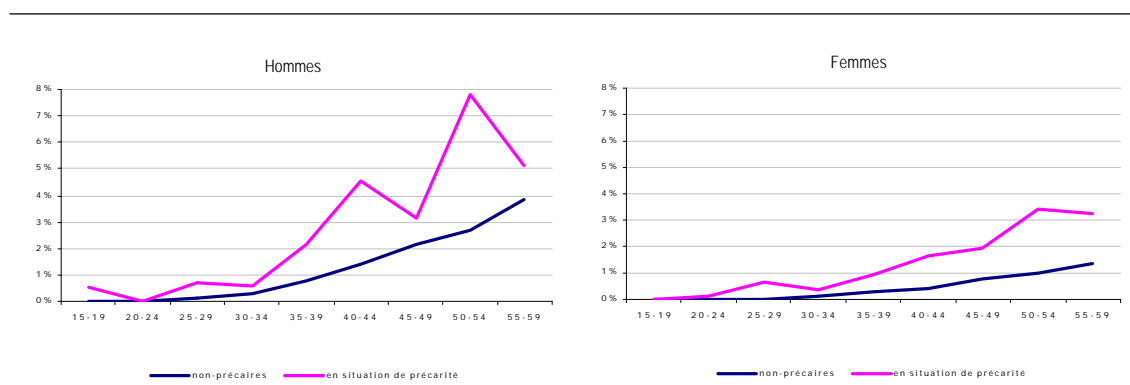
La mesure de la glycémie est pratiquée chez tous les consultants à jeun depuis plus de 8 heures, qu'ils suivent ou non un traitement médicamenteux hypoglycémiant.

Le seuil retenu pour définir la glycémie élevée est de 7 mmol / litre. La confirmation de cette glycémie par un second dosage est nécessaire au diagnostic de diabète.

L'indicateur choisi est la proportion de consultants présentant une glycémie élevée lors du bilan de santé, qu'ils suivent ou non un traitement médicamenteux hypoglycémiant.

- 0,8 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent une glycémie élevée au moment de l'examen, les consultants hommes (1,1 %) plus que les consultant(e)s (0,4 %). La proportion de consultants présentant une glycémie élevée est rare avant l'âge de 40 ans, puis augmente ensuite sensiblement avec l'âge, particulièrement pour les consultants hommes. Ainsi, 4 % des consultants hommes de 55-59 ans sont concernés par ce problème.
- Les consultants en situation de précarité sont plus nombreux à présenter une glycémie élevée au moment de l'examen. A structure par âge identique, 2,6 % des consultants hommes de 15-59 ans et 1,3 % des consultant(e)s «précaires» sont dans ce cas, contre respectivement 1,1 % et 0,4 % parmi les «non-précaires».

Proportion de consultants présentant une glycémie élevée selon l'âge, la situation sociale et le sexe
dans les centres d'examen de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts – CETAF

Les complications du diabète

Près de 30 % des diabétiques présentent des complications dégénératives, notamment vasculaires, à long terme : cardiopathie ischémique, rétinopathie, néphropathie, artériopathie des membres inférieurs, neuropathie périphérique. Le diabète constitue ainsi l'un des principaux motifs d'amputation et la rétinopathie diabétique constitue l'une des grandes causes de cécité en France.

6. Hémoglobinémie

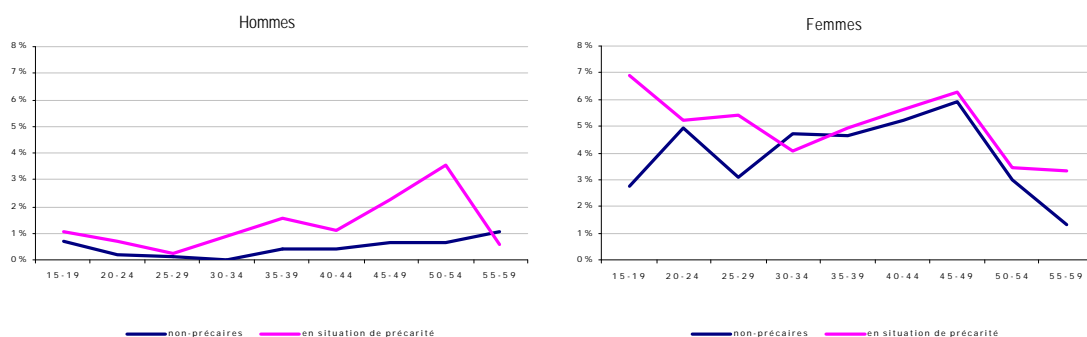
L'hémoglobine est systématiquement dosée au cours des bilans de santé afin d'apprécier l'existence d'une éventuelle anémie des consultants. L'anémie est définie par une concentration en hémoglobine inférieure à 130 g/l chez les hommes et 120 g/l chez les femmes.

La carence en fer (carence martiale) est la cause de la grande majorité des anémies, notamment avant 50 ans. Cette carence peut résulter soit d'une insuffisance d'apport alimentaire, soit d'une augmentation des besoins liée à la croissance, à la grossesse, ou à des saignements. Ces derniers sont le plus souvent d'origine digestive chez les hommes (hémorroïdes, polypes intestinaux...). S'y ajoutent chez les femmes les saignements d'origine gynécologique, liés notamment aux stérilets.

L'indicateur choisi est la proportion de consultants présentant une anémie lors du bilan de santé.

- 2,3 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent une anémie au moment de l'examen. Cette pathologie concerne principalement les femmes, puisqu'elles sont 4,1 % à être concernées contre seulement 0,4 % des consultants hommes.
- Les consultants hommes et les consultantes en situation de précarité sont plus nombreux à présenter une anémie que les «non-précaires» (respectivement 1,4 % versus 0,4 % pour les hommes de 15-59 ans, à structure par âge identique ; 5,1 % versus 4,1 % pour les femmes).

Proportion de consultants présentant une anémie selon l'âge, la situation sociale et le sexe
dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

III - Acuité auditive et visuelle

1. Acuité auditive

Un audiogramme est réalisé de façon systématique chez tous les consultants, sauf quand ils ont bénéficié d'un contrôle récent. Lorsque le consultant porte une prothèse auditive, le test n'est pas réalisé sur l'(les) oreille(s) appareillée(s).

Dans le cadre de cette étude, la déficience auditive est définie par une perte à l'une ou l'autre des oreilles d'au moins 30 décibels, pour l'une ou l'autre des 4 fréquences testées (500, 1000, 2000 et 4000 Hz).

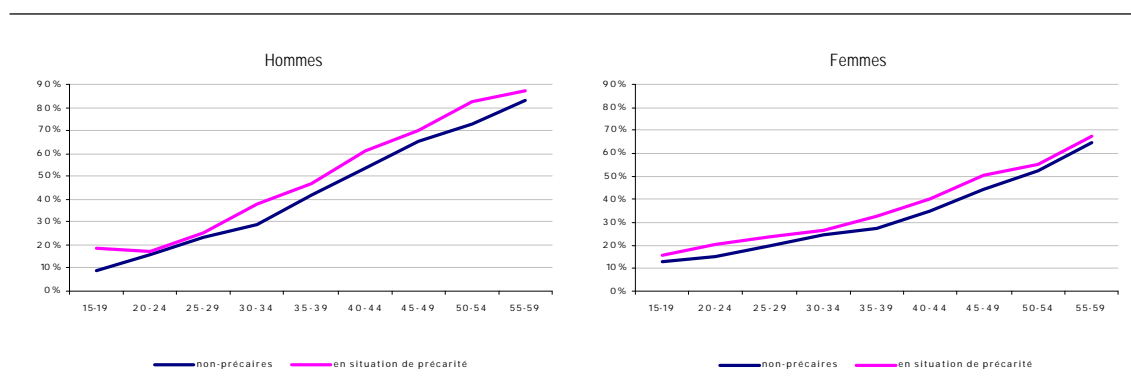
La proportion de personnes présentant une déficience auditive est donc élevée car ces critères sont extrêmement sélectifs. En effet, la fréquence de 4000 Hz est celle pour laquelle l'audition s'altère en priorité. Une perte à cette fréquence devient donc assez courante avec l'âge, sans pour autant qu'elle altère la vie courante puisque les fréquences conversationnelles s'établissent entre 500 et 3000 Hz.

L'indicateur choisi est la proportion de consultants présentant une déficience auditive lors du bilan de santé.

- 37 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent une déficience auditive au moment de l'examen. Les consultants hommes sont davantage touchés que les consultantes (42 % versus 31 %). Cette proportion augmente régulièrement avec l'âge, et parmi les 55-59 ans, 83 % des consultants hommes et 65 % des consultantes présentent une déficience auditive.

- Les consultants en situation de précarité sociale sont plus nombreux à présenter une déficience auditive. A structure par âge identique, ce sont 48 % des consultants hommes et 36 % des consultantes de 15-59 ans «précaires» qui présentent une déficience auditive, contre respectivement 42 % et 31 % pour les «non-précaires».

Proportion de consultants présentant un déficit auditif selon l'âge, la situation sociale et le sexe
dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

L'audiogramme

Le consultant, installé dans une cabine insonorisée, reçoit par l'intermédiaire d'un casque posé sur les oreilles des sons de fréquence et d'intensité réglés par l'examineur. Le test a pour objectif de connaître l'intensité minimale qui est perçue pour chacune des 4 fréquences testées : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. Le domaine des fréquences audibles chez l'homme s'étend de 16 à 16000 Hz mais les fréquences conversationnelles s'établissent entre 500 et 3000 Hz.

Ces seuils de perception sont ensuite comparés à des valeurs « normales » pour l'oreille humaine. Si à l'une des fréquences, le seuil de perception est plus élevé que cette valeur normale, c'est-à-dire qu'il faut une intensité plus forte pour que le consultant la perçoive, on parle de déficit auditif.

2. Acuité visuelle

La mesure de l'acuité visuelle est réalisée de façon systématique au cours de l'examen de santé, sauf si le consultant a bénéficié d'un contrôle récent, dans le cadre de la médecine du travail ou chez un ophtalmologue (voir encadré).

On considère qu'il y a déficit visuel si l'acuité visuelle, après correction éventuelle est inférieure ou égale à 7/10^{ème} à un œil (de près ou de loin).

L'indicateur choisi est la proportion de consultants présentant une acuité visuelle inférieure à 7/10^{ème} parmi l'ensemble des consultants.

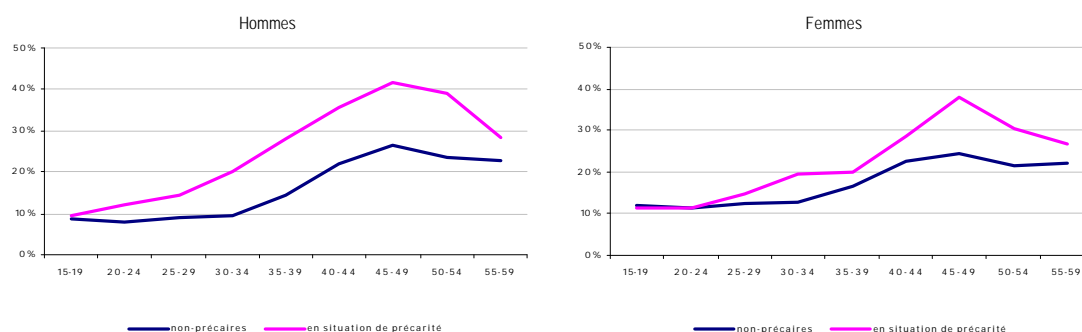
Il correspond au nombre de consultants présentant une acuité visuelle inférieure à 7/10^{ème} au moment de l'examen rapporté au nombre total de consultants. Ce dernier comprend les consultants pour lesquels la mesure de l'acuité visuelle a été réalisée lors du bilan de santé, mais aussi les consultants ayant bénéficié d'un contrôle récent et pour lesquels l'acuité visuelle n'est pas connue.

- 16 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent une acuité visuelle inférieure à 7/10^{ème}, non ou mal corrigée au moment de l'examen : 16 % pour les hommes, 17 % pour les femmes.

- Les consultants en situation de précarité sont plus nombreux à présenter une acuité visuelle inférieure à 7/10^{ème} non ou mal corrigée.

A structure par âge identique, ce sont 25 % des consultants hommes et 22 % des consultantess de 15-59 ans «précaires» qui sont dans ce cas, contre respectivement 16 % et 17 % pour les «non-précaires».

Proportion de consultants présentant une acuité visuelle inférieure à 7/10^{ème} selon l'âge, la situation sociale et le sexe dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

Un contrôle est considéré comme récent s'il date de moins de 6 mois pour les centres de la Roche-sur-Yon et de Saint-Nazaire et de moins de 3 mois pour les centres de l'IRSA.

IV - Obésité et sédentarité

1. Obésité

La mesure du poids et de la taille permet d'apprécier l'état nutritionnel des consultants, et notamment le degré de surcharge pondérale ou d'obésité.

L'obésité est une maladie en soi, mais elle augmente également le risque de maladies cardio-vasculaires, de diabète non insulino-dépendant, de pathologies hépatobiliaires, de certains cancers (corps de l'utérus et côlon notamment), de difficultés respiratoires ou d'atteintes ostéo-articulaires (arthrose).

Elle est souvent associée à d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire tels que l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie.

Le poids et la taille sont systématiquement mesurés lors du bilan de santé et permettent de calculer l'indice de masse corporelle (IMC) des consultants. Cet indice est égal au poids (en kg) divisé par la taille (en m) élevée au carré. L'obésité est définie par un IMC supérieur à 30.

L'indicateur choisi est la proportion de consultants présentant une obésité, c'est-à-dire un IMC supérieur à 30.

- 7 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» présentent une obésité lors du bilan de santé, 6 % des hommes et 7 % des femmes.

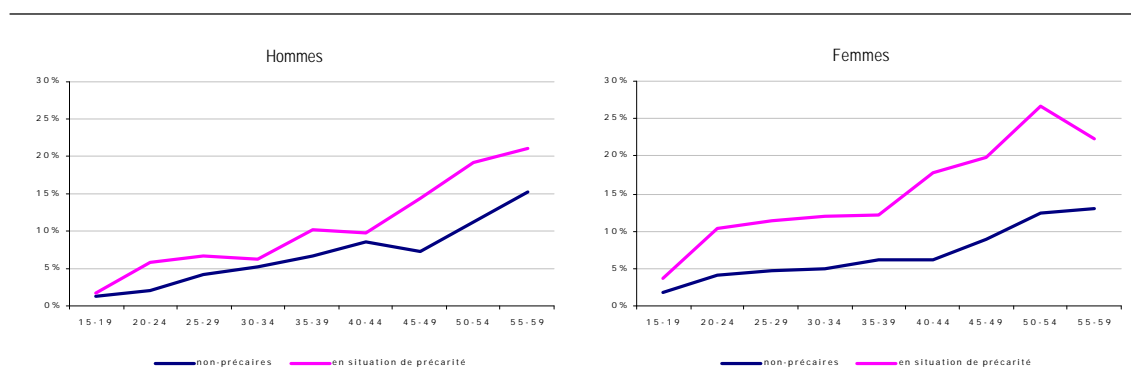
La proportion de personnes obèses augmente de façon régulière avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Ainsi, parmi les 55-59 ans, 15 % des consultants hommes et 13 % des consultantes présentent une obésité.

- La fréquence de l'obésité est près de deux fois plus élevée chez les consultants en situation de précarité que chez les autres consultants.

A structure par âge identique, 10 % des consultants hommes et 15 % des consultantes de 15-59 ans «précaires» sont obèses *versus* respectivement 6 % et 7 % pour les «non-précaires».

L'écart entre les deux groupes s'accroît avec l'âge, plus précisément à partir de 45 ans chez les consultants hommes et de 40 ans chez les consultantes.

Proportion de consultants obèses selon l'âge, la situation de précarité sociale et le sexe
dans les centres d'exams de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

Le rapport tour de taille - tour de hanches (RTH) est également mesuré chez tous les consultants et permet de quantifier la répartition androïde des graisses. Un RTH supérieur à 0,95 chez les hommes et à 0,8 chez les femmes est un facteur de risque cardio-vasculaire et de diabète de type 2 (non insulino-dépendant).

2. Sédentarité

La sédentarité est ici définie par une activité physique déclarée inférieure à moins d'une heure de marche par jour (ou l'équivalent). Cette information est recueillie à partir de la question suivante :

« quel est votre niveau habituel d'activité physique non professionnelle :

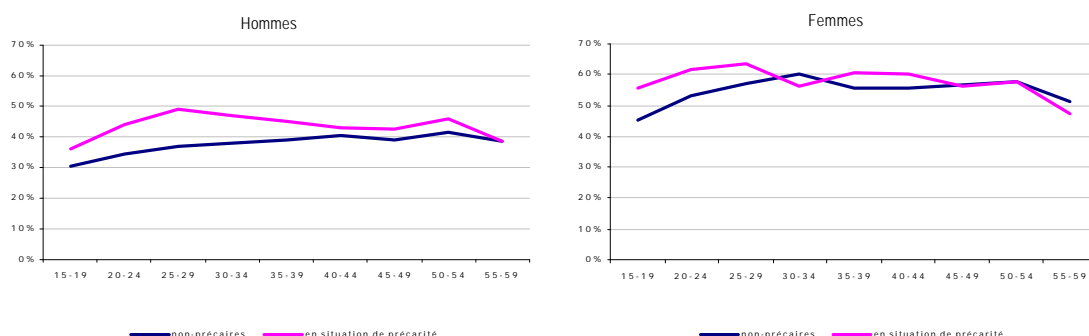
- peu d'activité physique
- activité modérée (1 heure de marche par jour ou équivalent)
- activité intense (sport de compétition) ? »

L'indicateur étudié est la proportion de consultants sédentaires, c'est-à-dire ayant déclaré faire « peu d'activité physique non professionnelle ».

• 46 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» déclarent avoir une activité physique non professionnelle inférieure à une heure de marche par jour (ou l'équivalent). La sédentarité est plus fréquente chez les consultantes (55 %) que chez les consultants hommes (38 %). Cette proportion est plus faible chez les 15-19 ans (30 % chez les garçons et 45 % chez les filles).

• Les consultants hommes en situation de précarité sont plus fréquemment sédentaires que les «non-précaires». A structure par âge identique, ce sont 44 % des consultants hommes «précaires» qui déclarent être dans ce cas, contre 38 % pour les «non-précaires». Cette différence entre «précaires» et «non-précaires» est beaucoup moins importante chez les consultantes (58 % versus 55 %).

Proportion de consultants sédentaires selon l'âge, la situation de précarité sociale et le sexe
dans les centres d'exams de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

Note : Les écarts observés entre «précaires» et «non-précaires» dans la classe d'âge des 15-19 ans doivent être interprétés avec prudence. En effet, la sédentarité augmentant fortement entre 15 et 19 ans, ces écarts peuvent en partie résulter d'une structure par âge différente chez les «précaires» et les «non-précaires». Parmi les 15-19 ans «précaires», 67 % ont entre 18 et 19 ans versus 47 % chez les «non-précaires».

V - Consommation de produits psychoactifs

1. Tabagisme

1.1. Statut tabagique déclaré

Le statut tabagique déclaré est exploré par l'autoquestionnaire au moyen de la question suivante :

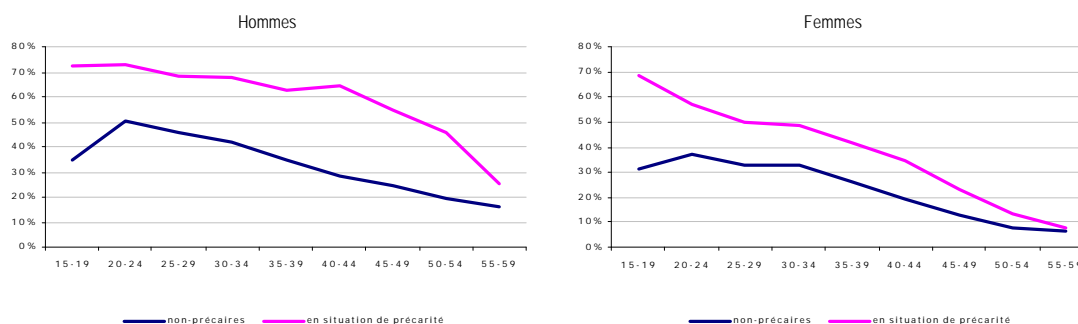
« Etes-vous
- non-fumeur
- fumeur actuel
- ex-fumeur » ?

L'indicateur choisi est la proportion de consultants qui se déclarent «fumeur actuel».

- 29 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» déclarent fumer. Les consultants hommes sont plus nombreux à déclarer fumer que les consultantes (34 % versus 24 %). C'est parmi les 15-34 ans que la proportion de fumeurs est la plus élevée, 43 % pour les consultants hommes et 33 % pour les consultantes. La proportion de fumeurs diminue ensuite fortement avec l'âge, et atteint 16 % chez les consultants hommes de 55-59 ans et 6 % chez les consultantes.

- Le tabagisme est beaucoup plus fréquent parmi les consultants en situation de précarité. A structure par âge identique, ce sont 61 % des consultants hommes et 40 % des consultantes de 15-59 ans «précaires» qui déclarent fumer, contre respectivement 34 % et 24 % pour les «non-précaires».

Proportion de consultants fumeurs selon l'âge, la situation de précarité sociale et le sexe dans les centres d'exams de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

Note : Les écarts observés entre «précaires» et «non-précaires» dans la classe d'âge des 15-19 ans doivent être interprétés avec prudence. En effet, le tabagisme augmentant fortement entre 15 et 19 ans, ces écarts peuvent en partie résulter d'une structure par âge différente chez les «précaires» et les «non-précaires» de cette classe d'âge. En effet parmi les 15-19 ans «précaires», 67 % ont entre 18 et 19 ans versus 47 % chez les «non-précaires».

1.2. Quantité de cigarettes fumées quotidiennement

Le nombre de cigarettes fumées par jour est déclaré par autoquestionnaire.

La question est la suivante :

« Si vous êtes fumeur actuel, indiquez le nombre de cigarettes fumées par jour »

L'indicateur choisi est la proportion de consultants « gros fumeurs » parmi l'ensemble des consultants.

Il correspond au nombre de consultants fumeurs actuels déclarant fumer plus de 10 cigarettes par jour, rapporté au nombre total de consultants fumeurs actuels, non-fumeurs ou ex-fumeurs ayant répondu à la question.

- 16 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» déclarent fumer quotidiennement 10 cigarettes ou plus. Ce comportement est plus souvent déclaré par les consultants hommes (21 %) que par les consultantes (12 %).

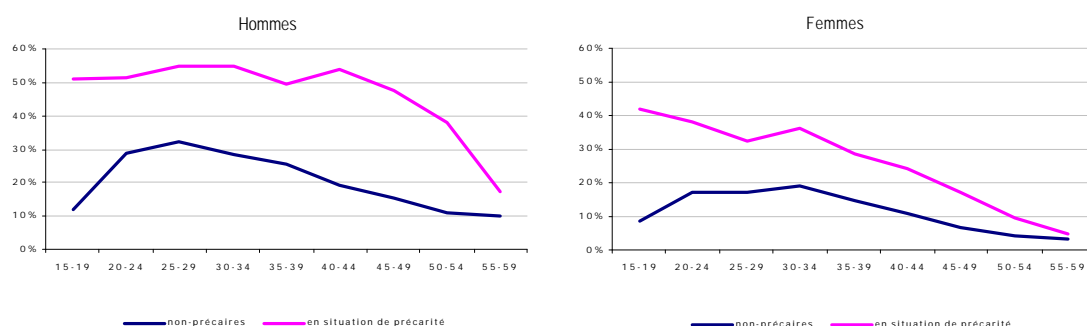
C'est entre 20 et 34 ans que la proportion de « gros fumeurs » dans la population est la plus importante. Elle atteint 30 % chez les consultants hommes, et 18 % chez les consultantes.

- Les consultants en situation de précarité sont plus souvent fumeurs quotidiens que les «non-précaires» et l'écart entre les deux groupes s'accroît si l'on considère la proportion de «gros fumeurs» dans la population.

Les consultants en situation de précarité sont deux fois plus nombreux à déclarer une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour que les autres consultants (48 % versus 21 % pour les consultants hommes de 15-59 ans à structure par âge et sexe identique ; 27 % versus 12 % pour les consultantes).

Proportion de consultants fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour selon l'âge, la situation de précarité sociale et le sexe

dans les centres d'exams de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

Note : Les écarts observés entre «précaires» et «non-précaires» dans la classe d'âge des 15-19 ans doivent être interprétés avec prudence. En effet, le tabagisme augmentant fortement entre 15 et 19 ans, ces écarts peuvent en partie résulter d'une structure par âge différente chez les «précaires» et les «non-précaires» de cette classe d'âge. En effet parmi les 15-19 ans «précaires», 67 % ont entre 18 et 19 ans versus 47 % chez les «non-précaires».

2. Consommation de boissons alcoolisées et gamma GT

2.1. Consommation quotidienne de boissons alcoolisées

La consommation de boissons alcoolisées est déclarée par autoquestionnaire.

La question posée est la suivante :

« Prenez-vous des boissons alcoolisées (vin, bière, cidre, apéritifs, digestifs)

- jamais
- rarement (moins d'une fois par semaine)
- régulièrement, certains jours de la semaine (par exemple le week-end)
- régulièrement, tous les jours de la semaine » ?

L'indicateur choisi est la proportion de consultants ayant déclaré prendre des boissons alcoolisées régulièrement, tous les jours de la semaine.

A noter que cet indicateur tient compte de la fréquence de la consommation mais pas des quantités consommées.

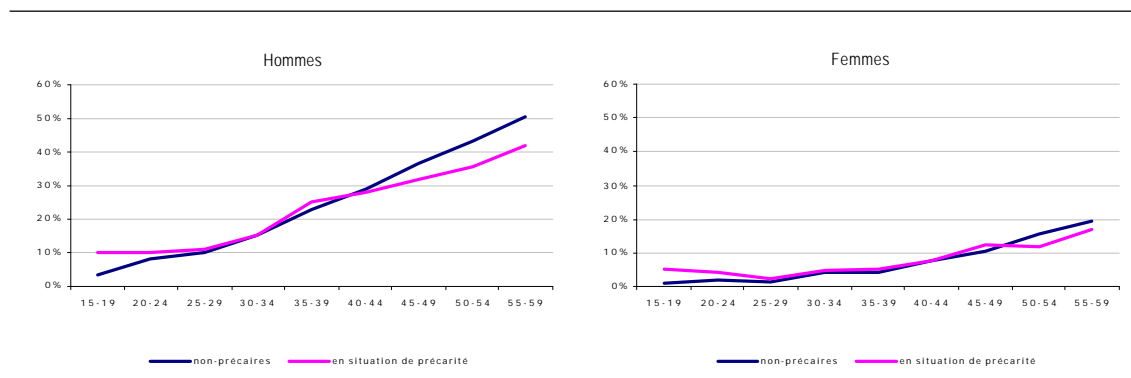
- 15 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» déclarent consommer de l'alcool tous les jours. Cette habitude est nettement plus fréquente chez les consultants hommes (23 %) que chez les consultant(e)s (7 %).

La proportion de consommateurs quotidiens d'alcool augmente avec l'âge, et de façon particulièrement marquée pour les consultants hommes. Parmi les 55-59 ans, 50 % des consultants hommes et 19 % chez les consultant(e)s déclarent être concernés.

- Les consultants en situation de précarité ne déclarent pas plus fréquemment que les autres consultants prendre des boissons alcoolisées de façon quotidienne.

Proportion de consultants déclarant prendre quotidiennement des boissons alcoolisées selon l'âge, la situation sociale et le sexe

dans les centres d'examen de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

2.2. Gamma GT

La mesure de l'activité de la gamma-glutamyltransférase (Gamma GT ou GGT) est réalisée de façon systématique chez tous les consultants de plus de 16 ans.

Cette enzyme est un des indicateurs les plus précoces d'une atteinte hépatobiliaire, quelle qu'en soit la cause. Mais l'élévation de l'activité de la GGT peut aussi résulter d'autres causes, et notamment de la consommation de certains médicaments (anticonvulsivants, antidépresseurs, hypnotiques ...) ou de la consommation d'alcool.

La GGT est ainsi considérée comme un indicateur d'une consommation excessive d'alcool, en raison à la fois de l'effet direct de cette consommation sur son activité, et des lésions hépatiques éventuelles qui en résultent.

L'interprétation de l'augmentation de l'activité de la GGT doit être prudente parce que cet indicateur est d'une part peu sensible (il peut être normal chez des consommateurs excessifs) et d'autre part peu spécifique (il peut être élevé chez des non-consommateurs). Ainsi, on estime que la probabilité pour qu'un patient ayant une augmentation de la GGT soit consommateur excessif ne dépasse pas 65 %.

Toutefois, à l'échelle d'une population, cet indicateur est pertinent pour apprécier les habitudes de consommation excessive d'alcool.

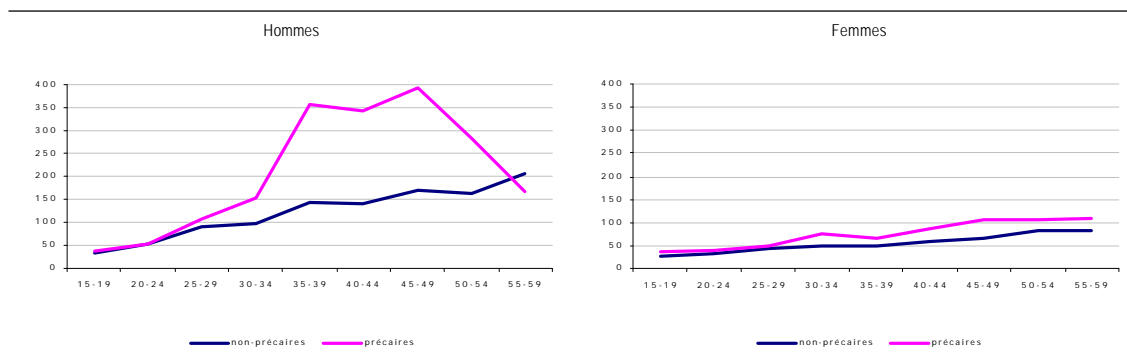
L'indicateur choisi est le 97,5^{ème} centile de la distribution de l'activité de Gamma GT parmi les consultants, c'est-à-dire le seuil au-delà duquel se situe 2,5 % de la population étudiée.

L'analyse ne concerne que les consultants des centres de l'IRSA.

- Les consultants hommes connaissent vis-à-vis de la Gamma GT une situation plus défavorable que les femmes, et l'écart entre les deux sexes s'accroît avec l'âge. Ainsi, pour la tranche d'âge des 55-59 ans, les 2,5 % des consultants hommes qui ont les activités de GGT les plus élevées présentent une GGT supérieure à 207. Ce seuil est de 82, soit deux fois et demi plus faible, chez les consultantes de la même tranche d'âge.
- Les consultants en situation de précarité, et surtout les hommes, connaissent vis-à-vis de la Gamma GT une situation plus défavorable que les « non-précaires ». Ainsi, pour la tranche d'âge des 45-49 ans, les 2,5 % des consultants hommes en situation de précarité qui ont les activités de GGT les plus élevées présentent une GGT supérieure à 393. Ce seuil est de 82, soit près de 5 fois plus faible, chez les consultants hommes « non-précaires » de cette même tranche d'âge.

Seuils de GGT pour le 97,5^{ème} centile de la distribution de l'activité des GGT parmi les consultants selon l'âge, la situation sociale et le sexe

dans les 4 centres d'examen de santé de l'IRSA des Pays de la Loire - 2000



Source : IRSA

3. Consommation de médicaments psychotropes

La consommation actuelle de médicaments est recueillie d'abord par autoquestionnaire. La question posée est « quel médicament prenez-vous ? ». La réponse à cette question est ensuite discutée, commentée voire précisée par le médecin au cours de l'examen clinique. Les psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants ou anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques) constituent l'une des classes médicamenteuses les plus utilisées.

L'indicateur choisi est la proportion de consultants qui déclarent prendre des médicaments psychotropes lors du bilan de santé, à partir des réponses à l'autoquestionnaire complétées par les informations recueillies directement par le médecin.

- 6,2 % des consultants de 15-59 ans «non-précaires» déclarent consommer des médicaments psychotropes lors du bilan de santé, les femmes deux fois plus fréquemment que les hommes (8,3 % versus 4,2 %).

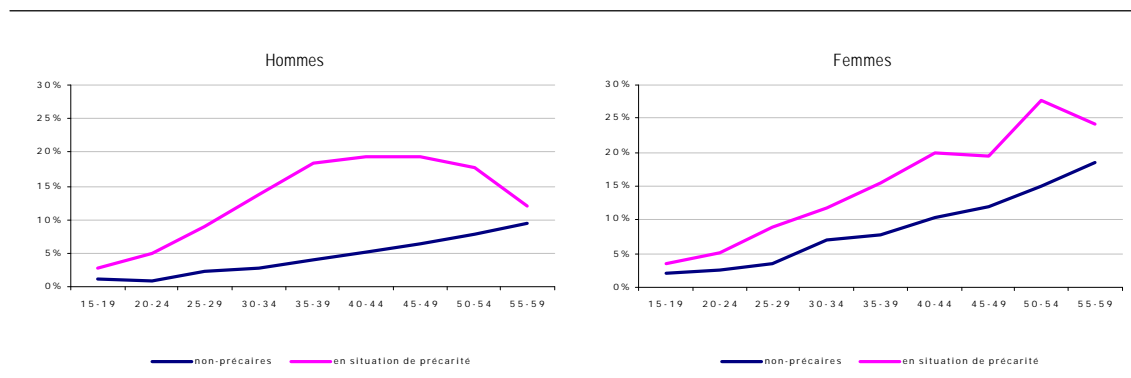
La proportion augmente avec l'âge, de façon plus marquée chez les consultantes que chez les consultants hommes.

- Les consultants hommes de 15-59 ans en situation de précarité sont trois fois plus nombreux à déclarer consommer des médicaments psychotropes au moment de l'examen que les «non-précaires» (13,2 % versus 4,2 % à structure par âge identique). L'écart entre ces deux groupes est particulièrement marqué parmi les 25-44 ans (3,6 % versus 15,2 %), et s'amenuise ensuite du fait d'une diminution de la proportion de consommateurs de médicaments psychotropes chez les «précaires» et d'une augmentation chez les «non-précaires».

Les consultantes de 15-59 ans en situation de précarité sont également plus nombreuses à déclarer consommer des médicaments psychotropes que les «non-précaires» mais l'écart entre les deux groupes est moins marqué que chez les consultants hommes (14,7 % versus 8,3 % à structure par âge identique).

Proportion de consultants consommateurs de médicaments psychotropes au moment de l'examen selon l'âge, la situation sociale et le sexe

dans les centres d'examens de santé - Pays de la Loire - 2000



Source : Cnamts - CETAF

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

Hôtel de la région - 1 rue de la Loire - 44966 Nantes cedex 9

Tél 02 51 86 05 60 - Fax 02 51 86 05 61 - E-mail : accueil@orspaysdelaloire.com