



OBSERVATOIRE REGIONAL
DE LA SANTE D'ALSACE

Centre d'Examens
de Santé

de Colmar et son antenne de Sélestat,
de Mulhouse et de Strasbourg

Indicateurs d'inégalités de santé chez les consultants des Centres d'examens de santé d'Alsace

Décembre 2005

**Analyse régionalisée des données 2000-2002
des Centres d'examens de santé d'Alsace**

Ce travail a été réalisé grâce au soutien de

URCAM

ALSACE



Observatoire Régional de la Santé d'Alsace
Hopital civil – Médicale A – 3è étage
BP 426
1, place de l'hôpital
67091 Strasbourg Cedex
E-mail : info@orsal.org ■ Site Internet : www.orsal.org

Ce rapport a été réalisé par :

Philippe ENDERLIN, Chargé d'études, ORSAL
Frédéric IMBERT, Directeur, ORSAL

Le comité de pilotage, chargé de l'élaboration de la méthode et de la supervision du travail était constitué de :

Dr Paul BELANGER, Médecin coordinateur, CES de Colmar
Dr Patrick FANGEAUD, Médecin coordinateur, CES de Sélestat
Dr Olivier MAYER, Médecin coordinateur, CES de Strasbourg
Dr Xavier PAGNON, Médecin coordinateur, CES de Mulhouse

Stéphane FAVRET, Urcam Alsace

Philippe ENDERLIN, Chargé d'études, ORSAL
Frédéric IMBERT, Directeur, ORSAL

Remerciements à :

Patricia DEJEAN, CES de Strasbourg
Alain GREULICH, CES de Colmar
Dr Sylvain LAZARUS, Médecin coordinateur adjoint, CES de Mulhouse

Sommaire

Sommaire	3
Contexte	7
Les examens périodiques de santé.....	7
Les populations accueillies.....	8
Méthode.....	8
Recueil des données	8
Analyse des données.....	9
Limites.....	11
Caractéristiques de la population accueillie	12
Résultats.....	17
Auto-évaluation de la santé	17
Comportements de santé Activité physique	18
Hygiène de vie – Fréquence de la consommation d'alcool.....	19
Hygiène de vie – Consommation moyenne d'alcool déclarée	20
Hygiène de vie – Statut tabagique	21
Hygiène de vie – Consommation moyenne de tabac déclarée	22
Santé bucco-dentaire	23
Caries dentaires non soignées.....	24
Consultations médicales (spécialistes et généralistes).....	25
Consultations dentaires.....	26
Suivi gynécologique	27
Biométrie – Rapport tour de taille/ tour de hanches (RTH)	28
Biométrie – Indice de Masse Corporelle (IMC).....	29
Risque diabète	30
Autres risques cardio-vasculaires.....	31
Acuité visuelle finale.....	32
Acuité auditive (sans aide auditive).....	33
Affections déclarées	34
Traitements (hors traitement gynécologique).....	35
Synthèse.....	36

Introduction :

Rapport **“ Indicateurs d’inégalités de santé chez les consultants des Centre d’Examens de Santé d’Alsace ”**

La mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique est au cœur de l’actualité des politiques régionales de santé.

Cette loi réorganise le système de santé autour de différents axes :

- la régionalisation des politiques de santé publique qui se traduit par la mise en place de structures (Conférence régionale ou territoriale de santé, plan régional de santé publique, groupement régional de santé publique).
- la mutualisation des efforts des différents opérateurs
- la concertation des partenaires et des usagers du système de santé publique
- la coordination des actions.

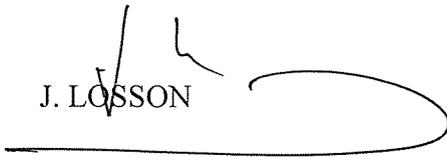
Elle a inscrit la surveillance et l’observation de la santé de la population et de ses déterminants comme premier objectif de la politique de santé publique. Un certain nombre d’informations sur la morbidité et la mortalité sont disponibles dans les grands systèmes statistiques nationaux. Ainsi les services de l’Etat collectent régulièrement des informations sur certaines maladies (déclarations obligatoires) ou sur les causes de mortalité (certificats de décès). Plus spécifiquement sur les cancers, la région dispose de registres dans chaque département. Quant aux bases de données de l’Assurance maladie, elles permettent d’identifier les conditions de recours aux soins sur le territoire et d’appréhender les maladies les plus graves ou représentant les affections de longue durée qui exonèrent les personnes les plus gravement malade de toute participation aux frais liés à leur affection.

L’Observatoire Régional de la Santé en Alsace a été chargé d’analyser ces données et de proposer des indicateurs régionaux spécifiques contribuant à une meilleure approche de l’état de santé régional. Ces données locales ont été prises en compte pour l’élaboration et le suivi du plan régional de santé publique, et devraient à terme être un instrument de mesure de l’impact des actions mises en œuvre.

L’analyse des données recueillies lors des bilans de santé proposés dans les CES complète utilement les études déjà réalisées précédemment. L’accent mis sur les inégalités de santé répond au septième objectif de la politique de santé publique.

L’élaboration et la diffusion du présent rapport constituent une ressource supplémentaire pour la mise en œuvre de la démarche de santé publique en Alsace.

J. LOSSON



A. ROMMEVAUX



Contexte

Avec plus de 600 000 examens périodiques de santé réalisés en moyenne chaque année, le réseau des Centres d'examens de santé (CES) de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) constitue une banque de données observationnelles sans équivalent en France.

Grâce à leur large couverture géographique et à la diversité des populations examinées, les CES contribuent à la description de l'état de santé des groupes de populations aussi bien dans l'espace que dans le temps, ainsi qu'à l'analyse des comportements et besoins de santé des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

Depuis la réforme visée par l'arrêté du 20 juillet 2002 sur les examens périodiques de santé, les CES orientent leur activité en direction de publics prioritaires et notamment de personnes en situation de précarité : chômeurs identifiés, bénéficiaires du RMI, contrats emploi solidarité ou assimilés, sans domicile fixe, et leurs ayants droit.

Afin d'enrichir les indicateurs susceptibles d'améliorer la connaissance sur les inégalités sociales de santé en Alsace, l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (ORSAL), les Centres d'examens de santé et le Centre Technique d'Appui et de Formation (CeTAF) ont collaboré à la mise en place d'une analyse régionalisée des données recueillies par les CES de Strasbourg, de Mulhouse, de Colmar et de son antenne de Sélestat dans le cadre de l'examen périodique de santé.

Cette analyse, qui est susceptible d'être reconduite périodiquement, consiste d'une part en un suivi d'indicateurs sur l'état de santé des consultants de 16-74 ans hors public en situation de précarité (détaillés selon le sexe et la classe d'âge) et d'autre part en une comparaison, à structure par âge égale, de l'état de santé des consultants de 25-59 ans en situation de précarité à celui des autres consultants.

Les examens périodiques de santé

En règle générale, les examens périodiques de santé se déroulent en deux temps :

- **un examen pré-clinique**, d'une demi-journée environ, au cours duquel le consultant suit une série de tests et d'examens biologiques (examen du sang et des urines, recherche de sang dans les selles pour les personnes de 50 à 75 ans) et paracliniques (biométrie, contrôle de la vision et de l'audition, examen bucco-dentaire)¹. Préalablement à cet examen, le patient remet à l'accueil du centre le questionnaire qui lui a été adressé lors de sa prise de rendez-vous et renseigné à son domicile. Le consultant est invité à y renseigner sa situation socioprofessionnelle, son mode de vie, son niveau d'activité physique, son auto appréciation de la santé, ses habitudes de consommation d'alcool et de tabac, son suivi médical et dentaire, ses antécédents personnels et familiaux, ses traitements et son état de santé actuel ;

¹ Le patient peut également bénéficier d'une radiographie du thorax, d'une exploration fonctionnelle respiratoire (spirométrie) ou d'un électrocardiogramme (ECG) selon les signes cliniques d'appel et les facteurs de risque.

- **un examen clinique** d'une demi-heure environ, qui se déroule selon les centres une à trois semaines après l'examen pré-clinique et au cours duquel le médecin de prévention examine le patient et s'entretient avec lui au sujet de ses résultats d'examens, le conseille, répond à ses questions le cas échéant, et lui prescrit des examens complémentaires si nécessaire.

Dans certains cas et sous certaines conditions, la totalité du bilan (tests pré-cliniques et examen clinique) peut être réalisée en journée (pour les personnes habitant loin du centre), voire en une demi-journée (jeunes de 16-25 suivant un stage dans le cadre « CFI »).

Le contenu de ces examens est modulé en fonction de la classe d'âge, du sexe et de certains facteurs de risque. Ils sont réalisés dans les conditions et selon les modalités décrites dans les fiches du guide des procédures techniques de l'examen de santé édité par le CeTAF. Ces fiches détaillent les procédures qu'il convient d'appliquer dans les CES et formalisent les données à recueillir. Elles bénéficient d'une double validation, à la fois par des professionnels de la spécialité considérée et par la Mission Prévention et de Santé Publique de la Cnamts.

Les populations accueillies

La population accueillie dans les Centres d'examens de santé, définie par l'arrêté de 1992, se répartit selon 3 grandes catégories de populations :

- la population **non prioritaire**² : constituée des actifs du Régime général ou d'un régime particulier, et de leurs ayants-droit ;
- la population **prioritaire non précaire**³ : constituée des retraités du Régime général ou d'un régime particulier, des personnes au foyer n'ayant jamais travaillé, des conjoints sans activité professionnelle, des personnes invalides, des étudiants..., et de leurs ayants-droit ;
- la population **prioritaire précaire** : constituée des chômeurs identifiés, des bénéficiaires du RMI, des personnes bénéficiaires d'un contrat emploi solidarité ou assimilés, des personnes sans domicile fixe, et de leurs ayants-droit.

Méthode

Recueil des données

Les Centres d'examens de santé utilisent, dans le cadre de l'examen périodique de santé, un protocole de recueil des données standardisé établi au niveau national par le CeTAF. L'ensemble des données recueillies est saisi, qu'elles soient issues du questionnaire, des examens pré-cliniques ou cliniques, soit :

- directement sur terminal : données socio-administratives, examen clinique... ;
- par feuille de marques sur lecteur optique : biométrie, contrôle visuel et auditif, spirométrie, examen bucco-dentaire... ;

² relevant de l'article 1

³ relevant de l'article 2

- par transmission automatique par interfaçage : analyses de biochimie et d'hématologie dans certains centres.

Le mode de saisie informatique des différents tests pré-cliniques peut légèrement varier selon les centres.

Ces données sont centralisées par le système informatique SAGES⁴ qui assure une standardisation des procédures informatiques et un contrôle de qualité des données recueillies. Dans le cadre de cette étude, chaque Centre d'examens de santé a réalisé, à partir de ses bases de données, les extractions nécessaires au calcul des indicateurs définis par le comité de pilotage.

Les données recueillies concernent l'ensemble des consultants de 16-74 ans domiciliés⁵ en Alsace ayant passé un examen périodique de santé dans l'un des CES de la région entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2002.

Ces extractions ont été fournies à l'ORSAL, avec l'appui du CeTAF après accord du Directeur de la Cnamts.

Analyse des données

L'ORSAL a réalisé l'analyse statistique des données, la rédaction et la mise en page du document de présentation des résultats validés par le comité de pilotage.

Indicateurs analysés

Les indicateurs calculés sont répartis en six grandes thématiques :

- les indicateurs sociodémographiques : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle (CSP) ou catégorie sociale de l'assuré ;
- les indicateurs relatifs à l'état de santé perçue par l'assuré : auto-appréciation de l'état de santé ;
- les indicateurs relatifs aux comportements de santé :
 - hygiène de vie : fréquence et consommation moyenne d'alcool et de tabac ;
 - consommations de soins : consultations médicales, dentaires et suivi gynécologique ;
- les indicateurs anthropométriques : rapport taille/hanche, IMC ;
- les indicateurs ayant trait aux risques pour la santé : glycémie, cholestérol et triglycérides, caries dentaires, acuité visuelle et auditive ;
- les indicateurs ayant trait aux affections et aux traitements.

⁴ Système Automatisé de Gestion des centres d'Examens de Santé

⁵ Hors assurés ne relevant pas du FNPEIS ainsi que les bilans de santé "hors référentiel".

Indicateurs analysés

Pour chacune des thématiques traitées dans ce rapport, les mêmes exploitations de la base ont été réalisées :

- une analyse des différences **entre hommes et femmes**, tous âges confondus (16-74 ans). Cette analyse ne concerne que les consultants « non prioritaires » et les consultants « prioritaires non précaires ». Les consultants « prioritaires précaires » ont été exclus de l'analyse en raison de la structure par âge particulière de cette population ;
- une analyse des différences entre grandes classes d'âge (16-24 ans, 25-44 ans, 45-59 ans et 60-74 ans) et sexe. Cette analyse, comme la précédente, ne concerne que les consultants « non précaires » ;
- une analyse des différences **entre public en situation de précarité** (« prioritaires précaires ») et autres consultants (« non prioritaires » et « prioritaires non précaires »), eux même subdivisés en quatre sous-populations :
 - les **ouvriers et exploitants agricoles** ;
 - les **professions intermédiaires et employés** ;
 - les **cadres, professions libérales et artisans** ;
 - les **personnes sans activité professionnelle** (mais non précaire).

Concernant ces dernières comparaisons, il a été décidé, après analyse de la structure d'âge des consultants (cf. Répartition par sexe, âge et catégorie d'assurés ci après), d'étudier uniquement la population dont l'âge est compris entre 25 et 59 ans. Les raisons qui ont motivé ce choix sont les faibles effectifs avant 25 ans, des consultants « non prioritaires » et « prioritaires non précaires », et à partir de 60 ans des consultants « non prioritaires » et « prioritaires précaires ». Par ailleurs, même entre 25 et 59 ans, ces catégories d'usagers présentent des structures d'âge très différentes. Les indicateurs ont pour cette raison été standardisés sur l'âge (tranches d'âge quinquennales, la population de référence est la population alsacienne au 1er janvier 2001 selon les estimations de l'INSEE). Enfin, en raison d'effectifs trop faibles, la population ne relevant pas du FNPEIS⁶ ainsi que les bilans de santé "hors référentiel" ont été exclus de l'analyse.

Analyses statistiques

Les comparaisons effectuées entre les sous-groupes de populations de 25-59 ans ont été testées au seuil de 5 % en tenant compte de la standardisation sur l'âge. Les intervalles de confiance de chaque pourcentage sont schématisés, sur les graphiques en barres horizontales sous la forme de barres d'erreurs.

Sauf mention contraire, lorsque que l'on commente une différence entre deux pourcentages, celle-ci est systématiquement statistiquement significative.

⁶ Fonds National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires

Limites

La principale limite de cette analyse provient du mode de recrutement des centres d'examens de santé, basé sur l'invitation et le volontariat. Se pose alors la question de la représentativité des populations consultant ces centres dont les caractéristiques peuvent différer de celles de la population générale ou de la population en situation de précarité.

Par ailleurs, les situations de précarité sont très diverses, puisque les personnes concernées peuvent être aussi bien des personnes hébergées dans un CHRS que des personnes en préretraite. Malgré ces limites, les différences en matière de santé constatées entre les populations étudiées sont suffisamment importantes pour qu'elles ne puissent être considérées comme étant liées au mode de recrutement des CES, d'autant plus qu'elles sont cohérentes avec d'autres données déjà établies par d'autres travaux.

Caractéristiques de la population accueillie

Dans le cadre de l'examen périodique de santé, les quatre Centres d'examen de santé de la région⁷ ont accueilli 75 489 personnes entre 2000 et 2002 soit près de 25 200 personnes en moyenne par année, avec une répartition quasiment équivalente entre les deux sexes⁸.

Sur les 75 489 examens périodiques de santé réalisés au cours de ces trois années, plus de quatre sur dix (43 %) ont été destinés à des « populations prioritaires » dont un quart (24 %) à un public en situation de précarité.

Fig.1. Répartition des consultants selon la catégorie d'assuré entre 2000 et 2002

	Effectif	%
Actifs du Régime Général ou Particulier	41 059	54,4
Prioritaires non précaires	14 755	19,5
Prioritaires précaires	17 882	23,7
Autres Régimes	1 623	2,1
Bilans particuliers	170	0,2
Total	75 489	100,0

Les différences d'âges sont très marquées entre les différentes catégories d'assuré (figure 2). Ainsi les populations « non prioritaires »⁹ se concentrent essentiellement parmi la classe d'âge 35-54 ans. Ce constat se vérifie quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle considérées (figure 3).

La grande majorité (70 %) des personnes « prioritaires non précaires »¹⁰ ont entre 55 et 74 ans. En comparaison, les personnes en situation de précarité sont beaucoup plus « jeunes », plus la moitié d'entre eux (56 %) ayant moins de 25 ans.

Fig.2. Répartition des consultants selon l'âge et la catégorie d'assuré entre 2000 et 2002

	Non prioritaires		Prioritaires non précaires		Prioritaires précaires		Autres*		ENSEMBLE	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0 an	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-4 ans	0	0,0	0	0,0	2	0,0	501	27,9	503	0,7
5-14 ans	7 344	17,9	614	4,2	5 322	29,8	90	5,0	13 370	17,7
15-24 ans	4 038	9,8	1 093	7,4	4 657	26,0	141	7,9	9 929	13,2
25-34 ans	6 636	16,2	461	3,1	2 597	14,5	326	18,2	10 020	13,3
35-44 ans	9 610	23,4	428	2,9	2 157	12,1	366	20,4	12 561	16,6
45-54 ans	10 417	25,4	827	5,6	1 986	11,1	221	12,3	13 451	17,8
55-64 ans	2 970	7,2	5 438	36,9	1 132	6,3	127	7,1	9 667	12,8
65-74 ans	43	0,1	4 901	33,2	20	0,1	21	1,2	4 985	6,6
75-84 ans	1	0,0	926	6,3	9	0,1	0	0,0	936	1,2
85-94 ans	0	0,0	67	0,5	0	0,0	0	0,0	67	0,1
95 ans ou +	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	41 059	100,0	14 755	100,0	17 882	100,0	1 793	100,0	75 489	100,0

* autres régimes et bilans particuliers

⁷ Strasbourg, Mulhouse, Colmar et son antenne de Sélestat

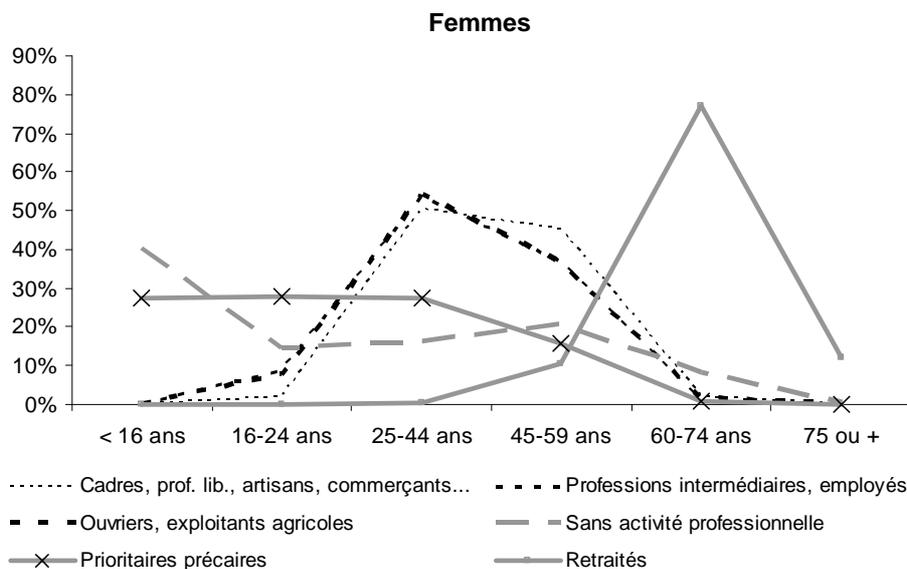
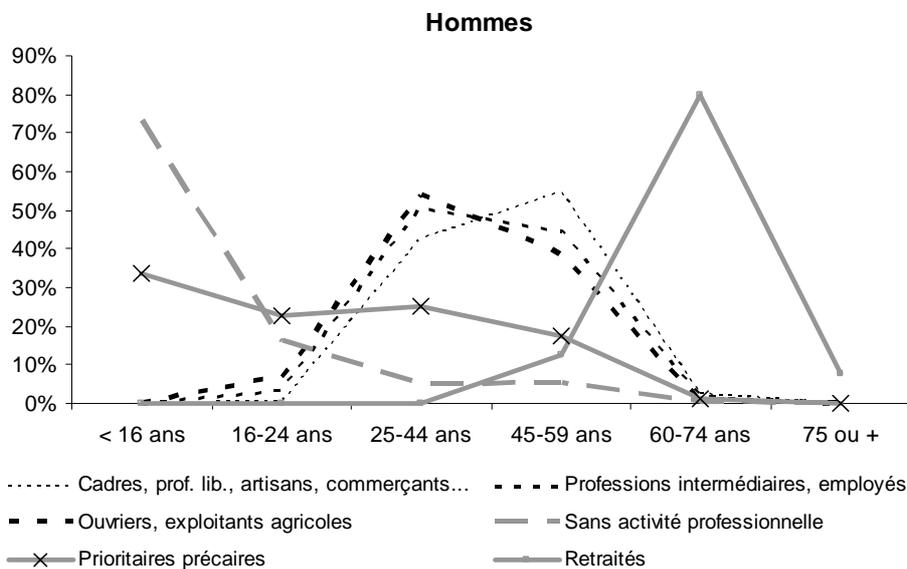
⁸ Sex-ratio = 1,02

⁹ Actifs du Régime général ou d'un régime particulier

¹⁰ Personnes au foyer n'ayant jamais travaillé, conjoints sans activité professionnelle, retraités.

Fig.3. Répartition des consultants selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle entre 2000 et 2002

		< 16 ans	16-24 ans	25-44 ans	45-59 ans	60-74 ans	75 ou +	Total
Hommes	Ouvriers, exploitants agricoles	0,0%	6,9%	53,8%	38,4%	0,9%	0,0%	100,0%
	Professions intermédiaires, employés	0,0%	3,4%	50,5%	44,6%	1,4%	0,0%	100,0%
	Cadres, prof. lib., artisans, commerçants...	0,0%	0,2%	42,7%	54,7%	2,4%	0,0%	100,0%
	Retraités	0,0%	0,0%	0,1%	12,4%	80,0%	7,6%	100,0%
	Sans activité professionnelle	73,3%	16,0%	4,8%	5,2%	0,6%	0,1%	100,0%
	Prioritaires précaires	33,5%	22,6%	25,3%	17,4%	1,2%	0,0%	100,0%
Total		19,5%	9,5%	29,8%	26,8%	13,2%	1,2%	100,0%
Femmes	Ouvriers, exploitants agricoles	0,0%	7,7%	54,2%	36,6%	1,4%	0,0%	100,0%
	Professions intermédiaires, employés	0,0%	9,0%	53,5%	36,6%	0,9%	0,0%	100,0%
	Cadres, prof. lib., artisans, commerçants...	0,0%	2,2%	50,6%	45,0%	2,2%	0,0%	100,0%
	Retraités	0,0%	0,0%	0,3%	10,6%	77,0%	12,1%	100,0%
	Sans activité professionnelle	40,4%	14,5%	16,1%	20,8%	8,0%	0,4%	100,0%
	Prioritaires précaires	27,6%	28,0%	27,6%	15,7%	1,0%	0,1%	100,0%
Total		19,3%	14,4%	29,4%	23,5%	11,8%	1,5%	100,0%



La grande majorité des personnes examinées en 2000-2002 venaient pour la première fois dans un CES (64 %), mais cette proportion varie fortement selon la catégorie d'assuré : 81 % parmi les « prioritaires précaires », 63 % parmi les « non prioritaires » et 48 % parmi les « prioritaires non précaires ».

Fig.4. Répartition des consultants selon le rang de l'examen entre 2000 et 2002

	Effectif	%
premier	48 202	63,9
deuxième	11 432	15,1
troisième	7 659	10,1
quatrième	4 758	6,3
cinquième et plus	3 432	4,5
Total	75 483	100,0

Deux tiers des personnes venues passer un examen périodique de santé se sont déplacés suite à une invitation de leur caisse primaire. Seuls 6,1 % ont été adressés par leur médecin traitant ou du travail et 2,9 % par un travailleur social.

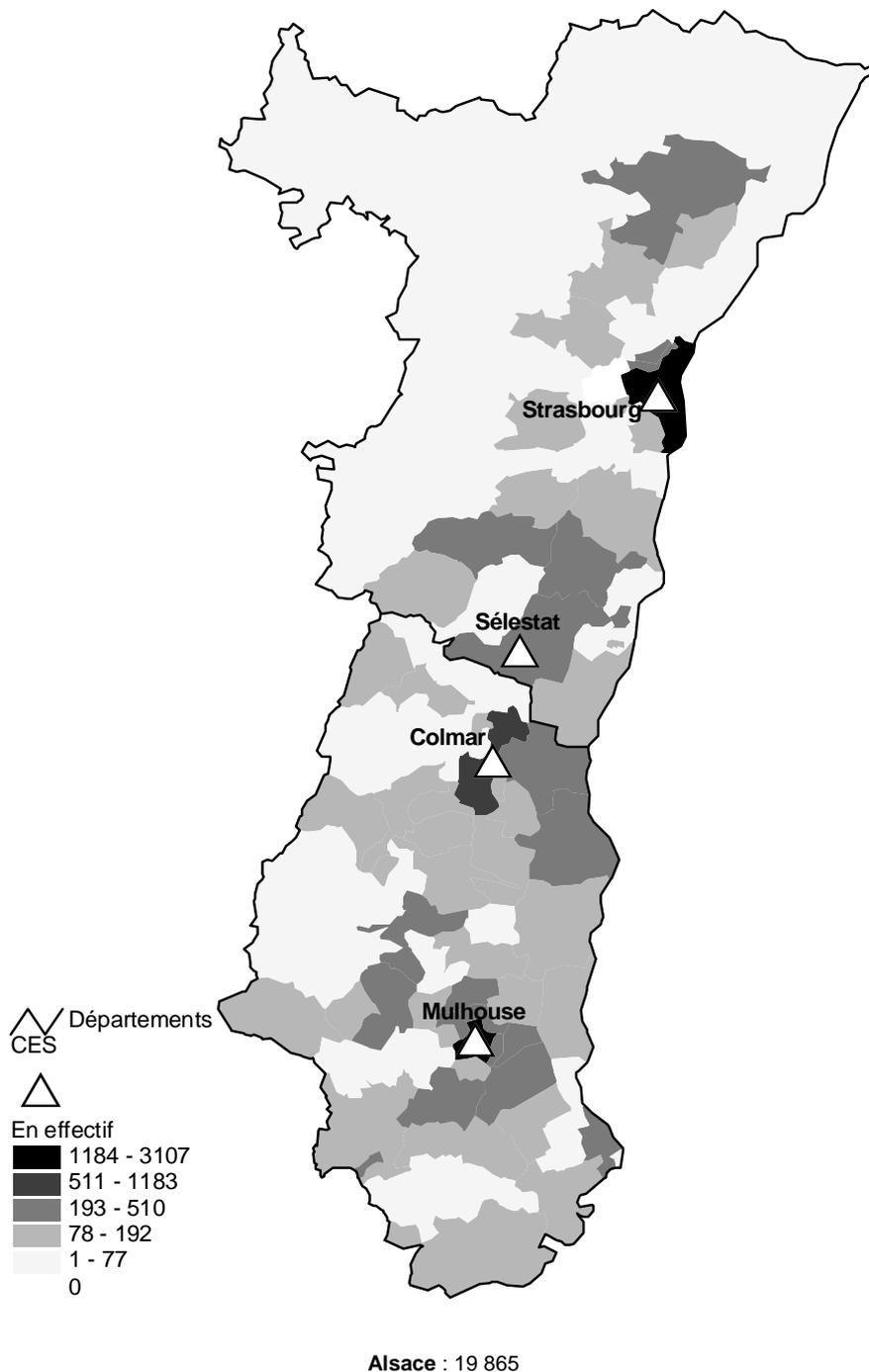
Le nombre de personnes examinées suite à une invitation de leur caisse varie sensiblement selon la catégorie d'assuré. Elle est de 77 % parmi les « prioritaires non précaires », de 66 % parmi les « actifs » et de 60 % parmi les « prioritaires précaires ».

Fig.5. Répartition des consultants selon la connaissance du centre entre 2000 et 2002

	Effectif	%
Invitation de la caisse	50 312	66,7
Autre organisme (CAF, CRAM, ASSEDIC)	1 800	2,4
Travailleur social ou assimilé	2 193	2,9
Médecin (traitant, travail, ...)	4 597	6,1
Autres (amis, bouche à oreille, ...)	16 576	22,0
Total	75 478	100,0

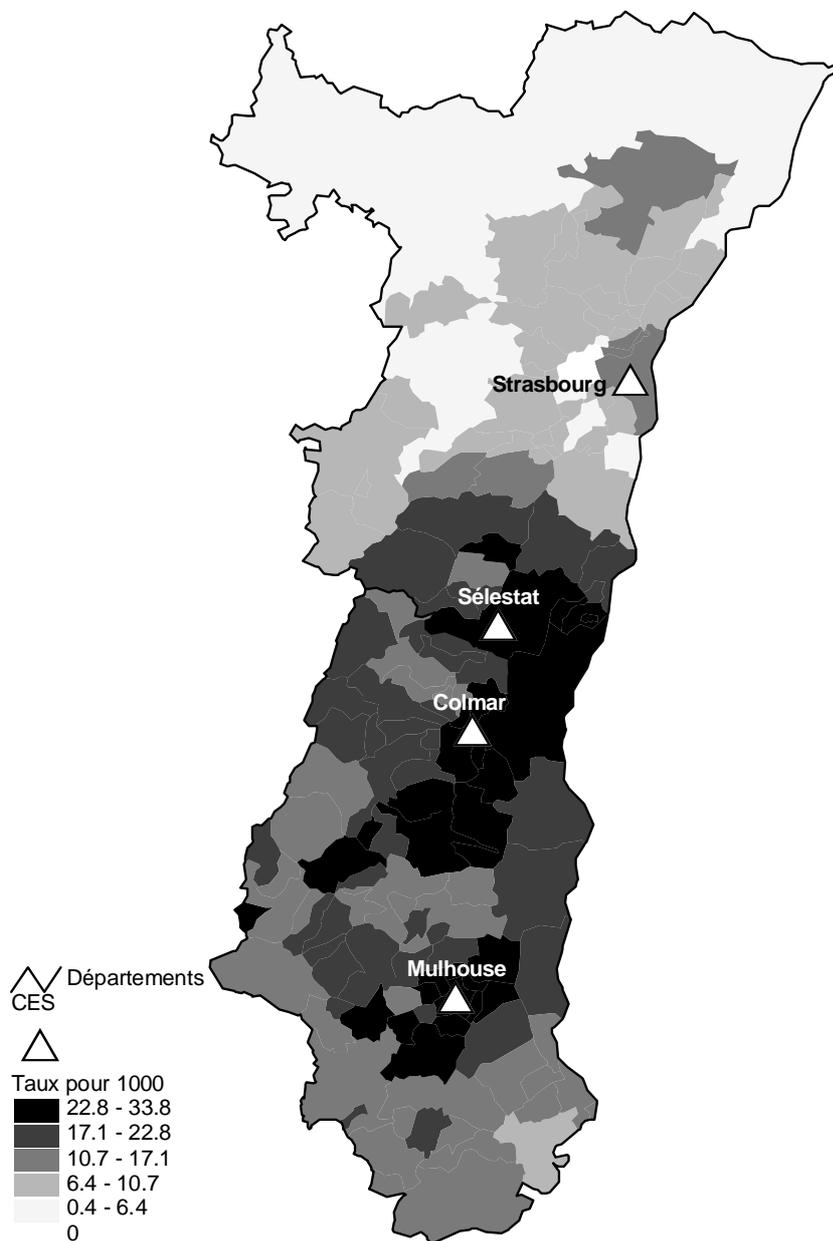
Entre 2000 et 2002, 19 865 personnes de 16-74 ans domiciliées en Alsace ont été examinées en moyenne chaque année dans l'un des 4 centres de la région. Les communes dont les habitants sont les plus nombreux à venir passer un bilan de santé sont principalement celles où siège un centre d'examen de santé et leur proche voisinage. A l'inverse, les consultants domiciliés dans l'une des communes situées au nord et au sud-ouest de Strasbourg sont moins nombreux. Cette fréquentation plus faible s'explique essentiellement par la présence d'un seul centre (Strasbourg) dans le tiers nord de la région, structure qui de plus n'occupe pas une position géographiquement centrale dans l'axe est ouest.

Fig.6. Nombre annuel de consultants de 16-74 ans selon le code postal de domicile entre 2000 et 2002



Globalement sur l'ensemble de la région, le taux de recours annuel mesuré par le rapport du nombre de personnes examinées de 16-74 ans au nombre d'habitants de 15-74 ans¹¹ est de 15,2 pour 1000 habitants. Ce taux est nul pour 6 communes¹² et varie de 0,4 pour 1000 à Geispolsheim à 33,8 pour 1000 à Wittisheim. La représentation cartographique, comme la précédente, laisse apparaître deux vastes zones de faible recours au nord et au nord-ouest de la région.

Fig.7. Taux de recours annuel selon le code postal de domicile entre 2000 et 2002 (Nombre de consultants de 16-74 ans pour 1 000 habitants*)



Alsace : 15,2 pour 1000

* habitants de 15-74 ans

Sources : CES, INSEE estimations au 1er janvier 2002

¹¹ Au recensement de 1999

¹² Eckbolsheim, Wolfisheim, Oberschaeffolsheim, Achenheim, Oberhausbergen et Mittelhausbergen

Résultats

Auto-évaluation de la santé

Une majorité de consultants s'estime en bonne santé

La grande majorité des consultants des centres d'examens de santé de 16-74 ans (hors "prioritaires précaires") se considère en bonne santé.

Ainsi, 65 % d'entre eux déclarent des scores de santé supérieur ou égal à 7, proportion plus élevée chez les hommes (69 %) que chez les femmes (61 %) ; 32 % déclarent des scores compris entre 4 et 6, se considérant en moyenne santé, 2,8 % déclarent des scores inférieurs ou égal à 3, s'estimant en mauvaise santé.

Un score de santé perçue qui diminue avec l'âge, plus rapidement chez les femmes

Le nombre de consultants qui se déclarent en bonne santé diminue avec l'âge. A 16-24 ans, 82 % des consultants déclarent être en bonne santé, alors qu'à 60-74 ans cette proportion n'est plus que de 58 % chez les hommes et 46 % chez les femmes.

Une moins bonne santé perçue chez les ouvriers et les "précaires"

Les scores de santé déclarés par les consultants de 25-59 ans varient fortement selon la catégorie socioprofessionnelle.

Avec 51 % des personnes s'estimant en bonne santé, les « prioritaires précaires » sont les plus mal placés. Ils sont suivis des personnes sans activité professionnelle (56 %) et des ouvriers (61 %). C'est parmi les cadres, professions libérales, artisans et commerçants que l'on enregistre les scores les plus élevés (81 %).

Les différences entre les deux sexes sont un peu plus marquées chez les ouvriers, les professions intermédiaires et les employés.

L'Alsace par rapport aux autres régions¹³

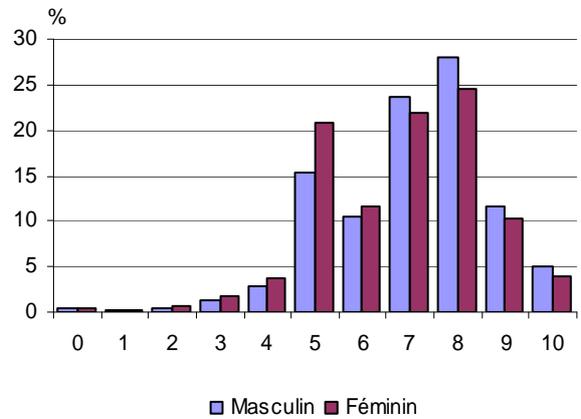
L'étude « Géographie de la santé dans les CES » montre que l'Alsace est une des régions où les auto-appréciations négatives de la santé sont plus fréquentes qu'en moyenne nationale, quelle que soit la tranche d'âge considérée (15-24, 25-59 ans et les 60 ans ou plus).

Définition :

Un score de santé déclaré supérieur ou égal à 7 correspond à une santé jugée bonne, un score compris entre 4 et 6 correspond à une santé jugée moyenne et un score inférieur ou égal à 3 correspond à une santé jugée mauvaise.

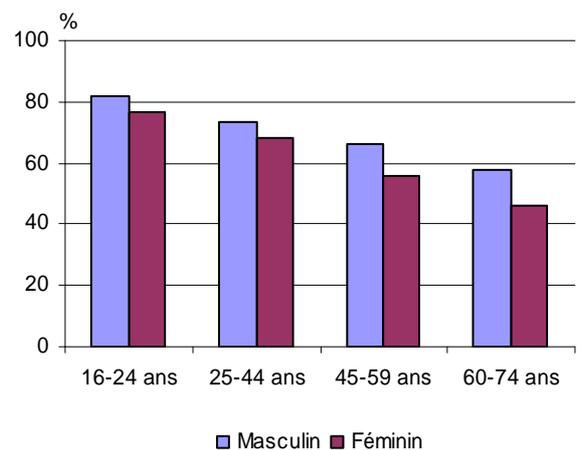
¹³ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

Fig 1. Scores de santé déclarés selon le sexe chez les 16-74 ans (hors « précaires »)



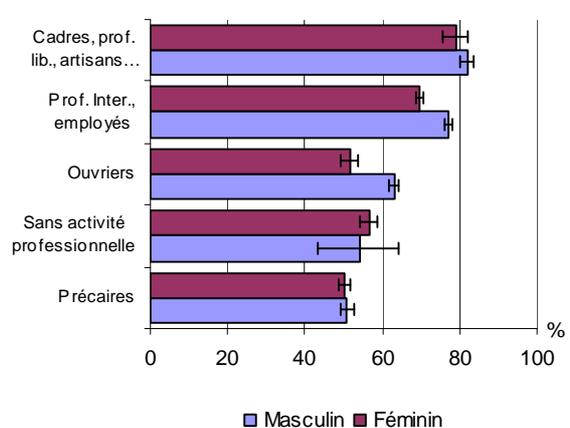
Source : CES, Exploitation ORSAL

Fig 2. Consultants de 16-74 ans (hors « précaires ») se déclarant en bonne santé selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORSAL

Fig 3. Consultants de 25-59 ans se déclarant en bonne santé selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORSAL

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Comportements de santé

Activité physique

La majorité des consultants a une activité physique régulière

La majorité des consultants (57 %) exercent une activité physique estimée à plus d'une heure de marche par jour (activité régulière ou intensive). A l'inverse, un peu plus d'une personne examinée sur quatre (43 %) se déclare sédentaire, une proportion plus élevée chez les femmes (48 % vs 39 % chez les hommes).

Une proportion de « sédentaires » plus élevée entre 25 et 59 ans

Le nombre de personnes déclarant une activité physique inférieure à une heure de marche par jour est, en proportion, plus élevé entre 25 et 59 ans qu'entre 16-24 ans et 60-74 ans. Cette proportion est toujours plus élevée chez les femmes et ce, quelle que soit la classe d'âge considérée.

Des personnes sédentaires moins nombreuses parmi les ouvriers et les professions intermédiaires

Entre 25 et 59 ans, les personnes sédentaires sont sensiblement moins nombreuses parmi les ouvriers et les personnes exerçant une profession intermédiaire que parmi les cadres, les « inactifs » ou les personnes en situation de précarité. Les différences entre les deux sexes sont très sensibles en particulier chez les cadres, professions libérales, artisans, et les ouvriers.

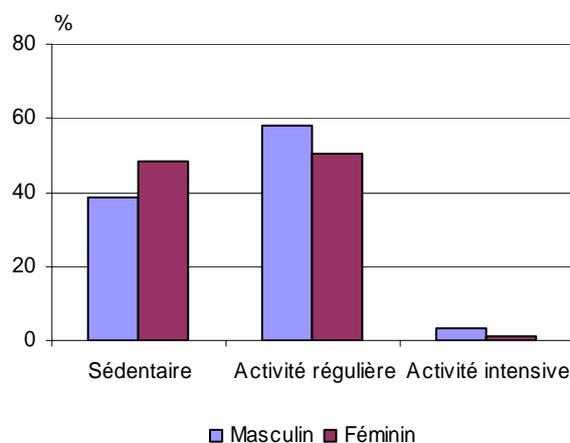
L'Alsace par rapport aux autres régions¹⁴

En Alsace, selon les données nationales du Cetaf, les taux comparatifs de sédentarité des 25-59 ans sont légèrement inférieurs de la moyenne nationale, tant pour les publics précaires que non précaires.

Définition :

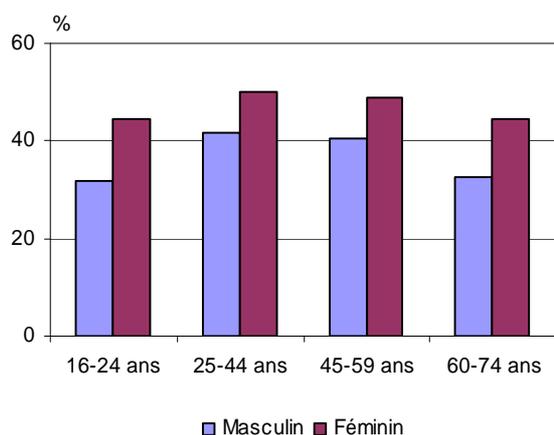
Est considérée comme sédentaire toute personne exerçant une activité physique estimée à moins d'une heure de marche par jour.

Fig 4. Activité physique chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



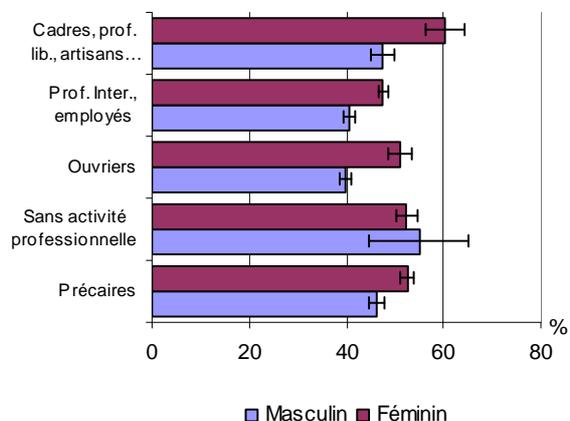
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 5. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") se déclarant sédentaires selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 6. Consultants de 25-59 ans se déclarant sédentaires selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

¹⁴ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

Hygiène de vie – Fréquence de la consommation d'alcool

Un quart des personnes examinées consomme de l'alcool tous les jours

Huit consultants de 16-74 ans sur dix (hors « précaires ») consomment de l'alcool : ils sont près d'un tiers à en consommer rarement (31 %), près d'un quart à en consommer certains jours de la semaine (24 %) et autant en consomme quotidiennement. Cette consommation moyenne diffère fortement selon le sexe : ainsi par exemple, parmi les consommateurs quotidiens on compte (en proportion) deux fois et demi plus d'hommes que de femmes.

Une consommation quotidienne d'alcool qui augmente régulièrement avec l'âge...

En proportion, le nombre de consommateurs quotidiens d'alcool augmente linéairement avec l'âge et ce, quel que soit le sexe considéré. Le pourcentage de buveurs quotidiens est, selon la classe d'âge considérée, 2 à 4 fois plus élevé chez les hommes. Entre 16-24 ans et 60-74 ans, il progresse de 4,4 % à 56 % pour les hommes et de 1,4 % à 26 % pour les femmes.

... et qui est plus importante parmi les cadres, professions libérales et artisans, et les ouvriers

Avec 29 % de consommateurs quotidiens les cadres, professions libérales et artisans arrivent en tête des catégories socioprofessionnelles qui consomment le plus souvent de l'alcool, devant les ouvriers (23 %).

Le nombre de consommateurs quotidiens est jusqu'à 3,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, parmi les ouvriers notamment.

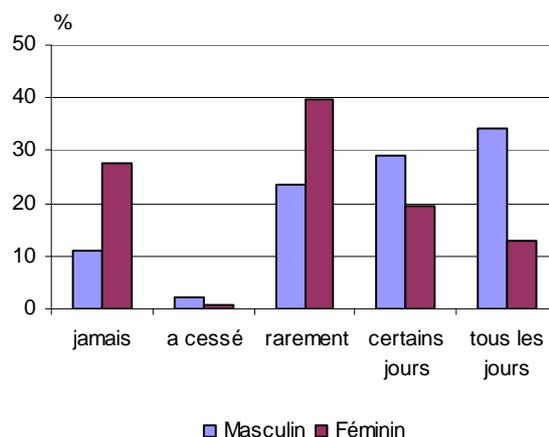
L'Alsace par rapport aux autres régions

Selon le Cetaf, chez les 25-59 ans ainsi que chez les 60 ans ou plus, les taux comparatifs de buveurs réguliers¹⁵, sont en Alsace supérieurs à la moyenne nationale. En revanche, chez les 15-24 ans le taux de consommateurs réguliers de la région est un des plus faibles de métropole. Ce résultat n'est pas totalement confirmé par l'étude Escapad¹⁶, dont les données sont recueillies au cours de la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Il ne concerne, il est vrai, que les jeunes de 17 ans. Selon cette étude, si les ivresses sont en Alsace un peu plus rares qu'en moyenne nationale, l'usage régulier d'alcool y est comparable à la moyenne.

¹⁵ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

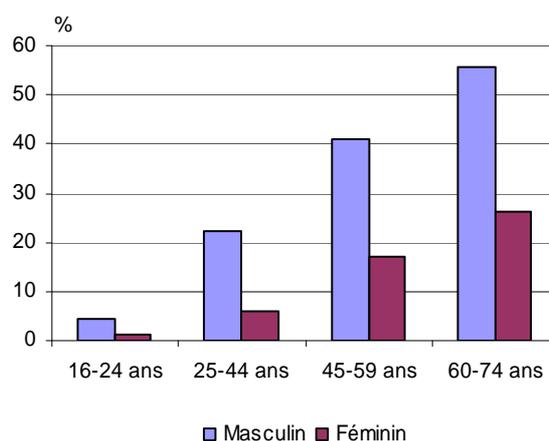
¹⁶ Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français, Exploitation régionale de l'enquête Escapade 2002/2003 - OFDT

Fig 7. Fréquence de la consommation d'alcool chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



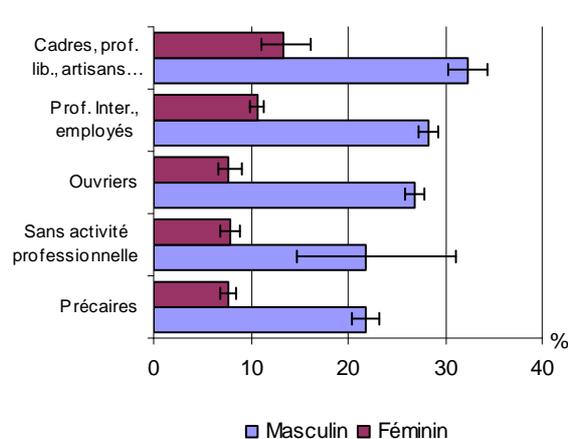
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 8. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant une consommation d'alcool quotidienne selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 9. Consultants de 25-59 ans une consommation d'alcool quotidienne selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Hygiène de vie – Consommation moyenne d'alcool déclarée

2,4 % des consultants déclarent une consommation régulière et excessive d'alcool

Si la majorité des consultants déclarent ne pas consommer d'alcool (20 %) ou en consommer occasionnellement (31 %), 3,3 % des hommes et 1,4 % des femmes ont une consommation d'alcool jugée « à risque » pour leur santé (cf. définition). Il faut cependant rester prudent quant à l'interprétation de ces chiffres, dans la mesure où il s'agit de chiffres moyens sur la semaine qui ne tiennent pas compte des différences de consommation les jours de semaine et le week-end.

Une proportion de consommateurs « à risque » qui reste faible même lorsque l'âge augmente

Le nombre de consultants ayant une consommation d'alcool à risque augmente très légèrement avec l'âge pour les hommes alors qu'il reste pratiquement stable pour les femmes.

Il passe ainsi de 1,3 % entre 16 et 24 ans à 4,5 % entre 60 et 74 ans pour les hommes et de 1,1 % à 1,8 % pour les femmes.

Une consommation à risque qui ne diffère pas selon la catégorie socioprofessionnelle de l'assuré

La consommation régulière et excessive d'alcool ne varie pas statistiquement selon la catégorie socioprofessionnelle de l'assuré mais demeure supérieure pour les hommes et ce, quelle que soit la catégorie considérée. Selon les médecins des CES d'Alsace, les personnes qui ont une consommation d'alcool élevée sous estiment en général leur consommation et inversement, ces chiffres sont donc à interpréter avec une prudence toute particulière.

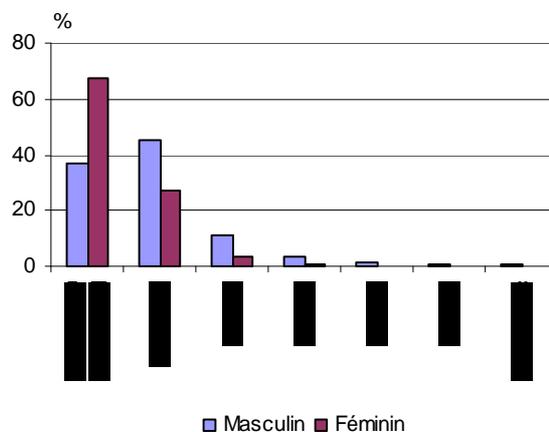
Définition :

La consommation régulière et excessive d'alcool correspond à une consommation supérieure à 2 verres d'alcool par jour pour les femmes et à 3 verres pour les hommes. Au-delà de ce seuil, l'alcool augmente sensiblement les risques sanitaires (notamment de cancers), de cirrhoses et de maladies cardiovasculaires. (Source : INPES).

On admet qu'un verre d'alcool contient environ 10 g d'alcool pur, quelle que soit la boisson (apéritif, vin, digestif, bière).

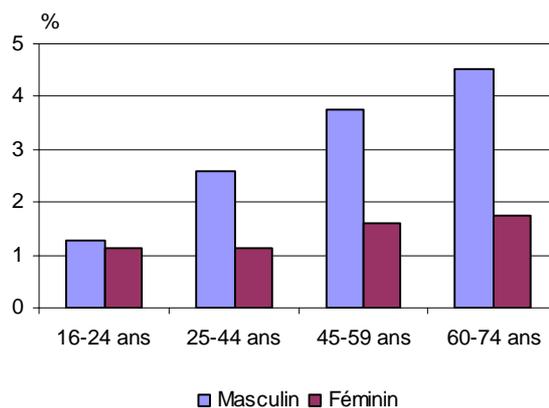
Le taux légal de l'alcoolémie au volant est de 0,5 g/l.

Fig 10. Consommation moyenne d'alcool chez les consultants de 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



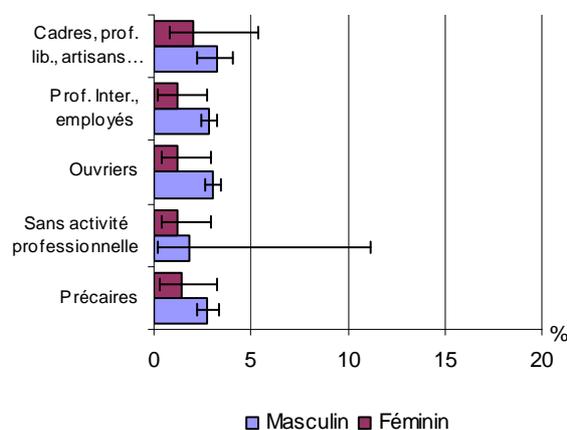
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 11. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant une consommation régulière et excessive d'alcool selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 12. Consultants de 25-59 ans ayant une consommation régulière et excessive d'alcool selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Hygiène de vie – Statut tabagique

Une proportion de fumeurs plus faible qu'en moyenne nationale...

En Alsace, dans les CES, la proportion de fumeurs parmi les consultants de 16-74 ans (hors « précaires ») s'élève à 24 %. Le nombre de fumeurs est sensiblement plus important chez les hommes : 28 % contre 19 % pour les femmes.

... qui diminue lorsque l'âge augmente...

Entre 16-24 ans et 60-74 ans, le taux de fumeurs diminue fortement, passant de 33 % à 10 %, tendance qui s'observe tant pour les hommes que pour les femmes. Cette forte baisse s'accompagne d'un accroissement sensible du nombre d'anciens fumeurs (passant de 4,6 % à 16-24 ans à 24 % à 60-74 ans) alors que le nombre de non fumeurs reste relativement stable dans le temps.

... et qui diffère très fortement selon la catégorie socioprofessionnelle

Entre 25 et 59 ans, les personnes en situation de précarité (41 %) et les ouvriers (36 %) sont les plus nombreux à fumer. Les différences entre les deux sexes s'observent principalement chez les précaires, parmi lesquels les hommes sont pratiquement deux fois plus nombreux à fumer que les femmes, chez les ouvriers et les personnes sans activité professionnelle.

L'Alsace par rapport aux autres régions

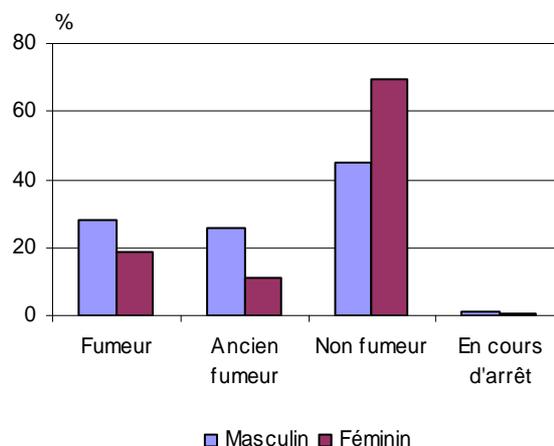
Chez les 15-24 ans, l'Alsace est, après l'Ile de France, la région de France qui compte le moins de fumeurs¹⁷, résultat conforme à celui obtenu par l'Ofdt¹⁸. Notons cependant que l'Ile-de-France présente, à ces âges, des taux de fumeurs particulièrement faibles, nettement inférieurs à ceux de l'Alsace et par conséquent de toutes les autres régions métropolitaines.

Chez les 60 ans ou plus, le taux de tabagisme est à l'inverse assez élevé en Alsace (sixième région de France enregistrant les taux de fumeurs les plus élevés).

¹⁷ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

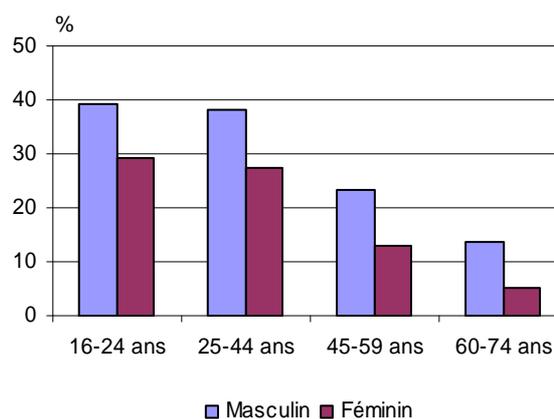
¹⁸ Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français, Exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003 - OFDT

Fig 13. Statut tabagique chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



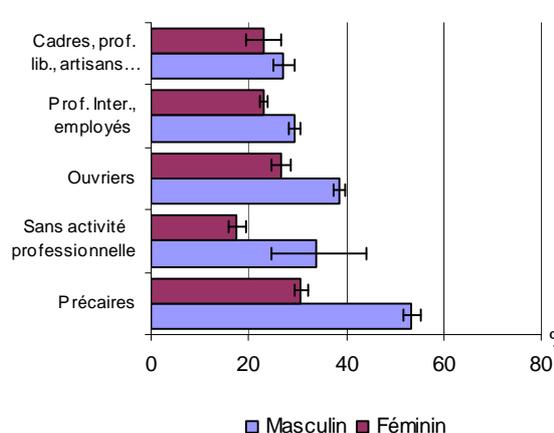
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 14. Fumeurs parmi les consultants de 16-74 ans (hors "précaires") selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 15. Fumeurs parmi les consultants de 25-59 ans selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Hygiène de vie – Consommation moyenne de tabac déclarée

La moitié des fumeurs consomment plus de 10 cigarettes par jour

12 % des personnes examinées âgées entre 16 et 74 ans fument moins d'un demi paquet de cigarettes par jour (soit 10 cigarettes), 9,2 % consomment entre un demi et un paquet/jour et 2,7 % consomment plus d'un paquet par jour.

La consommation des fumeurs s'élève en moyenne à 15 cigarettes chaque jour, chiffre sensiblement plus élevé chez les hommes : 17 cigarettes contre 13 pour les femmes. Cette différence s'explique notamment par le fait qu'il y a moitié moins de fumeurs de plus d'un paquet/jour chez les femmes (7 %) que chez les hommes (14 %).

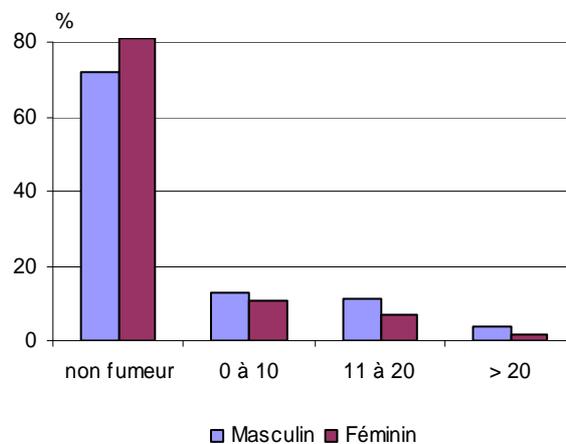
Des consommations plus importantes chez les 25-44 ans

Entre 16-24 ans et 25-44 ans le taux de fumeurs de plus de 10 cigarettes/jour augmente sensiblement passant de 13 % à 18 %. Il décroît ensuite de moitié entre 25-44 ans et 45-59 ans puis à nouveau de moitié entre 45-59 ans et 60-74 ans. Quelle que soit la tranche d'âge, l'écart entre les deux sexes est très marqué.

Une proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes/jour deux fois plus importante chez les ouvriers et les « précaires »

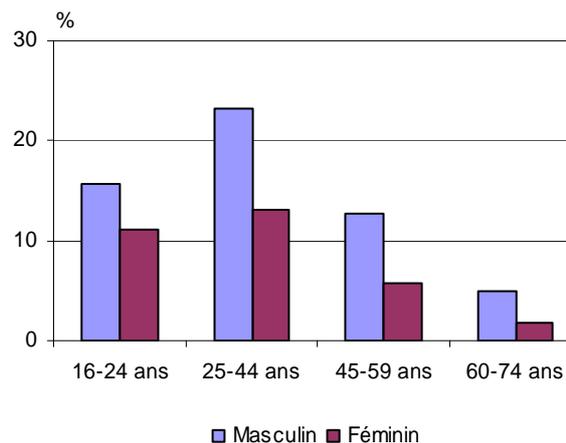
Avec respectivement 26 % et 23 % de fumeurs de plus de 10 cigarettes/jours les ouvriers et les personnes en situation de précarité sont les deux catégories d'assurés dont les consommations sont les plus élevées. Pour ces deux catégories, comme pour les personnes sans activité professionnelle, le nombre de consommateurs de plus de 10 cigarettes/jour est deux fois plus important chez les hommes que chez les femmes.

Fig 16. Consommation quotidienne de tabac chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



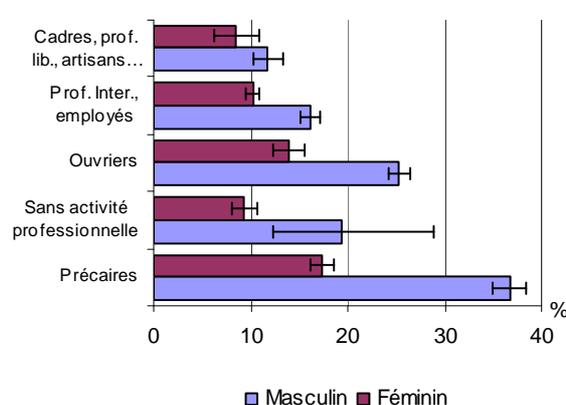
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 17. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") consommant plus de 10 cigarettes par jour selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 18. Consultants de 25-59 ans consommant plus de 10 cigarettes par jour selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Santé bucco-dentaire

Une moins bonne santé bucco-dentaire chez les hommes

Lors de l'examen dentaire plus de la moitié (58 %) des consultants de 16-74 ans (hors « précaires ») présentent des signes de mauvaise hygiène buccodentaire, c'est-à-dire qu'ils présentent de la plaque, du tartre ou une gingivite. Ils sont 14 % à présenter au moins une de ces trois affections de façon très étendue.

Quelle que soit l'affection considérée, les hommes présentent toujours une moins bonne hygiène buccodentaire que les femmes.

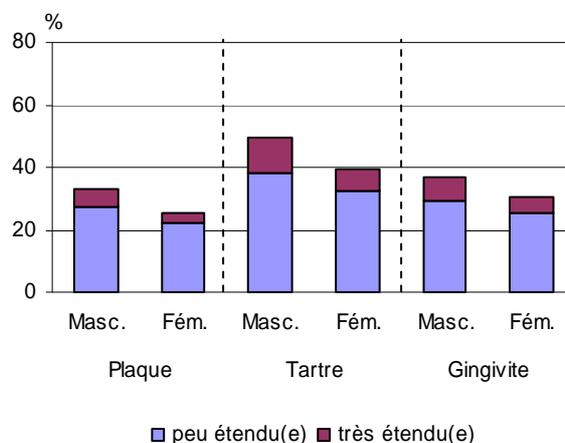
Une santé bucco-dentaire qui se dégrade lorsque l'âge augmente...

Jusqu'à 59 ans, le taux de consultants présentant des signes de mauvaise hygiène buccodentaire augmente avec l'âge. Il passe ainsi de 44 % à 16-24 ans à 62 % 45-59 ans, puis diminue ensuite légèrement (57 % entre 60 et 74 ans). L'écart entre les deux sexes, relativement prononcé avant 45 ans diminue de moitié à partir de cet âge.

... et qui diffère relativement peu selon la catégorie d'assuré

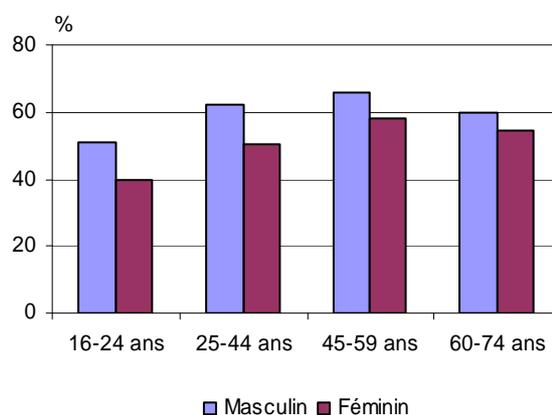
Entre 25 et 59 ans, les signes de mauvaise hygiène buccodentaire concernent toutes les catégories d'assuré. Certes ceux-ci sont légèrement plus importants parmi les personnes en situation de précarité et les ouvriers, mais les écarts, bien que statistiquement significatifs, ne sont pas aussi importants que pour la plupart des autres indicateurs présentés dans ce rapport.

Fig 19. Présence de plaque, de tartre et de gingivite chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



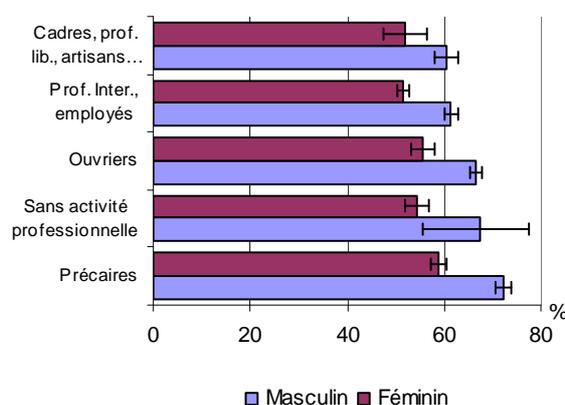
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 20. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant de la plaque, du tartre ou une gingivite selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 21. Consultants de 25-59 ans ayant de la plaque, du tartre ou une gingivite selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Caries dentaires non soignées

Près d'un consultant sur quatre présente au moins une carie non soignée

Un peu plus de trois consultants de 16-74 ans sur quatre ne présentaient aucune carie non soignée lors de l'examen dentaire. Ils étaient 20 % à présenter entre une et trois caries et seulement 3,3 % à en présenter quatre ou plus. L'écart entre les sexes est ici beaucoup moins important que celui observé concernant l'état buccodentaire.

Un nombre de consultants affectés de caries qui diminue régulièrement lorsque l'âge augmente

Entre 16-24 ans et 60-74 ans le nombre de personnes ayant au moins une carie non soignée diminue pratiquement de moitié (de 31 % à 18 %). Ce phénomène est lié, d'une part, au fait que la carie dentaire se développe plus fréquemment chez les enfants et les jeunes adultes (consommation en sucres plus importante et dents plus faiblement minéralisées) et, d'autre part, au fait que le nombre de dents absentes augmente avec l'avancée en âge.

Un nombre de caries non soignées plus faible parmi les cadres, professions libérales et artisans

En proportion, le nombre de personnes de 25-59 ans présentant à l'examen dentaire au moins une carie non soignée varie très fortement selon la catégorie d'assuré. Il est supérieur à 30 % pour les ouvriers et les « inactifs » et atteint pratiquement 40 % chez les personnes en situation de précarité, un chiffre deux fois plus élevé que celui des professions libérales, et des professions intermédiaires.

Dans la mesure où l'hygiène buccodentaire ne varie que très peu selon la catégorie socioprofessionnelle, on peut supposer que l'écart des taux de caries non soignées s'explique principalement par le recours plus fréquent au dentiste parmi les populations les plus aisées (au cours des 2 dernières années)¹⁹.

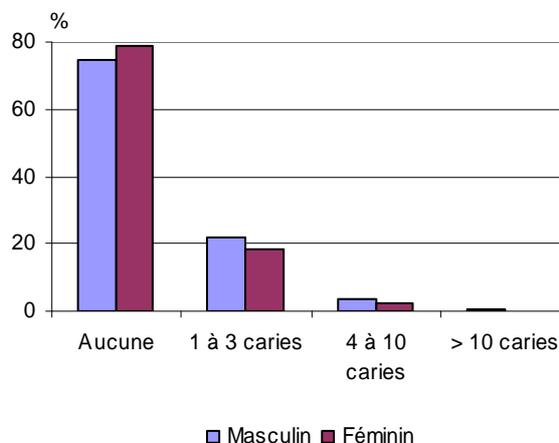
L'Alsace par rapport aux autres régions

Au regard du taux comparatif de caries non traitées, l'Alsace ne présente pas de situation particulièrement marquée. Selon le sexe et la tranche d'âge, la région se situe dans le groupe des régions présentant un taux standardisé de dents cariées faible ou moyen²⁰.

¹⁹ cf. consultations dentaires p.26

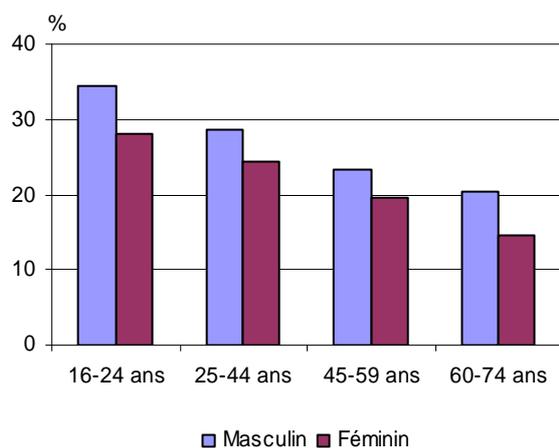
²⁰ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

Fig 22. Nombre de caries non soignées chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



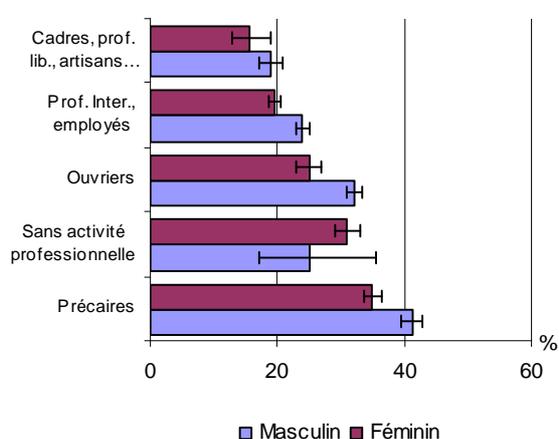
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 23. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant au moins une carie non soignée selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 24. Consultants de 25-59 ans ayant au moins une carie non soignée selon la CSP et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Consultations médicales (spécialistes et généralistes)

L'immense majorité des personnes examinées consulte au moins annuellement un médecin

Le recours au médecin généraliste ou spécialiste est très fréquent. En effet, parmi les consultants de 16-74 ans non précaires, seuls 7,5 % déclarent n'avoir consulté aucun médecin au cours des deux dernières années. Cette situation s'explique entre autre par le fait que les femmes sont suivies sur le plan gynécologique soit par un gynécologue soit par un médecin généraliste. Ainsi, 23 % des femmes qui ont consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) dans l'année sont suivies régulièrement (au moins 1 fois par an) sur le plan gynécologique.

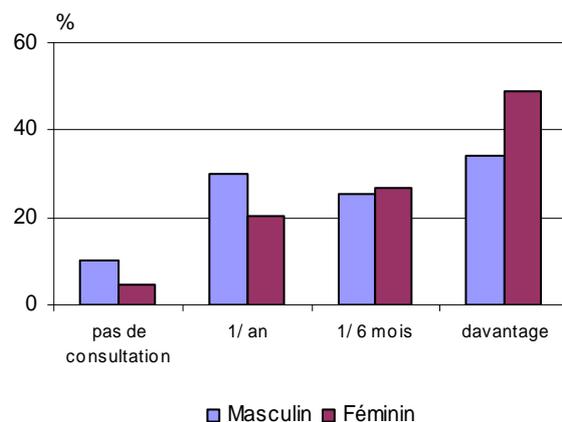
Une fréquence du non-recours au médecin qui diminue fortement avec l'âge

Jusqu'à 59 ans, la proportion de personnes qui disent ne pas avoir eu recours au médecin au cours des deux dernières années varie relativement peu, se situant aux alentours de 8 % (deux sexes confondus). Ce n'est qu'à 60-74 ans que ce taux baisse brutalement (5 % deux sexes confondus). De plus, quel que soit l'âge considéré, le taux de non recours est nettement plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

Des consommations médicales contrastées selon le sexe et la catégorie d'assuré

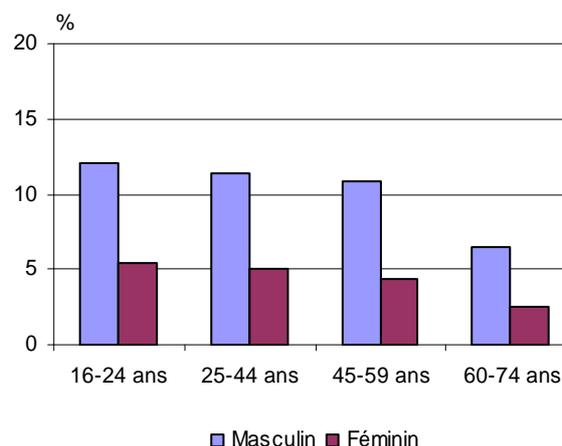
La fréquence de recours au médecin est très contrastée selon la catégorie d'assuré, chez les hommes en particulier. C'est parmi les « précaires » et les « sans activité professionnelle » masculins que le nombre de personnes n'ayant consulté aucun médecin au cours des deux dernières années est le plus élevé (respectivement 18 % et 15 %). Il faut cependant noter que c'est également pour ces deux catégories ainsi que chez les ouvriers que le taux de personnes ayant consulté plus de deux fois par an est le plus important (prioritaires précaire 39 %, ouvriers et sans activité professionnelle 31 %).

Fig 25. Nombre de consultations médicales chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



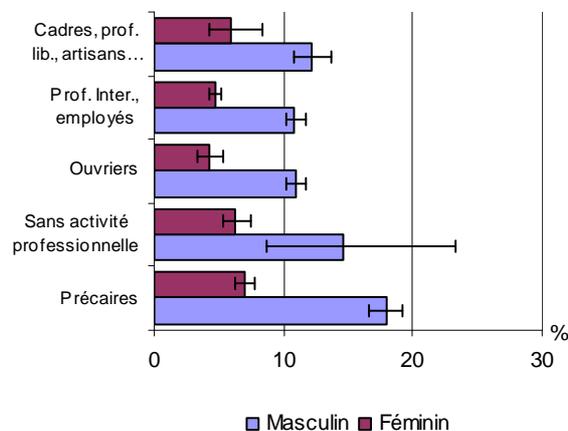
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 26. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") n'ayant pas consulté de médecin au cours des 2 dernières années selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 27. Consultants de 25-59 ans n'ayant pas consulté de médecin au cours des 2 dernières années selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Consultations dentaires

Plus de huit personnes sur dix consultent un dentiste au moins une fois par an

Près de la moitié des personnes examinées déclarent consulter un dentiste une fois par an (49 %), 19 % deux fois par an et 13 % davantage. A l'inverse, 19 % disent n'avoir consulté aucun dentiste au cours des 2 dernières années. Les différences entre les deux sexes sont très peu marquées.

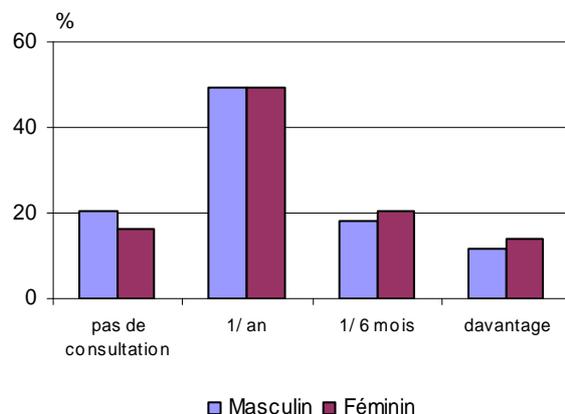
Un recours au dentiste un peu plus fréquent entre 25 et 59 ans

La fréquence de recours au dentiste parmi les consultants de 16-74 ans varie relativement peu selon l'âge. On observe néanmoins que les personnes n'ayant consulté aucun dentiste au cours des deux dernières années sont un peu moins nombreuses entre 25 et 59 ans.

Des différences très marquées entre les différentes catégories d'assurés

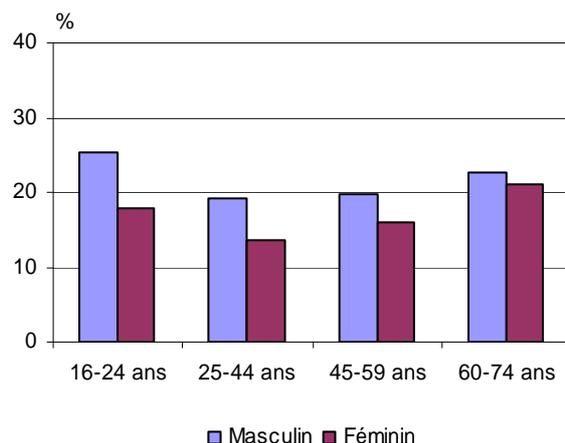
La fréquence de recours au dentiste apparaît être une variable beaucoup plus discriminante que celle du recours au médecin. A structure par âge égale, le nombre de personnes en situation de précarité qui n'ont pas consulté de dentiste (au cours des 2 dernières années) est deux fois plus élevé que celui des cadres, professions libérales, et des professions intermédiaires et employés (28 % contre 14 %).

Fig 28. Nombre de consultations dentaires chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



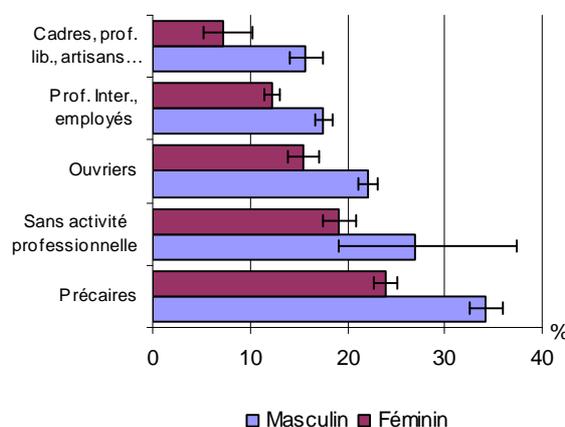
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 29. Consultations de 16-74 ans (hors "précaires") n'ayant pas consulté de dentiste au cours des 2 dernières années selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 30. 25-59 ans n'ayant pas consulté de dentiste au cours des 2 dernières années selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Suivi gynécologique

Trois femmes sur quatre sont suivies régulièrement par un gynécologue

La très grande majorité des femmes de 16 à 74 ans (75 %) sont suivies régulièrement par un gynécologue.

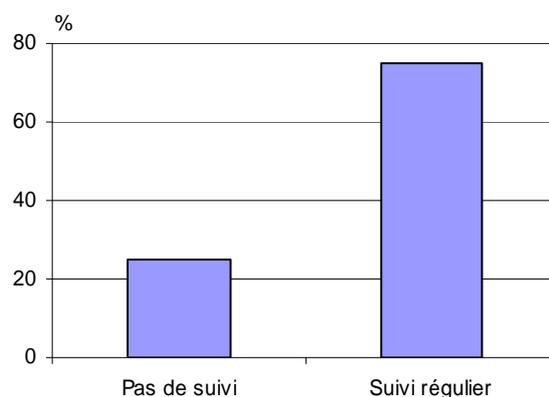
Le pourcentage relativement élevé de femmes non suivies s'explique principalement par leur âge. En effet, elles sont, en proportion, deux fois plus nombreuses à ne pas bénéficier d'un tel suivi à 16-24 ans ou 60-74 ans qu'entre 25 et 59 ans.

Un recours au gynécologue nettement moins fréquent parmi les catégories sociales défavorisées

A structure par âge égale, l'absence de recours au gynécologue dans l'année varie sensiblement selon la catégorie d'assuré. Ainsi, par exemple, le pourcentage de femmes n'étant pas suivi régulièrement parmi les « prioritaires précaires » (32 %) est trois fois plus élevé que celui des cadres, professions libérales et deux fois plus élevé que celui des professions intermédiaires et employés.

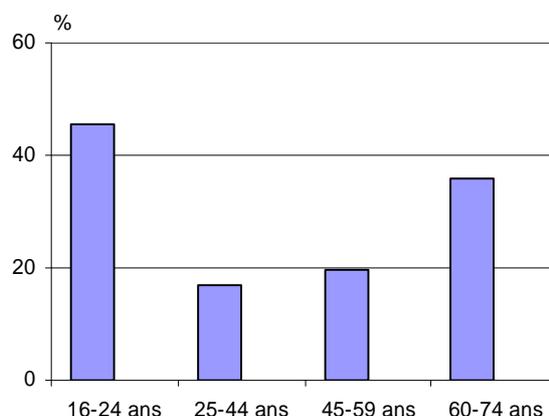
Ce moindre recours au praticien se traduit par un taux de femmes ménopausées n'ayant recours à aucun traitement substitutif plus élevé. Ce taux s'élève à 49 % parmi les femmes sans activité professionnelle contre 26 % parmi les cadres, professions libérales et artisans.

Fig 31. Suivi gynécologique chez les femmes de 16-74 ans (hors "précaires") dans l'année



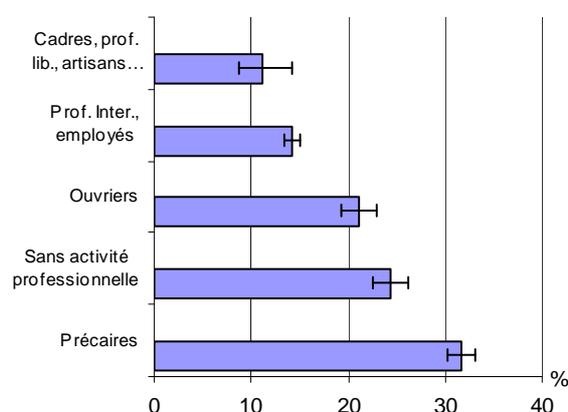
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 32. Consultantes de 16-74 ans (hors "précaires") n'ayant pas eu de suivi gynécologique dans l'année



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 33. Consultantes de 25-59 ans n'ayant pas eu de suivi gynécologique dans l'année selon la CSP



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Biométrie – Rapport tour de taille/ tour de hanches (RTH)

Plus de six consultants sur dix ont un RTH normal

Un RTH élevé est un marqueur de risque de diabète non insulino-dépendant (DNID) et de pathologies cardiovasculaires.

La grande majorité des personnes examinées présentent un rapport tour de taille/tour de hanches qui se situe dans les normes. On peut cependant noter que 32 % des hommes et 44 % des femmes de 16-74 ans ont un RTH supérieur aux critères de décision (cf. définition ci-dessous).

Une proportion de consultants ayant un RTH « anormal » qui augmente très rapidement avec l'âge...

Avant 25 ans la proportion d'hommes et de femmes ayant une surcharge pondérale, au regard de leur RTH, est relativement faible (9,1 %). Cette proportion augmente ensuite rapidement et triple quasiment entre 25-44 ans et 60-74 ans, passant de 23 % à 66 %.

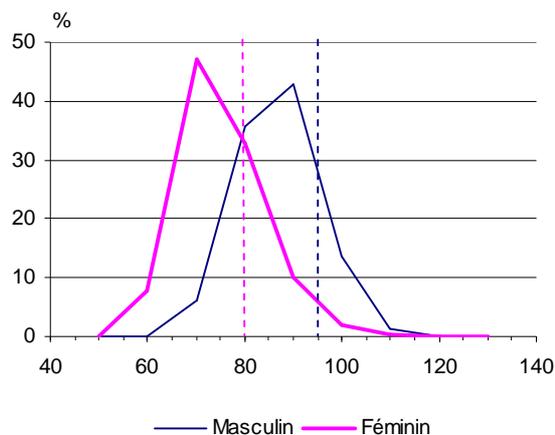
... et qui est plus faible parmi les populations favorisées

A structure par âge comparable, la proportion de consultants dont le RTH est supérieur aux normes est deux fois plus élevée parmi les personnes sans activité professionnelle ou en situation de précarité que parmi les cadres, et, dans une moindre mesure, que les professions intermédiaires. Cette situation concerne davantage d'hommes que de femmes, parmi les catégories d'assurés les plus défavorisées en particulier.

Définition :

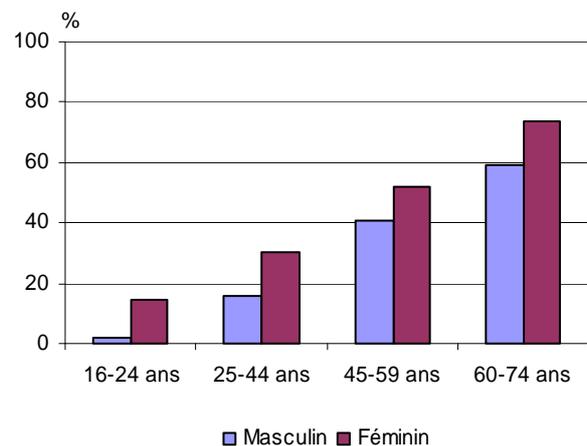
Un RTH est considéré comme anormal s'il est supérieur à 0,95 chez les hommes et 0,80 chez les femmes, critère d'un risque cardio-vasculaire

Fig 34. RTH chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



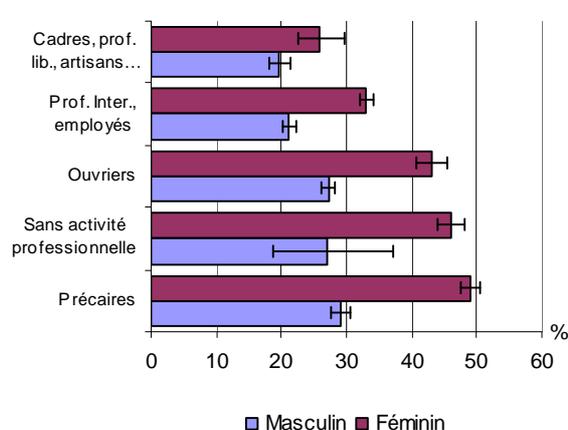
Source : CES, Exploitation ORSAL

Fig 35. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant un RTH anormal selon le sexe



Source : CES, Exploitation ORSAL

Fig 36. Consultants de 25-59 ans ayant un RTH anormal selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORSAL

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Biométrie – Indice de Masse Corporelle (IMC)

Une majorité de consultants serait en surpoids

Entre 16 et 74 ans (hors « précaires ») près d'une personne examinée sur deux est maigre (2,5 %) ou de poids normal (42,9 %), quatre sur dix est en surpoids (38 %) et une sur six est obèse (17 %) selon la classification de l'Indice de Masse Corporelle (cf. définition ci-dessous).

Il est à noter que ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux enregistrés sur l'ensemble de la France, même s'ils ne sont pas strictement comparables. En effet, d'après l'enquête ObEpi²¹, la France comptait, en 2000, 29 % de personnes en surpoids et 9,6 % d'obèses parmi les 15 ans ou plus.

Une prévalence de l'obésité qui augmente avec l'âge

La prévalence de l'obésité augmente régulièrement et rapidement avec l'âge. De 4,3 % entre 16 et 24 ans elle passe à 11 % entre 25 et 44 ans jusqu'à 25 % entre 60 et 74 ans.

D'importantes disparités selon le sexe et la catégorie d'assuré

A l'échelle des catégories socioprofessionnelles, on observe d'importantes disparités, également très marquées entre les deux sexes. On relève ainsi que la prévalence de l'obésité est deux fois plus élevée parmi les personnes sans activité professionnelle ou en situation de précarité, catégories pour lesquelles on enregistre les différences selon le sexe les plus importantes, que parmi les catégories socioprofessionnelles les plus « favorisées » (cadres, professions intermédiaires).

L'Alsace par rapport aux autres régions

Chez les 25-59 ans et les 60 ans ou plus, les régions du nord et de l'est de la France dont l'Alsace présentent des taux d'obésité les plus élevés²².

Définition :

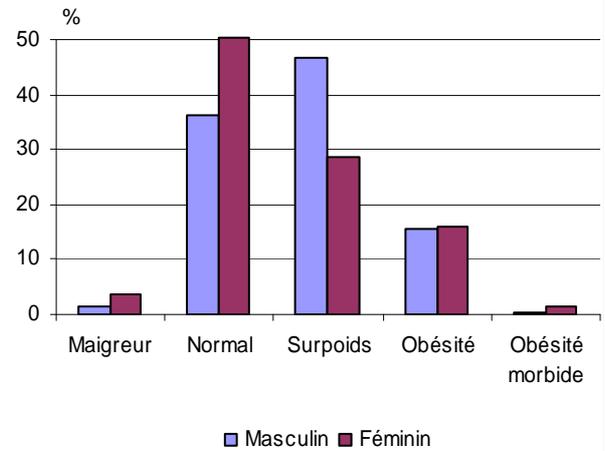
Chez l'adulte l'IMC (poids/taille²) se définit selon la classification suivante :

IMC (kg/m ²)	
< 18,5	Maigre
[18,5;25[Normal
[25;30[Surpoids
[30;40[Obésité
>40	Obésité majeure

²¹ Enquête ObEpi 2000, Institut Roche de l'Obésité, Inserm U258

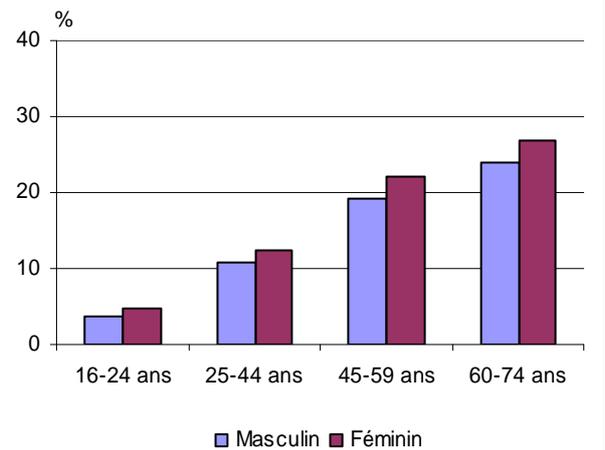
²² Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

Fig 37. IMC chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



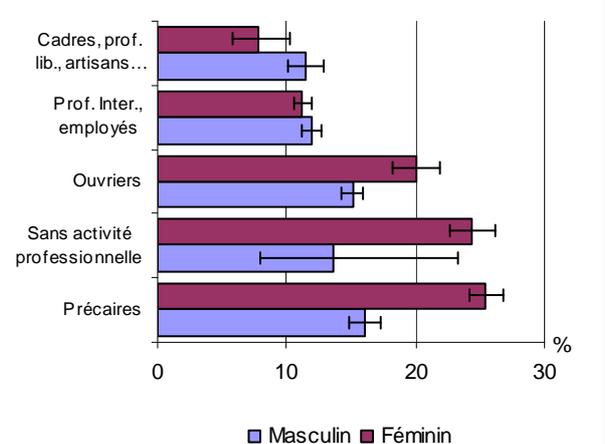
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 38. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") qui sont obèses selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 39. Consultants de 25-59 ans qui sont obèses selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Risque diabète

Une personne examinée sur huit serait susceptible de développer un diabète ou serait diabétique

Plus de huit consultants de 16-74 ans sur dix présentent au moment de l'examen une glycémie à jeun inférieure à 6 mmol/l, considérée comme normale. 8,4 % d'entre eux présentent une glycémie comprise entre 6,1 et 7 mmol/l, correspondant à un risque de devenir diabétique, et 3,8 % ont une glycémie supérieure à 7 mmol/l, correspondant à un diabète.

En 1999, une vaste enquête de l'assurance maladie estimait la prévalence du diabète de type II dans la population française à 3,1 %²³, soit une proportion légèrement inférieure à celle que l'on mesure parmi les consultants de 16-74 ans.

Une proportion de consultants ayant une glycémie « anormale » qui augmente fortement à partir de 45 ans...

Avant 45 ans, le nombre de consultants ayant une glycémie considérée comme anormale, c'est-à-dire supérieure à 6 mmol/l est faible : 1,0 % à 16-24 ans, 5,0 % à 25-44 ans. Cette proportion augmente ensuite très fortement, surtout chez les hommes : les deux sexes confondus elle atteint 16 % entre 45 et 59 ans puis 24 % entre 60 et 74 ans.

... et qui varie sensiblement selon la catégorie d'assuré

En proportion, le nombre de personnes examinées dont la glycémie dépasse 6 mmol/l est significativement plus élevé parmi les personnes en situation de précarité et les ouvriers, et plus faible parmi les catégories socioprofessionnelles dites favorisées. Les personnes sans activité professionnelle mises à part, l'écart entre les deux sexes est très sensible et ce, quelle que soit la catégorie d'assuré considérée.

L'Alsace par rapport aux autres régions

Chez les 25-59 ans l'Alsace fait partie des régions qui présente une fréquence d'hyperglycémie plus élevée que la moyenne nationale. Le même constat est fait chez les femmes de 60 plus ou plus.²⁴

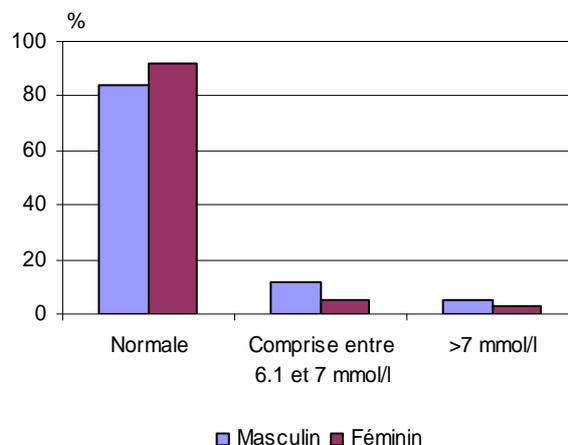
Définition :

Un diabète est défini par une glycémie à jeun supérieure ou égale à 7,0 mmol/l (confirmé par un second examen). Une glycémie à jeun comprise entre 6,1 et 7,0 mmol/l (à 2 reprises) correspond à un risque de devenir diabétique alors qu'une glycémie à jeun inférieure à 6,1 mmol/l est considérée comme normale.

²³ Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. Epidemiology of diabetes in metropolitan France. Diabetes Metab. 2000;26 Suppl 6:11-24.

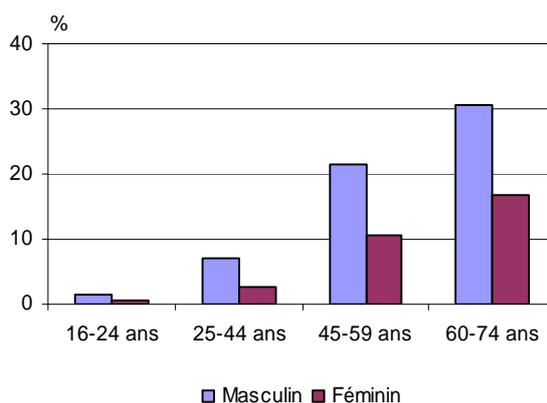
²⁴ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

Fig 40. Glycémie chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



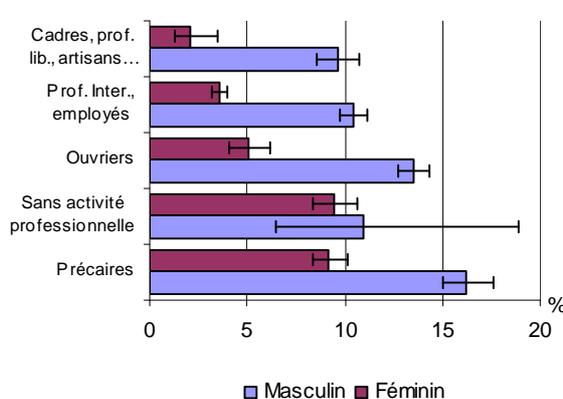
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 41. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") présentant une glycémie anormale selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 42. Consultants de 25-59 ans présentant une glycémie anormale selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Autres risques cardio-vasculaires

Les facteurs de risque cardiovasculaires que constituent le tabagisme, le diabète et la sédentarité ont déjà été traités isolément dans l'une des pages précédentes. Les facteurs de risque cardiovasculaires seront analysés ici sous l'angle des lipides sanguins (cholestérol total et triglycérides).

Un consultant sur six présente une anomalie lipidique

En Alsace, 40 % des consultants des centres d'examen de santé (CES) de 16-74 ans (hors personnes en situation de précarité) ont un bilan lipidique considéré comme normal au regard de leur taux de cholestérol total et de triglycérides. Cette proportion est sensiblement plus importante chez les femmes (44 % contre 36 % chez les hommes). A l'inverse, 16 % des consultants présentent une hypercholestérolémie associée ou non à une hypertriglycéridémie, sans différence notable selon le sexe.

Peu de différences selon la catégorie socioprofessionnelle

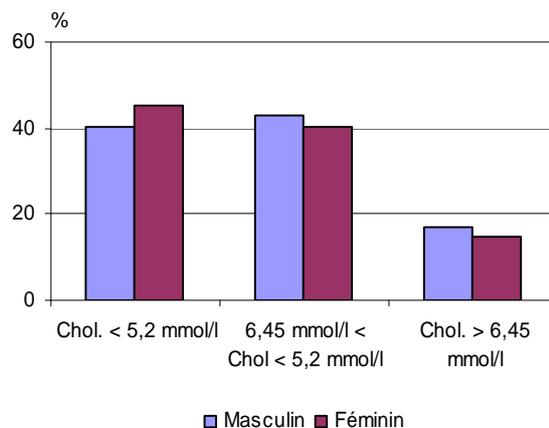
A structure par âge égale, la proportion de consultants de 25-59 ans ayant une hypercholestérolémie mixte ou non ne varie que très peu selon la catégorie socioprofessionnelle de l'assuré. Dans cette tranche d'âge, le risque de développer une pathologie cardiovasculaire est sensiblement plus important chez les hommes à l'exception des personnes sans activité professionnelle, catégorie constituée essentiellement de femmes (mère au foyer...).

Définition :

En l'absence d'autres facteurs de risque, un patient est considéré comme ayant une cholestérolémie normale si son taux sanguin en cholestérol est inférieur à 5,2 mmol/l (ou 2 g/l). Il est considéré comme ayant une triglycéridémie normale si son taux de triglycérides est inférieur à 1,7 mmol/l (ou 1,5 g/l).

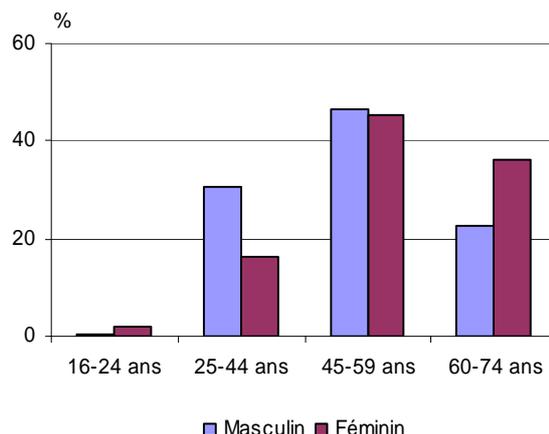
L'hypercholestérolémie est définie par un taux sanguin en cholestérol supérieur à 6,45 mmol/l (2,5 g/l). L'hypertriglycéridémie est définie par un taux sanguin en triglycérides supérieur à 2,3 mmol/l (2 g/l). Une concentration en triglycérides supérieure ou égale à 6,5 mmol/l correspond à une hypertriglycéridémie majeure, des valeurs supérieures ou égales à 10 mmol/l constituent un risque de pancréatite aiguë.

Fig 43. Cholestérolémie chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



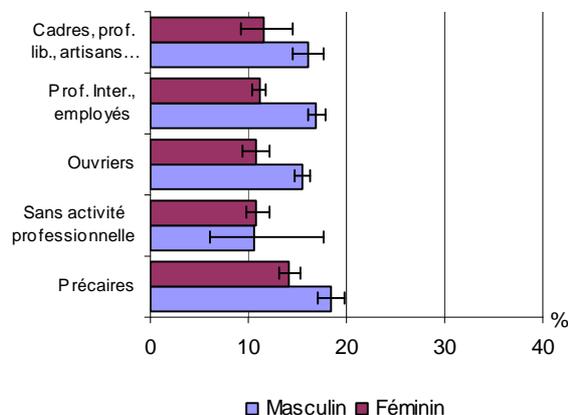
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 44. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant une hypercholestérolémie associée ou non avec une hypertriglycéridémie selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 45. Consultants de 25-59 ans ayant une hypercholestérolémie associée ou non avec une hypertriglycéridémie selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Acuité visuelle finale

Près d'un consultant sur deux présente une perte d'au moins 3/10^{ème} sur un ou deux yeux

L'acuité visuelle finale présentée ici est l'acuité visuelle mesurée avec correction optique si elle existe. L'indicateur représente par conséquent un déficit visuel mal corrigé.

Lors de l'examen de la vision binoculaire, 46 % des consultants de 16-74 ans présentaient un déficit visuel d'au moins 3/10^{ème} sur un œil ou en vision binoculaire. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence dans la mesure où un des appareils de mesure, le Visiotest, est peu performant dans le cas de port de verres progressifs.

Une dégradation très significative de l'acuité visuelle à partir de 45 ans

Avant 45 ans, moins d'une personne examinée sur trois présente un déficit visuel, une proportion sensiblement plus élevée chez les femmes. A partir de cet âge, le nombre de personnes dont la vision se dégrade augmente de façon très spectaculaire, coïncidant avec l'apparition des premiers signes de la presbytie.

Des résultats nettement moins bons parmi les personnes en situation de précarité

Entre 25 et 59 ans, plus d'une personne en situation de précarité sur deux (52 %) présente un déficit visuel, 45 % parmi les personnes sans activité professionnelle, 40 % parmi les ouvriers, et les professions intermédiaires. Rappelons que l'acuité visuelle présentée ici est l'acuité visuelle finale. On sait, par ailleurs, que les visions corrigées sont moins nombreuses parmi les populations précaires.

L'Alsace par rapport aux autres régions

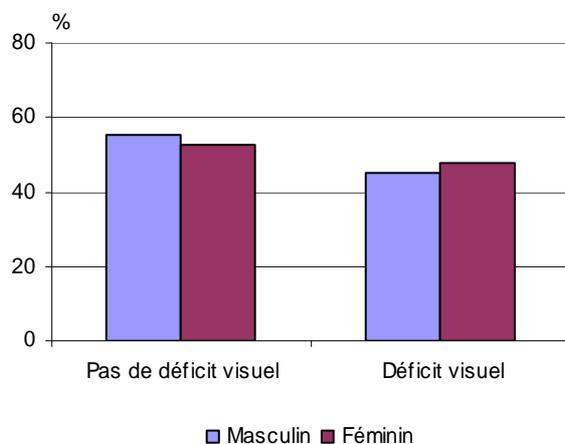
Entre 25 et 59 ans et après 60 ans, l'Alsace fait partie des régions présentant les plus forts taux de déficit visuel²⁵.

Définition :

Un déficit visuel se définit comme la perte d'au moins 3/10^{ème} sur un œil ou en vision binoculaire. L'acuité visuelle est mesurée avec correction optique **si le patient en dispose**.

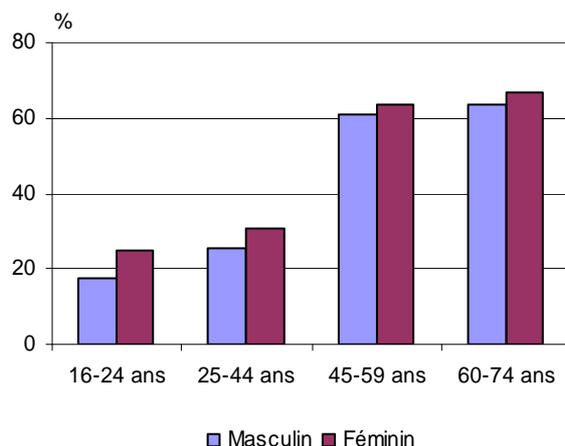
²⁵ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

Fig 46. Acuité visuelle chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



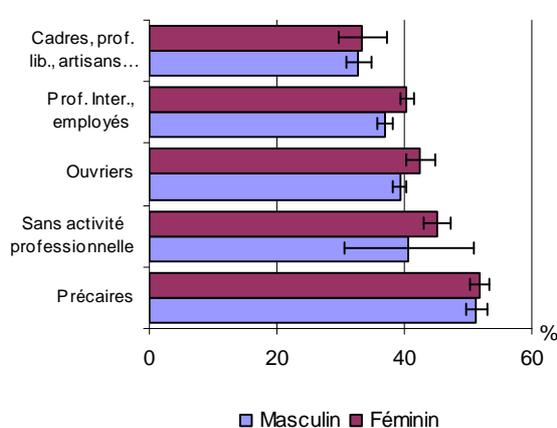
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 47. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant un déficit visuel selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 48. Consultants de 25-59 ans ayant un déficit visuel selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Acuité auditive (sans aide auditive)

Des patients ayant un déficit auditif plus nombreux parmi les hommes

Les résultats présentés ici concernent essentiellement les déficits auditifs liés à une exposition au bruit excessive et non pas la diminution de sensibilité aux hautes fréquences liée à l'avancée en âge.

La majorité des personnes examinées de 16-74 ans (55 %) présentent un déficit auditif. Cette diminution de l'acuité auditive concerne nettement plus d'hommes que de femmes (53 % contre 35 %).

Des consultants ayant un déficit auditif relativement nombreux avant 25 ans

Près d'un jeune de 16-24 ans sur trois souffrirait d'une dégradation de l'audition, sans différence entre les deux sexes. Cette proportion diminue ensuite entre 25 et 44 ans mais uniquement chez les femmes, puis augmente fortement avec l'âge, tout en maintenant un écart conséquent (plus de 20 points) entre les deux sexes.

Des différences marquées entre les catégories socio-professionnelles et entre les deux sexes

A structure d'âge comparable, près d'un ouvrier et exploitant agricole sur deux est atteint d'un déficit auditif, ce qui n'a rien d'étonnant dans la mesure où il s'agit de la catégorie socioprofessionnelle la plus exposée au bruit.

Plus d'une personne « précaire » sur trois est concernée contre trois sur dix parmi les autres catégories socioprofessionnelles. Les écarts entre les deux sexes sont très marqués et ce, quel que soit la catégorie d'assuré considérée.

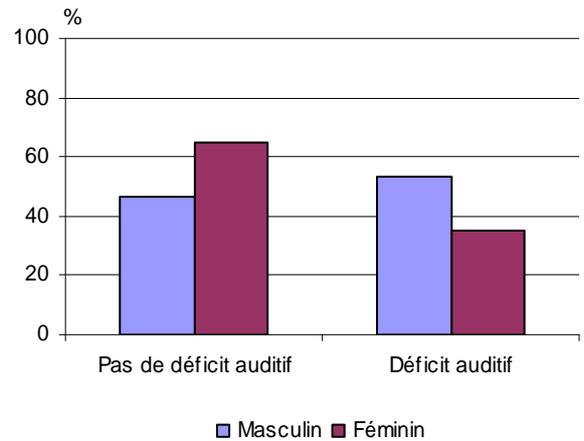
L'Alsace par rapport aux autres régions

Quels que soit le sexe et l'âge considérés, l'Alsace se distingue par des taux de troubles auditifs particulièrement bas²⁶.

Définition :

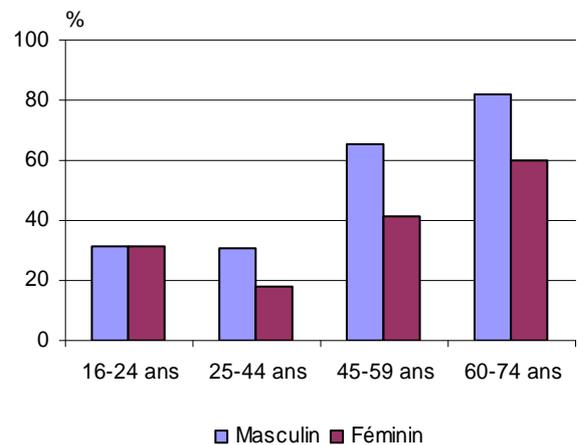
Un déficit auditif se définit comme la perte d'au moins 30db sur une ou plusieurs fréquences (500 à 4 000 Hz).

Fig 49. Acuité auditive chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



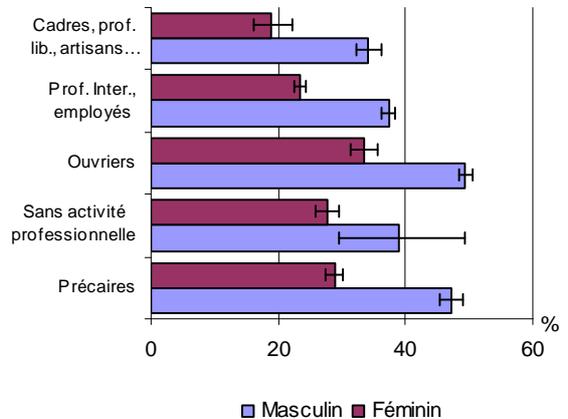
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 50. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant un déficit auditif selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 51. Consultants de 25-59 ans ayant un déficit auditif selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

²⁶ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

Affections déclarées

La majorité des consultants déclare au moins une affection

Plus d'un consultant sur deux déclare être atteint d'au moins une affection, sans différence notable entre les deux sexes : 31 % disent être atteint d'une seule affection, 16 % de deux et 8,9 % de trois ou plus.

La forte prévalence des différentes pathologies déclarées s'explique avant tout par la moyenne d'âge relativement élevée des personnes concernées : 46,0 ans pour les hommes et 44,7 ans pour les femmes.

Les affections endocrino-métaboliques sont de loin les pathologies les plus fréquemment déclarées (21 %). Elles sont suivies des affections cardiovasculaires (14 %), ostéoarticulaires (12 %) et sensorielles (10 %). Les affections ostéoarticulaires et neuropsychiques semblent concerner davantage les femmes, à l'inverse les affections sensorielles et urologiques semblent être plus fréquentes chez les hommes.

Une fréquence des polyopathologies qui augmente rapidement avec l'âge

La fréquence des affections déclarées augmente rapidement avec l'âge. Elle passe ainsi de 35 % entre 16 et 24 ans à 79 % entre 60 et 74 ans.

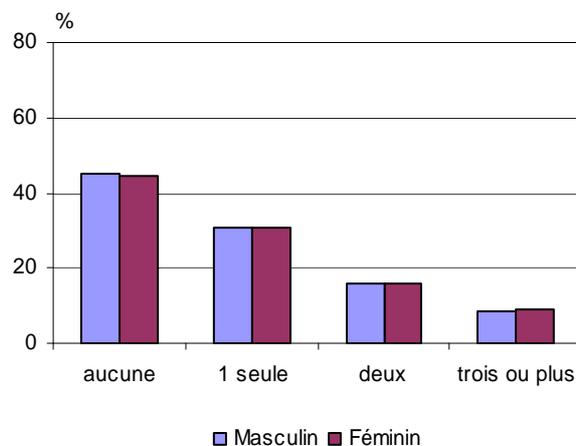
Peu de différence selon la catégorie d'assuré

Entre 25 et 59 ans, un consultant sur deux dit avoir au moins une affection, sans différence significative entre les diverses catégories d'assuré.

Répartition des affections déclarées parmi les 16-74 ans par type d'appareil et selon le sexe

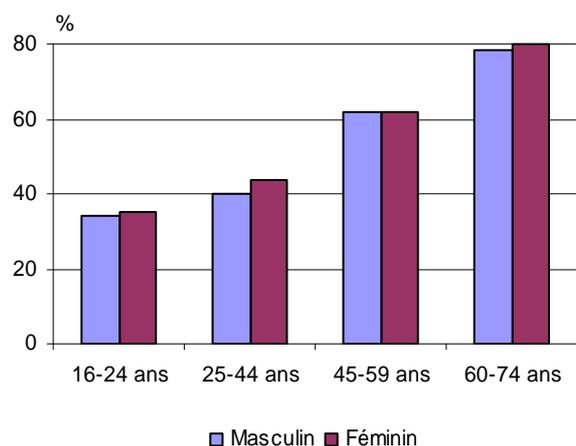
Appareil	Masculin	Féminin	Total
endocrino-métabolique	21,8%	19,7%	20,8%
cardiovasculaire	12,7%	15,1%	13,8%
ostéo-articulaire	10,5%	14,2%	12,2%
sensorielle	12,2%	7,7%	10,1%
pulmonaire ou allergologique	7,0%	7,8%	7,4%
dermatologique	8,8%	5,8%	7,4%
digestive	7,5%	6,9%	7,2%
Affection neuro-psychique	3,2%	6,3%	4,7%
urologique ou néphrologique	4,9%	1,7%	3,4%
gynécologique	0,0%	5,4%	2,6%
hémato-sérologique	1,2%	1,5%	1,3%
séquentaire congénitale	0,2%	0,2%	0,2%

Fig 51. Nombre d'affections chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



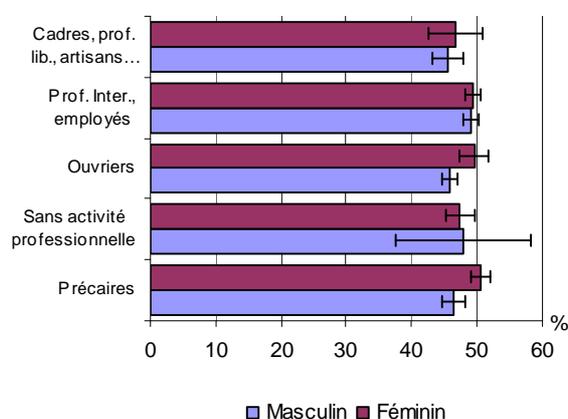
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 52. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant au moins une affection selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 53. Consultants de 25-59 ans ayant au moins une affection selon la CSP et le sexe*



Source : CES, Exploitation ORS

* proportion standardisée sur l'âge et le sexe

Traitements (hors traitement gynécologique)

Quatre consultants sur dix suivent un traitement

En dehors de la pilule contraceptive et du traitement hormonal substitutif qui concernent près d'une femme sur deux entre 16 et 74 ans, 40 % des personnes examinées suivent actuellement un traitement thérapeutique, une proportion sensiblement plus élevée chez les femmes (44 % contre 36 % chez les hommes). Les thérapeutiques cardiovasculaires et endocrinienne ou métaboliques sont les deux traitements principaux.

Un nombre de consultants sous traitement qui augmente fortement avec l'âge ...

Le nombre de personnes sous traitement et le nombre de thérapeutiques administrées augmentent tous deux avec l'âge : 18 % des consultants suivent un traitement entre 16-24 ans et 72 % entre 60 et 74 ans. Dans le même temps, le nombre de personnes qui suivent un, deux ou trois traitements et plus, est multiplié respectivement par 2, 10 et 30.

... et légèrement plus important parmi les personnes sans activité professionnelle

A la différence des affections déclarées, le nombre de consultants déclarant suivre un traitement diffère sensiblement selon la catégorie d'assuré. Les personnes sans activité professionnelle et les personnes en situation de précarité sont les plus nombreuses à avoir actuellement recours à des médicaments.

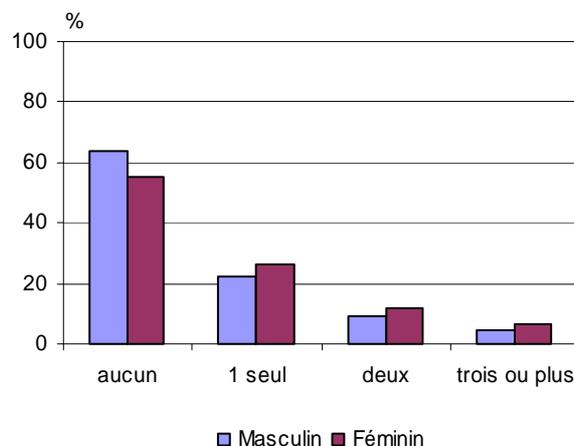
L'Alsace par rapport aux autres régions

Quels que soit le sexe et l'âge considérés, l'Alsace se distingue par des proportions de consommateurs de psychotropes particulièrement faibles²⁷.

Répartition des traitements déclarés parmi les 16-74 ans selon le sexe

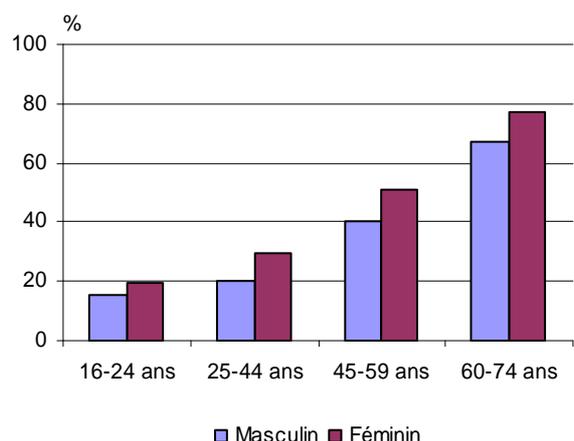
Thérapeutique	Masculin	Féminin	Total
gynécologique	-	45,4%	-
cardio-vasculaire	14,4%	19,3%	16,7%
endocrinienne ou métabol.	12,2%	14,8%	13,4%
neurologique ou psychiat.	6,6%	11,2%	8,8%
ostéo-articulaire	4,8%	7,7%	6,2%
digestive	4,6%	5,0%	4,8%
pneumologique ou allergol.	3,5%	3,4%	3,5%
urologique ou néphrologique	3,0%	0,3%	1,7%
sensorielle	1,7%	1,5%	1,6%
dermatologique	1,1%	1,2%	1,1%

Fig 54. Nombre de traitements* chez les 16-74 ans (hors "précaires") selon le sexe



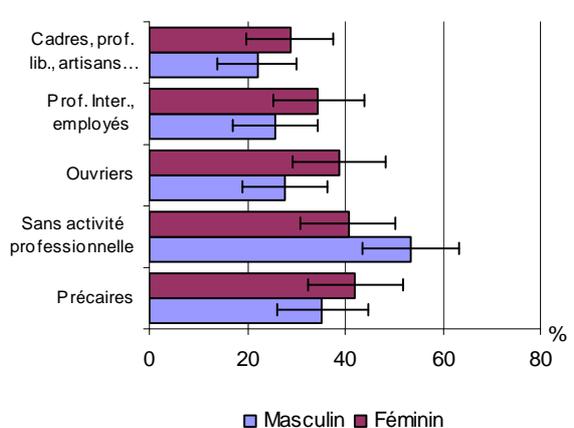
Source : CES, Exploitation ORS

Fig 55. Consultants de 16-74 ans (hors "précaires") ayant au moins un traitement* selon l'âge et le sexe



Source : CES, Exploitation ORS

Fig 56. Consultants de 25-59 ans ayant au moins un traitement* selon la CSP et le sexe**



Source : CES, Exploitation ORS

* hors traitement gynécologique

** proportion standardisée sur l'âge et le sexe

²⁷ Source Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé Données régionalisées 2002-2003 - Cetaf

Synthèse

Entre 2000 et 2002, en moyenne chaque année, plus de 25 000 personnes ont bénéficié d'un examen périodique de santé, complet et gratuit, dans l'un des quatre centres d'examen de santé (CES) de la région. Depuis l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992, les personnes inactives de 16 ans ou plus, les demandeurs d'emploi, les personnes retraitées ou pré-retraitées ainsi que les personnes exposées à des risques pour leur santé en sont les bénéficiaires prioritaires. Au cours de cette période, plus de quatre examens sur dix ont été destinés à des « populations prioritaires », dont un quart à des personnes en situation de précarité²⁸.

A partir des données épidémiologiques recueillies par les CES à l'occasion de ces bilans de santé, la présente étude propose une analyse descriptive de l'état de santé des consultants de 16-74 ans « non précaires », et compare, à structure par âge équivalente, l'état de santé des consultants de 25-59 ans en situation de précarité à celui des autres consultants.

Les principaux résultats de cette analyse, détaillés dans le tableau de synthèse ci-contre, mettent en évidence, après prise en compte de la structure par âge des consultants, une situation plus défavorable des personnes en situation de précarité pour la très grande majorité des indicateurs de santé étudiés.

Parmi les résultats les plus marquants, il ressort en particulier que les consultants les plus démunis :

- ont dans l'ensemble une perception plus négative de leur état de santé que les autres populations (en particulier les cadres) : près d'un sur deux s'estime en moyenne ou en mauvaise santé ;
- recourent moins fréquemment au dentiste et ont plus souvent des caries non soignées. En revanche, les différences sur les signes de mauvaise hygiène bucco-dentaire sont peu marquées ;
- ont pour un tiers d'entre elles une absence de suivi gynécologique régulier ;
- sont une majorité à présenter des troubles visuels non corrigés ;
- sont relativement nombreux à déclarer fumer dont 25 % plus de 10 cigarettes par jour ;
- sont plus de 50 % à présenter une obésité et un sur huit un diabète ;
- sont 40 % à être actuellement en cours de traitement.

Ce cumul d'indicateurs négatifs ne concerne pas exclusivement les personnes précaires, il touche également les ouvriers et les exploitants agricoles, et dans une moindre mesure les personnes sans activité professionnelle (pré-retraités et femmes au foyer pour l'essentiel).

D'autres comportements défavorables à la santé, comme la consommation quotidienne d'alcool, sont en revanche plus fréquents dans les catégories socio-professionnelles les plus aisées (cadres et professions libérales), un résultat qui concorde avec d'autres travaux menés à l'échelon national [source].

Étant donné le caractère facultatif de ces examens de santé, deux tiers des consultants étant invités par leur caisse primaire d'assurance maladie, les personnes volontaires ayant bénéficié d'un bilan de santé ne sont pas représentatives des catégories socioprofessionnelles auxquelles elles appartiennent. Il s'avère également qu'un certain nombre de personnes, notamment parmi les populations les plus démunies, échappent à cette analyse, soit parce qu'il s'agit de personnes invitées n'ayant pas donné suite, ou de personnes en situation de précarité n'ayant pas été concernées par le ciblage, ciblées mais non contactées...

Il est cependant intéressant de noter que les différences en matière de santé constatées entre les sous-groupes de populations étudiés sont suffisamment importantes pour qu'elles ne puissent être considérées comme étant liées au mode de recrutement des CES, d'autant plus qu'elles sont cohérentes avec d'autres données déjà établis par d'autres travaux.

²⁸ Chômeurs, bénéficiaires du RMI, contrats emploi solidarité ou assimilés, sans domicile fixe, et leurs ayants droit

**Principaux indicateurs de santé chez les consultants de 25-59 ans
détaillés selon la catégorie socioprofessionnelle de l'assuré
(deux sexes confondus, sauf suivi gynécologique)**

Consultants de 25-59 ans ...	Précaires	Sans activité professionnelle	Ouvriers, exploitants agricoles	Professions intermédiaires, employés	Cadres, prof. lib., artisans, commerçants...
... se déclarant en moyenne ou mauvaise santé (score inférieur ou égal à 6)	49,3 % [48,21 ; 50,47]	48,6 % [41,49 ; 46,70]	39,5 % [38,45 ; 40,55]	26,9 % [26,19 ; 27,64]	18,6 % [17,19 ; 20,18]
... se déclarant sédentaires	62,3 % [49,19 ; 51,45]	47,4 % [45,32 ; 49,57]	57,7 % [56,65 ; 58,77]	55,7 % [54,85 ; 56,47]	60,9 % [47,97 ; 57,85]
... déclarant une consommation quotidienne d'alcool	13,9 % [13,10 ; 14,67]	8,4 % [7,41 ; 9,55]	22,1 % [21,75 ; 23,52]	18,7 % [18,13 ; 19,37]	28,5 % [26,81 ; 30,24]
... déclarant une consommation régulière et excessive d'alcool	2,0 % [1,72 ; 2,36]	1,2 % [0,81 ; 1,74]	2,6 % [2,30 ; 2,99]	2,0 % [1,75 ; 2,20]	3,0 % [2,39 ; 3,67]
... déclarant fumer	40,7 % [39,62 ; 41,85]	18,4 % [16,69 ; 20,17]	35,9 % [34,89 ; 36,96]	26,0 % [25,25 ; 26,70]	26,3 % [24,56 ; 28,21]
... déclarant fumer plus de 10 cigarettes/jour	25,9 % [24,90 ; 26,90]	9,7 % [8,43 ; 11,14]	22,9 % [22,37 ; 23,69]	13,0 % [12,40 ; 13,52]	11,0 % [9,81 ; 12,38]
... présentant des signes de mauvaise hygiène bucco-dentaire (plaque, tartre ou gingivite)	64,7 % [63,50 ; 65,85]	64,9 % [52,66 ; 67,16]	64,2 % [63,05 ; 65,23]	66,2 % [55,37 ; 67,11]	68,9 % [56,74 ; 60,99]
... ayant au moins une carie non soignée	37,8 % [36,67 ; 38,86]	30,6 % [29,26 ; 32,93]	38,5 % [29,52 ; 31,52]	21,6 % [20,90 ; 22,26]	18,4 % [16,82 ; 19,98]
... n'ayant pas consulté de médecin (généraliste ou spécialiste) au cours des 2 dernières années	11,8 % [11,09 ; 12,56]	6,6 % [5,64 ; 7,90]	9,5 % [8,86 ; 10,12]	7,9 % [7,09 ; 7,95]	10,9 % [9,73 ; 12,23]
... n'ayant pas consulté de dentiste au cours des 2 dernières années	28,5 % [27,44 ; 29,49]	19,6 % [17,44 ; 21,27]	28,6 % [19,73 ; 21,47]	14,7 % [14,11 ; 15,27]	14,0 % [12,57 ; 15,49]
... n'ayant pas eu de suivi gynécologique dans l'année	31,6 % [30,22 ; 33,02]	24,3 % [22,82 ; 26,22]	23,1 % [19,27 ; 25,01]	14,2 % [13,48 ; 15,02]	11,2 % [8,77 ; 14,13]
... ayant rapport taille / hanches anormal	49,2 % [39,87 ; 41,36]	45,2 % [43,07 ; 47,30]	30,7 % [29,76 ; 31,71]	27,6 % [26,93 ; 28,36]	20,9 % [19,54 ; 22,42]
... ayant une obésité	21,3 % [20,37 ; 22,23]	23,9 % [22,20 ; 25,73]	16,2 % [15,44 ; 17,06]	11,5 % [11,04 ; 12,06]	10,7 % [9,58 ; 11,87]
... ayant une glycémie anormale	12,3 % [11,55 ; 13,06]	9,6 % [8,46 ; 10,75]	11,6 % [10,97 ; 12,33]	6,7 % [6,36 ; 7,14]	8,1 % [7,24 ; 9,02]
... ayant une hypercholestérolémie	16,1 % [15,23 ; 16,92]	10,9 % [9,72 ; 12,14]	14,4 % [13,88 ; 15,17]	13,8 % [13,25 ; 14,35]	15,1 % [13,85 ; 16,53]
... ayant un déficit visuel [1]	51,6 % [50,45 ; 52,72]	45,0 % [32,92 ; 47,10]	40,0 % [38,96 ; 41,05]	38,8 % [38,03 ; 39,60]	33,0 % [31,25 ; 34,75]
... ayant un déficit auditif (sans aide auditive)	46,9 % [35,85 ; 38,94]	28,1 % [26,26 ; 29,92]	45,7 % [44,64 ; 46,77]	29,8 % [29,07 ; 30,54]	31,1 % [29,41 ; 32,83]
... déclarant au moins une affection en cours	48,9 % [47,55 ; 49,82]	47,5 % [45,34 ; 49,58]	46,7 % [45,58 ; 47,72]	49,2 % [48,37 ; 50,01]	45,7 % [43,76 ; 47,71]
... déclarant au moins un traitement en cours	39,1 % [38,01 ; 40,22]	36,8 % [34,81 ; 38,82]	30,0 % [28,92 ; 31,06]	30,5 % [29,72 ; 31,26]	24,2 % [22,63 ; 25,85]

[1] L'acuité visuelle (finale) est mesurée avec correction optique si le patient en dispose

Lecture du tableau : chaque case du tableau présente un pourcentage standardisé sur le sexe et l'âge et son intervalle de confiance (au seuil de 5%). Deux cases de même couleur indique que les pourcentages qu'elles contiennent ne diffèrent pas de façon statistiquement significative. Les cases foncées correspondent aux pourcentages les plus élevés, à l'inverse les cases plus claires correspondent aux pourcentages les plus faibles. Une ligne entière du tableau qui n'est pas colorée signifie que les différences entre les catégories socioprofessionnelles étudiées ne sont pas statistiquement significatives.

Observatoire Régional de la Santé d'Alsace
Hôpital civil – Médicale A – 3è étage
BP 426
1, place de l'hôpital
67091 Strasbourg Cedex
E-mail : info@orsal.org ■ Site Internet : www.orsal.org