

Baromètre santé 2005

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
PHILIPPE GUILBERT
ARNAUD GAUTIER



Baromètre santé 2005

Baromètre santé 2005

Attitudes et comportements de santé

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
PHILIPPE GUILBERT
ARNAUD GAUTIER

Préface de
PHILIPPE LAMOUREUX



Direction de la collection **Philippe Lamoureux**
Édition **Marie-Frédérique Cormand**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête
sous réserve de la mention des sources et à l'exception des photos.

ISBN 978-2-9161-9201-7

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

En partenariat avec

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Son financement a été assuré par

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Les auteurs

Eric Aquaviva, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris

Valérie Aubron, psychologue, doctorante, laboratoire de psychologie de l'Université François-Rabelais, Tours

Nathalie Bajos, sociodémographe, directrice de recherche à l'Unité Inserm 822

François Baudier, médecin, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

Dominic Beaulieu-Prévost, psychologue, professeur adjoint de recherche au département de psychologie, Université Concordia, Montréal, Canada

François Beck, statisticien, responsable du département Observation et analyse des comportements de santé à l'INPES

Alain Blanchet, psychologue, professeur à l'Université Paris 8, Équipe de recherche en psychologie clinique (ERPC)

Hélène Bourdessol, sociodémographe, chargée d'études et de recherche à l'INPES

Xavier Briffault, sociologue, chargé de recherche au Cesames CNRS UMR 8136, Inserm U611, Université Paris-Descartes

Jean-François Collin, docteur ès sciences pharmaceutiques, maître de conférence en santé publique, Faculté de médecine, Nancy-Université

Roland Dardennes, professeur des universités– praticien hospitalier, Université Paris-Descartes; Hôpital Sainte-Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

Marie-Line Erpelding, ingénieur, service épidémiologie et évaluation cliniques, Centre hospitalier universitaire de Nancy

Hélène Escalon, économiste, coordinatrice du Baromètre santé Nutrition à l'INPES

Arnaud Gautier, biostatisticien, coordinateur du Baromètre santé Professionnels de santé à l'INPES

Philippe Guilbert, économètre, directeur adjoint des Affaires scientifiques à l'INPES

Emilie Jouvin, psychologue, doctorante au département de psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada

Danielle Julien, psychologue, professeur au département de psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada

Cynthia Kubiak, sociologue, stagiaire à l'INPES

Béatrice Lamboy, psychologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

Damien Léger, médecin, responsable du Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu de Paris AH-HP et professeur à la Faculté de médecine Paris-Descartes

Stéphane Legleye, statisticien, responsable du département Enquêtes en population générale à l'OFDT

Christophe Léon, statisticien, chargé d'études et de recherche à l'INPES

Nathalie Lydié, démographe, expert en promotion de la santé à l'INPES

Colette Ménard, psychosociologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

Claude Michaud, biologiste, chef de projets à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

Grégory Michel, psychologue, professeur à l'Université Victor-Segalen Bordeaux 2, chercheur associé à l'Unité Inserm 675

Caroline Moreau, médecin épidémiologiste, chargée de recherche à l'unité Inserm 822

Yannick Morvan, psychologue, doctorant, Institut de psychologie de l'Université Paris-Descartes

Jean-Michel Oppert, professeur des universités-praticien hospitalier, Université Pierre-et-Marie-Curie-Paris 6 ; service de nutrition, Hôpital Pitié-Salpêtrière ; Centre de recherche en nutrition humaine Ile-de-France

Patrick Peretti-Watel, sociologue, chargé de recherche à l'Inserm UMR 379, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Ana Prieto, économiste, chargée de recherche au CNRS, Laboratoire Théma, Université de Cergy-Pontoise

Diane Purper-Ouakil, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris, associée à l'Unité Inserm 675

Frédéric Rouillon, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service ; Université Paris-Descartes ; Hôpital Sainte-Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

Stanislas Spilka, statisticien, chargé d'études à l'OFDT

Bertrand Thélot, médecin épidémiologiste, responsable de l'unité Traumatismes, Institut de veille sanitaire

Anne Vuillemin, maître de conférences en sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps), Faculté du sport et Faculté de médecine, Nancy-Université

Josiane Warszawski, médecin épidémiologiste, chargée de recherche à l'Unité Inserm 822

Jean-Louis Wilquin, diplômé de l'Essec, chargé d'études et de recherche à l'INPES

Le comité de pilotage de l'enquête

Pierre Arwidson, INPES
François Baudier, Urcam
François Beck, OFDT
Hélène Escalon, INPES
Christine Ferron, INPES
Arnaud Gautier, INPES
Philippe Guilbert, INPES — coordination
Stéphane Legleye, OFDT
Stanislas Spilka, OFDT

La gestion de la base des données ainsi que la vérification des analyses ont été assurées par **Arnaud Gautier** et **Christophe Léon**

Remerciements

Pour leur aide et leurs conseils lors de l'élaboration de l'enquête et du questionnaire ou la relecture des chapitres

Julie Adès, OFDT
Gérard Badéyan, HCSP
Bernard Basset, INPES
Nathalie Beltzer, ORS Ile-de-France
Badiâa Bouazzaoui, Université François-Rabelais de Tours
Marie-Christine Bournot, ORS Pays de la Loire
Serge Briçon, Université de santé publique de Nancy
Chantal Cases, Irdes
Christine Cohidon, InVS
Jean-Michel Costes, OFDT
Thomas Coutrot, Dares
Corinne Delamaire, INPES
Michel Dépinoy, INPES
Anne Doussin, Irdes
Floriane Dutrop, Université François-Rabelais de Tours
Françoise Facy, Inserm
Jean-Marie Firdion, Ined
Cécile Fournier, INPES
Jean-Baptiste Herbet, Drees
Gary King, Université de Pennstate, États-Unis d'Amérique
Viviane Kovess, MGEN
Marie-Pierre Janvrin-Pouchain, FNMF
Alain Leplège, Université d'Amiens, IHPST (Paris I)
Brigitte Lhomond, CNRS
Florence Maillachon, CNRS

Hélène Martineau, OFDT
Nicole Matet, DGS
Georges Menahem, Irdes
Silvia Orejarena, Hôpital Robert-Debré
Christophe Palle, OFDT
Stéphanie Pin, INPES
Benoît Riandey, Ined
Anne Tallec, ORS Pays de la Loire
Alain Trugeon, ORS Picardie

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité
Stéphane Marder, **Mathilde Sanglier**, **Catherine Vayssières**,
Anne Billet, **Negar Hashemi** et les enquêteurs de
l'institut Atoo, **Élisabeth Giudicelli** (OCRD)

Pour leur contribution à la recherche documentaire et bibliographique
Olivier Delmer, **Céline Deroche**, **Éve Gazzola**, **Sandra Kerzanet**
et **Élisabeth Piquet** (département Documentation INPES)

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête
Marie-Jeanne Barreau, **Émilie Pineau** et **Stéphanie Quetty** (INPES)



Florent Mattei, « Les anges ne savent pas voler », 2007, *courtesy* Galerie Espace À VENDRE.

Préface

Chaque Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé offre aux acteurs de notre système de santé de nombreuses données qui permettent d'objectiver les pratiques et les connaissances de nos concitoyens en matière de santé. La richesse de cet outil d'observation et d'évaluation tient à la fois à la grande variété des thèmes qui y sont abordés et à leurs interactions, resituant notamment les caractéristiques sociales et les modes de vie comme des facteurs de compréhension des comportements de santé. Son intérêt se situe également dans la précision de ses estimations puisque 30 000 personnes ont été interrogées, dont 4 000 détentrices exclusives de téléphone portable.

Les premiers résultats publiés avaient mis en évidence un certain nombre d'évolutions favorables (niveau d'information, prévalence de consommateurs quotidiens d'alcool, prévalence de fumeurs, recours au dépistage du cancer colorectal, usage du préservatif au premier rapport...), mais également plusieurs zones d'ombre (stagnation du pourcentage de consommateurs d'alcool à risque, de la proportion de gros fumeurs ou encore du nombre d'interruptions volontaires de grossesse). Rendez-vous avait alors été pris pour la publication d'analyses approfondies selon les caractéristiques socio-démographiques et économiques des personnes interrogées. C'est désormais chose faite avec l'édition de ce volume.

Dans cette photographie que nous présentons aujourd'hui, certaines idées reçues se trouvent battues en brèche – comme, par exemple ,

celle selon laquelle les étudiants seraient plus polyconsommateurs de substances addictives que les autres jeunes du même âge...

Par ailleurs, de nombreuses disparités sont mises en évidence, qui font apparaître des populations vulnérables ou en rupture. Il en va ainsi, sans surprise, des personnes en situation d'emploi précaire ou de chômage qui présentent des prévalences de dépression caractérisée et de pensées suicidaires particulièrement élevées. De même, l'exposition au risque de grossesse non désirée ou de transmission d'une infection sexuellement transmissible apparaît plus fréquente dans les milieux sociaux les moins favorisés. Plus surprenant, vous y apprendrez par exemple que les jeunes filles déclarent une moindre qualité de vie que les garçons.

Il ressort des résultats détaillés de ce Baromètre santé 2005 une évidence : la réduction des inégalités de santé, pour complexe qu'elle puisse être, doit plus que jamais être l'objectif prioritaire des politiques de santé publique. L'exemple du dépistage organisé du cancer du sein, qui enregistre des résultats particulièrement positifs avec une forte hausse du pourcentage de mammographies effectuées par les femmes ayant les revenus les moins élevés, montre que cet objectif n'est pas hors d'atteinte.

De même, le développement d'une approche tournée davantage vers la promotion de la santé s'impose, tant il est vérifié dans cette étude que l'accès à la prévention et aux soins dépend avant tout de facteurs économiques, culturels et environnementaux.

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'Institut national
de prévention et d'éducation pour la santé

Sommaire

- 23 | Introduction**
François Beck
- 27 | Baromètres santé :
un éclairage sur leur méthode et leur évolution**
François Beck, Philippe Guilbert
- 45 | Qualité de vie : une évaluation positive**
Arnaud Gautier, Cynthia Kubiak, Jean-François Collin
- 77 | Les Français et la cigarette en 2005 :
un divorce pas encore consommé**
Patrick Peretti-Watel, François Beck, Jean-Louis Wilquin
- 113 | Alcool : une baisse sensible
des niveaux de consommation**
Stéphane Legleye, François Beck
- 169 | Cannabis, cocaïne, ecstasy :
entre expérimentation et usage régulier**
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka
- 229 | Polyconsommation : une pratique
peu répandue en population générale**
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka
- 241 | Activité physique : entre sport et sédentarité**
Hélène Escalon, Anne Vuillemin, Marie-Line Erpelding, Jean-Michel Oppert
- 279 | Le geste vaccinal : préserver sa place
au cœur de la prévention**
François Baudier, Christophe Léon
- 299 | Le dépistage des cancers :
entre organisation et libre choix**
François Baudier, Claude Michaud

- 329 | Activité sexuelle, IST, contraception :
une situation stabilisée**
Caroline Moreau, Nathalie Lydié, Josiane Warszawski, Nathalie Bajos
- 355 | Minorités sexuelles : des populations
plus exposées que les autres ?**
Émilie Jouvin, Dominic Beaulieu-Prévost, Danielle Julien
- 379 | Accidents : les plus fréquents sont
ceux de la vie courante**
Hélène Bourdessol, Bertrand Thélot
- 415 | Activité professionnelle et santé, quels liens ?**
Colette Ménard, Christophe Léon
- 459 | La dépression : prévalence, facteurs associés
et consommation de soins**
Yannick Morvan, Ana Prieto, Xavier Briffault, Alain Blanchet,
Roland Dardennes, Frédéric Rouillon, Béatrice Lamboy
- 487 | Suicides : mieux comprendre,
pour prévenir avec plus d'efficacité**
Grégory Michel, Éric Aquaviva, Valérie Aubron, Diane Purper-Ouakil
- 519 | Troubles du sommeil : une approche exploratoire**
François Beck, Christophe Léon, Damien Léger
- 535 | Annexes**
- 537 | Lettre-annonce**
- 539 | Questionnaire de l'enquête**
- 581 | Liste des tableaux et des figures**





Introduction

FRANÇOIS BECK

Depuis près de quinze ans, les Baromètres santé¹ ont permis de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France : consommations de tabac, d'alcool et d'autres drogues, pratiques de vaccination, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, qualité de vie, consommation de soins... Cet ouvrage s'appuie sur le cinquième exercice de cette enquête menée en population générale adulte, et du deuxième intégrant, en plus de la population âgée de 18 à 75 ans, celle âgée de 12 à 17 ans.

Les enquêtes déclaratives en population générale, telles que les Baromètres santé, s'avèrent nécessaires quand les statistiques administratives et les enquêtes monographiques ou ethnographiques sont jugées insuffisantes pour représenter correctement un phénomène. Leur rôle est de combler, dans la mesure du possible, les lacunes du dispo-

sitif d'observation, et de favoriser le suivi de tendances pour tracer les grandes lignes de l'évolution des comportements dans le temps. De fait, une bonne partie des informations obtenues par de tels procédés sont impossibles à recueillir autrement : celles qui relèvent de comportements individuels ne donnant lieu à aucun enregistrement (par exemple le nombre de verres d'alcool bus un jour donné lorsque les données de vente ou de budget des ménages ne renseignent que sur une disponibilité de boissons alcoolisées), mais surtout celles qui relèvent de la mesure des attitudes ou des opinions de la population. En effet, l'autre grand intérêt des enquêtes déclaratives populationnelles est de pouvoir explorer ces attitudes et repré-

1. Les Baromètres santé ont été créés par l'INPES (anciennement CFES) avec le soutien de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

sentations afin de les mettre en regard des comportements associés.

Dans ces enquêtes, les individus de l'échantillon, tirés au sort, déclarent leurs comportements en matière de santé. Une telle méthode peut paraître au premier abord moins fiable qu'un relevé par observation directe mais, sous le couvert d'un certain nombre de précautions méthodologiques et d'une reconnaissance de ses limites, elle contribue de manière importante à la construction du savoir sur les comportements humains. Il n'est donc pas étonnant que les enquêtes déclaratives en population générale soient des éléments importants des systèmes d'information de santé publique les plus développés comme ceux des nations anglo-saxonnes ou nordiques.

Les principales limites du recueil déclaratif concernent la mesure de certains comportements anciens (biais de mémoire) ou qui seraient difficilement avouables (crainte d'être inquiété ou stigmatisé). En effet, l'interview induit toujours une véritable relation humaine entre l'enquêteur et l'enquêté. En conséquence, ce dernier peut être amené à donner les réponses qu'il imagine être les plus souhaitables, les plus « socialement désirables », en particulier sur des questions susceptibles de susciter à son égard un jugement moral dépréciateur. Une enquête peut mettre en danger l'identité que l'individu souhaite présenter, dans la mesure où elle rapproche parfois des facettes très différentes de son personnage, dans un scénario qui lui échappe et qui lui est dicté par l'enquêteur. Il ne faut donc négliger ni le rôle joué par la situation d'enquête dans la conformation des réponses aux *a priori*, ni la capacité de mise en scène des enquêtés. La crainte d'être mal jugé peut conduire l'individu à une stratégie d'évitement de certaines questions ou même de l'enquête dans son ensemble, mais aussi à se montrer sous un

jour particulièrement positif. Mais cela est en général d'autant plus vrai que l'enquêteur est proche, c'est-à-dire en face-à-face plutôt qu'au téléphone ou dans le cadre d'un questionnaire autoadministré. Les précautions prises afin de limiter de tels biais et effets d'interaction seront discutées dans le chapitre consacré à la méthode de l'enquête.

D'un point de vue de santé publique, ces enquêtes se situent dans une perspective de promotion de la santé dans la mesure où elles décrivent les pratiques et les attitudes de la population pour offrir à la fois un sujet de réflexion, un outil d'évaluation, un point de vue contradictoire au savoir expert. Les connaissances tirées des Baromètres santé ont été conçues pour servir à l'ensemble des acteurs concernés par la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé (professionnels de santé, travailleurs sociaux, chercheurs, intervenants, enseignants, etc.), ainsi qu'aux décideurs politiques. Ceux-ci disposent ainsi d'éléments scientifiques pour communiquer sur les grandes questions de santé et envisager des actions sur la foi de faits validés par la communauté scientifique, dans une logique d'*evidence based policy*. Ces enquêtes constituent de fait des ressources pour les débats et la réflexion autour des actions politiques engagées dans le domaine de la santé publique. Elles interviennent à la fois dans l'élaboration des campagnes de communication et à différentes étapes du processus d'évaluation des politiques publiques, des décisions prises et des actions entreprises.

En France, l'utilisation des enquêtes en population générale au sein du dispositif d'évaluation des politiques publiques est relativement récente, notamment parce que la légitimité de ce champ d'investigation n'a été acquise que tardivement. La demande d'une telle évaluation s'est toutefois faite

de plus en plus pressante à partir de la fin des années 1990, et notamment à partir de 2001, date du vote de la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) qui attribue à chaque action publique des objectifs et des indicateurs quantitatifs de résultats. Or les enquêtes en population générale répondent à une telle attente plus directement que les statistiques administratives, dans la mesure où ces dernières portent plus sur les moyens déployés par l'État que sur les résultats obtenus suite aux actions menées. Par exemple, le rapport d'évaluation du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de 1999-2002 s'est appuyé sur une enquête en population générale qui intégrait quelques questions visant à mesurer l'évolution des représentations des Français sur les drogues au cours de cette période. Il s'agissait notamment d'une mesure de l'approbation des grandes lignes de la politique de réduction des risques mise en place en France au début des années 1990 (mise en vente libre des seringues, accès à la substitution, etc.). Plus récemment, dans le cadre de la loi de santé publique de 2004, a été annoncé un principe d'évaluation : « *principe selon lequel les objectifs de santé et les plans stratégiques doivent comporter dès leur conception les éléments qui permettront de faire l'évaluation des actions menées* », or nombre de ces objectifs seront évalués à l'aide d'indicateurs issus des

enquêtes en population générale, et en particulier du Baromètre santé 2005.

Enfin, il est nécessaire d'évaluer les besoins de prévention au niveau de la population dans son ensemble, mais aussi en distinguant des sous-populations. Ce type d'enquête permet de repérer, de suivre et de comparer aux autres les populations qui ont des besoins préventifs spécifiques. Suivant les thématiques abordées, il peut s'agir par exemple des jeunes, des femmes, des actifs inoccupés, de telle catégorie sociale... Au-delà de la portée descriptive des analyses par situations socioprofessionnelles et économiques, le Baromètre santé peut ainsi contribuer à mieux mesurer et mieux comprendre les inégalités sociales de santé.

La diversité des thèmes abordés dans cet ouvrage est importante : des accidents de la vie courante aux consommations de produits psychoactifs, des gestes préventifs comme la vaccination à l'étude des liens entre conditions de travail et santé, de l'exercice physique à la santé mentale. Les différents chapitres ont été écrits soit par les chargés d'études de l'INPES, soit par des équipes de recherche extérieures, ou encore à l'occasion de collaborations des uns avec les autres, cette diversité et ces rencontres contribuant beaucoup à la richesse de l'ouvrage.

Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution

FRANÇOIS BECK
PHILIPPE GUILBERT

Dès l'origine des Baromètres santé, au début des années 1990, un certain nombre de choix méthodologiques ont été opérés, qui allaient se retrouver sur l'ensemble des exercices ultérieurs : la solution d'une enquête transversale répétée, téléphonique, reposant sur un échantillon probabiliste a ainsi été retenue [1-3]. De nombreux aspects de la méthodologie de l'enquête sur l'Analyse du comportement sexuel des Français (ACSF) ont servi de modèle au premier Baromètre santé réalisé quelques mois plus tard, en décembre 1992 [4].

Le recours à un échantillon aléatoire, plutôt que constitué par la méthode des quotas, a ainsi été décidé. Cette méthode consiste à tirer *a priori* dans une base de sondage et de façon aléatoire un nombre fini d'individus ou de ménages à atteindre, en s'en tenant à cet échantillon initial quelle que soit l'acceptation des répondants (aucun remplacement n'est effectué). Recourir à la méthode des quotas aurait consisté à construire un échantillon qui soit un modèle réduit de la

population, selon quelques caractéristiques dont la distribution dans la population est connue (très souvent, le sexe, l'âge, la région de résidence et la catégorie socioprofessionnelle), avec pour principe d'obtenir *in fine* une image conforme à la réalité selon quelques critères jugés pertinents par rapport à l'objet de l'étude (les quotas), sans forcément se soucier du protocole de sélection.

La méthode des quotas est souvent utilisée par les instituts de sondages, qui en maîtrisent bien l'application car elle constitue une méthode empirique peu onéreuse, rapide, relativement bien adaptée aux petits échantillons, et qui supporte parfois avantageusement la comparaison avec les sondages probabilistes [5, 6]. Dans la pratique, la variance des estimateurs fournis par ce type de sondage reste suffisamment faible tant que la taille de l'échantillon demeure inférieure à 2 000 individus environ [7]. En revanche, cette méthode ne permet pas d'effectuer les tests statistiques mesurant la significativité d'une différence observée au

sein de l'échantillon. De plus, elle diminue la probabilité de sélection des individus qui sont difficiles à joindre, au point de les laisser parfois échapper : il faut dans certains cas plus de dix tentatives avant de pouvoir joindre un ménage, ce qu'autorise et nécessite une enquête aléatoire, alors que, avec la méthode des quotas, un ménage injoignable au premier essai peut être rapidement abandonné au profit du suivant sur la liste. Cela est d'autant plus gênant que cette frange de la population peut présenter un profil particulier (sociabilité importante, engagement professionnel intense, fréquentes absences du domicile, donc ceux qui sortent plus...), qui n'est pas forcément sans lien avec les comportements de santé. Par ailleurs, cette méthode empêche tout contrôle de la non-réponse, alors que, dans le cadre d'un protocole aléatoire, celle-ci est quantifiée et peut donner lieu à un redressement. Enfin, la conformité de l'échantillon aux quotas (qui sont souvent les mêmes quel que soit le sujet de l'étude) ne garantit pas la fidélité de la représentation sur des critères plus spécifiques à l'enquête.

LE RECOURS AU TÉLÉPHONE

Le choix du téléphone, qui suscite encore à l'heure actuelle des controverses récurrentes, avait fait l'objet d'investigations particulièrement poussées de la part des membres de l'équipe de recherche d'ACSF. Le pilote de cette enquête, réalisé en 1991, concluait que chacune des méthodes testées, à savoir le téléphone d'une part et l'entretien en face-à-face avec une partie du questionnaire en autoadministré d'autre part, avait ses avantages et que les taux de refus s'avéraient similaires dans les deux cas [7]. Les chercheurs avaient noté une plus grande facilité à répondre au téléphone, une meilleure cohérence et un contrôle de terrain plus efficace, mais aussi une tendance à donner des réponses plus proches de la

norme qu'en face-à-face. Ils avaient fini par conclure que les avantages d'un questionnement en face-à-face n'étaient pas suffisants pour justifier un tel surcoût financier, sachant que les différentes solutions reposant sur la voie postale offraient des taux de réponse beaucoup trop bas en France. Retenir le téléphone constituait à l'époque un pari osé car la suspicion était grande ; toute la méthode restait à inventer pour construire un échantillon aléatoire, et les instituts de sondages devaient être formés à cette nouvelle approche. Cette recommandation en faveur de l'enquête téléphonique était assortie de certaines précautions telles que la formation et le suivi des enquêteurs, l'envoi préalable d'une lettre-annonce à tous les foyers tirés au sort... Elle rejoignait aussi les conclusions de plusieurs études méthodologiques américaines menées en population adulte sur des sujets sensibles dans les années 1980 [8, 9].

La méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati) repose sur un système interactif améliorant la productivité des enquêteurs et des chefs d'équipe dans le recueil des données. Il s'appuie sur un logiciel qui gère l'organisation des appels téléphoniques et la composition des numéros grâce à un système prédictif, des prises de rendez-vous et des reprises d'interviews lorsque c'est nécessaire, mais aussi la gestion du déroulement du questionnaire (notamment les filtres et les tests logiques), l'organisation de la rotation aléatoire des modalités ou des items le cas échéant, certains contrôles en temps réel des réponses (réponses incohérentes, âges impossibles signalés...). Dans le cas du Baromètre santé 2005, il s'agit du logiciel *Interviewer*® (Voxco Inc.). Un tel système facilite aussi grandement le suivi de l'enquête, que ce soit par les chefs d'équipe ou par l'équipe de recherche. Il permet de contrôler à tout moment un certain nombre d'indicateurs tels que l'évolution des taux

de refus (global ou par enquêteur), la durée moyenne du questionnaire. D'autres travaux ont par la suite confirmé la pertinence du système Cati dans le contexte français. Une analyse secondaire de deux enquêtes réalisées en 1995 avait, par exemple, montré que les adultes répondaient plus facilement par téléphone qu'en face-à-face à des questions sensibles telles que celle de la consommation de drogues illicites au cours de la vie [10].

L'INTÉGRATION DES MÉNAGES INSCRITS SUR LA LISTE ROUGE

Si l'enquête a toujours été menée avec le système Cati, la méthodologie a toutefois considérablement évolué en deux occasions. En 2000 tout d'abord, lorsque la décision a été prise d'augmenter nettement la taille de l'échantillon (pour obtenir au final 13 685 individus de 12 à 75 ans). L'idée était à la fois de pouvoir travailler de façon fiable sur des sous-populations (les jeunes adultes, par exemple), mais aussi d'être en mesure de détecter plus finement les significativités des évolutions d'un exercice à l'autre et de pouvoir étudier des comportements rares – autant d'objectifs que les échantillons de 2 000 individus des Baromètres santé précédents ne permettaient pas d'atteindre. L'autre grande innovation du Baromètre santé 2000 fut d'intégrer les ménages inscrits sur la liste rouge. Être inscrit sur liste rouge s'avère en effet lié à des situations démographique et socio-économique particulières [11, 12]. En France, plusieurs travaux ont montré que ces individus sont par exemple plus jeunes, plus urbains, plus diplômés et surreprésentés dans les hauts revenus [13-15].

À la fin des années 1990, à la suite des recommandations émises lors de la réalisation de l'enquête ACSF [16], la nécessité de surmonter les problèmes posés par l'absence des ménages inscrits sur liste rouge dans la base de sondage, et plus largement de poser

les questions méthodologiques soulevées par les enquêtes téléphoniques, est devenue cruciale [17]. Un groupe de réflexion sur l'évolution des enquêtes téléphoniques, impliquant des chercheurs d'horizons différents, a permis d'établir un document destiné à convaincre la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) de la nécessité de disposer d'une base de sondage de l'ensemble des ménages ayant une ligne téléphonique, au-delà de ceux figurant sur l'annuaire [18]. C'est à partir de ce document que la plupart des enquêtes en population générale menées au début des années 2000 sur des questions de santé ont appuyé leur demande auprès de la Cnil afin d'intégrer les foyers en liste rouge à leur échantillon téléphonique.

L'INTÉGRATION DES INDIVIDUS POSSÉDANT SEULEMENT UN TÉLÉPHONE PORTABLE

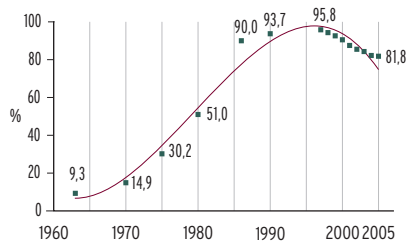
La méthode mise en place en 2000 a été complétée en 2005, en intégrant la nécessité de prendre en compte la part croissante des individus possédant un téléphone portable mais plus de ligne fixe. En effet, la seule interrogation des téléphones filaires ne suffit plus actuellement à assurer *a priori* la représentativité des échantillons interrogés. Le taux d'équipement des foyers en téléphonie filaire, qui avait connu une hausse considérable entre les années 1960 et la fin des années 1990, se trouve en forte baisse depuis quelques années [figures 1 et 2] : il est passé de 95,8 % en 1997 à 81,8 % à la fin 2005 [19-21]. Ce déclin s'explique en très grande partie par le développement rapide de la téléphonie mobile. À partir des dernières Enquêtes permanentes conditions de vie des ménages de l'Insee (EPCV) [22], dans lesquelles quelques questions sur les équipements téléphoniques sont posées, il est possible de suivre le taux d'équipement des ménages en téléphonie

mobile [figure 3], qui concerne désormais presque les trois quarts des ménages. La proportion d'individus équipés d'un téléphone portable mais ne possédant plus de ligne fixe a beaucoup augmenté. En 1998, à peine un tiers des foyers sans téléphone fixe étaient équipés d'un téléphone mobile, alors que c'est désormais le cas de 95,5 % d'entre eux [23]. À la fin de l'année 2005, seul 1,3 % des ménages français n'était plus joignable par téléphone [24]. En définitive, s'ils ne représentaient en 1998 que 2 % de la population, les détenteurs exclusifs de téléphones mobiles sont désormais 15 % en 2006 [figure 4], ce qui correspond à 17 % des ménages.

L'absence de ligne fixe n'est pas sans lien avec un certain nombre de critères tels que l'âge, la profession et catégorie sociale (PCS), ou le niveau de revenus [tableau 1]. En effet, les personnes peuvent être amenées à arbitrer entre les deux types d'équipements en raison de leurs coûts et de leur substituabilité, le choix étant plus ou moins influencé par les ressources financières, les besoins, les préférences et les générations. Les populations susceptibles de délaisser le téléphone fixe sont ainsi les personnes dont les ressources sont les plus faibles. Selon une enquête récente du Crédoc, les catégories de personnes les moins équipées sont les 18-24 ans (35 % d'entre eux n'ont pas de ligne

FIGURE 1

Taux de foyers équipés d'au moins un téléphone fixe



Sources : de 1963 à 1990, Insee ; de 1997 à 2005, Médiamétrie.

FIGURE 3

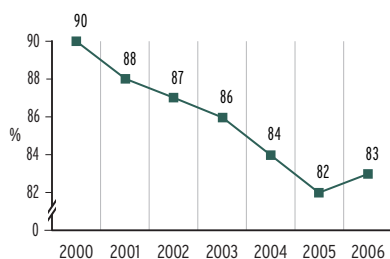
Taux d'équipement des ménages en téléphones portables



Source : Enquêtes permanentes conditions de vie des ménages (EPCV), Insee.

FIGURE 2

Taux de foyers équipés d'au moins un téléphone fixe



Source : Enquête Conditions de vie et aspirations des Français, Crédoc, ART.

FIGURE 4

Part des individus joignables uniquement sur téléphone portable



Sources : de 1998 à 2002 et 2005, Médiamétrie ; de 2003 à 2006, Enquête Conditions de vie et aspirations des Français, Crédoc, ART.

TABLEAU I

Caractéristiques sociodémographiques des possesseurs d'une ligne fixe (pourcentages en ligne)

Homme	83 %
Femme	86 %
Indépendant	95 %
Cadre sup.	89 %
Professions intermédiaires	85 %
Employé	78 %
Ouvrier	71 %
Au foyer	83 %
Retraité	96 %
Étudiant	83 %
12-17 ans	88 %
18-24 ans	65 %
25-39 ans	78 %
40-59 ans	87 %
60-69 ans	95 %
70 ans et plus	98 %
Moins de 900 euros	67 %
De 900 à 1 500 euros	75 %
De 1 500 à 3 100 euros	87 %
3 100 euros et plus	97 %

Source : Enquête Conditions de vie et aspirations des Français 2004, Crédoc, ART.

fixe), les ouvriers (29 %) et celles dont les revenus sont les plus faibles (33 % pour les foyers ayant un revenu mensuel de moins de 900 euros). En revanche, l'enquête ne relevait qu'un faible lien entre le type d'équipement téléphonique et la taille de l'agglomération de résidence et le niveau de diplôme [20].

Ces résultats sont confortés par une analyse récente des données de l'Enquête permanente de conditions de vie des ménages (EPCV) de 2005. Celle-ci a montré qu'un quart des ménages à bas revenus (moins de 620 euros par mois) disposent uniquement d'un téléphone portable [24]. Ces détenteurs exclusifs de téléphones mobiles possèdent donc des caractéristiques particulières, susceptibles de mettre en péril la représentativité d'une enquête téléphonique filaire classique [25-28]. L'augmentation constante de la propor-

tion des possesseurs exclusifs de portable représente donc un danger potentiel pour la qualité des enquêtes téléphoniques classiques, mais il reste encore mal évalué notamment à cause du manque d'information sur ces personnes.

Si les travaux anglo-saxons sur les enquêtes téléphoniques évoquent de plus en plus la nécessité de prendre en compte le développement de la téléphonie mobile [29-33], les études méthodologiques restent encore relativement rares [34-36]. Ce problème s'avère difficile à affronter, notamment à cause de l'absence, à l'heure actuelle, d'un annuaire universel ou d'un répertoire exhaustif et à jour des possesseurs de téléphones portables qui pourraient être utilisés comme base de sondage [37].

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE D'ÉCHANTILLONNAGE

Pour tenter de prendre en compte cette nouvelle donne, la méthodologie du Baromètre santé a été adaptée. Deux échantillons ont d'abord été constitués avec, d'une part, les ménages équipés d'une ligne fixe (86 %) et, d'autre part, les ménages équipés uniquement d'un téléphone portable (14 %).

L'échantillon des « lignes fixes »

L'échantillon des téléphones fixes repose sur un sondage aléatoire à deux degrés (tirage du ménage, puis de l'individu à interroger en son sein). Les numéros de téléphone des ménages ont d'abord été obtenus par génération aléatoire de numéros sur la base d'un fichier issu de l'annuaire téléphonique, puis grâce à une procédure d'itération automatique. Afin d'interroger également les ménages sur liste rouge, les numéros étaient tirés dans l'annuaire, puis le dernier chiffre de chaque numéro était incrémenté (+ 1). Les numéros incrémentés qui n'étaient pas identifiés par l'annuaire

inversé (soit 42,6 % d'entre eux) correspondaient à des numéros sur liste rouge, à des numéros non attribués ou à des numéros internes d'entreprise. L'institut de sondages a donc appelé tous les numéros sans savoir *a priori* où aboutissait l'appel pour ceux ne figurant pas à l'annuaire inversé. Par rapport à une génération complètement aléatoire de numéros, telle qu'elle se pratique par exemple aux États-Unis [38] ou plus récemment au Royaume-Uni [32], cette procédure présente l'avantage de générer beaucoup moins de faux numéros, dans la mesure où le fichier initial permet de cibler sur des zones de numéros dont les préfixes sont attribués à des ménages plutôt qu'à des lignes professionnelles.

Avec cette méthode, les individus issus de ménages inscrits sur liste rouge représentent environ un cinquième de l'échantillon. Avant les appels, une lettre-annonce à en-tête de l'INPES a été envoyée à tous les ménages (ceux sur liste rouge se la voyaient proposer au moment de l'appel), mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre (*voir annexe 1*). L'annuaire inversé était ensuite utilisé pour récupérer l'adresse des ménages sur liste blanche, pour l'envoi de cette lettre.

Les numéros qui ne répondaient pas, sonnaient occupés ou aboutissaient à une messagerie vocale étaient recomposés automatiquement 30 ou 90 minutes plus tard. En 2005, jusqu'à vingt tentatives étaient effectuées¹, à des heures et des jours différents si nécessaire, l'automate d'appel raccrochant après huit sonneries. Au bout de trois tentatives infructueuses en soirée, les tentatives 4 et 5 étaient effectuées en journée. L'impact de ces différentes précautions sur les résultats a fait l'objet d'études méthodologiques sur des sujets sensibles tels que les comportements sexuels [39], la santé mentale [40], ainsi que les usages de substances psychoactives [15]. Ces travaux ont montré que les caractéristiques des

enquêtes joints tardivement justifiaient de persévérer au-delà de six tentatives, voire de douze. Une fois le ménage atteint, il devait, pour être éligible, comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans et parlant le français.

Ensuite, l'individu devait être sélectionné parmi les différentes personnes éligibles. Une seule personne participait à l'enquête au sein de chaque foyer, cette sélection étant opérée par la méthode du plus proche anniversaire, qui consiste à retenir le membre du foyer ayant la date d'anniversaire la plus proche à venir [41]. Cette méthode présente l'avantage d'être moins intrusive et plus rapide que la méthode inventée par Leslie Kish² [42], dans la mesure où elle n'oblige pas à décrire l'ensemble du foyer avec précision, mais elle laisse plus d'initiative à la personne qui a décroché le téléphone [43]. Cette technique n'offre toutefois aucune possibilité de contrôle, dans la mesure où l'enquêteur ne connaît pas les dates de naissance des différents membres du foyer. Or il apparaît que la probabilité d'éligibilité n'est pas toujours respectée dans les enquêtes, notamment parce que les femmes manifestent en général plus d'intérêt pour les enquêtes que les hommes, au point parfois de mentir sur la date d'anniversaire. Dans l'enquête ACSF, par exemple, il avait été montré, parmi les ménages comportant deux individus éligibles, que, lorsqu'un homme décrochait, il était interrogé dans 48 % des cas, alors que lorsque c'était une femme, elle l'était dans 73 % des cas [5]. Ce biais, qui se retrouve dans toutes les enquêtes téléphoniques sur échantillon aléatoire, explique en grande partie les taux bruts observés sur le sexe et qui diffèrent nettement des taux redressés [tableau II].

1. Pour le Baromètre santé 2000, le nombre maximal de tentatives avait été fixé à douze.

2. Cette méthode consiste à lister l'ensemble des membres du foyer, l'enquêteur effectuant un tirage aléatoire de l'individu à interroger.

TABLEAU II

Structure des échantillons observée et obtenue après pondération et redressement selon le sexe, l'âge, la taille d'agglomération et la région UDA (en pourcentage; n=30 514)

	Brut	Pondéré
Sexe		
Homme	43,2	49,3
Femme	56,8	50,7
Âge		
12-14 ans	3,6	5,0
15-19 ans	7,1	8,5
20-25 ans	10,2	9,7
26-34 ans	18,3	16,5
35-44 ans	18,3	18,5
45-54 ans	16,1	17,7
55-64 ans	14,8	11,8
65-75 ans	11,6	12,3
Taille d'agglomération		
Commune rurale	25,9	24,2
Moins de 20 000 habitants	17,5	16,6
De 20 000 à 100 000 habitants	13,3	13,3
De 100 000 à 200 000 habitants	5,8	5,5
200 000 habitants et plus	23,8	23,0
Agglomération parisienne	12,8	16,5
Non renseignée	0,9	0,9
Région		
Alsace	3,0	3,4
Aquitaine	5,5	4,8
Auvergne	2,5	2,3
Bourgogne	2,9	3,1
Bretagne	6,0	5,2
Centre	3,7	4,1
Champagne-Ardenne	1,8	2,1
Corse	0,4	0,4
Franche-Comté	2,0	2,1
Ile-de-France	14,5	18,7
Languedoc-Roussillon	4,7	4,1
Limousin	1,4	1,1
Pays de la Loire	6,1	5,3
Lorraine	2,9	3,3
Midi-Pyrénées	5,1	4,5
Nord-Pas-de-Calais	7,3	6,7
Haute-Normandie	2,5	2,9
Basse-Normandie	2,2	2,3
Picardie	2,9	3,1
Poitou-Charentes	3,2	2,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,1	7,4
Rhône-Alpes	10,4	9,5
Non renseignée	0,9	0,9

Si l'individu sélectionné n'était pas présent ou disponible au moment du contact, un rendez-vous téléphonique lui était proposé et, en cas de refus de participation de sa part, le ménage était abandonné, le respect de la méthode aléatoire interdisant tout remplacement. Les interruptions de questionnaire étaient possibles dès que l'enquêté devait s'arrêter au cours de l'entretien, ou bien s'il ne se sentait plus à son aise pour répondre à cause de la présence d'une tierce personne. Le questionnaire durait en moyenne quarante minutes.

Au final, cet échantillon a atteint 26 672 répondants, dont 4 667 issus d'un foyer inscrit sur la liste rouge [tableau III]. Les taux de refus observés à la fin de l'enquête ont été de 34,7 % pour les individus dont le numéro était inscrit sur la liste blanche ou orange et de 45,2 % pour ceux dont le numéro était inscrit sur la liste rouge. Si l'on ajoute à ces refus les abandons en cours de question-

naire, ils atteignent respectivement 39,9 % et 50,6 %, soit un taux de refus global de 42,1 % pour l'ensemble des lignes fixes. Ces taux de refus apparaissent en progression par rapport à 2000 où le taux global était de 35,6 %, en particulier pour le taux d'abandon (1,9 % en 2000), probablement en raison de la durée du questionnaire et de la difficulté de certains nouveaux modules, tels que ceux portant sur la santé mentale. Cette difficulté à obtenir de bons taux de réponse dans les enquêtes téléphoniques est constatée depuis quelques années en France, mais aussi aux États-Unis [44, 45].

L'échantillon des « portables exclusifs »

L'échantillon des portables exclusifs a été constitué de manière indépendante de l'échantillon des lignes fixes. Les trois préfixes des numéros de téléphones attribués aux

TABLEAU III

Description des bases de sondage du Baromètre santé 2005

	Rouge		Blanche/orange	
	N	%	N	%
Base utilisée	43 317	100	58 404	100
Hors cible	27 262	62,9	7 440	12,7
Résidences secondaires (fixes)/Ligne fixe dans le foyer (mobiles)	136	0,3	509	0,9
Ménages sans personne dans la tranche d'âge	715	1,7	5 416	9,3
Ménages non francophones	288	0,7	1 059	1,8
Personnes impossibles	131	0,3	643	1,1
Ménages injoignables (NRP/Occupé/Répondeurs)	4 188	9,7	3 868	6,6
Ménages interrogeables	10 597	100	39 469	100
Refus ménages immédiats	3 900	36,8	10 981	27,8
Refus ménages différés	484	4,6	1 408	3,6
Refus personnes sélectionnées	407	3,8	1 318	3,3
Rendez-vous ménages non aboutis	168	1,6	423	1,1
Personnes injoignables	385	3,6	1 251	3,2
Personnes interrogées	5 253	100	24 088	100
Rendez-vous questionnaire	19	0,4	56	0,2
Abandons interview	567	10,8	2 027	8,4
Taux de refus				
Taux de refus global (hors abandons)	4 791	45,2	13 707	34,7
Taux de refus global (avec abandons)	5 358	50,6	15 734	39,9

trois opérateurs nationaux ont été utilisés, en respectant leur importance en termes de parts de marchés selon les données de l'Autorité de régulation des télécommunications (ART) pour la stratification de l'échantillon. Ainsi, 48 % des numéros créés étaient des numéros attribués à Orange®, 35 % à SFR® et 17 % à Bouygues Télécom®. La fin des numéros a ensuite été générée de façon aléatoire. Une question filtre permettait, dès le début de l'entretien, de mettre hors cible les individus possédant également une ligne fixe dédiée au moins en partie à la téléphonie. S'il s'agissait d'un portable professionnel mais que l'individu ne possédait pas de ligne fixe, ou s'il possédait une ligne fixe uniquement utilisée pour une connexion modem, il était considéré comme éligible. La sélection de la personne au sein du foyer s'effectuait alors comme pour l'échantillon principal des téléphones fixes, c'est-à-dire par la méthode de la prochaine date anniversaire, un même

numéro étant abandonné au bout de vingt tentatives d'appel infructueuses. Lorsque les enquêteurs se trouvaient en présence d'une messagerie vocale, ils avaient pour consigne de ne pas laisser de message. Les jeunes habitant chez leurs parents et disposant de la ligne téléphonique fixe de ces derniers étaient considérés comme hors cible, puisque susceptibles d'être choisis au sein de leur ménage pour intégrer l'échantillon des lignes fixes. Dans ce cas, un rendez-vous était fixé avec l'interviewé. Au final, cet échantillon contenait 3 842 répondants. Pour en arriver là, 47 310 numéros ont dû être créés, soit un peu plus de 12 numéros pour une interview réalisée. 26 368 numéros se sont avérés hors champ (dont 13 110 parce qu'ils correspondaient à un ménage disposant d'une ligne fixe) et 10 353 autres se sont révélés injoignables (il était de ce fait impossible d'en déterminer l'éligibilité).

Les critères d'éligibilité sont tellement « durs » dans l'échantillon des portables exclusifs qu'il est particulièrement difficile de calculer un taux de refus : en effet, les « refus immédiats des ménages » (4 235), de même que les « rendez-vous ménages non aboutis » (545) interviennent avant que l'on ait pu déterminer l'éligibilité du foyer [tableau III]. La grande majorité de ces refus sont en fait des ménages inéligibles, dans la mesure où environ 80 % des ménages possédant un téléphone portable disposent également d'une ligne fixe. On peut donc estimer très grossièrement que seuls 20 % de ces ménages (soit environ 950) correspondent à des refus émanant de ménages éligibles, les autres (environ 3 800) correspondant à des hors-champ. D'un autre côté, on peut assimiler à des refus « déguisés » les personnes dont l'éligibilité a été confirmée mais qui se sont révélées injoignables au terme des vingt appels (n=1 434), même si ce cas de figure correspond aussi à une difficulté particulière rencontrée lors de l'enquête à prendre rendez-vous avec l'indi-

Total fixes		Mobile	
N	%	N	%
101 721	100	47 310	100
34 702	34,1	12 532	26,5
645	0,6	13 110	27,7
6 131	6,0	175	0,4
1 347	1,3	467	1,0
774	0,8	84	0,2
8 056	7,9	10 353	21,9
50 066	100	10 589	100
14 881	29,7	4 235	40,0
1 892	3,8	188	1,8
1 725	3,4	126	1,2
591	1,2	545	5,1
1 636	3,3	1 434	13,5
29 341	100	4 061	100
75	0,3	27	0,7
2 594	8,8	192	4,7
18 498	36,9	2 700	40
21 092	42,1	2 900	43

vidu sélectionné, qui n'est pas toujours celui qui détient couramment le portable (ce choix surestime donc le nombre de refus). À cela, il convient d'ajouter les 126 refus exprimés par les individus sélectionnés et les 188 « *refus ménages différés* » (pour lesquels il a été vérifié qu'il n'y a pas de ligne fixe au domicile).

Sur les 10 589 ménages interrogés [tableau III], on peut donc considérer qu'environ 6 800 correspondent à des éligibles. Parmi eux, 4 061 ont participé, ce qui correspond à un taux de refus de 40 %, auquel il faut ajouter les 3 % correspondant aux individus ayant abandonné l'enquête en cours d'entretien.

Pour les portables exclusifs, la durée du questionnaire a été écourtée à une cinquantaine de questions, afin de se rapprocher de la durée optimale pour une enquête téléphonique qui a été estimée à 20-25 minutes par des travaux méthodologiques américains [46, 47]. Seules les questions socio-démographiques et celles portant sur les substances psychoactives ont été conservées. La durée moyenne était ainsi de 18 minutes, ce qui explique en grande partie le faible taux d'abandon par rapport à l'enquête menée sur ligne fixe. Parmi les problèmes spécifiques aux portables exclusifs qui ont conduit à raccourcir le questionnaire figurent la qualité sonore des communications, la faible autonomie des batteries et le risque d'interruption de la communication en cas de mobilité, sachant qu'il était toutefois possible de prendre rendez-vous pour faire l'entretien sur un téléphone fixe du choix de l'enquêté, solution qui, dans les faits, a été peu utilisée. Par ailleurs, l'information sur le lieu de résidence, récupérée automatiquement à partir du numéro de téléphone dans le cas des appels sur téléphone fixe, a parfois été perdue dans le cadre des interviews sur portables. Les autres difficultés constatées par les membres de l'équipe de recherche lors des écoutes ou évoquées par

les enquêteurs concernant l'interrogation de cette population ont concerné la concentration lors de la passation du questionnaire, problème souvent lié à des difficultés particulières à s'isoler.

L'échantillon des portables exclusifs est constitué d'une proportion d'hommes plus importante que celle observée parmi les détenteurs de téléphones fixes (52,2 % vs 42,0 %). Cette population est par ailleurs significativement plus jeune (30 ans vs 43 ans en moyenne), 85 % d'entre eux ayant entre 15 et 44 ans. Les personnes détentrices exclusivement de téléphones portables sont, en proportion, plus nombreuses à être au chômage, affichent des revenus moins élevés, comptent davantage d'ouvriers, vivent plus souvent seules que les autres, et ce dans des pôles urbains [tableau IV]. Ce constat reste vrai après standardisation sur le sexe et l'âge [48].

LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ : TRANCHE D'ÂGE ET FRANCOPHONIE

Seuls les 12-75 ans parlant le français et membres d'un « *ménage ordinaire* » pouvaient participer à l'enquête. Au-delà du manque que constitue l'absence des populations plus jeunes, plus âgées, résidant en institution et non francophones, ce choix des populations interrogées répond principalement à des contraintes techniques. L'expérience du terrain permet de penser que l'âge de 12 ans constitue une limite inférieure maximale du fait de la longueur du questionnaire et de la difficulté de compréhension de certains termes. Les enquêtes en milieu scolaire constituent, à n'en pas douter, des alternatives plus efficaces. Une enquête par téléphone au domicile principal des individus risque aussi de ne pas être représentative des populations les plus âgées. En effet, une proportion importante réside en milieu hospitalier, d'autres sont en maison

TABLEAU IV

Fréquences de certaines caractéristiques sociodémographiques parmi les « portables exclusifs », avant et après standardisation sur le sexe et l'âge

	Téléphone portable		Téléphone fixe
	% bruts	% standardisés	% bruts
Au chômage (parmi les 16 ans et plus)	14,6	14,1 ***	6,4
Ouvriers (parmi les 16 ans et plus)	26,8	23,3***	16,3
Revenus inférieurs à 900 euros par unité de consommation	46,1	42,8***	24,6
Réside dans une agglomération de plus de 20 000 habitants	75,7	72,4***	56,4
Vit seul	37,3	38,5***	20,1

*** : p<0,001.

Exemple de lecture : en appliquant la structure (sexe et âge) de la population des possesseurs de lignes fixes à celle des « portables exclusifs », la proportion de chômeurs parmi les détenteurs exclusifs de portables est de 14,1 %, significativement supérieure à celle observée sur les possesseurs d'une ligne fixe [48].

de retraite sans avoir forcément de ligne téléphonique personnelle. Les problèmes d'audition deviennent par ailleurs beaucoup plus fréquents après 75 ans.

Enfin, le protocole d'enquête nécessitait que les interviewés comprennent et parlent le français, sans distinction de nationalité, le critère d'inclusion étant que leur résidence principale se situe sur le territoire métropolitain. Il s'agit principalement d'une contrainte financière, la gestion d'une équipe d'enquêteurs multilingues étant très coûteuse. L'exclusion des départements et territoires d'outre-mer a également été dictée par une contrainte budgétaire. Notons toutefois qu'une enquête a été réalisée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) de la Réunion en 1999, avec un protocole d'enquête et un questionnaire proche de celui du Baromètre santé de l'époque [49].

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, qui stipule que tout traitement automatisé d'informations directement ou indirectement nominatives doit faire l'objet d'une soumission à la Cnil, la méthodologie d'enquête, le questionnaire, ainsi que la lettre-annonce ont fait l'objet d'un examen de la part de cette commission. Celle-ci a confirmé que les données présentaient un caractère anonyme et confidentiel, garanti

notamment par une procédure d'effacement du numéro de téléphone, et que le traitement informatique envisagé n'avait pas à faire l'objet de formalités préalables. La Cnil avait formulé deux recommandations concernant les jeunes de moins de 15 ans : ils ne pouvaient participer à l'enquête que si au moins un des parents donnait son autorisation, et les questions les plus sensibles ne devaient pas leur être posées (comportements sexuels, tentatives de suicide, usages de drogues illicites).

LE TERRAIN D'ENQUÊTE

Entre le 5 et le 7 octobre 2004, une enquête pilote a été menée afin de tester les nombreuses nouvelles questions, les filtres, la durée moyenne du questionnaire. L'enquête s'est pour sa part déroulée du 14 octobre 2004 au 12 février 2005 (avec une interruption du 20 décembre 2004 au 8 janvier 2005 en raison des fêtes de fin d'année, sources de nombreux biais potentiels) dans les locaux de l'institut de sondages Atoo, tous les jours de la semaine sauf le dimanche, de 16 heures à 21 heures en semaine et de 10 heures à 18 heures le samedi. Au total, 192 enquêteurs et 21 superviseurs ont été impliqués dans la réalisation de cette enquête.

Le terrain a été précédé par l'envoi des lettres-annonce dès le 1er octobre 2004. L'intérêt principal de la lettre-annonce est qu'elle motive la participation à l'enquête. La vérification de sa réception n'était toutefois pas une condition à la réalisation de l'entretien : les enquêteurs n'avaient pas à s'assurer que leur interlocuteur l'avait effectivement reçue, car la lettre ne lui était pas nécessairement adressée en son nom propre. Une société de surveillance, l'Organisme de conformité du recueil des données (OCRD), était présente tous les jours de l'enquête afin de vérifier la bonne passation du questionnaire et la régularité de la procédure de sélection des personnes à interroger. Cet organisme était chargé de veiller au respect des procédures définies dans le cahier des charges de l'institut de sondages, ce qui permettait de réajuster rapidement certaines situations dérogeant aux règles [50]. Le fichier d'adresses de l'étude a été scindé en plusieurs blocs de taille équivalente afin d'assurer une meilleure gestion des rendez-vous. Les derniers blocs ont été engagés en fonction du taux d'utilisation des premiers blocs.

Enfin, comme cela avait été le cas en 2000, plusieurs régions ont financé des suréchantillons de 12-25 ans afin d'étudier les jeunes de leur région. Il s'agit du Nord-Pas-de-Calais, de la Picardie, des Pays de la Loire, de la Champagne-Ardenne, de la Lorraine, du Poitou-Charentes et de l'Île-de-France. Par ailleurs, de nombreuses conventions de partenariat ont été passées avec des équipes de recherche dans le but de procéder à des analyses secondaires qui font de ce Baromètre une base de données vivante, utile au suivi barométrique des indicateurs comme à la recherche.

LE REDRESSEMENT

Dans l'échantillon final de l'enquête, certaines catégories de populations apparais-

sent sous-représentées, d'autres surreprésentées. Afin d'améliorer la représentativité de l'enquête, il est courant de faire l'hypothèse que les individus manquant dans une catégorie ont un profil plus proche de ceux des individus répondant de cette catégorie que de ceux de l'ensemble de l'échantillon, ce qui conduit à procéder à un redressement. Le principe est de modifier le poids de chaque individu de l'échantillon (au départ égal à 1 pour chacun), afin de corriger les éventuelles erreurs d'échantillonnage. Pour cela, on a recours à des informations auxiliaires corrélées avec les variables d'intérêt de l'étude afin d'augmenter la précision des estimateurs. Le calage permet de construire des estimations corrigées du biais de non-réponse. En modifiant l'échantillon pour le contraindre à adopter la structure de la population globale, il tient compte des spécificités de cette population et améliore de ce fait la représentativité des résultats [51, 52].

Les données du Baromètre santé 2005 ont ainsi été pondérées par la probabilité de tirage au sein du ménage (soit l'inverse de la taille du ménage, pour compenser le fait qu'un individu d'un ménage de grande taille a moins de chances d'être tiré au sort, et avec un facteur égal au nombre de lignes téléphoniques fixes disponibles au sein du ménage et non dédiées exclusivement à Internet) et calées sur les données du recensement de la population de 1999. Il s'agit d'un calage sur marges, dont l'objectif est de faire coïncider la structure de l'échantillon avec celle de la population pour certains critères, à savoir : l'âge, le sexe, la taille d'agglomération de résidence et la région de résidence (en l'occurrence les grandes régions UDA — Union des annonceurs —, qui découpent le territoire métropolitain en neuf grandes zones). La procédure utilisée a été le *RIM weighting* du logiciel Quantum (SPSS), la distance utilisée étant le *Root mean square* (RMS), qui s'avère proche d'un khi-deux. Le

poids maximum était à l'issue du redressement de 2,25 et le poids minimum de 0,28.

Deux pondérations ont été créées selon les données traitées : la première pour les données recueillies auprès des fixes et des portables (soit les thèmes tabac, alcool et drogues illicites), et la seconde pour les données recueillies auprès des seules lignes fixes (thèmes différents de tabac, alcool ou drogues illicites). Elles tiennent toutes les deux compte du sexe, de l'âge, de la région, de la taille d'agglomération, ainsi que de la probabilité de tirage au sort au sein du foyer.

LA QUALITÉ

Pour inciter les répondants à donner des informations fiables, il est apparu primordial de créer un climat de confiance propice à la déclaration sereine d'opinions et de comportements sur des sujets parfois intimes. Il paraissait, par exemple, indispensable de bien expliquer le contexte de l'enquête, de motiver et de rassurer les répondants sur la confidentialité. La lettre-annonce a vraisemblablement joué un rôle important dans cet objectif. L'impossibilité de pouvoir s'isoler, notamment dans les enquêtes par téléphone, pouvant entraîner certaines dissimulations (lorsqu'un adolescent se trouve en compagnie d'un de ses parents par exemple), il était important d'une part de fournir des modalités de réponse n'indiquant en rien le contenu de la question posée (« oui », « pas d'accord »...) et d'autre part d'être en mesure de proposer de rappeler le répondant à un meilleur moment.

Il a été depuis longtemps montré que la présence des concepteurs de l'enquête pour assurer, en lien avec les superviseurs, la formation et le suivi rigoureux des enquêteurs est un gage de réussite pour une enquête téléphonique [53]. La formation des enquêteurs par les membres de l'équipe de recherche a eu lieu du 7 au 14 octobre 2004,

puis de façon assez régulière tout au long du terrain. Les objectifs de la formation des enquêteurs étaient de présenter l'enquête et sa finalité ainsi que l'institution qui en est responsable. Le questionnaire a été entièrement déroulé et expliqué : comment poser les questions, indiquer les relances... Il s'agissait également de rappeler le principe d'un sondage aléatoire et de proposer quelques arguments pour limiter le plus possible les refus (notamment des exemples concrets sur l'utilité de ce type d'enquête). Au cours de ces séances, les enquêteurs ont pu se passer mutuellement le questionnaire au cours de jeux de rôle, jusqu'à ce que la passation soit correcte. Cette étape s'avère cruciale, notamment pour les responsabiliser et pour assurer l'homogénéité des données recueillies. Elle permet une prise de conscience de l'importance du sujet et une préparation à affronter l'incongruité d'une telle intrusion dans la vie privée. Elle est ainsi l'occasion d'élaborer des stratégies pour rendre l'entretien plus acceptable à l'enquêteur comme à l'enquêté, en particulier lorsqu'il s'agit de motiver l'acceptation des individus dont la ligne téléphonique est inscrite en liste rouge. Afin de favoriser la participation des individus à l'enquête, une liste d'arguments a été constituée pour faire face aux différents motifs de refus avancés par les personnes appelées. Par ailleurs, un numéro vert (gratuit), disponible tous les jours de l'enquête, a été mis en place afin de garantir qu'il s'agissait bien d'une enquête réalisée par Atoos pour le compte de l'INPES et afin d'apporter des précisions sur l'intérêt de l'enquête en termes de prévention. De plus, les enquêtés pouvaient se référer à une page spéciale de présentation de l'enquête, qui avait été ajoutée sur le site Internet de l'INPES. Enfin, un certain nombre de numéros des différents organismes de téléphonie sociale, ainsi que celui d'un médecin et d'un psychologue, étaient à la disposition des enquêteurs s'ils éprouaient

le besoin de proposer un recours de ce type aux enquêtés.

Afin d'assurer une certaine homogénéité dans la formation dispensée, plusieurs documents ont été remis aux enquêteurs : certains avaient pour objet de fournir des techniques afin de faciliter le bon déroulement de l'enquête, d'autres visaient une meilleure connaissance de divers sujets abordés dans le questionnaire. En effet, l'enquêteur, par la qualité du contact qu'il entretient avec la personne interrogée, est susceptible d'influencer la réponse. Dans une étude sur des enquêteurs de l'Insee travaillant en face-à-face, Jean Peneff a montré que les enquêteurs, malgré les consignes et leur talent, ne peuvent être neutres dans le processus de recueil de l'information. Ils interviennent sur le fond et la forme du questionnaire par l'interprétation qu'ils en font, leur intonation, leur enthousiasme... Ils sont aussi actifs dans les étapes successives que sont l'établissement du contact, l'évitement des perturbations extérieures et l'incitation à une adhésion à l'enquête et au questionnaire. Les conditions de l'enquête téléphonique réduisent toutefois cette part active de l'enquêteur en le maintenant en permanence au contact d'un chef d'équipe susceptible de lui rappeler la règle d'absolue neutralité et de strict suivi des consignes de passation, qui s'avèrent indispensables pour garantir le fait que tous les répondants soient placés dans des situations similaires.

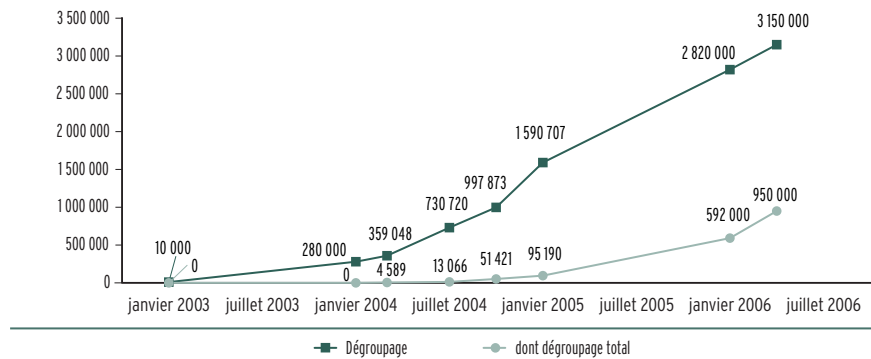
À l'issue du terrain de l'enquête, le debriefing constitue une occasion supplémentaire de compléter l'observation de terrain et de solidifier le lien entre l'expression de l'enquêté et l'analyse statistique en saisissant des éléments qui auraient échappé au chercheur qui ne peut physiquement suivre tous les entretiens. Les enquêteurs peuvent ainsi apporter leur éclairage sur le sens à donner à certaines réponses portées par des

modalités peu factuelles du type « *rarement* », « *presque jamais* », « *assez souvent* », « *plutôt d'accord* »... qui revêtent souvent des significations disparates pour les répondants. La modification, même mineure en apparence, du libellé d'une question ou de sa place au sein du questionnaire est en effet susceptible d'affecter les résultats obtenus [54, 55].

Au final, il convient de rappeler que les choix de méthodes effectués lors de la mise en place du Baromètre santé 2005 l'ont été dans un contexte d'ouverture du marché des communications au cours duquel France Télécom s'est vu dans l'obligation de donner l'accès au réseau de téléphonie fixe aux autres opérateurs. La possibilité d'un dégroupage total a donc progressivement fait perdre des abonnés à France Télécom. Selon l'Autorité de régulation des télécommunications (ART), le parc des postes en dégroupage total était d'environ 100 000 (soit 0,4 % des foyers) début 2005, au moment de l'enquête [figure 5]. Cette proportion, relativement négligeable à l'époque, ne cesse de s'accroître aujourd'hui (mi-2006, un million de foyers étaient en dégroupage total). Elle nécessitera certainement une adaptation des méthodes d'enquête téléphonique. Cependant, la possibilité de conservation de l'ancien numéro, même en cas de changement d'opérateur, alliée au fait que la procédure d'incrémentation dans la génération des numéros de la base du Baromètre santé la distingue de l'annuaire d'origine, laisse augurer une certaine pérennité du système actuel. En revanche, le développement d'offres ADSL sans abonnement téléphonique pourrait, à terme, augmenter encore la proportion de ménages n'étant plus joignables par ligne fixe et conduire par exemple à envisager un recours à Internet comme mode de collecte complémentaire du téléphone.

FIGURE 5

Nombre de lignes téléphoniques en dégroupage



Source : ART.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir.). **Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français.** Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1994 : 165 p.
- [2] Baudier F., Arènes J. (sous la dir.). **Baromètre santé 95/96 adultes.** Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1997 : 288 p.
- [3] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.). **Baromètre santé 2000 : Résultats.** Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 473 p.
- [4] Spira A., Bajos N. **Les comportements sexuels en France.** Paris : La Documentation française, 1993 : 350 p.
- [5] Cumming R.G. **Is probability sampling always better? A comparison of results from a quota and a probability sample survey.** Community Health Studies 1990; 14(2): 132-7.
- [6] Deville J.-C. **La qualité de l'information dans les enquêtes, journées d'études de l'ASU.** Paris : Dunod, 1992 : 345-63.
- [7] Vaillant L. **Analysis of sexual behaviors in France (ACSF): a comparison between two modes of investigation, telephone survey and face-to-face survey.** AIDS 1992; 6: 315-23.
- [8] Mangione T.W., Hingson R., Barrett J. **Collecting sensitive data, a comparison of three survey strategies.** Sociological Methods and Research 1982; 10(3): 337-46.
- [9] Czaja R. **Asking sensitive behavioral questions in telephone interviews.** Quarterly of Community Health Education 1987; 8(1): 23-32.
- [10] Guilbert P., Baudier F., Arwidson P. **Comparaison de 2 modalités d'enquête sur les comportements et attitudes au sujet de l'alcool, du tabac et des drogues illégales.** Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 1999; 47 (2) : 129-38.
- [11] Roslow S., Roslow L. **Unlisted phone subscribers are different.** Journal of Advertising Research 1972; 12(4): 35-8.
- [12] Moberg P.E. **Biases in Unlisted phone numbers.** Journal of Advertising Research 1982; 22(4): 51-5.
- [13] Frejean M., Panzani J.-P., Tassi P.H. **Les ménages inscrits en liste rouge et les enquêtes par téléphone.** Journal de la Société de statistique de Paris 1990; 131 (3-4) : 86-102.
- [14] Ambroise P., Mauris P. **L'usage du téléphone dans les sondages.** In : Brossier G., Dussaix A.M. **Enquêtes et sondages : méthodes, modèles, applications nouvelles approches.** Paris : Dunod, coll. Sciences sup., 1999 : 331-9.
- [15] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. **Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues.** Bulletin de méthodologie sociologique 2005 ; 86 : 5-29.

- [16] Riandey B., Firdion J.-M.
Vie personnelle et enquête téléphonique, l'exemple de l'enquête ACSF.
Population 1993; 48 (5) : 1257-80.
- [17] Riandey B., Leridon H.
Données et enquêtes sensibles.
Population 1999; 54 (2) : 225-9.
- [18] Beck F., Arwidson P., Firdion J.-M., Jaspard M., Grémy I., Warszawski J.
L'avenir des enquêtes téléphoniques face à l'évolution des télécommunications. In : Droesbeke J.J., Lebart L. (sous la dir.).
Enquêtes, modèles et applications.
Paris : Dunod, 2001 : 285-93.
- [19] Roy G., Vanheuverzwyn A.
Mobile Phone in Sample Surveys.
Copenhague: International Conference on Improving Surveys, 2002: 8p.
En ligne : http://www.icis.dk/ICIS_papers/A_3_5.pdf
- [20] Bigot R.
La diffusion des technologies de l'information dans la société française.
Paris : Crédoc, coll. des rapports du Crédoc (n°237), 2005 : 176 p.
- [21] Bigot R.
La diffusion des technologies de l'information dans la société française.
Paris : Arcep, Crédoc, 2006 : 176 p.
En ligne : http://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/etude-credoc2006.pdf
- [22] Rouquette C.
La percée du téléphone portable et d'Internet.
Insee première 2000; 700 : 1-4.
- [23] Médiamétrie.
La mesure d'audience et l'étude des médias audiovisuels et interactifs [en ligne]. 2007.
<http://www.mediametrie.fr/>.
- [24] Sautory O.
L'accès des ménages à bas revenus aux technologies de l'information et de la communications (TIC).
Études et résultats 2007; 557 : 1-8.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er557/er557.pdf>
- [25] Roy G., Vanheuverzwyn A.
Le téléphone mobile dans les enquêtes par sondage.
Insee méthodes 2002; 102 : 109-22.
En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet102d.pdf>
- [26] Amschler H.
People in cell phone households: are their reading habits different ?
Emro Conference; avril 2003; Méditerranée orientale.
- [27] Kishimba N., Razafindratsima N.
L'influence du téléphone portable sur le suivi et la déclaration des rapports sexuels dans l'enquête Cocon. In : Ardilly P. (sous la dir.).
Échantillonnage et méthodes d'enquête.
Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2004 : 279-84.
- [28] Le Goff E., Neraudau J.
Radio surveys on mobile phones and fixed line phones.
Worldwide Audience Measurement Conference, 2004; Geneva, Switzerland.
- [29] Nathan G.
Telesurvey methodologies for household surveys: a review and some thoughts for the future.
Survey Methodology 2001; 27(1): 7-31.
- [30] Jenkins V.
The Impact of Mobile Phones on Sampling [en ligne]. 2001.
http://www.surveysampling.com/frame_detail.php?ID=166¤t=no&issueID=9&yr=2001
- [31] Sandell L.
Finland: a short discussion on methodology issues related to the increase use of mobile phone.
EMRO Conference; 2001; Méditerranée orientale.
- [32] Nicolaas G., Lynn P.
Random-digit dialling in the UK: viability revisited.
Journal of the Royal Statistical Society 2002; 165(2): 297-316.
- [33] Futsaeter K.A.
Mobile Phones: a new challenge for research.
In : EMRO Conference; 2002; Sissi, Greece.
- [34] Kuusela V., Viikki K.
Change of telephone coverage due to mobile phones.
International conference on Survey nonresponse; 1999; Portland, USA.
En ligne : <http://www.jpsm.umd.edu/icsn/papers/kuuselavikki.htm>
- [35] Fuchs M.
Non response in cellular phone survey - Experience from a comparison with a regular CATI study.
International Sociological Association: Fifth International Conference; 2000, Cologne, Allemagne.
- [36] Fleeman A., O'Hare B., Cohen E.
Adding « cell phone only » households in a radio measurement service - a U.S. experience.
In: ESOMAR : Radio Conference; June 2005, Montreal, Canada.
- [37] Beck F., Gautier A., Marder S.
Le recours au téléphone dans les enquêtes en population générale sur les sujets sensibles : viabilité et dernières avancées méthodologiques.
Conférence de méthodologie en sciences sociales (M2S3); 28 février 2006; Paris, France.
- [38] Orden S.R., Dyer A.R., Liu K., et al.
Random digit dialling in Chicago CARDIA: comparison of individuals with unlisted and listed telephone numbers.
American Journal of Epidemiology 1992; 135(6): 697-709.
- [39] Firdion J.-M.
Effet du rang d'appel et de la présence du conjoint dans une enquête par téléphone.
Population 1993; 48 (5) : 1281-314.

- [40] Baruffol E., Verger P., Rotily M.
L'utilisation du téléphone dans une enquête de santé mentale : analyse du rang d'appel, des données manquantes et de l'effet « enquêteur ».
Population 2001; 56 (6) : 987-1010.
- [41] Oldendick R.W., Bishop G.F., Sorenson S.B., Tuchfarber A.J.
A comparison of the Kish and last birthday methods of respondent selection in telephone surveys.
Journal of Official Statistics 1988; 4: 307-18.
- [42] Kish L.
A procedure for objective respondent selection within the household.
Journal of the American Statistical Association 1949; 44(247): 380-7.
- [43] Salmon C.T., Nichols J.S.
The next-birthday method for respondent selection.
Public Opinion Quarterly 1983; 47(2): 270-6.
- [44] Tuckel P., O'Neill H.
The vanishing respondent in telephone surveys.
Journal of Advertising Research 2002; 42(5): 26-48.
En ligne : <http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/y2001/Proceed/00630.pdf>
- [45] McCarty C.
Differences in response rates using most recent versus final dispositions in telephone surveys.
Public Opinion Quarterly 2003, 67: 396-406.
- [46] Dillman D.A.
Mail and telephone surveys: the total design method.
New York: John Wiley & Sons Inc, 1978: 344p.
- [47] Frey J. H.
Survey research by telephone.
Newbury Park: Sage, 1989.
- [48] Gautier A., Beck F., Marder S., *et al.*
Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros. In : Lavallée P. (sous la dir.), Rivest L.P.
Méthodes d'enquêtes et sondages : pratiques européenne et nord-américaine.
Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : 60-4.
- [49] Pataud A., Catteau C.
Enquête sur les toxicomanies en population générale à la Réunion : « enquête baromètre santé Réunion ».
Saint-Denis : Drass, 2001 : 108 p.
- [50] Giudicelli E., Léon C., Arwidson P., Guilbert P.
La qualité des données dans les enquêtes par téléphone recours à une société de surveillance du terrain. In : Lavallée P. (sous la dir.), Rivest L.P.
Méthodes d'enquêtes et sondages : pratiques européenne et nord-américaine.
Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : 20-3.
- [51] Dupont F.
Calage et redressement de la non-réponse totale.
Insee-Méthodes 1996; 56 : 57-8.
- [52] Deville J.-C.
La correction de la non-réponse par calage ou par échantillonnage équilibré.
Colloque de la Société Statistique du Canada, 1998; Sherbrooke, Canada.
- [53] Lavrakas P.L.
Telephone survey methods: sampling, selection and supervision.
Newbury Park: Sage Publications Inc, 1987: 127p.
- [54] Grémy J.-P.
Les expériences françaises sur la formulation des questions d'enquête : résultats d'un premier inventaire.
Revue française de sociologie 1987; 28 (4) : 567-99.
- [55] Grémy J.-P.
Questions et réponses : quelques résultats sur les effets de la formulation des questions dans les sondages.
Sociétés contemporaines 1993; 16 : 165-76.

L'essentiel

La perception de la qualité de vie est évaluée dans cette enquête au moyen du profil de santé de Duke. Cette échelle prend en compte différentes dimensions, dont les principales sont la santé physique, la santé mentale ainsi que les relations sociales. Les « scores » sont normalisés de 0 à 100 (100 correspondant à la qualité de vie optimale).

D'une manière générale, la perception de la qualité de vie liée à la santé varie significativement selon les principales caractéristiques sociodémographiques des individus. Le score de santé générale, regroupant les trois principales dimensions de l'échelle, est supérieur chez les hommes, chez les personnes les plus jeunes de l'échantillon, chez celles qui vivent en couple, disposant des revenus et des diplômes les plus élevés. Par ailleurs, quelques différences apparaissent selon la région d'habitation - une moins bonne perception de la

qualité de vie est observée dans la région Ile-de-France et dans le nord de la France -, mais également selon la situation professionnelle puisque les personnes au chômage jugent plus négativement leur santé, notamment dans le domaine de la santé mentale. La perception de la qualité de vie est liée très logiquement à l'état de santé « objectif » : les personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique obtiennent un score de santé générale inférieur de 6 points en moyenne à celui des personnes ne souffrant d'aucune maladie.

Enfin, les sujets ayant vécu des événements douloureux avant l'âge de 18 ans, notamment de graves disputes entre les parents, des problèmes financiers ou encore une maladie, un handicap ou le décès de la mère pour les femmes, ont au moment de l'enquête une perception de leur qualité de vie altérée. Le divorce des parents n'apparaît pas en tant que tel comme

un événement diminuant la qualité de vie à venir.

Peu d'évolutions sont observées depuis 1995, année où le questionnaire de Duke a été posé pour la première fois dans le Baromètre santé. Le score de santé générale a néanmoins augmenté légèrement, passant de 69,8 à 71,2 sur 100 en dix ans. Cette progression traduit essentiellement une évolution dans le domaine de la santé mentale, seule dimension pour laquelle les scores augmentent linéairement et significativement depuis 1995, de 72,2 à 75,1. Cette amélioration est plus particulièrement sensible chez les femmes les plus âgées de l'échantillon (55-75 ans).

Concernant les adolescentes de 15 à 19 ans, elles présentent toujours en 2005, et de manière très préoccupante, les scores moyens les plus bas sur plusieurs dimensions et notamment celles en rapport avec la santé mentale.

Qualité de vie : une évaluation positive

ARNAUD GAUTIER
CYNTHIA KUBIAK
JEAN-FRANÇOIS COLLIN

INTRODUCTION

La qualité de vie est un concept récent qui, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est définie comme « *la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations* ». Les déterminants de la qualité de vie sont multiples : « *C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » [1]. La qualité de vie a donc l'ambition d'intégrer des aspects perceptuels, élargissant ainsi l'appréhension de la santé [2]. Elle se fonde largement sur la définition de l'OMS, qui ne considère pas la santé comme une simple absence de maladie, mais comme « *un état de bien-être physique, psychologique et social* ». Cette orientation implique que la santé publique doit prendre en compte la qualité de vie

des différentes populations auxquelles elle s'adresse [3].

Les mesures de la qualité de vie liée à la santé se sont donc développées, depuis quelques années, aux côtés des indices de morbidité et de mortalité. L'intérêt actuel porté par les professionnels de santé à ces mesures peut en outre s'expliquer par d'autres facteurs que la simple modification de la définition de la santé proposée ci-dessus. L'importance des progrès thérapeutiques, une volonté d'associer les patients aux décisions les concernant ou encore la rationalisation des dépenses de santé peuvent notamment être cités parmi ces motifs [3].

En effet, les utilisations potentielles de ces mesures sont nombreuses : elles peuvent, entre autres, aider à développer la connaissance de l'histoire de maladies, participer à la recherche clinique ou aux évaluations économiques. Elles contribuent par ailleurs à la surveillance de l'état de santé de personnes ou de groupes, et permettent d'élaborer des

stratégies de prévention. C'est pourquoi elles sont de plus en plus visibles dans les politiques de santé, comme l'illustre l'inscription, dans la loi de santé publique d'août 2004, d'un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [4].

Les mesures de qualité de vie sont obtenues à partir de réponses que fournissent des sujets à des questionnaires standardisés. De nombreuses échelles de qualité de vie liées à la santé existent aujourd'hui : elles sont dites spécifiques si elles explorent la qualité de vie liée à une maladie particulière, ou dites génériques si elles sont utilisées en population générale.

Ces indicateurs prennent la forme de scores qui peuvent, selon les instruments, être un score global — on parlera alors d'index —, ou bien un score spécifique à chacun des grands aspects de la qualité de vie (les principaux étant la santé physique, psychologique et sociale) — on parlera alors de profil. Parmi les différents instruments génériques disponibles, le Baromètre santé utilise l'échelle de Duke [5, 6], index et profil à la fois, puisqu'elle fournit un score global ainsi que des scores par dimension¹.

1. Les personnes âgées ont également répondu au questionnaire Whoqol. Les résultats feront l'objet d'une publication ultérieure.

RÉSULTATS

PROFIL DE SANTÉ DE DUKE

L'échelle de santé de Duke permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus à partir des dix-sept items du questionnaire présenté ici [tableau 1].

En combinant ces paramètres entre eux, plusieurs domaines peuvent être explorés. La santé physique, la santé mentale et la santé sociale sont les trois principales dimensions étudiées qui, associées entre elles, produisent le score de santé générale. S'ajoutent à cela des indices pour évaluer l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, la douleur, l'incapacité, ainsi que la santé perçue.

Chaque item est coté de 0 à 2 sur une échelle ordinaire à trois modalités et chaque dimension est la somme des items qui la composent. Les scores calculés sont normalisés de 0 à 100, 100 étant le score optimal de qualité de vie, sauf pour les scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité où le rapport est inversé (un score élevé correspond alors à une situation dégradée).

Une meilleure qualité de vie pour les hommes

D'une manière générale, les hommes obtiennent des scores de qualité de vie supérieurs à ceux des femmes [figure 1]. Ainsi, les hommes, tous âges confondus, atteignent le score de 74,1 sur 100 pour l'indice de santé générale, *versus* 68,5 sur 100 pour les femmes. Les différences les plus marquées se rapportent à la santé physique et mentale, où les scores moyens des hommes approchent respectivement 77 et 79 sur 100, soit 8 points de plus que les femmes. Les femmes perçoivent leur niveau d'anxiété, de dépression et de douleur plus négativement que les hommes. La dimension « santé sociale » est la seule pour laquelle aucune différence n'est observée selon le sexe.

Un bilan par âge plus contrasté

L'âge influence de manière importante la perception de sa qualité de vie, mais l'effet est différent selon les dimensions considérées [figure 2]. En effet, avec l'avance en âge, on

constate une péjoration dans la perception de la santé physique, de la santé perçue, de la douleur ainsi que, dans une moindre mesure, de la santé sociale. Cet effet se retrouve pour l'indice de santé générale, calculé à partir de ces différentes dimensions. La différence

TABLEAU I

Les questions du profil de santé de Duke

	Question	Dimension
Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas...		
1	Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3	Au fond, je suis bien portant(e)	Santé perçue
4	Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5	J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6	Je suis content(e) de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7	Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview...		
8	Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours...		
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12	Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13	Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14	Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15	Vous avez rencontré des parents ou amis	Sociale
16	Vous avez eu des activités soit de groupe, soit de loisirs	Sociale
17	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

FIGURE 1

Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, suivant le sexe

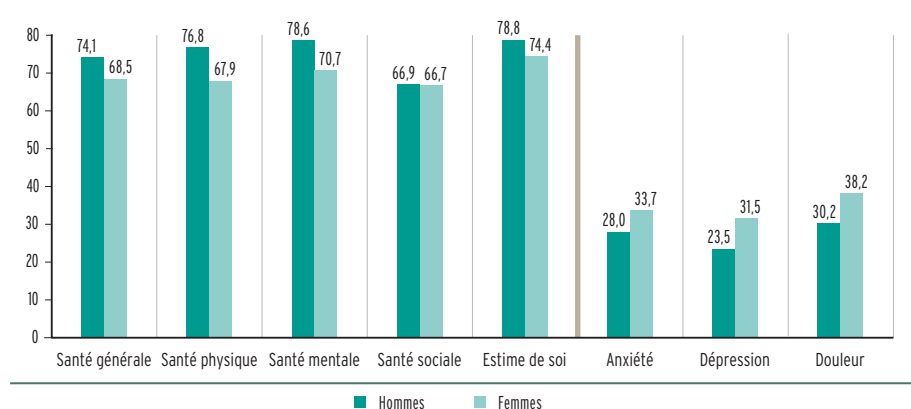
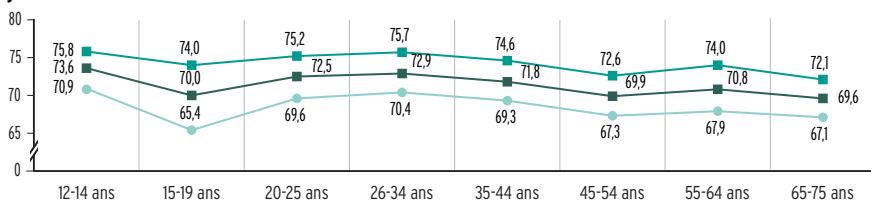


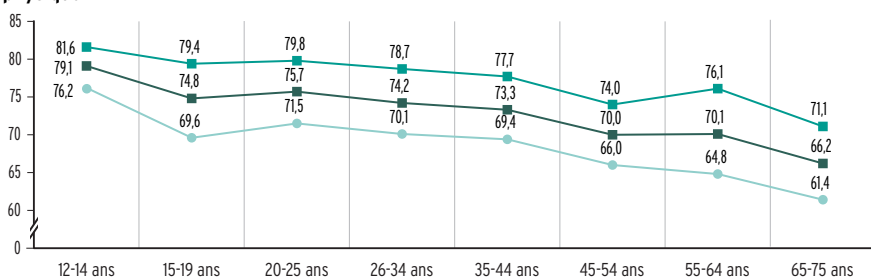
FIGURE 2

Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, suivant le sexe et l'âge

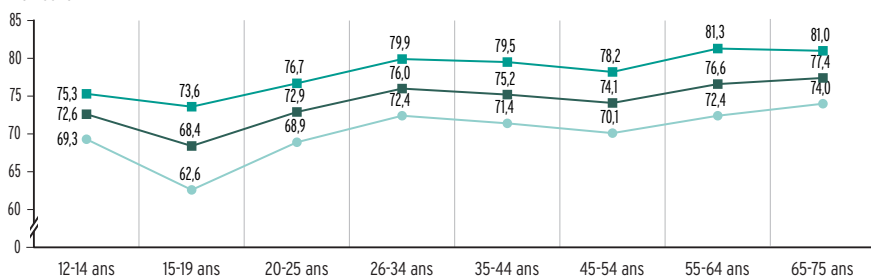
Santé générale



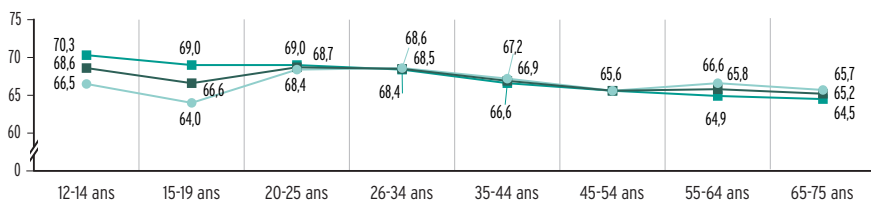
Santé physique



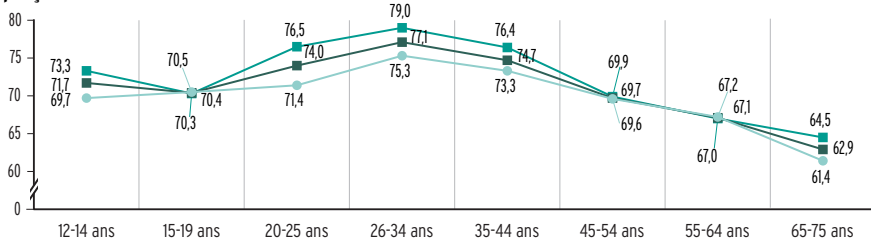
Santé mentale



Santé sociale

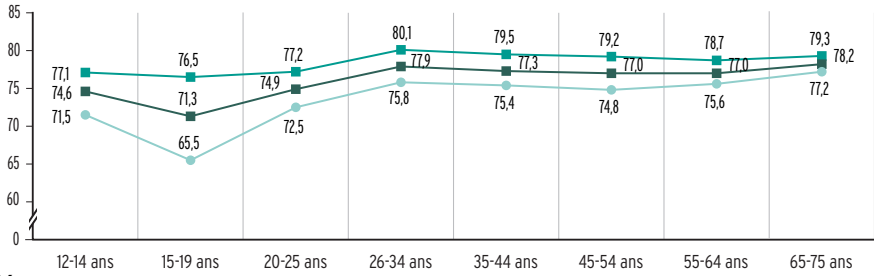


Santé perçue

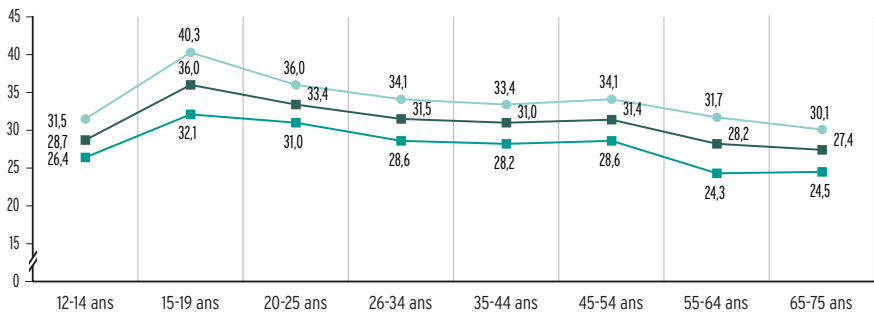


■ Hommes ● Femmes ■ Ensemble

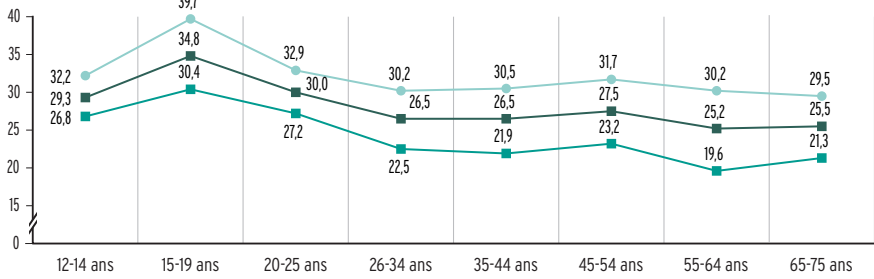
Estime de soi



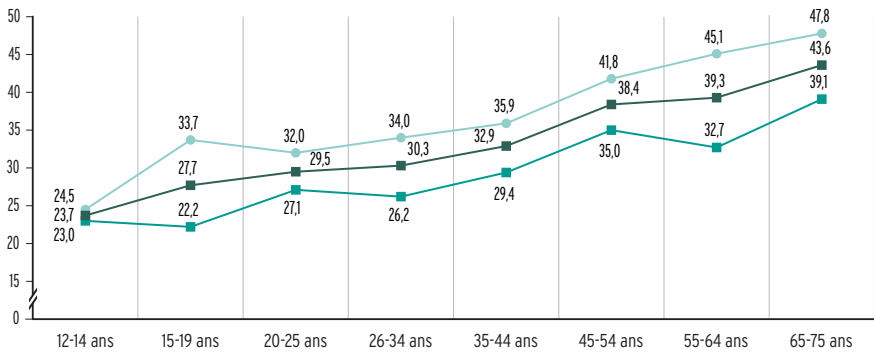
Anxiété



Dépression



Douleur



■ Hommes ● Femmes ■ Ensemble

la plus nette entre classes d'âge concerne la santé physique et la douleur : si les 12-14 ans obtiennent un score de 79,1 pour cette dimension, le score se situe autour de 70,0 entre 45 et 64 ans, pour atteindre 66,2 chez les plus âgés. En revanche, le score de santé mentale a tendance à augmenter avec l'âge, les personnes entre 65 et 75 ans obtenant le score moyen le plus élevé (77,4).

Une attention particulière doit être portée aux 15-19 ans qui présentent, sur plusieurs dimensions, des scores moyens très bas tranchant avec leurs cadets ou leurs aînés. Cette spécificité est constatée sur l'indice de santé générale mais elle est flagrante pour la santé mentale où les jeunes de 15 à 19 ans obtiennent un score moyen de 68,4, alors que les 12-14 ans ont un score de 72,6 et les 20-25 ans un score de 72,9. Pour cette dernière dimension, la différence est encore plus évidente chez les femmes, entre les adolescentes de 15 à 19 ans (score moyen=62,6) et les jeunes filles des autres classes d'âge (69,3 pour les 12-14 ans et 68,9 pour les 20-25 ans).

Perception dégradée en Ile-de-France et dans le Nord

Les scores de qualité de vie diffèrent au niveau régional essentiellement à travers l'opposition Ile-de-France/autres régions. Les personnes dont le domicile principal se situe en Ile-de-France obtiennent des scores de qualité de vie significativement moins bons dans la dimension de la santé physique (71,3 vs 72,5 pour le reste de la France ; $p < 0,05$), mais surtout dans le domaine de la santé mentale (72,5 vs 75,1 ; $p < 0,001$). Leur niveau d'anxiété et de dépression est par ailleurs plus élevé, respectivement 33,1 et 30,0 versus 30,5 et 27,0 pour les sujets dont le domicile n'est pas situé en Ile-de-France ($p < 0,001$).

La deuxième région se distinguant par une qualité de vie moindre, selon les critères de Duke, est la région Nord-Pas-de-Calais ; le

score de santé physique est significativement inférieur (69,8 vs 72,4 ; $p < 0,001$), de même que celui de la santé sociale (65,3 vs 66,9 ; $p < 0,01$). Alors que le score de santé perçue n'est pas différent en région Ile-de-France malgré des niveaux de qualité de vie mesurés moindres, ce même score est très inférieur dans la région Nord-Pas-de-Calais puisqu'il n'atteint que 65,0 sur une échelle de 100 versus 71,8 dans les autres régions ($p < 0,001$).

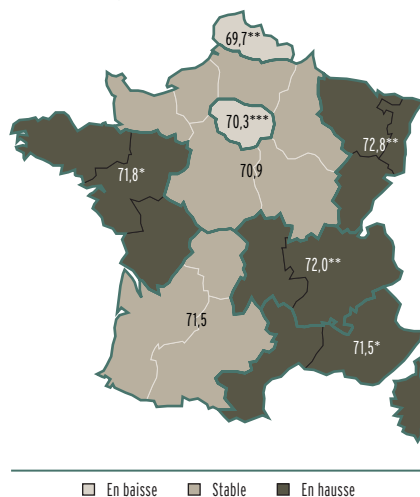
Les meilleurs scores de santé générale sont obtenus par les personnes habitant les régions de l'est de la France, le Centre-Est, ainsi que la Méditerranée [figure 3].

Situation professionnelle et professions

Les scores de qualité de vie varient significativement selon la situation professionnelle

FIGURE 3

Scores de santé générale parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon la région



* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. Significativités obtenues après analyses multivariées intégrant les variables sexe, âge, situation professionnelle, PCS, niveau de revenus, diplômes, situation familiale et existence ou non de maladies chroniques.

des individus interrogés. Les scores de santé physique, mentale et sociale des personnes déclarant être à la retraite sont très supérieurs à ceux des personnes qui travaillent ; ils sont supérieurs de 2,0 à 2,5 points, après ajustement sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, les revenus et d'autres variables sociodémographiques².

À l'inverse, les personnes déclarant être au chômage obtiennent des scores significativement inférieurs dans la dimension de la santé mentale (70,1 vs 75,0 ; $p < 0,001$) et pour l'estime de soi (73,1 vs 76,8 ; $p < 0,001$). Leur score de dépression est par ailleurs plus élevé (30,9 vs 27,3 ; $p < 0,001$).

Les scores de santé diffèrent peu selon les professions et catégories sociales des individus interrogés. Après ajustement, les professions et catégories sociales dites supérieures (artisans, commerçants, cadres supérieurs et professions intermédiaires) obtiennent cependant un score de santé sociale significativement supérieur aux autres professions (69,0 vs 64,6 ; $p < 0,001$). Le score de santé générale est lui aussi légèrement supérieur pour ces personnes (73,1 vs 70,2 ; $p < 0,001$).

Niveaux de revenus et diplômes

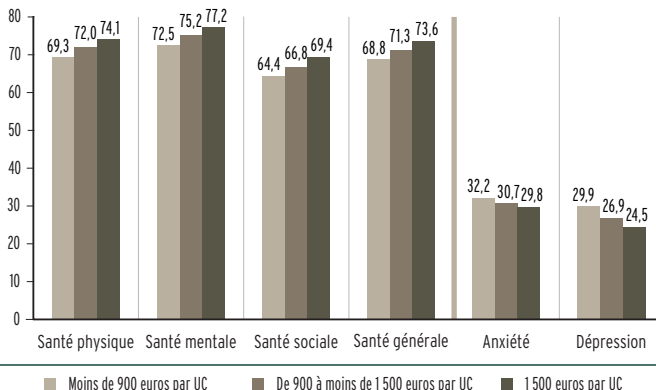
L'ensemble des scores de santé calculés selon les critères du Duke diffèrent selon le niveau de revenus des foyers interrogés. Quels que soient les scores considérés, ces derniers vont tous dans le sens d'une augmentation de la qualité de vie avec la hausse des revenus moyens déclarés : ainsi, les personnes disposant mensuellement de moins de 900 euros par unité de consommation (UC) obtiennent un score de santé physique de 69,3 sur l'échelle allant de 0 à 100, un score de santé mentale de 72,5 et un score de santé sociale de 64,4 *versus* respectivement 74,1, 77,2 et 69,4 parmi les personnes déclarant 1 500 euros par UC ($p < 0,001$). Les scores d'anxiété, de dépression et de douleur connaissent une tendance similaire [figure 4].

Les personnes ayant les plus hauts niveaux de diplômes obtiennent les meilleurs scores de santé, sauf pour le score d'anxiété qui

2. Outre la situation professionnelle, les variables prises en compte dans le modèle multivarié sont : le sexe, l'âge, le zonage urbain, la PCS, le niveau de revenus par UC, le niveau de diplôme, la situation familiale et l'existence ou non de maladies chroniques.

FIGURE 4

Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon le niveau de revenus par unité de consommation



s'avère, après ajustement sur différentes variables sociodémographiques, indépendant du niveau d'études **[figure 5]**. Pour les autres dimensions du Duke, les différences observées sont significatives : le score de santé physique passe de 70,8 pour les personnes n'ayant pas le niveau baccalauréat à 75,1 pour celles qui ont un diplôme de niveau au moins équivalent à bac + 5 ($p < 0,001$), et le score de santé mentale passe de 73,7 à 78,0 ($p < 0,001$). La différence la plus marquée concerne la dimension sociale : les personnes au plus haut niveau d'études (bac + 5 ou plus) obtiennent des scores de santé sociale supérieurs d'environ 8 points à ceux n'ayant aucun diplôme. Le score de dépression diminue quant à lui régulièrement avec l'augmentation du niveau de diplôme : il passe de 30,2 pour les non-diplômés à 23,9 pour les plus diplômés de l'échantillon ($p < 0,001$).

Composition du foyer

La composition familiale (ou du foyer), c'est-à-dire le fait de vivre en couple, de vivre seul ou de vivre « *non seul* » (terme qualifiant toutes les personnes non seules et non en couple, c'est-

à-dire les personnes déclarant par exemple vivre avec leurs parents, leurs enfants...), modifie certains scores de santé. Le fait de vivre en couple améliore l'ensemble des principaux scores tels que les scores de santé physique, mentale et sociale (donc générale) ou bien les scores d'anxiété, de dépression et d'estime de soi par rapport aux personnes vivant seules **[figure 6]**. Le fait de vivre avec d'autres personnes dans le foyer (mais pas en couple) améliore également la qualité de vie, notamment sur le plan de la santé sociale, de la santé générale et de l'estime de soi par rapport au fait de vivre seul ; cependant, ce résultat doit être nuancé, notamment après avoir pris en compte différents facteurs socio-démographiques **[tableau II]**.

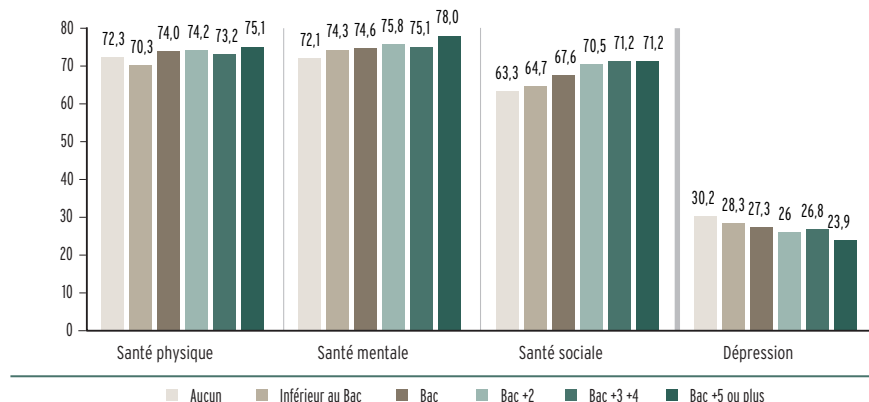
Maladies chroniques

Les personnes déclarant avoir une maladie chronique³ ont des scores de santé nettement plus faibles que les autres, et ce quelle

3. Une définition était précisée dans la question : « Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps — au moins six mois — et qui peut nécessiter des soins réguliers ? »

FIGURE 5

Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon le niveau du plus haut diplôme obtenu



que soit la dimension étudiée. Certaines différences sont particulièrement marquées : c'est le cas pour le score de santé perçue et le score de santé physique, pour lesquels une différence supérieure de dix points est constatée après ajustement sur différentes variables sociodémographiques [tableau II]. Ainsi, les personnes déclarant souffrir

d'une maladie chronique ont un score de santé perçue de 56,2 *versus* 75,5 pour celles ne déclarant pas de maladie chronique ($p < 0,001$), et un score de santé physique de 62,5 *versus* 75,0 ($p < 0,001$). Les scores de santé mentale ainsi que les scores d'anxiété et de dépression sont, eux aussi, très significativement différents [figure 7].

FIGURE 6

Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon la composition du foyer

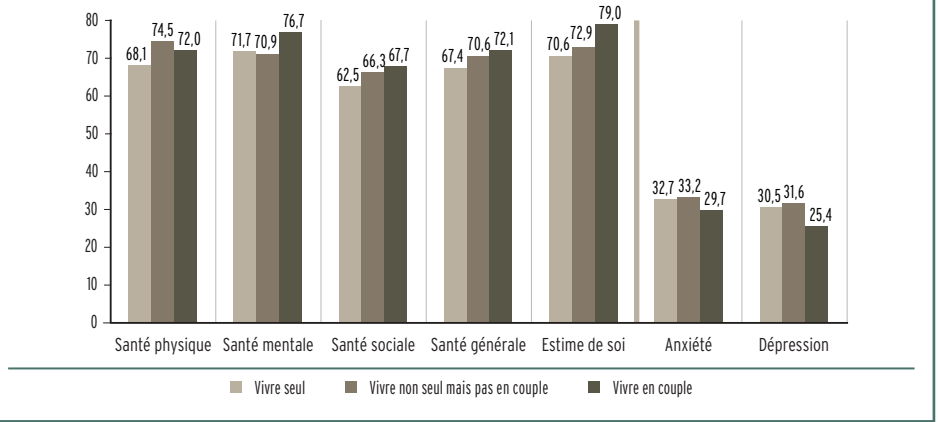


FIGURE 7

Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon la déclaration d'une maladie chronique

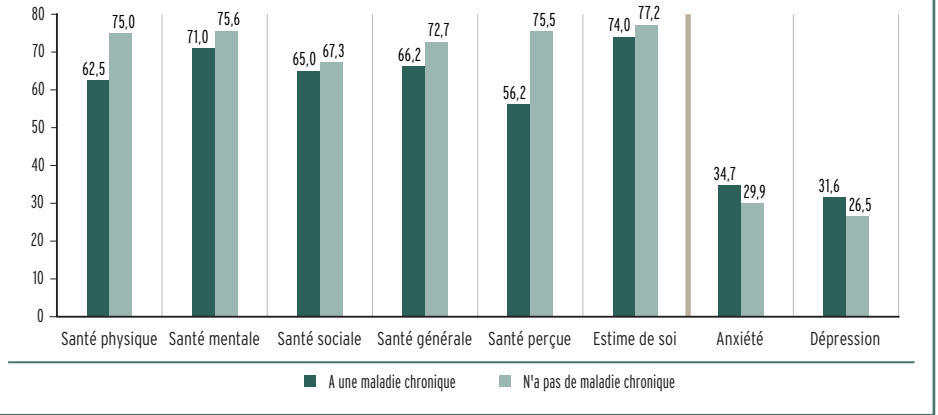


TABLEAU II

Résultats des analyses multivariées sur l'ensemble des principaux scores de santé, selon les critères de

	Santé générale		Santé physique		Santé mentale		Santé
	coef.	signif.	coef.	signif.	coef.	signif.	coef.
Sexe							
Homme (réf.)	1		1		1		1
Femme	-5,1	***	-8,7	***	-7,5	***	1
Âge							
Réf. : 12 ans	1		1		1		1
Avoir un an de plus (jusqu'à 75 ans)	-0,1	***	-0,1	***	0		-0,1
Région							
Est (réf.)	1		1		1		1
Bassin parisien Ouest	-0,9		-0,4		0		-2,1
Bassin parisien Est	-1		-0,8		-0,4		-1,7
Nord	-2,8	***	-3,8	***	-1,6		-2,6
Ouest	-0,8		0,2		-1,2		-1,4
Région parisienne	-3,1	***	-3,3	***	-3,3	***	-2,7
Sud-Ouest	-1,3	*	-0,7		-0,9		-2,2
Centre-Est	-0,4		0,6		-1,2		-0,8
Méditerranée	-0,3		0,4		-0,2		-1,2
Situation professionnelle							
Retraite (réf.)	1		1		1		1
Études	-2,1	*	-2,5		-3,7	*	-0,1
Chômage	-3,4	***	-1,5		-6,1	***	-2,3
Travail	-2,3	***	-2,0	**	-2,4	***	-2,3
Autres inactifs	-2,2	**	-1,2		-2,9	*	-2,1
Profession et catégorie socioprofessionnelle							
Artisans, commerçants, cadres (réf.)	1		1		1		1
Agriculteurs, ouvriers, employés	-0,7	*	-0,5		0,1		-1,5
Revenu mensuel par unité de consommation							
1500 euros ou plus (réf.)	1		1		1		1
De 900 à moins de 1500 euros	-1,2	***	-1,6	***	-1,1	*	-0,9
Moins de 900 euros	-2,0	***	-2,9	***	-1,5	*	-1,8
Diplôme							
Bac + 5 et plus (réf.)	1		1		1		1
Bac + 3 + 4	-0,6		-0,4		-1		-0,5
Bac + 2	-0,3		0,1		-0,6		-0,4
Bac	-0,7		0,7		-0,7		-2,1
Inférieur au bac	-2,8	***	-1,6	*	-1,8	*	-5,0
Aucun	-5,5	***	-4,4	***	-3,6	**	-8,7
Situation familiale							
Vivre en couple (réf.)	1		1		1		1
Vivre non seul mais pas en couple	-2,8	***	-0,8		-3,2	***	-4,4
Vivre seul	-4,0	***	-2,1	***	-4,1	***	-5,7
Maladie chronique							
Non (réf.)	1		1		1		1
Oui	-5,9	***	-10,2	***	-5,4	***	-2,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Exemple de lecture des coefficients : le score de santé générale des femmes est inférieur de 5,1 points en moyenne à celui des hommes, toutes choses (autres variables du tableau)

Duke (régression linéaire multiple)

sociale	Santé perçue		Estime de soi		Anxiété		Dépression	
signif.	coef.	signif.	coef.	signif.	coef.	signif.	coef.	signif.
	1		1		1		1	
**	-1,1		-3,6	***	5,7	***	7,8	***
	1		1		1		1	
***	-0,1		0		-0,1	***	-0,1	*
	1		1		1		1	
*	3,6	*	-1,6	*	1,3		0,5	
*	0,9		-1,6	*	1,3		1,4	
**	-5,2	**	-1,9	*	2,7	**	3,0	**
*	1,9		-2,2	**	1,4		1,2	
***	1,3		-3,3	***	3,6	***	4,0	***
**	0,4		-2,9	***	2,1	**	1,3	
	1,3		-1,7	*	1,1		1,1	
	0,2		-1,1		0,5		0,3	
	1		1		1		1	
	2,6		-0,3		2,0		3,5	*
**	1,9		-3,5	***	2,6	**	4,5	***
***	2,4	*	-0,8		2,5	***	1,7	*
*	3,1		-1,7		2,0		2,5	*
	1		1		1		1	
***	-0,1		-0,3		-0,4		0,5	
	1		1		1		1	
*	-2,0	*	-1,0	*	0,6		1,5	**
**	-3,6	***	-0,6		0,4		2,0	***
	1		1		1		1	
	-0,7		-1,2		0,5		0,9	
	-0,4		-0,1		-0,2		0,1	
**	-1,9		-0,2		-0,6		-0,1	
***	-6,0	***	-1,4		0,5		1,4	
***	-5,8	**	-2,3	*	2,6	*	3,6	**
	1		1		1		1	
***	-3,7	**	-5,4	***	2,0	**	3,0	***
***	-0,5		-8,4	***	2,6	***	4,0	***
	1		1		1		1	
***	-18,9	***	-4,0	***	6,1	***	5,9	***

égales par ailleurs.

Événements de vie

Plusieurs questions relatives à des événements douloureux lors de l'enfance ou de l'adolescence ont été posées à l'ensemble des personnes âgées de 18 ans ou plus. Elles portaient sur le vécu de problèmes familiaux (séparation, disputes des parents)⁴, de maladies (du père et de la mère)⁵, ainsi que d'éventuels problèmes financiers avant l'âge de 18 ans⁶.

Si l'ensemble de ces événements passés semble *a priori* fortement lié à la perception qu'ont les individus de leur qualité de vie actuelle, certaines nuances apparaissent cependant selon le sexe, et certains liens disparaissent après ajustements⁷ [tableau III].

Chez les hommes, et de manière plus prononcée chez les femmes, les problèmes financiers vécus pendant l'enfance ou à l'adolescence sont liés à une moins bonne perception générale de la santé. Les scores diminuent significativement avec l'augmentation de la

4. « Avez-vous connu des événements familiaux avant d'avoir atteint 18 ans comme : 1. Séparation ou divorce de vos parents ; 2. Graves disputes ou mésententes entre vos parents ? »

5. « Avez-vous connu des événements familiaux avant d'avoir atteint 18 ans comme : 1. Maladies, handicaps ou accidents graves de votre père (y compris décès) ; 2. Maladies, handicaps ou accidents graves de votre mère (y compris décès) ? »

6. « D'une manière générale, votre famille avait-elle de gros problèmes d'argent durant votre jeunesse ? » Les réponses proposées étaient : 1. « Oui, souvent depuis ma naissance », 2. « Oui, à partir d'une certaine époque », 3. « Non, pas de problèmes particuliers, mais votre famille n'était pas riche », 4. « Non, jamais ou presque ».

7. Les régressions linéaires multiples réalisées intégraient l'ensemble des variables « événements de vie », ainsi que l'âge, le niveau de revenus par unité de consommation et la présence ou non d'une maladie chronique.

TABLEAU III

Scores de santé générale selon les événements douloureux vécus avant l'âge de 18 ans chez les hommes et chez les femmes (comparaison de moyennes et analyses multivariées^a)

	Hommes			Femmes		
	Score de santé générale	coef.	signif.	Score de santé générale	coef.	signif.
Problèmes financiers durant la jeunesse						
Jamais ou presque (réf.)	75,4	1		70,9	1	
Non, mais famille pas riche	74,4	-0,5		68,8	-1,5	***
Oui, à partir d'une époque	71,2	-2,7	***	64,3	-4,0	***
Oui, souvent depuis la naissance	69,4***	-3,1	***	63,4***	-4,7	***
Séparation, divorce des parents						
Non (réf.)	74,3	1		69,0	1	
Oui	71,9***	0,4		65,9***	0,0	
Maladie du père						
Non (réf.)	74,3	1		68,9	1	
Oui	72,2***	-0,9		66,3***	-0,3	
Maladie de la mère						
Non (réf.)	74,2	1		68,9	1	
Oui	72,1**	-1,2		65,3***	-1,7	**
Graves disputes entre les parents						
Non (réf.)	75,0	1		69,9	1	
Oui	70,7***	-3,7	***	65,1***	-3,9	***

** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. L'ensemble de ces résultats ont par ailleurs été ajustés sur l'âge, les revenus par unité de consommation et la déclaration ou non d'une maladie chronique. Exemple de lecture des coefficients : Le score de santé générale est inférieur de 3,7 points en moyenne parmi les individus déclarant avoir connu avant 18 ans de graves disputes entre les parents par rapport à celui des individus n'en ayant pas déclaré, et ce quels que soient l'âge, les revenus du foyer ou la déclaration d'une maladie chronique.

fréquence de ces problèmes : les personnes déclarant avoir souvent souffert de problèmes d'argent ont des scores inférieurs de 4 points en moyenne chez les hommes et de près de 5 points chez les femmes aux personnes n'ayant jamais eu et ne considérant pas leur famille comme « pauvre » ($p < 0,001$).

La maladie, le handicap ou l'accident d'un des parents ou des deux n'est pas associé, après ajustement, à une modification de la perception de la qualité de vie pour les hommes. À l'inverse, les femmes déclarant avoir connu, avant l'âge de 18 ans, la maladie, l'accident ou la mort de leur mère ont des scores de santé, selon les critères du Duke, significativement inférieurs (de 2 points en moyenne) à celles n'ayant pas rencontré ce type de problème.

Les personnes ayant vécu dans leur jeunesse la séparation ou le divorce de leurs parents perçoivent, au moment de l'enquête, leur santé de manière plus négative (68,5 vs 71,6 ; $p < 0,001$). Or, après ajustement sur le fait de déclarer avoir vécu de graves disputes avant l'âge de 18 ans, ce lien n'est plus significatif. Ainsi, c'est moins la séparation de ses parents lors de sa jeunesse que les mésententes qui influent sur les scores de santé générale : les personnes déclarant avoir connu des disputes graves avant l'âge de 18 ans ont en moyenne des scores inférieurs de près de 4 points ($p < 0,001$), autant chez les hommes que chez les femmes.

RETRAITE ET QUALITÉ DE VIE

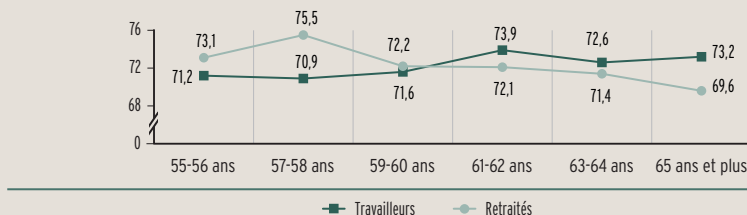
La retraite, événement important de la vie professionnelle et sociale, entraînant de profonds changements dans la vie quotidienne, dans les relations familiales ou sociales, apparaît une période de la vie caractérisée par des perceptions de la santé spécifiques.

Chez les moins de 60 ans, les scores de santé générale sont légèrement plus élevés pour les retraités que pour les actifs occupés (73,4 vs 71,1 pour les 55-60 ans). Aux alentours de 60 ans, le score de santé générale des personnes à la retraite amorce une chute, pour ne plus être que de 69,6 sur 100 à partir de 65 ans [figure ci-dessous]. À l'inverse, la qualité de vie des travailleurs,

qui était relativement stable parmi les 55 et 60 ans, s'améliore considérablement à partir de 60 ans, pour atteindre un score de santé générale de 73,2 sur 100 chez les 65 ans et plus. Il est à noter que les travailleurs dont il est question sont peu nombreux. Ils ne sont plus que 8,5 % entre 62 et 64 ans ; 2,2 % entre 65 et 67 ans, ensuite la quasi-totalité de la population est à la retraite (0,8 % de travailleurs entre 68 et 70 ans).

Les personnes qui continuent à travailler après 60 ans sont le plus souvent cadres (35,9 %) ou employés (21,3 %), et beaucoup plus rarement agriculteurs (4,9 %) ou ouvriers (6,1 %).

Scores de santé générale des personnes entre 55 et 75 ans, selon qu'elles travaillent ou qu'elles sont à la retraite



Les évolutions constatées depuis 1995 parmi les 18-75 ans

De façon générale, on constate peu d'évolutions dans la perception de la qualité de vie depuis l'enquête de 1995. Le score de santé générale a légèrement augmenté, passant de 69,8 à 71,2 ($p < 0,001$). Cela traduit essentiellement une évolution dans le domaine de la santé mentale [tableau IV].

Les principales différences observées suivant le sexe et l'âge, concernent les

femmes entre 55 et 75 ans. Celles-ci obtiennent en 2005 des scores de qualité de vie supérieurs à ceux obtenus lors des dernières enquêtes, évolution se reflétant autant dans la perception de leur santé physique [figure 8] que mentale [figure 9]. Ainsi, alors que les scores de santé physique étaient en 1995 et 2000, respectivement de 56,5 et 60,0 pour les femmes de 55 à 75 ans et les scores de santé mentale de 63,4 et 68,5, ils atteignent respectivement 63,1 et 73,2 en 2005.

TABLEAU IV

Évolution des principaux scores de santé selon les critères de Duke depuis 1995, parmi les 18-75 ans

	1995	2000	2005	Différence 1995/2005	Différence 2000/2005
Santé générale					
18-75 ans	69,8	71,0	71,2	***	ns
Homme	73,8	74,3	74,0	ns	ns
Femme	66,1	67,8	68,5	***	**
Santé physique					
18-75 ans	71,9	71,4	71,7	ns	ns
Homme	77,6	76,5	76,3	*	ns
Femme	66,5	66,4	67,4	ns	**
Santé mentale					
18-75 ans	72,2	73,6	75,1	***	***
Homme	77,2	78,1	79,2	**	***
Femme	67,3	69,3	71,3	***	***
Santé sociale					
18-75 ans	65,1	67,7	66,7	***	***
Homme	65,7	68,0	66,5	ns	***
Femme	64,4	67,4	66,8	***	*

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.

FIGURE 8

Scores de santé physique parmi les 18-75 ans depuis 1995

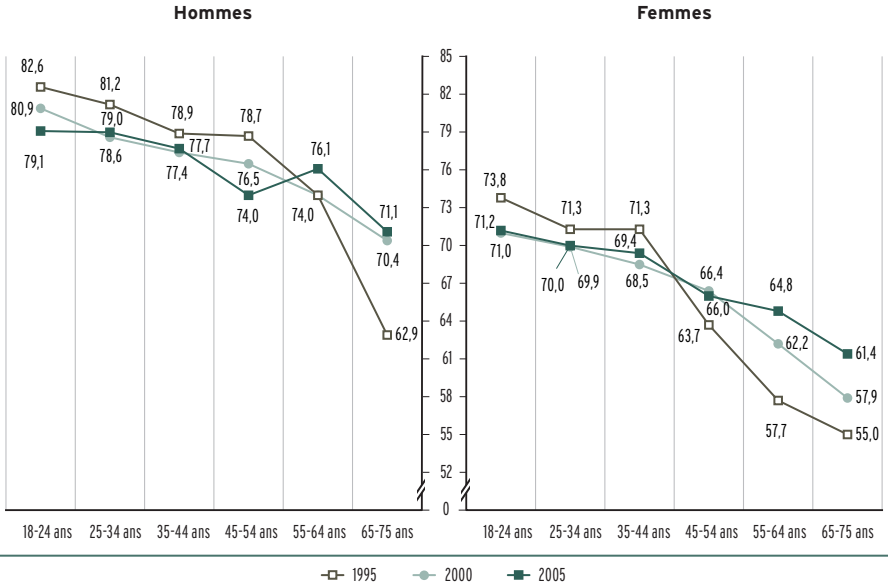
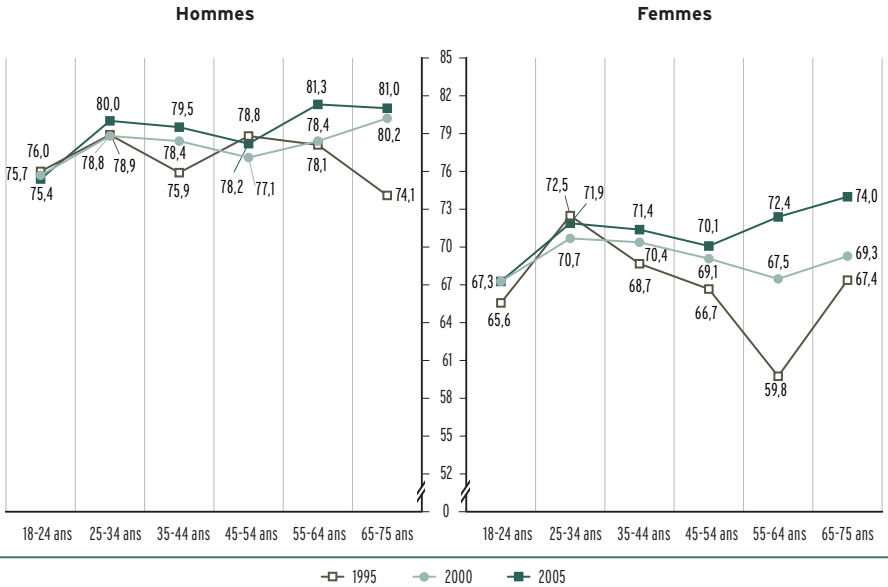


FIGURE 9

Scores de santé mentale parmi les 18-75 ans depuis 1995



DISCUSSION

Les scores de santé mesurés par l'échelle de Duke n'ont que peu évolué depuis 1995, traduisant une certaine stabilité dans l'estimation de la qualité de vie. Les Français, dans leur ensemble, restent largement positifs quant à l'évaluation de leur santé : près de neuf sur dix déclarent ainsi en 2005 être « *tout à fait* » ou « *à peu près* » bien portants.

Même s'il peut exister un écart entre l'état de santé physique (présence ou absence de douleur, de pathologie) et la qualité de vie estimée par l'individu [2], ces perceptions positives de la santé sont largement influencées par la déclaration d'une maladie chronique, comme cela a déjà été montré à de nombreuses reprises et notamment concernant le cancer, l'asthme, ou le diabète insulino-dépendant [7, 8]. La présence d'une maladie pèse en effet négativement sur la qualité de vie, principalement en agissant sur la santé fonctionnelle et les symptômes ressentis (douleur et fatigue). L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques est d'ailleurs depuis quelques années un objectif prioritaire : la loi de santé publique d'août 2004 fait explicitement référence à cette amélioration, à la fois dans une démarche transversale aux maladies chroniques et plus particulièrement pour les patients atteints d'insuffisance rénale, d'arthrose ou encore de polyarthrite rhumatoïde.

L'éducation thérapeutique du patient, qui vise avant tout à permettre de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage, a fait preuve de son efficacité [9-11]. En pratique, l'éducation thérapeutique du patient repose sur « *des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique* » [12], qui permettent au patient de prendre en charge de manière active sa maladie et plus largement sa santé.

Cette démarche est déjà largement intégrée à la prise en charge de certains patients, tels que les personnes asthmatiques ou diabétiques. Elle gagnerait à être développée dans le plus nombre d'affections possible, ainsi que le recommande l'OMS. Différents travaux sont menés actuellement dans cet objectif au niveau national, notamment par le ministère de la Santé, la Cnamts, la HAS et l'INPES. Au niveau local, des activités éducatives se développent dans des lieux de soins, des réseaux, des associations de patients, etc. [13]. L'amélioration de la relation médecin-malade — et plus largement de la communication entre patients et soignants — apparaît également comme un facteur jouant sur la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [14].

Si l'état de santé « objectif » — qui renvoie à la présence ou à l'absence d'une maladie chronique et à son retentissement fonctionnel [15] — est l'un des principaux facteurs de la perception de sa santé, il ne doit pas être considéré comme l'unique. À état de santé physique égal, les niveaux de qualité de vie mesurés varient en fonction de divers facteurs tels que l'origine ethnique ou bien les stratégies de *coping*⁸ des individus [16]. De même, le Baromètre santé 2005 montre que le sexe, l'âge, mais aussi de multiples facteurs sociodémographiques ou événements de vie y sont fortement liés.

Les femmes ont une appréciation plus négative de leur santé que les hommes sur toutes les dimensions considérées de la qualité de vie, à l'exception de la santé sociale. De façon générale, et sur de nombreux indicateurs tant physiques que mentaux, l'état de santé observé des

8. Ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique.

femmes apparaît plus mauvais que celui des hommes, sauf pour la mortalité ; les femmes consultent également plus souvent leur médecin que les hommes. Cette situation pourrait s'expliquer par une plus grande vulnérabilité physique des femmes, par une confrontation plus fréquente à des facteurs stressants et des conflits ; mais elle doit aussi être vue comme l'expression de représentations de la santé et de la maladie différentes entre hommes et femmes, dépendant fortement des rôles sociaux attendus pour chaque sexe [17-19].

La perception qu'ont les adolescentes âgées de 15 à 19 ans de leur santé apparaît particulièrement inquiétante. Leurs scores de santé, notamment pour ce qui concerne la santé mentale, sont en effet les plus bas observés, et cette situation a peu évolué depuis les premiers Baromètres santé [20]. Ces scores péjoratifs sont certainement à mettre en lien avec une survenue de la puberté globalement moins bien vécue par les filles que par les garçons [21], et une estime de soi plus basse chez les filles que chez les garçons, y compris dans les domaines où elles obtiennent objectivement de meilleurs résultats [22]. Enfin, les filles tendent davantage que les garçons à adopter des stratégies de *coping* actif, associant une expression plus directe des plaintes à un recours facilité aux ressources existantes, là où « *les garçons fonctionnent plus souvent dans le déni des réalités stressantes* » [23]. La qualité de vie inférieure des filles, ainsi que leur capacité à exprimer leur mal-être et à utiliser les ressources lorsqu'elles sont mises à leur disposition, montrent l'importance d'être particulièrement attentif aux signes de mal-être des adolescentes, de façon à y répondre de manière adaptée.

Concernant les plus de 60 ans, le Baromètre santé montre qu'ils apprécient leur santé physique et sociale de façon plus négative que les plus jeunes : même s'il demeure difficile de trancher entre un effet

d'âge et un effet de génération, ce contraste est à mettre en relation avec le déclin de leurs capacités physiques, l'apparition de pathologies ou de douleurs, les changements dans leur vie professionnelle et sociale [17, 24]. En revanche, leurs scores de santé mentale sont plus élevés que ceux de leurs cadets. Le bien-être psychologique serait modulé en grande partie par les événements de vie qui peuvent être, pour certains d'entre eux, moins fréquents avec l'avance en âge (stress professionnel, déménagements, difficultés financières) ; l'adaptation des individus les plus âgés au vieillissement et la comparaison avec des contemporains peuvent également expliquer ce relatif optimisme des personnes âgées sur leur santé mentale [24, 25].

Les scores de qualité de vie observés parmi les personnes résidant en région parisienne ainsi que dans le nord de la France sont moindres que dans le reste de la France et s'accompagnent d'indices d'anxiété et de dépression plus importants. Ces résultats, déjà observés lors de précédentes enquêtes, notamment parmi des populations de jeunes et jeunes adultes [26] — et en accord avec différentes données d'état de santé mesuré par des indicateurs tels que la mortalité, la morbidité, ou les habitudes de vie observés ces dernières années [27] —, ne peuvent être considérés comme l'effet d'une plus ou moins forte urbanisation, ce facteur n'étant pas significativement lié à la perception de la qualité de vie dans cette enquête. Par ailleurs, le gradient nord-sud observé en Europe concernant la prévalence de la bonne santé perçue — les pays du nord affichant une meilleure santé que ceux du sud [28] — n'est pas mis en évidence, à une plus petite échelle, par le Baromètre santé. Ainsi, il faut sans doute voir dans ces différences l'effet du cumul de certaines difficultés particulièrement vives dans ces régions : insécurité professionnelle, chômage, précarité, mauvaises conditions de vie, etc. [29].

D'une façon générale, le constat d'une moins bonne perception de santé chez les ouvriers, les personnes à la recherche d'un emploi, mais aussi et surtout chez les personnes disposant des revenus les moins élevés et des plus bas diplômes, est en concordance avec l'ensemble des indicateurs de morbidité et de mortalité de ces populations. En 2006, les inégalités sociales de santé sont en effet encore marquées dans notre pays et semblent même s'accroître malgré un niveau d'offres de soins (curatifs ou préventifs) élevé [30]. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps, et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Ce sont également les personnes les plus vulnérables économiquement qui accèdent le moins facilement à l'offre de soins, aux dépistages ou encore aux bénéfiques des grandes campagnes de prévention [31, 32]. L'ensemble de ces résultats interroge bien évidemment sur les stratégies développées actuellement et par le passé en matière de prévention et de soins. En effet, ces stratégies ne semblent pas avoir fait la preuve de leur efficacité dans la lutte contre les inégalités de santé et, par ricochet, contre les inégalités de qualité de vie. Une démarche de promotion de la santé, à la fois sanitaire, sociale et politique, agissant simultanément sur les cinq axes proposés par la charte d'Ottawa (élaboration de politiques pour la santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles et réorientation des services de santé) [33], paraît indispen-

sable pour affronter les défis globaux posés par ces inégalités de santé et de qualité de vie.

Aux côtés des déterminants socio-économiques, les facteurs individuels, l'environnement familial ou encore les trajectoires de vie se révèlent largement discriminants des perceptions de santé. Les personnes les plus isolées sont, à l'inverse des personnes vivant en couple, celles dont la perception de la qualité de vie, dans l'ensemble de ses dimensions, est la plus mauvaise. Outre la situation familiale actuelle, certains événements familiaux vécus pendant l'enfance, et pour lesquels des liens avec certains troubles de santé ont déjà été démontrés, se retrouvent également associés à des scores de qualité de vie moindres [34]. Il s'agit là d'un argument supplémentaire pour souligner la nécessité d'accompagner et de prendre en charge les enfants et adolescents confrontés à des situations familiales sources de violences psychiques.

La qualité de vie est ainsi un phénomène multidimensionnel, influencé par de nombreux facteurs (démographiques, économiques, sociaux, familiaux, etc.) et dépendant de bien d'autres paramètres non explorés dans cette enquête. La quantification du rôle de certains de ces principaux déterminants devrait permettre de mieux cibler les interventions, qu'il s'agisse d'actions d'éducation pour la santé ou d'actions sociopolitiques plus larges, et d'adapter les approches, dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie, en accord avec la perception des personnes visées.

Remerciements

Serge Briançon (École de santé publique de Nancy)
Christine Ferron (Fondation de France)
Cécile Fournier (INPES)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

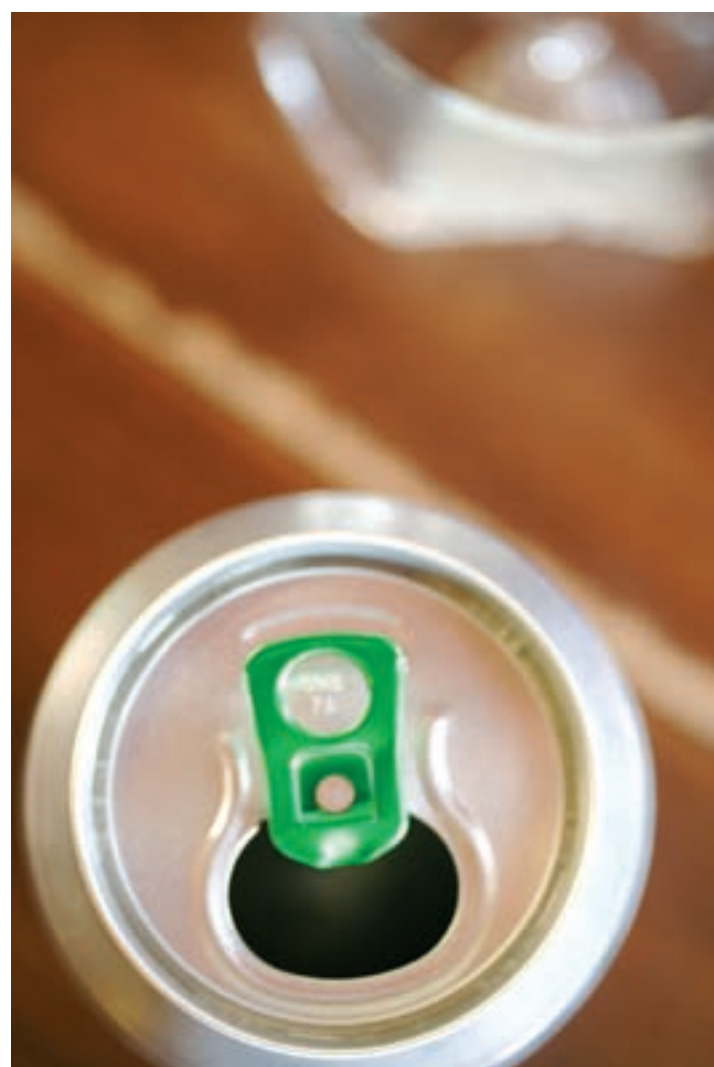
- [1] Nutbeam D.
Glossaire de la promotion de la santé.
Genève : OMS, 1999 : 25 p.
En ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf
- [2] Bruchon-Schweitzer M.
Santé, bien-être et qualité de vie. In :
Psychologie de la santé.
Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2002 : 43-84.
- [3] Leplège A.
Les mesures de la qualité de vie.
Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 1999 ; 3506 : 128 p.
- [4] Direction générale de la Santé.
Santé publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels.
Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ; 8 décembre 2004 ; Paris, France.
Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2004 : 118 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/qualite_maladies_chroniques/actes.pdf
- [5] Parkerson G.R., Broadhead W.E., Tse C.K.
The Duke health profile. A 17-item measure of health and dysfunction.
Medical care 1990 ; 28(11): 1056-72.
- [6] Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J.-M., Bouchet C., Briançon S.
Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé.
Santé publique 1997 ; 9 (1) : 35-44.
- [7] Boini S., Briançon S., Guillemin F., Galan P., Hercberg S.
Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: a longitudinal pre-post assessment.
Health and Quality of Life Outcomes 2004 ; 2(1): 4.
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=317475&blobtype=pdf>
- [8] Dantzer C.
Anxiété dépression et facteurs psychologiques chez les adolescents malades chroniques [thèse].
Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2002 : 155 p.
- [9] Sandrin Berthon B.
L'éducation du patient au secours de la médecine.
Paris : Puf, coll. Biennales de l'éducation, 2000 : 198 p.
- [10] Perterson A.M., Takiya L., Finley R.
Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence.
American Journal of Health-System Pharmacy 2003 ; 60(7): 657-65.
- [11] Gibson P.G., Powell H., Coughlan J., et al.
Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2002 ; 3: 58p.
En ligne : http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001117/pdf_fs.html
- [12] Organisation mondiale de la santé (OMS).
Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques.
Copenhague : OMS, Bureau régional pour l'Europe, 1998 : 88 p.
- [13] Fournier C., Mischlich D., d'Ivernois J.-F., Sandrin Berthon B., Ménard J.
L'éducation du patient en France : bilan des pratiques ; perspectives d'évolution.
Bulletin d'éducation du patient à sa maladie 2000 ; 19 (1) : 22-5.
- [14] Santé Canada.
Outils de communication II. La communication efficace... à votre service.
Ottawa : Santé Canada, 2001 : 31 p.
En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/pdf/tt2resource_f.pdf
- [15] Organisation mondiale de la santé (OMS).
Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.
Genève : OMS, 2001.
En ligne : <http://www.who.int/classifications/icf/site/onlinebrowser/icf.cfm>
- [16] Muldoon M.F., Barger S.D., Flory J.D., Manuck S.B.
What are quality of life measurements measuring?
BMJ 1998 ; 316: 542-5.
En ligne : <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7130/542>
- [17] Schulze C., Welters L.
L'incidence de l'âge et du sexe sur la conception de la santé. In : Flick U.
La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales.
Paris : L'Harmattan, 1992 : 85-106.
- [18] Hunt K., Macintyre S.
Genre et inégalités sociales en santé. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T.
Les inégalités sociales de santé.
Paris : Inserm/La Découverte, 2000 : 363-75.

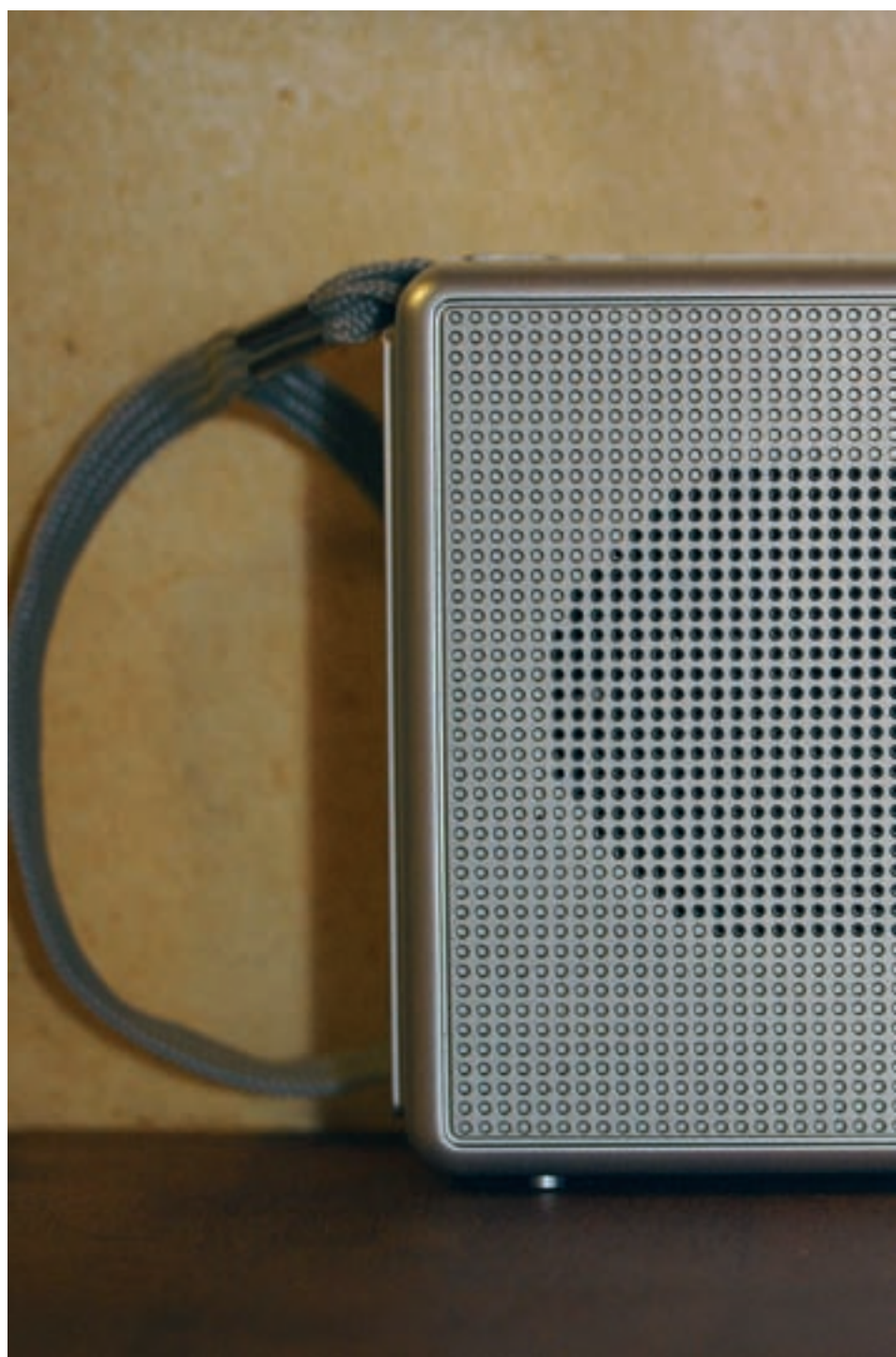
- [19] Kaplan R.M., Anderson J.P., Wingard D.L.
Gender differences in health-related quality of life.
Health Psychology 1991; 10(2): 86-93.
- [20] Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F.
Baromètre santé jeunes 97/98.
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1998 : 328 p.
- [21] Bochereau D., Jeammet P.
La souffrance des adolescents.
Paris : La Découverte, coll. Hors collection social, 2007 : 228 p.
- [22] Bolognini M., Plancherel B., Bettschart W., Halfon O.
Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences.
Journal of Adolescence 1996; 19(3): 233-45.
- [23] Arènes J.
Les malaises somatiques et leur caractère sexué.
Agora débats/jeunesses 2000; 18 : 69-79.
- [24] Coudin G., Paicheler G.
Santé et vieillissement : approche psychosociale.
Paris : Armand Colin, coll. Coursus, 2002 : 171 p.
- [25] Beaufile B., Paillat P.
Qualité de vie et bien-être en psychologie.
Gérontologie et société 1996; 78 : 39-50.
- [26] Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2000 : les comportements des 12-25 ans. Synthèse des résultats nationaux et régionaux. Volume 3.1.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2004 : 216 p.
- [27] Salem G., Rican S., Kurzinger M.L.
Atlas de la santé en France - volume 2. Comportements et maladies.
Montrouge : John Libbey Eurotext, 2006 : 220 p.
- [28] Cambois E., Jusot F.
Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2007; 2-3 : 10-4.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf
- [29] Schopper D.
Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action.
Genève : Planification sanitaire qualitative, Département de l'action sociale et de la santé, 2002 : 59 p.
- [30] Monteil C., Robert-Bobée I.
Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes.
Insee première 2005; 1025 : 4 p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1025.pdf
- [31] Prouvost H., Poirier G.
Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2007; 2-3 : 17-20.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf
- [32] Chauvin F., Brixi O., Roussille B. (sous la dir.).
Du bon usage de la communication en éducation pour la santé.
Séminaire international; 16-17 décembre 1996; Bierville, France.
Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1998 : 289 p.
- [33] **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.**
Ottawa : OMS, Association canadienne de santé publique, Santé bien-être Canada, 1986 : 5 p.
En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/chartre.pdf>
- [34] Menahem G.
Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance.
Population 1992; 4 : 893-932.













LIGHT

LOCK

1

2

3

SLEEP

SLEEP

4

5

6

STOP

TUNING
MIN -
HOUR +

7

8

9

STOP

0

0

0

0

POWER

DUAL TIME

MEM/TIME

DISPLAY

POWER



~~05/07~~

~~01/07~~

~~05/05~~

~~12/05~~

MENDI

~~10/06~~

REKA





L'essentiel

Le tabagisme en France : niveaux et tendances

En 2005, 29,9 % des 12-75 ans déclarent fumer vs 33,1 % en 2000. Le tabagisme reste une pratique plus masculine concernant 33,3 % des hommes et 26,5 % des femmes. Le recul est plus marqué pour les femmes et les plus jeunes. Il est de moindre amplitude pour les 16-45 ans, surtout pour les hommes et, au-delà de cet âge, il n'a pas baissé. En trente ans, la prévalence du tabagisme masculin a été presque divisée par deux. Pour les femmes, on observe également une tendance à la baisse, mais qui a démarré plus tardivement, dans la foulée de la loi Evin de 1991. En un demi-siècle, l'âge moyen à la première cigarette a baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes.

Parmi les fumeurs actuels, 87,8 % déclarent fumer des cigarettes manufacturées et 22,7 % du tabac à rouler (vs 17,4 % en 2000). Seul un sur dix fume des cigarillos ou des cigares. En moyenne, les fumeurs actuels affichent une consommation de 12,5 cigarettes par jour (13,7 pour les hommes, 11,1 pour les femmes). Ce niveau d'usage augmente rapidement avec l'âge ; il atteint un plateau à 36-65 ans, puis recule.

Les facteurs associés au tabagisme

Entre 12 et 25 ans
Les scolarisés fument moins souvent que les jeunes qui ne le sont plus, avec une propension à fumer particulièrement élevée parmi les jeunes hommes au chômage. La décohabitation semble favoriser le tabagisme, de même que la séparation des parents.

Les jeunes fumeuses sont en moins bonne santé, plus anxieuses et plus dépressives. Ce résultat est beaucoup moins net pour les garçons.

Entre 26 et 75 ans
Les plus diplômés sont moins souvent fumeurs et les chômeurs fument plus souvent : 39,2 % pour les femmes, 53,2 % pour les hommes. La vie en couple protégerait du tabagisme, la rupture y exposerait davantage.

Arrêt du tabagisme

En général, l'arrêt se fait entre 35 et 40 ans, pour des personnes qui auront passé la moitié de leur vie à fumer. Les ex-fumeurs qui ont arrêté ces dernières années semblent plus jeunes qu'auparavant, ils motivent plus souvent leur arrêt par une prise de conscience des méfaits du tabagisme, ou le prix des cigarettes.

Les arrêts réussis sont plus souvent le fait des plus diplômés, pour des motifs spécifiques. Un haut niveau d'études semble favoriser l'arrêt. Les motifs qui distinguent les ex-fumeurs des fumeurs actuels sont la lassitude et la prise de conscience des conséquences du tabagisme pour les femmes ; la lassitude et la naissance d'un enfant ou la grossesse de sa partenaire pour les hommes. Ainsi, si le prix constitue une source de motivation pour tous, le succès survient plus souvent lorsque les motifs sont plus profonds que les seules raisons économiques.

Parmi les fumeurs actuels, 76,5 % ont déjà essayé d'arrêter pendant au moins une semaine. Ces fumeurs rapportent en moyenne 3,6 tentatives qui, une fois sur deux, ne dépassent

pas trois mois. 59,6 % des fumeurs admettent avoir envie d'arrêter de fumer, mais les deux tiers n'ont pas de projet précis. Parmi les fumeurs qui ont le projet d'arrêter, 67,7 % envisagent de le faire seul, sans l'aide d'un médecin, et 49,3 % par arrêt volontaire radical (arrêt du jour au lendemain plutôt que réduction progressive de la consommation).

Attitudes et opinions à l'égard des fumeurs

La présence d'enfants en bas âge au domicile n'y empêche pas le tabagisme : parmi les foyers où se trouve un nourrisson âgé de moins de 1 an, seuls 70,5 % sont intégralement « non-fumeurs », et cette proportion baisse pour des enfants plus âgés.

40,5 % des 12-75 ans déclarent que la fumée des autres les gêne beaucoup et 31,8 % se disent un peu gênés par cette fumée (respectivement 12,9 % et 37,1 % parmi les fumeurs réguliers). Partout, les fumeurs jugent plus souvent que les non-fumeurs que l'interdiction de fumer est respectée. Dans les bars, cette opinion est partagée par seulement un fumeur sur cinq et un non-fumeur sur dix.

Un tiers des 12-75 ans pense que fumer permet de se sentir plus à l'aise dans un groupe, les fumeurs à peine plus souvent que les non-fumeurs (37,1 % vs 34,4 %). À l'inverse, près d'un Français sur deux considère qu'on est moins bien accepté lorsque l'on est fumeur.

La hausse des taxes sur le tabac apparaît soutenue par un Français sur deux, soit 62,9 % des non-fumeurs, 45,0 % des fumeurs occasionnels et 24,5 % des fumeurs réguliers.

Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé

PATRICK PERETTI-WATEL

FRANÇOIS BECK

JEAN-LOUIS WILQUIN

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays développés, le tabagisme constitue la première cause de mortalité et de morbidité « évitables ». En France, il serait responsable de plus de 60 000 décès par an. En outre, le tabagisme serait en cause dans un cancer sur trois (cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, mais aussi du pancréas, du rein, de la vessie...). La prévention du tabagisme est, à ce titre, l'une des priorités du Plan cancer. Cette lutte, initiée par les lois Veil (1976) et Evin (1991), s'appuie sur différents leviers parmi lesquels une hausse des taxes sur les cigarettes, avec en particulier de fortes hausses récentes (en 2003-2004), une restriction des conditions d'achat (interdiction de la vente de cigarettes aux moins de 16 ans) et un durcissement des messages préventifs (y compris ceux figurant sur les paquets de cigarettes eux-mêmes). En outre, les substituts nicotiniques et les consultations médicales d'aide à l'arrêt du tabagisme,

dont l'offre est de plus en plus importante, semblent connaître un succès croissant.

Dans ce contexte, les données du Baromètre santé 2005 permettent d'abord d'apprécier le niveau actuel du tabagisme en France, ainsi que son évolution depuis 2000 mais aussi depuis une trentaine d'années, en examinant séparément les hommes et les femmes, ainsi que les différentes tranches d'âge. Au-delà, ces données donnent également des indications sur ce que les Français fument et en quelles quantités, sur la prévalence de la dépendance à la nicotine et sur le respect des zones non-fumeurs.

Ensuite, il est possible d'examiner de plus près quels sont les facteurs sociodémographiques associés au tabagisme, en distinguant en particulier les jeunes (12-25 ans) des adultes (26-75 ans), et les hommes des femmes.

La question de l'arrêt du tabagisme mérite également que l'on s'y attarde, en s'intéres-

sant aux ex-fumeurs et aux motivations de leur arrêt, en les comparant aux fumeurs actuels, et en étudiant également les arrêts manqués et les arrêts projetés (arrêt radical ou progressif, dans un avenir plus ou moins proche, seul ou avec l'aide d'un médecin, avec ou sans patch, etc.).

Dans une société où apparaît de plus en plus nettement un clivage entre fumeurs et

non-fumeurs, il s'agira ensuite de donner quelques indications sur la cohabitation entre les uns et les autres (fréquence à laquelle quelqu'un fume au domicile, gêne ressentie à cause de la fumée des autres, respect perçu des zones non-fumeurs dans différents endroits), et enfin d'examiner quelques opinions générales qu'entretient le public à l'égard des fumeurs et du tabac.

RÉSULTATS

LE TABAGISME EN FRANCE : NIVEAUX ET TENDANCES EN POPULATION GÉNÉRALE (12-75 ANS)

La prévalence du tabagisme, par sexe et par tranche d'âge

Il s'agit ici de décrire le statut tabagique des Français en 2005, en détaillant d'abord ce statut par sexe et par tranche d'âge, et en le comparant aux résultats observés en 2000. On examinera ensuite les tendances de plus long terme, pour la prévalence du tabagisme comme pour la précocité de cette pratique.

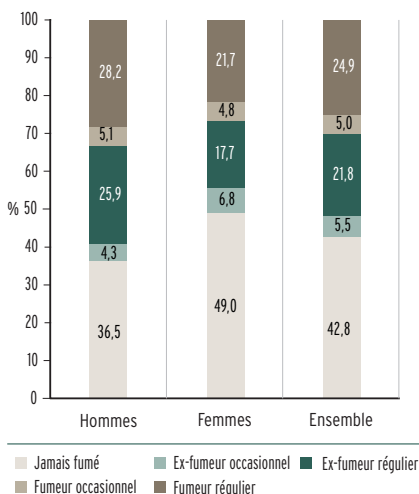
Le tabagisme, une pratique plus masculine, en recul depuis 2000

En 2005, parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, 24,9 % fument régulièrement des cigarettes, et 5,0 % occasionnellement [figure 1] : 29,9 % fument donc, ne serait-ce que de temps en temps, *versus* 33,1 % en 2000, soit une baisse de 10 % (c'est-à-dire 3,2 points) de la prévalence du tabagisme en cinq ans. Au total, 27,3 % des 12-75 ans sont d'anciens fumeurs (*vs* 28,0 % en 2000), tandis que 42,8 % n'ont jamais été fumeurs (38,9 % en 2000). Pour la première fois depuis une trentaine d'années, on compte donc en 2005 presque autant d'anciens fumeurs que de fumeurs.

Le tabagisme reste en outre une pratique plus masculine : 33,3 % des hommes fument actuellement, et 30,2 % ont fumé puis ont arrêté, *versus* respectivement 26,5 % et 24,4 % des femmes, sachant que cet écart est plus net encore pour le tabagisme régulier. Schématiquement, parmi les hommes, un tiers fume, un tiers ne fume plus et un tiers n'a jamais fumé, tandis que, parmi les femmes, un quart fume, un quart ne fume plus et la moitié n'a jamais fumé.

FIGURE 1

Statut tabagique actuel des 12-75 ans (en pourcentage)



2000-2005 : un recul plus marqué pour les femmes et les plus jeunes

Considérons le détail du statut tabagique par tranches d'âge, pour chaque sexe [figures 2 et 3]. Pour les femmes, la prévalence du tabagisme reste marginale avant 16 ans (10,9 % de fumeuses dont la moitié occasionnelles), pour osciller ensuite entre 35 % et 38 % de 16 à 45 ans. Entre 46 et 55 ans, 25,4 % des femmes fument, mais à cet âge les arrêts deviennent plus fréquents (32,6 %) que le tabagisme lui-même. Au-delà, les résultats observés correspondent sans doute plus à un effet de la génération qu'à un effet de l'âge : les femmes qui ont plus de 55 ans en 2005 appartiennent à des générations pour lesquelles le tabagisme

LE STATUT TABAGIQUE : QUELQUES DÉFINITIONS

On appelle ici « fumeur régulier » une personne qui fume actuellement au moins une cigarette par jour. En deçà de ce niveau de consommation, les fumeurs actuels sont dits « occasionnels ». Parmi les anciens fumeurs, on distingue ceux qui ont fumé quotidiennement pendant au moins six mois (« anciens fumeurs réguliers ») de ceux qui ont fumé occasionnellement, ou quotidiennement mais moins de six mois (« anciens fumeurs occasionnels »). Enfin, précisons que la catégorie « n'a jamais fumé » inclut les personnes qui n'ont jamais fumé une seule cigarette et celles qui ont juste essayé.

FIGURE 2

Statut tabagique actuel des hommes, selon l'âge (en pourcentage)

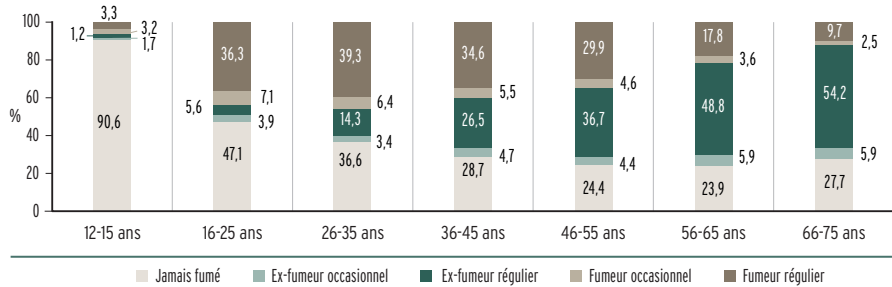
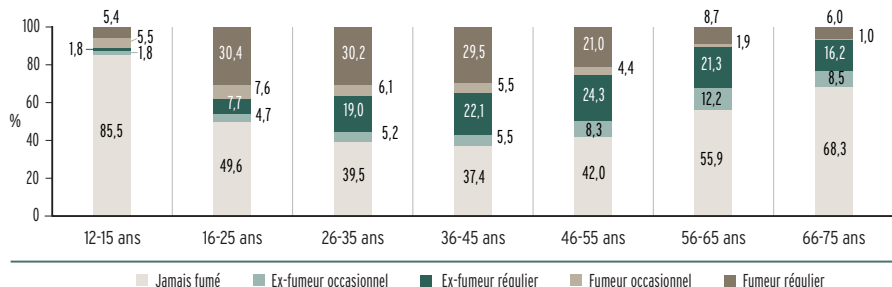


FIGURE 3

Statut tabagique actuel des femmes, selon l'âge (en pourcentage)



était une activité encore plus masculine qu'aujourd'hui (ainsi 68,3 % des 66-75 ans n'ont jamais fumé).

Entre 2000 et 2005, toujours parmi les femmes, la prévalence du tabagisme a notablement diminué pour les 12-15 ans (de 18,1 % à 10,9 %), et dans une moindre mesure pour les 16-25 ans (de 44,2 % à 38,0 %) et les 26-35 ans (de 42,3 % à 36,2 %), mais sans évolution notable pour les femmes plus âgées.

Avant 16 ans, comme cela a pu être observé dans les enquêtes autoadministrées menées récemment auprès des adolescents, la prévalence du tabagisme s'avère

plus faible encore parmi les garçons que pour les filles (6,5 % vs 10,9 %), mais les premiers dépassent ensuite les secondes à tous les âges de la vie, avec une prévalence du tabagisme qui oscille entre 40 et 45 % de 16 à 45 ans (et un maximum de 45,7 % pour les 26-35 ans), pour ensuite décroître régulièrement avec l'âge (jusqu'à 12,2 % à 66-75 ans). Dans la mesure où le tabagisme est depuis longtemps une pratique largement diffusée parmi la population masculine, on n'observe pas ici d'effet génération notable; autrement dit, la faiblesse relative de la prévalence du tabagisme pour les plus âgés ne s'explique pas, comme c'était le cas

GÉOGRAPHIE DU TABAGISME EN FRANCE EN 2005

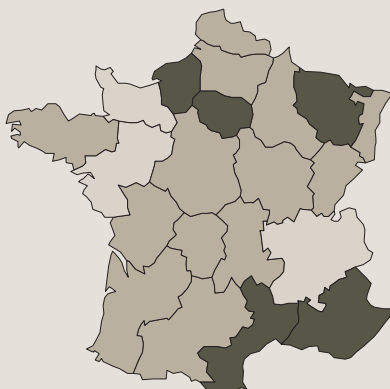
Le tabagisme n'apparaît pas uniformément réparti sur le territoire métropolitain, même si les deux tiers des régions ne se distinguent pas de la valeur moyenne (26,1 % de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans). Cinq régions se démarquent par une prévalence significativement supérieure. Il s'agit au nord des régions Haute-Normandie (29,3 %), Lorraine (29,1 %) et Ile-de-France (27,3 %), au sud des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (28,0 %) et Languedoc-Roussillon (28,9 %). Seules trois régions comptent un pourcentage significativement plus faible que la moyenne : Basse-Normandie (18,9 %), Pays de la Loire (22,8 %) et Rhône-Alpes (23,6 %).

Si cette cartographie s'avère relativement similaire à celle observée en 2000 [2], elle apparaît en revanche radicalement différente de celle observée à l'adolescence en 2003, qui montrait un nord-ouest plus consommateur et trois régions sous-consommatrices : Ile-de-France, Rhône-Alpes et Alsace [3].

Il est également à noter que certaines régions affichent des prévalences discordantes avec les données de vente de tabac. Par exemple, alors que la Lorraine connaît la plus importante baisse de ventes de tabac sur la période 1999-2004 avec moins 66 %, cette région a une prévalence tabagique des plus élevées. Les achats transfrontaliers de tabac réalisés au Luxembourg sont certainement à l'origine de cette discordance [4]. Cette

analyse peut évidemment être étendue aux autres régions frontalières que sont le Nord, la Champagne-Ardenne, l'Alsace ou encore l'Aquitaine, même si les prévalences tabagiques ne se distinguent pas significativement de la moyenne nationale.

Pourcentage de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans selon la région de résidence



Source : INPES, Baromètre santé 2005.

NB : la Corse ne se distingue pas de la valeur moyenne (26,7 %), mais l'effectif est faible (n=120).

pour les femmes, par une forte proportion de personnes n'ayant jamais fumé, mais reflète au contraire la fréquence des arrêts. Ainsi, au-delà de 55 ans, la majorité des hommes sont d'anciens fumeurs (54,7 % pour les 56-65 ans, 60,1 % pour les 66-75 ans).

Entre 2000 et 2005, parmi les hommes, la prévalence du tabagisme a notablement diminué pour les 12-15 ans (de 10,9 % à 6,5 %) ; le tabagisme recule également entre 16 et 45 ans, mais cette baisse est de moindre amplitude que celle observée parmi les femmes ; enfin, au-delà de 45 ans, le tabagisme masculin ne recule guère.

Globalement, entre 2000 et 2005, le recul du tabagisme se concentre donc sur la population adolescente, ce qui rejoint les résultats des enquêtes menées spécifiquement sur cette population [1] et s'avère en outre plus marqué pour les femmes.

1974-2004 : un recul plus marqué pour les hommes, plus tardif pour les femmes

Sur le plus long terme, les sondages téléphoniques réalisés par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES, devenu INPES) permettent de suivre l'évolution de la prévalence du tabagisme en France depuis les années 1970 pour les femmes et les hommes âgés de 18 à 75 ans [figure 4]. Les variations ponctuelles de méthodologie et la faible taille d'échantillon de certaines enquêtes donnent parfois une allure un peu erratique à ces courbes, du moins jusqu'aux années 1990, à partir desquelles les données recueillies gagnent en homogénéité d'une année à l'autre. Parmi les hommes âgés de 18 à 75 ans, la prévalence du tabagisme a été presque divisée par deux en trente ans, passant de près de 60 % au milieu des années 1970 à 35 % aujourd'hui. Pour les femmes, il est plus difficile de détecter une tendance nette, avec semble-t-il une légère tendance à la hausse jusqu'au début des années 1990, puis une tendance à la baisse

depuis la date de mise en œuvre des dispositions de la loi Evin de 1991.

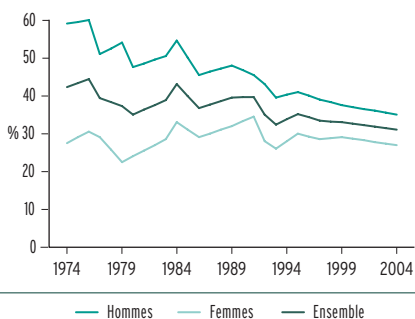
Le tabagisme : une pratique devenue plus précoce pour les deux sexes

Les données du Baromètre santé 2005 permettent également d'observer les évolutions de la précocité du tabagisme, en comparant des cohortes successives de fumeurs. Toutefois, il faut pour cela cibler des cohortes pour lesquelles la diffusion du tabagisme est achevée. Dans le cas présent, les neuf dixièmes des personnes qui ont déjà fumé l'ont fait pour la première fois avant 21 ans, et de même les huit dixièmes de celles qui fument ou ont fumé régulièrement ont initié cette consommation avant 21 ans. On peut donc étudier la précocité du tabagisme parmi les 20-75 ans, c'est-à-dire parmi les personnes nées entre 1930 et 1985.

Parmi la cohorte née entre 1930 et 1940, en moyenne les hommes ont fumé leur première cigarette avant 17 ans et ont commencé à fumer régulièrement à 22 ans, *versus* respectivement 22 ans et 28 ans pour les femmes [figure 5]. Pour les cohortes suivantes, ces âges moyens ont baissé, en particulier parmi les femmes qui ont ainsi « rattrapé » les hommes, de sorte que parmi la cohorte née

FIGURE 4

Prévalence du tabagisme en France parmi les 18-75 ans (1974-2004)



Sources : enquêtes CFES puis INPES, de 1974 à 2005.

entre 1980 et 1985, en moyenne hommes et femmes ont fumé leur première cigarette à 15 ans, et ont commencé à fumer régulièrement à 17 ans.

En l'espace d'un demi-siècle, l'âge à la première cigarette a donc baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes, tandis que l'âge de début du tabagisme régulier a chuté de neuf ans pour les femmes et de sept ans pour les hommes. En outre, le temps écoulé entre la première cigarette et l'entrée dans une consommation régulière tend à diminuer : de cinq à six ans pour la cohorte née en 1930-1940, à deux ans pour celle née en 1980-1985.

Les comportements tabagiques des fumeurs

Les comportements tabagiques recouvrent ici les différents produits et les quantités consommées, ainsi que les éventuels signes de dépendance et le respect des zones non-fumeurs.

La cigarette manufacturée reste massivement consommée, le tabac à rouler progresse

Parmi les fumeurs actuels, 87,8 % fument des cigarettes manufacturées (88,8 % parmi les

fumeurs réguliers, 82,8 % parmi les fumeurs occasionnels) et 22,7 % fument du tabac à rouler (24,3 % parmi les fumeurs réguliers, 14,7 % parmi les fumeurs occasionnels) [figure 6]. En revanche, seul un fumeur sur dix consomme des cigarillos ou des cigares, ces proportions étant un peu plus élevées parmi les fumeurs occasionnels (respectivement 13,2 % et 14,5 %). L'usage de la pipe est encore plus rare (il concerne 2,5 % des fumeurs actuels), et la consommation de tabac à chiquer s'avère purement anecdotique (elle est rapportée par 0,2 % des fumeurs). Notons que, parmi les fumeurs qui déclarent ne pas consommer de cigarettes manufacturées, 60,0 % fument du tabac

FIGURE 6

Produits du tabac consommés par les fumeurs actuels (en pourcentage)

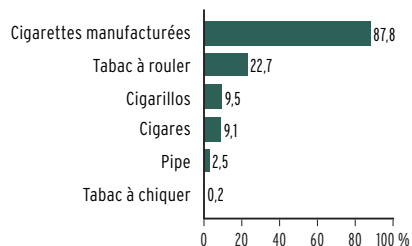
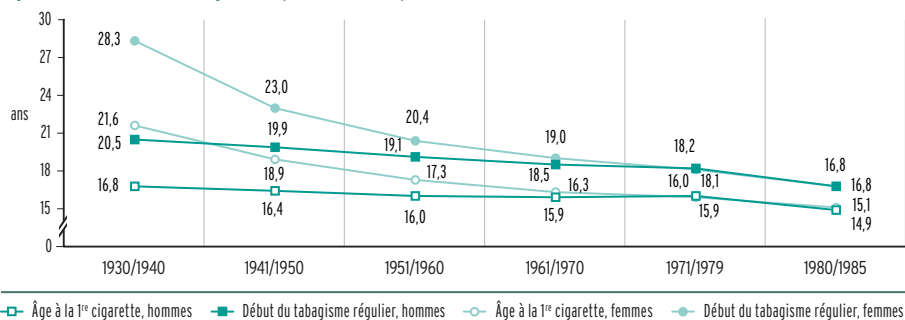


FIGURE 5

Âge au début du tabagisme, par sexe et par cohorte de naissance



Sources : enquêtes CFES puis INPES, de 1974 à 2005.

à rouler, 32,7 % fument des cigarillos, et 28,1 % fument des cigares.

Comparé à 2000, parmi les fumeurs, l'usage du tabac à rouler apparaît en hausse (de 17,4 % à 22,7 %), tandis que l'usage de la pipe reste stable (de 3,2 % à 2,5 %). Quant à la proportion de fumeurs consommant des cigarettes manufacturées, elle fléchit légèrement (de 90,6 % à 87,8 %). Notons que, en 2000, 13,3 % des fumeurs consommaient des cigares, sachant que les cigarillos étaient comptabilisés avec ces derniers. En 2005, 13,9 % des fumeurs consomment soit des cigares, soit des cigarillos : cette proportion est identique à celle mesurée en 2000, mais il est probable que la part des cigarillos relativement aux cigares ait augmenté.

Une consommation plus forte pour les hommes et les 36-65 ans

En moyenne, les fumeurs actuels consomment 12,5 cigarettes par jour, et les hommes

CALCUL DES QUANTITÉS FUMÉES

Pour calculer le nombre de cigarettes consommées quotidiennement, un système de conversion a été mis en place pour comptabiliser ensemble les différents produits du tabac : une cigarette roulée équivaut à une cigarette manufacturée, un cigarillo équivaut à deux cigarettes, un cigare équivaut également à deux cigarettes, tandis qu'une pipe équivaut à cinq cigarettes. Ce système de conversion permet de simplifier les calculs ; il ne signifie pas une stricte équivalence de la nocivité des produits.

fument quotidiennement trois cigarettes de plus que les femmes (13,7 *vs* 11,1). Si l'on se cantonne aux seuls fumeurs réguliers, la consommation quotidienne moyenne atteint 14,8 cigarettes *versus* 13,9 en 2000. Cette hausse s'explique par le fait que ce sont les « petits » fumeurs qui ont le plus

LES FUMEURS DE TABAC À ROULER, DE CIGARILLOS, DE CIGARES ET DE PIPE

Les fumeurs de tabac à rouler représentent 6,8 % de l'ensemble des 12-75 ans. Ils ont sensiblement le même âge que les autres fumeurs, alors qu'en 2000 ils étaient plus jeunes. Un tiers ne fume pas de cigarettes manufacturées (*vs* un huitième parmi l'ensemble des fumeurs). Les deux tiers sont des hommes, près de la moitié appartient à un ménage au sein duquel le revenu par unité de consommation est inférieur à 900 euros par mois (*vs* un tiers parmi l'ensemble des fumeurs), plus du tiers sont des ouvriers (un cinquième parmi tous les fumeurs). Les chômeurs et les étudiants sont aussi surreprésentés parmi cette population. Il semble que le choix du tabac à rouler soit essentiellement motivé par des raisons économiques.

Les fumeurs de cigarillos représentent 2,8 % des 12-75 ans. Les neuf dixièmes sont des hommes, et plus de la moitié ont 45 ans ou plus (*vs* un quart pour les autres fumeurs). Plus de quatre sur dix ne fument pas de cigarettes manufacturées, et seuls les trois quarts sont des

fumeurs réguliers. Dans cette population, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures, sont légèrement surreprésentés, mais les ouvriers également.

Les fumeurs de cigares représentent, pour leur part, 2,7 % des 12-75 ans. Leur profil est très proche de celui des fumeurs de cigarillos : les neuf dixièmes sont des hommes, les quatre dixièmes ont 45 ans ou plus, près de quatre sur dix ne fument pas de cigarettes manufacturées et moins des trois quarts sont des fumeurs réguliers. De même, les catégories socioprofessionnelles supérieures et les ouvriers sont légèrement surreprésentés dans cette population.

Enfin, 0,7 % des 12-75 ans fume la pipe, essentiellement des hommes, plus âgés que la moyenne des fumeurs. Seule la moitié fume également des cigarettes manufacturées, presque toujours régulièrement. Ces fumeurs appartiennent plus souvent que les autres aux catégories socioprofessionnelles supérieures.

souvent arrêté de fumer entre les deux dates, de sorte que, même si les autres fumeurs ont réduit leur consommation, la moyenne quotidienne a augmenté.

Cette consommation a été détaillée [tableau I]. La catégorie modale correspond à une quantité quotidienne de 6 à 10 cigarettes, et regroupe un fumeur sur quatre. Au-delà de dix cigarettes par jour, les hommes s'avèrent en proportion plus nombreux que les femmes : 51,5 % des hommes fumeurs se situent au-delà de ce seuil, avec en particulier 17,9 % qui consomment quotidiennement plus de vingt cigarettes, *versus* respectivement 38,8 % et 8,8 % parmi les fumeuses.

Parmi les fumeurs, la quantité moyenne de cigarettes consommées quotidiennement augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre un plateau entre 36 et 65 ans

(environ 13 cigarettes par jour pour les femmes, 15 pour les hommes) [figure 7]. Cette consommation recule ensuite pour les plus âgés, mais reste pour les deux sexes supérieure à 10 cigarettes par jour. Il faut toutefois se garder d'interprétations hâtives, car ici les effets de l'âge se mêlent à ceux de la génération, sans que l'on puisse les distinguer.

À tout âge, la consommation quotidienne des hommes s'avère supérieure à celle des femmes. Si l'on ne tient pas compte de l'écart observé à 12-15 ans, qui correspond à des prévalences du tabagisme encore très faibles, l'écart entre les deux sexes croît : de 2,5 cigarettes entre 20 et 35 ans, jusqu'à 3,5 cigarettes de plus pour les hommes à 46-55 ans ; cet écart diminuant ensuite (moins d'une cigarette pour les fumeurs âgés de 66 à 75 ans).

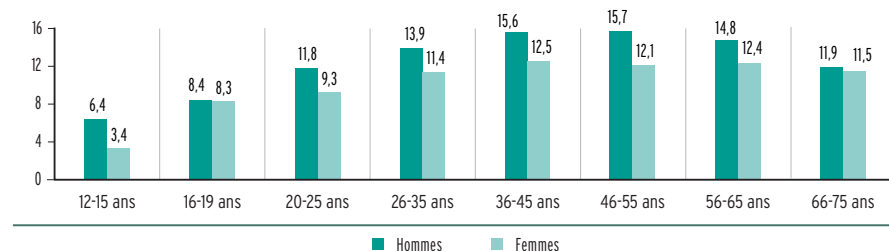
TABLEAU I

Consommation quotidienne des fumeurs actuels (en pourcentage)

Nombre de cigarettes	Femmes	Hommes	Total
Moins de 1 (n=1119)	14,2	11,0	12,4
1 à 5 (n=1563)	19,5	15,6	17,3
6 à 10 (n=2202)	27,5	21,9	24,4
11 à 15 (n=1442)	15,4	16,4	16,0
16 à 20 (n=1448)	14,6	17,2	16,1
Plus de 20 (n=1249)	8,8	17,9	13,8

FIGURE 7

Consommation quotidienne des fumeurs actuels, selon le sexe et l'âge (en nombre de cigarettes)



QUEL EST L'IMPACT DE LA HAUSSE DU PRIX DES CIGARETTES SUR LE TABAGISME ?

Si l'on examine en France, entre 1965 et 1999, l'évolution des ventes de cigarettes en fonction de leur prix relatif, il apparaît que les premières reflètent très fidèlement le second [5]. Les ventes ont été ramenées à la consommation quotidienne par Français de 15 ans et plus, pour tenir compte de la croissance démographique [figure 8] : cette consommation a crû entre 1965 et 1975, quand le prix relatif des cigarettes baissait ; puis lorsque ce prix s'est stabilisé (après la loi Veil de 1976), la consommation a elle aussi stagné, jusqu'en 1990 ; ensuite, la loi Evin a entraîné une forte hausse du prix, qui s'est traduite par une nette baisse des ventes. Plus récemment, le prix du paquet de cigarettes le plus vendu est passé de 3,60 euros à 3,90 euros en janvier 2003, à 4,60 euros en octobre 2003, puis 5 euros en janvier 2004. Ces hausses successives ont eu un impact sur les ventes de cigarettes [6]. Entre 2000 et 2003, les hausses de prix chaque 1^{er} janvier avaient déjà induit une baisse des ventes [figure 9] : le pic du début de l'été est

de moins en moins haut et le creux de l'hiver de plus en plus bas. Les hausses de prix en 2003, en janvier et en octobre, ont eu un impact immédiat et spectaculaire sur les ventes (d'autant qu'ils se conjuguent avec des effets saisonniers : le creux de l'hiver et la baisse qui suit le pic estival, avec les bonnes résolutions de début d'année et de rentrée). Sur une année entière, on observe une baisse conséquente des ventes : -14 % en 2003, -21 % en 2004. Toutefois, à la suite du gel de la hausse des prix prévu de 2004 à 2008, en 2005 les ventes se sont stabilisées, voire ont repris à la hausse. D'ailleurs, parmi les 15-75 ans, la prévalence du tabagisme a reculé de 4 points entre 2000 et 2003, mais a repris 1 point en 2005 [7]. En outre, les ventes d'autres produits du tabac (tabac à rouler, cigarillos), moins taxés, ont augmenté en 2003 et 2004. Une partie des fumeurs aurait donc substitué ces produits aux cigarettes manufacturées. Par ailleurs, les ventes ont chuté plus nettement dans certains départements (Moselle, Pyrénées-Orientales,

FIGURE 8

Prix relatif des cigarettes et consommation quotidienne par tête, France, 1965-1999

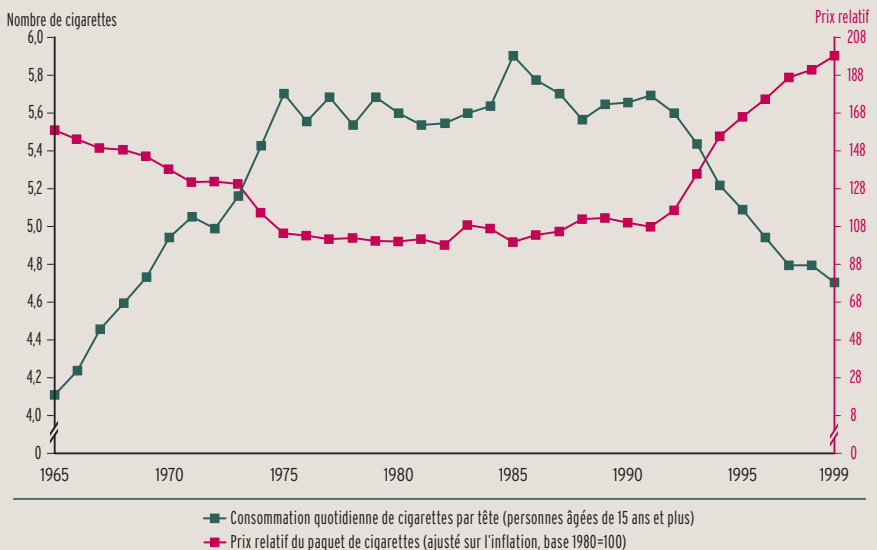
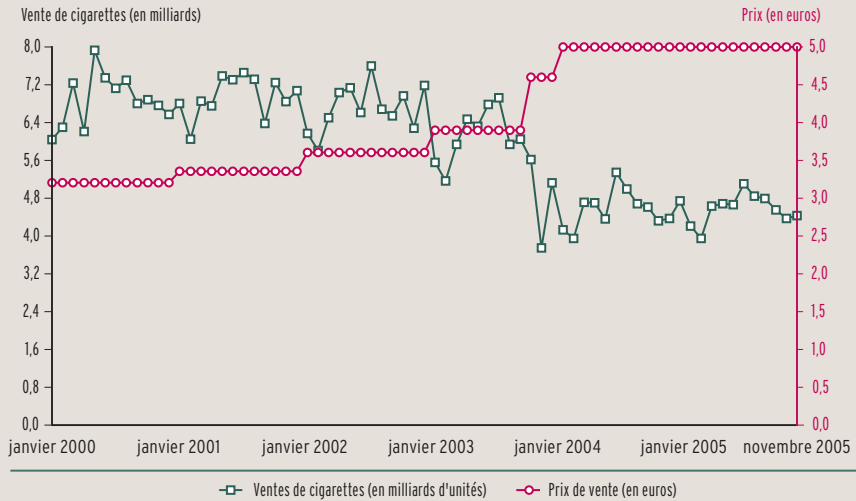


FIGURE 9

Ventes de cigarettes et prix des cigarettes (pour la classe de cigarettes la plus vendue), France, 2000-2005



Sources des données : pour les ventes, Altadis/Direction générale des douanes et droits indirects; pour les prix, Altadis/Journal officiel (prix de vente au détail pour tous les débits de tabac de France continentale, pour les produits de la classe la plus vendue : Marlboro® en paquet de vingt cigarettes).

Bas-Rhin) frontaliers de la Belgique, du Luxembourg ou de l'Espagne, où les cigarettes sont moins chères [4]. Les données de ventes de cigarettes offrent donc un aperçu de plus en plus imparfait des comportements des fumeurs, parce que ceux-ci ne fument pas que des cigarettes manufacturées et sont susceptibles de se fournir à l'étranger, voire au marché noir.

Enfin, la comparaison des évolutions des ventes et de la prévalence du tabagisme [figures 4 et 7] suggère que les comportements tabagiques connaissent des évolutions plus lentes que les ventes de cigarettes. Cette conclusion n'est pas forcément contradictoire avec les brusques fluctuations des ventes observées immédiatement

après les hausses de prix. Outre que ces hausses conduisent sans doute les fumeurs à réduire leur consommation (donc les ventes), on sait que la plupart d'entre eux ont déjà essayé d'arrêter de fumer : il est probable que leurs tentatives d'arrêt, souvent éphémères, se synchronisent avec les hausses des prix qui constituent une bonne source de motivation pour l'arrêt. Ces augmentations des prix ont donc des effets parfois assez spectaculaires à court terme, mais ceux-ci s'estompent ensuite partiellement (également à cause des effets de stock : beaucoup de fumeurs font des réserves juste avant les hausses et ensuite n'achètent plus de cigarettes, mais seulement jusqu'à épuisement de leur stock).

Quatre fumeurs réguliers sur dix présentent des signes de dépendance physique

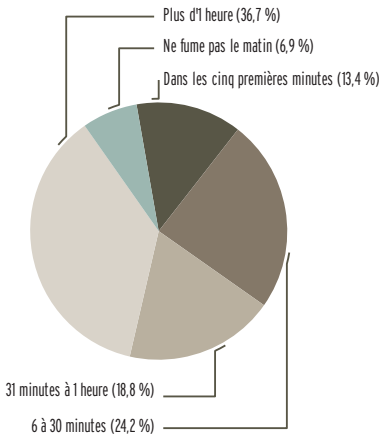
Deux questions, reprises du test de Fagerström [8], permettent d'évaluer le degré de dépendance physique à la nicotine

parmi les fumeurs réguliers¹. La première

1. Notons que le test de Fagerström est parfois critiqué sur le fait que la détermination de la dépendance repose beaucoup sur le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, or il a été montré que ce critère varie selon le sexe et d'autres facteurs sociodémographiques [9].

FIGURE 10

Délai entre le réveil et la première cigarette pour les fumeurs réguliers



porte sur le délai entre le réveil et la première cigarette **[figure 10]** : 13,4 % des fumeurs allument leur première cigarette dans les cinq minutes qui suivent le réveil, 24,2 % le font entre 6 et 30 minutes après le réveil et 18,8 % entre 31 minutes et 1 heure. Si l'on cumule ces pourcentages, un peu plus d'un tiers (37,6 %) des fumeurs réguliers déclarent fumer leur première cigarette dans la demi-

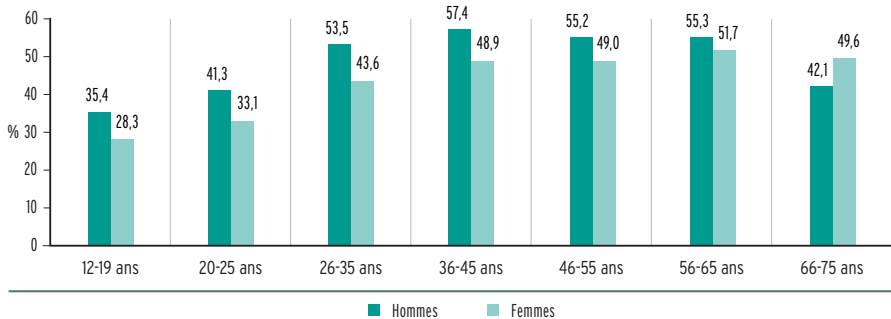
heure suivant le réveil, et un peu plus de la moitié (56,4 %) dans la première heure.

La seconde question utilisée pour évaluer la dépendance physique se rapporte à la consommation quotidienne. On considérera ici qu'un fumeur régulier présente des signes de forte dépendance s'il fume sa première cigarette dans la demi-heure suivant le réveil, ou s'il fume plus de 20 cigarettes par jour. Parmi les fumeurs réguliers, 47,7 % présentent des signes de dépendance ainsi définis, les hommes un peu plus souvent que les femmes (51,0 % vs 43,6 %).

La **figure 11** détaille la proportion de fumeurs réguliers présentant les signes d'une forte dépendance physique, selon leur sexe et leur âge. Chez les femmes, dès 12-19 ans, 28,3 % des fumeuses régulières présentent de tels signes, cette proportion dépassant les 40 % au-delà de 25 ans, sans diminuer ensuite, avec un maximum de 51,7 % à 56-65 ans. Parmi les hommes qui sont fumeurs réguliers, à 12-19 ans 35,4 % présentent des signes de dépendance physique à la nicotine, sachant que cette proportion augmente ensuite régulièrement avec l'âge pour culminer à 57,4 % parmi les 36-45 ans, et ensuite diminuer jusqu'à 42,1 % parmi ceux âgés de 66 à 75 ans. La

FIGURE 11

Présence de signes de dépendance parmi les fumeurs réguliers, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



dépendance s'avère ainsi plus fréquente pour les hommes à tous les âges, sauf après 65 ans. Notons que, ici encore, il n'est pas possible de distinguer les effets de l'âge et ceux de la génération.

Plus d'un fumeur sur trois avoue ne pas respecter certaines zones non-fumeurs

Près d'un fumeur sur cinq avoue ne pas respecter les zones non-fumeurs dans les bars, *versus* un sur six pour les lieux publics couverts et un sur dix sur le lieu d'étude ou de travail ainsi que dans les restaurants [tableau II]. Cette hiérarchie est quasi identique pour les deux sexes, même si quel que soit l'endroit, les hommes avouent toujours plus souvent que les femmes fumer malgré l'interdiction. Il convient de noter que dans la mesure où ces questions portent sur des comportements théoriquement interdits, il est possible que les fumeurs les sous-déclarent : par conséquent, ces résultats sous-estimeraient la propension réelle des fumeurs à passer outre la signalétique non-fumeurs.

Comparés à 2000, ces résultats s'avèrent presque identiques pour les bars, les lieux publics couverts, ou encore les restaurants, avec en revanche un léger recul de la transgression des zones non-fumeurs sur le lieu de travail ou d'études (14,0 % en 2000, 11,1 % en 2005).

Globalement, 35,9 % des fumeurs déclarent enfreindre l'interdiction de fumer dans au moins un type de lieu, les hommes (40,7 %) plus souvent que les femmes (30,0 %). Cette propension décroît avec l'âge, avec un écart entre les deux sexes qui tend à s'estomper : entre 12 et 19 ans, 61,8 % des garçons et 53,4 % des filles déclarent un tel comportement, *versus* 19,4 % des femmes et 19,1 % des hommes parmi les fumeurs âgés de 66 à 75 ans [figure 12].

LES FACTEURS ASSOCIÉS AU TABAGISME EN POPULATIONS JEUNE ET ADULTE

Les déterminants socio-démographiques du tabagisme entre 12 et 25 ans

Il s'agit ici d'examiner quelles caractéristiques sociodémographiques sont associées au tabagisme parmi les 12-25 ans, en considérant séparément les deux sexes : on parle de « déterminants » car, *a priori*, ces caractéristiques peuvent influencer sur le tabagisme, sans en être elles-mêmes des conséquences. Toutefois, il faut bien noter que ces influences peuvent être de diverses natures, et s'avérer plus ou moins indirectes ; ce point sera abordé plus loin,

TABLEAU II

Respect par les fumeurs des zones non-fumeurs dans différents lieux (pourcentage en colonne)

	Femmes (n=4 604)	Hommes (n=4 684)	Total (n=9 288)
Dans les bars	13,8	21,4	18,0
Dans les lieux publics couverts (gare, aéroport...)	13,8	19,2	16,8
Sur le lieu d'études ou de travail	7,2	14,2	11,1
Dans les restaurants	9,7	11,6	10,8
Dans les trains	4,7	8,2	6,6
Dans les autres transports	3,0	4,7	3,9
Dans les hôpitaux	2,2	3,1	2,7

dans la discussion. Des régressions logistiques seront utilisées ici, non pas pour mesurer des relations causales à proprement parler, mais pour vérifier qu'une relation entre une caractéristique sociodémographique et le tabagisme reste signifi-

cative, une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés.

Le fort effet de l'âge se trouve confirmé [tableau III] : les chances de devenir fumeur entre 12 et 25 ans augmentent considéra-

FIGURE 12

Fumeurs déclarant fumer en zone non-fumeurs dans au moins un lieu, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

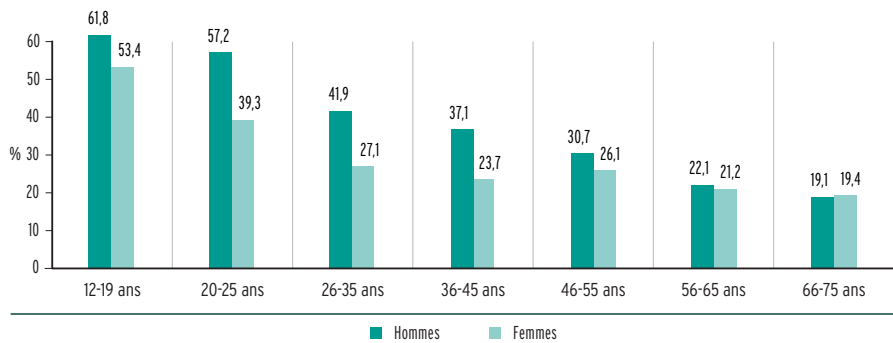


TABLEAU III

Facteurs sociodémographiques associés au tabagisme chez les 12-25 ans

	Pourcentages en ligne		Odds ratios	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Âge				
12-14 ans (n=1079)	7,7	3,6	1	1
15-19 ans (n=2145)	30,7	31,4	4,2***	10,4***
20-25 ans (n=3102)	41,3***	49,3***	4,2***	12,5***
Situation professionnelle				
Travail (n=1488)	44,8	53,2	1	1
Études (n=3814)	22,6	20,8	0,6***	0,5***
Apprentissage, stage, formation (n=364)	43,9	46,1	1,0 ns	0,8 ns
Chômage, recherche d'emploi (n=552)	50,5	62,1	1,3 ns	1,6**
Au foyer, autres (n=147)	46,5***	50,0***	1,0 ns	1,1 ns
Vit avec au moins l'un de ses deux parents				
Non (n=2439)	44,1	53,9	1	1
Oui (n=3886)	25,3***	27,2***	0,8**	0,6***
Parents séparés				
Non (n=5539)	29,3	32,6	1	1
Oui (n=787)	36,8**	34,3 ns	2,0***	1,8***

** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Les deux dernières colonnes donnent les odds ratios obtenus grâce à une régression logistique avec sélection des variables explicatives.

blement à mesure que les jeunes prennent de l'âge, surtout pour les garçons (parmi lesquels la prévalence du tabagisme passe de 3,6 % avant 15 ans à 49,9 % pour les 20-25 ans).

Les scolarisés fument moins souvent, surtout comparés aux jeunes hommes au chômage

Les jeunes scolarisés fument nettement moins que les autres : parmi les élèves ou étudiants, 22,6 % des jeunes femmes et 20,8 % des jeunes hommes fument, *versus* 44,8 % de celles et 53,2 % de ceux qui travaillent, ainsi que 50,5 % de celles et 62,1 % de ceux qui sont à la recherche d'un emploi. Évidemment, en moyenne, les scolarisés sont plus jeunes mais, même une fois pris en compte l'effet de l'âge, ce résultat persiste : les élèves/étudiants ont moins de chances de fumer que ceux qui travaillent. En outre, parmi les garçons, la plus forte propension à fumer de ceux qui sont à la recherche d'un emploi reste significative, même une fois contrôlés les effets des autres variables.

La séparation des parents et le fait de ne plus vivre chez eux favorisent le tabagisme

Les jeunes qui ont « décohabité » (ils ne vivent avec aucun de leurs deux parents) fument plus souvent que les autres (44,1 % *vs* 25,3 % pour les jeunes femmes, 53,9 % *vs* 27,2 % pour les jeunes hommes), ce résultat restant vérifié une fois pris en compte les effets des autres variables, et en particulier de l'âge. En outre, toutes choses égales par ailleurs, les jeunes dont les parents sont séparés ont deux fois plus de chances de fumer que les autres (ce résultat n'apparaît pas nettement lorsque l'on compare les pourcentages du tableau III, car les jeunes dont les parents sont séparés ont en moyenne deux ans de moins que les autres).

Scores de santé et tabagisme entre 12 et 25 ans

Le questionnaire du Baromètre santé permet de calculer divers scores de santé issus du profil de Duke [10]. Ces scores varient de 0 à 100. On s'intéressera ici aux scores globaux de santé physique et de santé mentale (un score plus élevé correspond à une meilleure santé physique/mentale), ainsi qu'aux scores d'anxiété et de dépression (un score plus élevé correspond à un état plus

TROUBLES ALIMENTAIRES ET TABAGISME À 12-25 ANS

Le questionnaire du Baromètre santé explore plusieurs troubles alimentaires, classés ici du plus rare au plus fréquent : se faire vomir volontairement (cela arriverait à seulement 0,9 % des 12-25 ans), redouter de commencer à manger et de ne plus pouvoir s'arrêter, manger en cachette, manger énormément, ne pas avoir envie de manger, manquer d'appétit (ce dernier étant rapporté par 17,4 % des 12-25 ans). Tous ces comportements sont plus féminins que masculins et ils sont en outre positivement associés au tabagisme mais pour les filles seulement. Au total, parmi les garçons et les jeunes hommes âgés de 12 à 25 ans, 65,4 % ne présentent aucun de ces troubles, 22,6 % en rapportent un seul, 12,0 % en rapportent au moins deux, la prévalence du tabagisme ne variant pas d'un groupe à l'autre (30,0 %, 33,1 %, 31,7 %). Au contraire, parmi les filles et jeunes femmes âgées de 12 à 25 ans, 59,9 % ne présentent aucun de ces troubles alimentaires, avec parmi elles une prévalence du tabagisme de 22,1 % ; 18,4 % présentent un seul trouble, et parmi celles-ci 31,2 % fument ; 21,7 % présentent au moins deux troubles alimentaires, la prévalence du tabagisme atteignant parmi elles 40,3 %. Au regard de ces résultats, il ne faut pas écarter, du côté des jeunes femmes, l'hypothèse d'un usage du tabac comme coupe-faim et considérer une telle pratique comme un frein au désir d'arrêt du tabac.

anxieux/dépressif), en examinant comment ils varient selon l'âge et le sexe entre 12 et 25 ans, pour les fumeurs et les non-fumeurs [figures 13 à 16].

Les jeunes fumeuses en moins bonne santé, plus anxieuses et plus dépressives

Globalement, entre 12 et 25 ans, parmi les filles, le score de santé physique et le score de

santé mentale s'avèrent toujours plus élevés pour les non-fumeuses, ces relations n'étant vérifiées qu'avant 20 ans pour les garçons. De même, à tout âge, les fumeuses présentent plus de signes d'anxiété et de dépression que les non-fumeuses, tandis que, pour les garçons, l'écart entre fumeurs et non-fumeurs s'avère de moindre ampleur et disparaît, voire s'inverse, entre 20 et 25 ans.

FIGURE 13

Score de santé physique et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

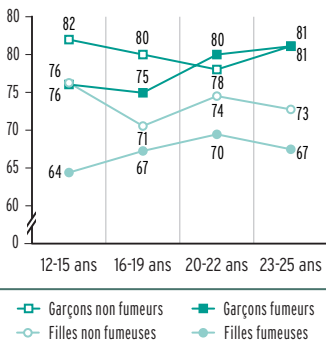


FIGURE 15

Score d'anxiété et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

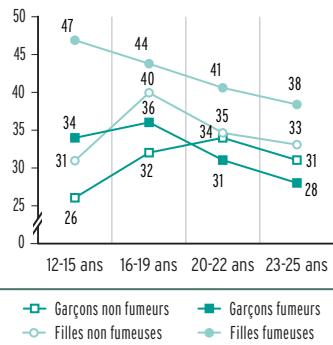


FIGURE 14

Score de santé mentale et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

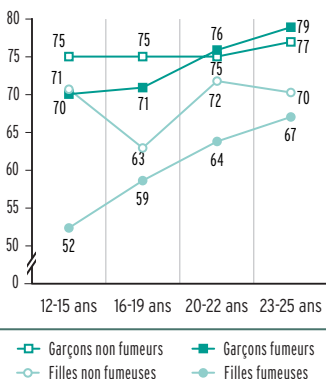
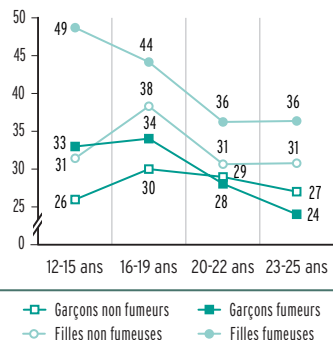


FIGURE 16

Score de dépression et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans



Les déterminants socio-démographiques du tabagisme entre 26 et 75 ans

Les plus diplômés moins souvent fumeurs

Au-delà de 25 ans, l'âge reste étroitement associé au tabagisme [tableau IV]. Cela explique la plus faible prévalence du tabagisme parmi les titulaires d'un certificat d'études, dans la mesure où ce diplôme est caractéristique d'une population plus âgée.

Une fois contrôlé l'effet de l'âge, il apparaît que les femmes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur sont moins enclines que les autres à fumer, cet effet positif du diplôme n'étant effectif pour les hommes qu'à partir du niveau bac + 4.

Le tabagisme plus fréquent parmi les chômeurs

Globalement, la catégorie socioprofessionnelle joue peu sur le tabagisme (si ce n'est pour les agriculteurs qui présentent des

TABLEAU IV

Déterminants sociodémographiques du tabagisme chez les 26-75 ans

	Pourcentages en ligne		Odds ratios	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Âge				
26-34 ans (n=5 529)	36,1	46,0	1	1
35-44 ans (n=5 543)	36,1	40,1	1,0 ns	0,8**
45-54 ans (n=4 868)	26,5	35,6	0,7***	0,8***
55-64 ans (n=4 465)	11,8	23,8	0,3***	0,6***
65-75 ans (n=3 512)	7,0***	12,6***	0,2***	0,3***
Diplôme le plus élevé obtenu				
Aucun diplôme, autre diplôme (n=2 801)	24,9	35,4	1	1
Certificat d'études, brevet des collèges (n=3 908)	16,5	25,8	1,0 ns	0,9 ns
CAP/BEP (n=6 289)	29,9	35,5	1,2 ns	0,9 ns
Baccalauréat (n=3 749)	29,2	35,4	1,0 ns	0,9 ns
Bac + 2, bac + 3 (n=4 250)	26,6	37,3	0,8 *	0,9 ns
Bac + 4, bac + 5 ou plus (n=3 152)	24,3***	28,7***	0,6 ***	0,7***
Catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteurs exploitants (n=701)	5,6	16,8	0,3***	0,6**
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=1703)	26,8	35,4	1,2 ns	1,3 ns
Cadres, professions intellectuelles supérieures (n=3 570)	26,6	29,1	1,1 ns	1,1 ns
Professions intermédiaires (n=5 880)	26,0	31,6	0,9 ns	1,0 ns
Employés (n=6 697)	25,4	31,9	0,8*	1,0 ns
Ouvriers (n=3 987)	28,6	39,7	1,0 ns	1,3*
Autres inactifs (n=1 611)	24,8***	40,1***	1	1
Situation professionnelle				
Travaille (n=13 892)	29,6	37,5	1	1
Au chômage (n=2 044)	39,2	53,2	1,3***	1,6***
À la retraite (n=5 512)	8,2	15,4	0,8 ns	0,7**
Au foyer, autre (n=2 701)	27,3***	39,8***	1,0 ns	1,3 ns
Revenus mensuels du foyer par unité de consommation				
Moins de 900 euros (n=5 957)	30,3	38,6	1	1
De 900 à moins de 1500 euros (n=7 447)	25,7	32,1	0,9 ns	0,8**
1500 euros et plus (n=7 551)	23,9	32,1	0,9 ns	0,9 ns
Ne sait pas (n=3 194)	19,7***	31,4***	0,8**	0,8*

TABLEAU IV SUITE

	Pourcentages en ligne		Odds ratios	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Situation matrimoniale				
Célibataire (n=6540)	46,7	38,6	1	1
Marié, pacsé (n=13105)	27,1	20,6	0,6***	0,6***
Veuf, divorcé, séparé (n=4504)	41,2***	27,8***	1,2*	1,3**
Présence d'enfant(s) dans le foyer				
Non (n=13717)	29,7	18,4	NS	1
Oui (n=10432)	37,3***	31,2***		1,2***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Les deux dernières colonnes donnent des odds ratios obtenus grâce à une régression logistique avec sélection des variables explicatives.

NS : variable non sélectionnée.

niveaux d'usage remarquablement bas) ; on observe tout juste que, parmi les femmes, les employées sont un peu moins enclines à fumer, tandis que, parmi les hommes, les ouvriers fument un peu plus souvent. De même, le niveau de revenus par unité

de consommation apparaît peu lié au tabagisme. En revanche, du point de vue de la situation professionnelle, les chômeurs se distinguent par une forte prévalence du tabagisme, pour les femmes (39,2 %) comme pour les hommes (53,2 %).

FUMER FACE AU STRESS

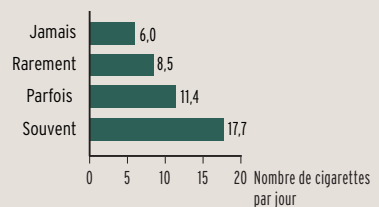
Parmi les 26-75 ans, 23,7 % déclarent qu'il leur arrive de fumer lorsqu'ils se trouvent dans une situation de stress (13,6 % « souvent », 7,0 % « parfois », 3,1 % « rarement »). Cette proportion est plus élevée parmi les hommes (26,2 %, vs 21,4 % parmi les femmes), parmi les enquêtés âgés de 26 à 44 ans (32,1 %), ceux qui sont au chômage (36,6 %) et, dans une moindre mesure, pour les niveaux de diplômes intermédiaires. Les personnes qui jugent leur travail très fatigant nerveusement sont aussi plus enclines à fumer pour lutter contre le stress (28,5 %), de même que celles qui estiment leur travail très fatigant physiquement (30,5 %). Les personnes à qui il arrive de fumer dans une situation de stress ont aussi plus souvent tendance à manger, boire de l'alcool ou consommer des médicaments pour faire face au stress.

Parmi les fumeurs actuels, la tendance à fumer face au stress est associée à une plus grosse consommation quotidienne de cigarettes : de 17,7 cigarettes par jour pour ceux qui fument souvent face au stress, à seulement 6,0 (soit presque trois fois moins) parmi les

fumeurs qui disent ne jamais le faire [figure 17]. Ceux qui fument souvent face au stress fument aussi plus souvent dès les cinq premières minutes qui suivent le réveil (c'est le cas de 17,2 % d'entre eux vs 7,1 % de ceux qui ne le font jamais). Logiquement, ces fumeurs présentent donc plus souvent les signes d'une forte dépendance (60,5 % pour ceux qui fument souvent face au stress vs 16,8 % pour ceux qui ne le font jamais).

FIGURE 17

Consommation de cigarettes et propension à fumer face au stress (fumeurs âgés de 26 à 75 ans)



La vie en couple protégerait du tabagisme, la rupture y exposerait davantage

Pour les deux sexes, les personnes qui vivent en couple déclarent moins souvent fumer que les célibataires (27,1 % vs 45,3 % pour les femmes ; 20,6 % vs 33,6 % pour les hommes). En outre, une fois contrôlé l'effet des autres variables et de l'âge en particulier, il apparaît que les personnes divorcées, séparées ou veuves sont les plus enclines à fumer (ce résultat n'apparaît pas dans les pourcentages présentés car ces personnes sont plus âgées que la moyenne). En revanche, la présence d'enfants dans le foyer n'apparaît pas ici associée à un moindre tabagisme (c'est même l'inverse pour les hommes).

Scores de santé et tabagisme entre 26 et 75 ans

Comme pour les 12-25 ans, il est possible de comparer les fumeurs et les non-fumeurs du point de vue des scores de santé physique, de santé mentale, d'anxiété et de dépression, en contrôlant les effets du sexe et de l'âge [figures 18 à 21].

FIGURE 18

Score de santé physique et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans

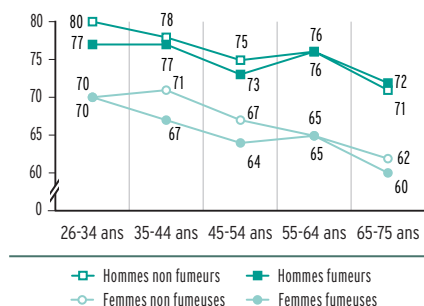


FIGURE 19

Score de santé mentale et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans

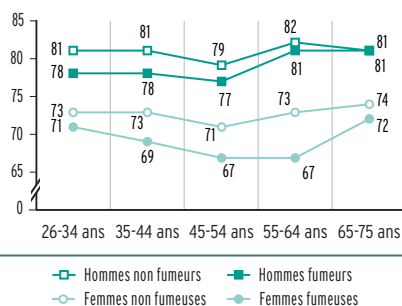


FIGURE 20

Score d'anxiété et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans

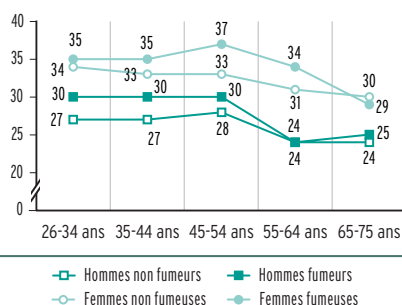
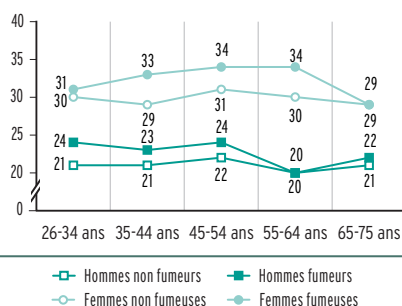


FIGURE 21

Score de dépression et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans



Des relations entre tabagisme et scores de santé plus ténues que parmi les jeunes

Globalement, quels que soient le sexe et l'âge, les scores de santé physique et de santé mentale apparaissent inférieurs pour les fumeurs, et les scores d'anxiété et de dépression sont plus élevés pour ces derniers. Toutefois, comme pour les 12-25 ans, les écarts observés sont plus faibles pour les hommes que pour les femmes. Surtout, de façon générale, ces écarts entre fumeurs et non-fumeurs sont bien plus ténus que ceux obtenus parmi les enquêtés âgés de 12 à 25 ans (sachant qu'ici les écarts les plus nets entre fumeurs et non-fumeurs sont obtenus pour le score d'anxiété parmi les femmes) [figure 20].

L'ARRÊT DU TABAGISME : ARRÊTS RÉUSSIS, ARRÊTS MANQUÉS, ARRÊTS PROJÉTÉS

L'arrêt du tabagisme peut être appréhendé sous différents angles. On étudiera d'abord ici l'arrêt effectif du tabagisme régulier, y compris les motivations de cet arrêt, en comparant les anciens fumeurs réguliers aux fumeurs réguliers actuels (un encadré étant consacré aux anciens fumeurs occasionnels plus loin dans ce chapitre). Parmi les fumeurs actuels, réguliers ou occasionnels, il s'agira ensuite d'examiner les tentatives d'arrêt passées, les projets d'arrêt, les motivations et les moyens envisagés.

De l'initiation à l'arrêt

Pour observer l'arrêt du tabagisme, il est utile de suivre la prévalence du tabagisme tout au long de la vie pour des cohortes successives [11]. Trois cohortes ont été distinguées ici : les hommes et les femmes qui étaient en 2004-2005 âgés de 50-59 ans, 40-49 ans et 30-39 ans (et donc nés respectivement en 1945-1954, 1955-1964 et 1965-1974). Étant

donné que le tabagisme quotidien s'initie en général entre 15 et 25 ans, on peut considérer que sa diffusion est à peu près achevée dans ces trois cohortes au moment de l'enquête. Il est possible de suivre la diffusion du tabagisme quotidien et de son arrêt au sein des trois cohortes masculines [figure 22]. Pour chaque cohorte, le suivi s'arrête à l'âge plancher : par exemple, pour les hommes nés en 1965-1974, âgés de 30 à 39 ans au moment de l'enquête, il est possible de suivre la diffusion et l'arrêt du tabagisme jusqu'à l'âge de 30 ans.

Pour les hommes, un recul de l'initiation plus rapide que les progrès des arrêts

Si l'on compare d'abord les cohortes pour la diffusion du tabagisme, on voit que celui-ci recule clairement parmi les jeunes générations masculines, avec des courbes superposées et parallèles au-delà de 20 ans. La partie inférieure de la figure 22 retrace la dynamique de l'arrêt tabagique parmi les fumeurs quotidiens. Parmi les hommes nés entre 1945 et 1954, la proportion de fumeurs quotidiens ayant arrêté la cigarette croît linéairement, pour dépasser 50 % à 50 ans : autrement dit, dans cette cohorte, à 50 ans, plus d'un fumeur sur deux a cessé de fumer. L'arrêt apparaît plus tardif pour la génération intermédiaire, puisque la courbe correspondante se situe toujours au-dessous de la précédente, mais l'a presque rattrapée à 40 ans. Enfin, le taux d'arrêt pour les plus jeunes (nés en 1965-1974) rattrape celui des plus anciens dès l'âge de 30 ans, avec une pente plus forte qui suggère qu'à terme le taux d'arrêt devrait s'avérer supérieur pour cette cohorte.

Pour les femmes, les arrêts progressent moins vite que l'initiation

La diffusion du tabagisme quotidien est plus lente parmi les femmes, puisqu'elle augmente encore de façon significative jusqu'à 30 ans [figure 23]. La comparaison des cohortes

FIGURE 22

Début et arrêt du tabagisme quotidien selon l'âge, pour trois cohortes d'hommes

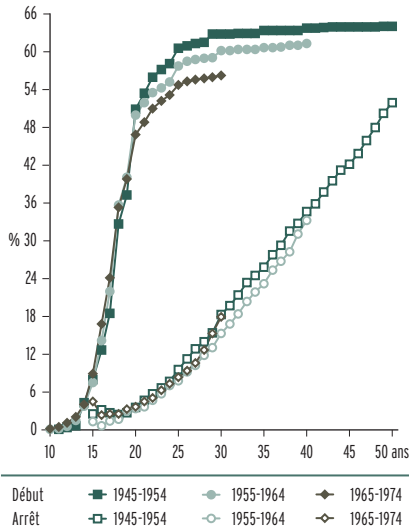
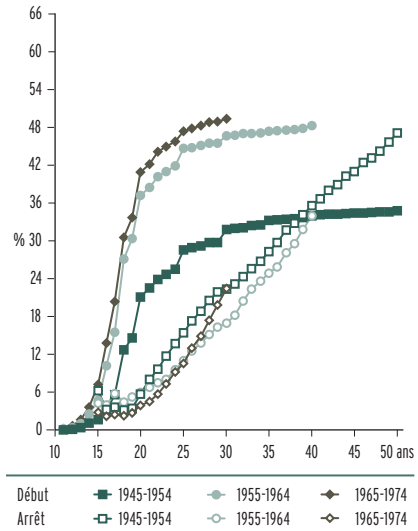


FIGURE 23

Début et arrêt du tabagisme quotidien selon l'âge, pour trois cohortes de femmes



entre elles montre que, pour celles nées après 1954, la diffusion du tabagisme quotidien s'est considérablement accrue, avec également une plus grande précocité. Du point de vue des arrêts, la cohorte la plus ancienne se caractérise aussi par des arrêts plus précoces que la cohorte intermédiaire, qui ne la rejoint que vers 40 ans. En outre, elle est rattrapée dès 30 ans par la cohorte de femmes nées entre 1965 et 1974, avec une forte pente qui laisse présager à terme un taux d'arrêt plus élevé au sein de cette cohorte.

Les facteurs associés aux arrêts réussis

Un arrêt plus précoce, de plus en plus souvent motivé par la nocivité et le prix du tabac

Nous avons comparé différentes « générations » d'anciens fumeurs réguliers, distingués selon la période à laquelle ils ont arrêté

de fumer [tableau V]. Les périodes choisies correspondent à des évolutions contrastées des prix des cigarettes (cf. *infra* figure 6) : baisse des prix relatifs avant 1974 (date de la loi Veil), stabilité entre 1974 et 1991 (date de la loi Evin) ; hausses régulières annuelles entre 1992 et 2001 ; fortes hausses après 2001. Le terme « génération » se trouve placé entre guillemets, car des effets d'âge et de génération se mêlent ici.

En effet, d'une part, les personnes qui ont arrêté depuis plus longtemps peuvent appartenir à des cohortes plus anciennes : ainsi, la plus forte proportion d'hommes dans les arrêts les plus anciens traduit simplement le caractère plus masculin du tabagisme parmi les « vieilles » générations. Mais, d'autre part, ces personnes peuvent aussi avoir arrêté plus tôt que les autres : ainsi, les fumeurs qui ont arrêté avant 1974 étaient plus jeunes au moment de cet arrêt et ont fumé moins longtemps. Malgré cette dernière remarque,

on notera que les fumeurs qui ont arrêté entre 2002 et 2005 sont un peu plus jeunes et ont fumé un peu moins longtemps que ceux qui ont arrêté entre 1992 et 2001, ce qui suggère qu'aujourd'hui l'arrêt du tabagisme tend à devenir plus précoce qu'auparavant. Par ailleurs, au-delà de cette évolution, le **tableau V** montre qu'en général l'arrêt se fait entre 35 et 40 ans, pour des personnes qui auront passé la moitié de leur vie à fumer.

Des différences sensibles apparaissent aussi du point de vue des motivations avancées pour justifier l'arrêt (motivations évoquées librement par les enquêtés, et recodées en grandes catégories par les enquêteurs, un enquêté pouvant citer plusieurs motivations). Ainsi, la proportion d'anciens fumeurs qui motivent leur arrêt par la peur de tomber malade et/ou par une prise de conscience des conséquences du tabagisme croît lorsque l'on examine les arrêts les plus récents : par exemple, parmi ceux qui ont arrêté de fumer avant 1974, 16,5 % invoquent la peur de tomber malade,

versus 30,3 % parmi ceux qui ont arrêté entre 2002 et 2005. Il en va de même pour le prix des cigarettes, cité par seulement 5,1 % des ex-fumeurs les plus anciens versus 28,9 % parmi les plus récents. Même si cette motivation est citée par moins d'un tiers des fumeurs qui ont arrêté depuis 2002, elle a donc progressé nettement avec les dernières hausses de prix, particulièrement fortes.

Les arrêts réussis : plus souvent le fait des plus diplômés, pour des motifs spécifiques

Nous avons comparé les ex-fumeurs réguliers et les fumeurs réguliers actuels qui ont déjà réussi à arrêter au moins une semaine (ce qui permet de connaître les motifs de leur arrêt manqué) [**tableau VI**]. Pour que cette comparaison ait un sens, il importe de contrôler l'effet de l'âge, sous peine d'obtenir des résultats sans intérêt (en moyenne les ex-fumeurs sont plus âgés que les fumeurs). Les résultats sont donc présentés uniquement « toutes choses égales par ailleurs »,

TABLEAU V

Caractéristiques tabagiques des anciens fumeurs réguliers selon la période de l'arrêt (pourcentages en colonne et moyennes)

Arrêt du tabagisme en...	avant 1974 (n=1903)	1974-1991 (n=1387)	1992-2001 (n=1991)	2002-2005 (n=1303)
Sexe				
Femme (n=2 714)	35,3 %	37,3 %	45,1 %	48,1 %
Homme (n=3 870)	64,7 %	62,7 %	54,9 %	51,9 %***
Caractéristiques à l'arrêt				
Âge à l'arrêt	28,8 ans	34,9 ans	38,0 ans	36,7 ans***
Durée du tabagisme régulier avant arrêt	10,8 ans	16,3 ans	19,7 ans	18,8 ans***
Consommation quotidienne avant arrêt	19,3 cig.	22,2 cig.	22,3 cig.	19,5 cig.***
Motivations de l'arrêt				
Peur de tomber malade (n=1463)	16,5 %	20,7 %	23,4 %	30,3 %***
Prise de conscience des conséquences (n=1019)	12,3 %	15,9 %	16,4 %	18,1 %***
Naissance d'un enfant, grossesse (n=840)	10,9 %	13,0 %	13,0 %	14,8 %*
Prix des cigarettes (n=835)	5,1 %	6,6 %	13,6 %	28,9 %***
Lassitude (n=560)	10,7 %	9,3 %	7,7 %	5,7 %***
A déjà un problème de santé lié au tabac (n=521)	6,5 %	9,7 %	8,8 %	6,9 %**

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Les motivations de l'arrêt ne sont pas exclusives les unes des autres.

résultant d'un modèle logistique estimé pour chaque sexe séparément. Par ailleurs, cette analyse inclut le niveau de diplôme mais pas d'autres indicateurs sociodémo-

graphiques, car ceux-ci sont susceptibles de varier dans le temps (situation matrimoniale, profession, etc.). Or il s'agit ici de comparer les caractéristiques actuelles des fumeurs

TABLEAU VI

Comparaison entre ex-fumeurs réguliers et fumeurs réguliers actuels (réf.) ayant déjà essayé d'arrêter une semaine au moins (régressions logistiques pour chaque sexe). Odds ratios : 6 585 ex-fumeurs versus 5 648 fumeurs.

	Femmes	Hommes
Âge (en années)	1,1***	1,1***
Âge au début du tabagisme régulier		
Avant 15 ans	1	1
15-20 ans	1,0 ns	1,3*
Après 20 ans	0,5***	0,6**
Consommation de cigarettes		
Consommation quotidienne (avant arrêt pour les ex-fumeurs) (unité : cinq cigarettes par jour)	1,1***	1,2***
Signes de dépendance à la nicotine		
Non	1	1
Oui	0,5***	0,6***
Motivations de l'arrêt		
Peur de tomber malade		
Non	1	NS
Oui	1,2*	
Prise de conscience des conséquences		
Non	1	NS
Oui	1,4***	
Naissance d'un enfant, grossesse		
Non	1	1
Oui	0,7***	2,4***
Prix des cigarettes		
Non	1	NS
Oui	0,6***	
Lassitude		
Non	1	1
Oui	2,0***	1,4**
A déjà une maladie ou un problème lié au tabac		
Non	NS	NS
Oui		
Diplôme le plus élevé obtenu		
Aucun diplôme, autre diplôme	1	1
Certificat d'études, brevet des collèges	1,0 ns	1,2 ns
CAP/BEP	1,0 ns	1,0 ns
Baccalauréat	1,2 ns	1,4**
Bac + 2, bac + 3	1,8***	1,1 ns
Bac + 4, bac + 5 ou plus	1,9***	1,4**

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.
NS : variable non sélectionnée.

actuels aux caractéristiques des ex-fumeurs qui étaient les leurs au moment de l'arrêt.

Les résultats obtenus sont très similaires pour les deux sexes : les ex-fumeurs se distinguent des fumeurs réguliers actuels par une consommation quotidienne plus importante, une entrée dans le tabagisme régulier plus précoce et des signes de forte dépendance physique à la nicotine moins fréquents. Par ailleurs, un haut niveau d'études semble favoriser l'arrêt, cet effet du diplôme apparaissant plus net pour les femmes.

Pour plusieurs motifs de l'arrêt, les résultats s'avèrent sexuellement différenciés. Parmi les femmes, celles qui ont réussi à arrêter mentionnent plus fréquemment la peur de tomber malade et la prise de conscience des conséquences du tabagisme, mais moins souvent la naissance d'un enfant, une grossesse ou le prix des cigarettes. Cela suggère que ces deux derniers motifs incitent à l'arrêt, mais suscitent des tentatives qui ont moins de chances d'être couronnées de succès.

Parmi les hommes, la peur de tomber malade, la prise de conscience des conséquences du tabagisme et le prix des cigarettes ne sont pas des motifs d'arrêt qui distinguent les ex-fumeurs des fumeurs actuels qui ont déjà arrêté au moins une semaine. En revanche, arrêter à cause de la naissance d'un enfant ou de la grossesse de sa partenaire est un motif caractéristique des fumeurs qui ont réussi à arrêter : il est donc possible que

les hommes qui essaient d'arrêter de fumer pour cette raison aient plus de chances d'y parvenir de façon durable.

Les arrêts manqués des fumeurs actuels

Trois fumeurs sur quatre ont déjà essayé d'arrêter, en moyenne près de quatre fois

Parmi les fumeurs actuels, 76,5 % ont déjà réussi à arrêter au moins une semaine, les fumeurs occasionnels plus souvent que les fumeurs réguliers (84,4 % vs 75,0 %), sans différence significative entre hommes et femmes (75,8 % vs 77,4 %).

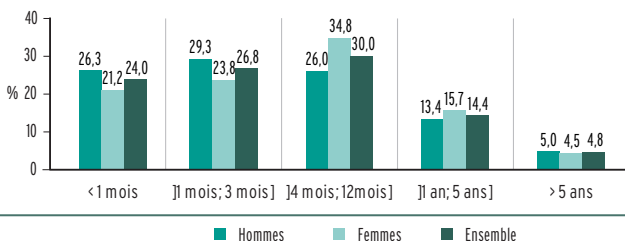
En moyenne, les fumeurs actuels qui sont déjà parvenus à arrêter au moins une semaine rapportent 3,6 tentatives (les fumeurs réguliers 3,1, vs 6,5 pour les fumeurs occasionnels). Dans le détail, 29,1 % des fumeurs actuels mentionnent une seule tentative, 22,4 % en mentionnent deux, 24,0 % en citent trois ou quatre, et 17,5 % cinq ou plus. Les hommes fumeurs actuels déclarent un nombre moyen de tentatives plus élevé que les femmes (3,7 vs 3,4).

Des tentatives qui, une fois sur deux, ne dépassent pas trois mois

Nous avons étudié la durée de la tentative la plus longue, selon le sexe des fumeurs [figure 24]. Pour 26,3 % des hommes et

FIGURE 24

Durée de la tentative d'arrêt la plus longue des fumeurs actuels, selon leur sexe (en pourcentage)



21,2 % des femmes, cette tentative a duré moins d'un mois, et pour respectivement 55,6 % et 45,0 %, trois mois ou moins. À l'autre extrême, 18,4 % des hommes ont arrêté plus d'un an *versus* 20,2 % des femmes. Les tentatives les plus longues des femmes ont donc duré plus longtemps que celles des hommes (peut-être lors d'une grossesse?). En outre, globalement, la moitié (50,8 %) des tentatives d'arrêt avortées dure trois mois au maximum, et la grande majorité (80,8 %) un an au plus.

Les projets d'arrêt des fumeurs actuels

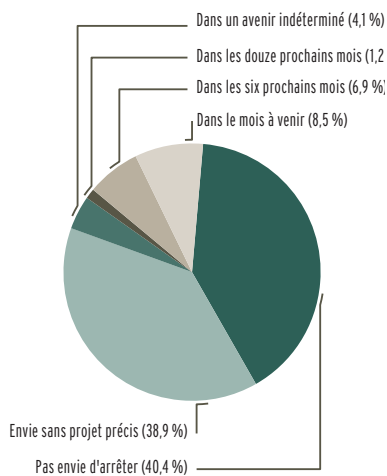
Une majorité de fumeurs a envie d'arrêter, mais le plus souvent sans projet précis

Parmi les fumeurs actuels, 59,6 % déclarent avoir envie d'arrêter de fumer [figure 25]. Cette proportion a très peu varié en cinq ans (elle atteignait 58,7 % en 2000). Toutefois, les deux tiers de ces fumeurs qui désirent arrêter n'ont pas de projet précis (soit 38,9 % du total des fumeurs actuels). Globalement, un fumeur sur cinq a donc un projet précis d'arrêter de fumer (20,7 % exactement), en général à court ou moyen terme (8,5 % dans le mois à venir, 6,9 % dans les six prochains mois).

Par ailleurs, les fumeurs réguliers sont beaucoup plus enclins à vouloir arrêter que les fumeurs occasionnels (64,1 % *vs* 37,1 %), de même que les fumeurs qui présentent des signes de forte dépendance physique (64,6 %, *vs* 56,2 % pour ceux qui n'en présentent pas). Du point de vue du profil sociodémographique des fumeurs, l'envie d'arrêter est à peine plus répandue parmi les hommes que parmi les femmes (60,3 % *vs* 58,7 %), et elle culmine aux âges intermédiaires (53,3 % chez les 12-19 ans, 63,8 % pour les 35-44 ans, 51,2 % chez les 65-75 ans) [figure 26]. En outre, l'envie d'arrêter s'avère plus fréquente parmi les titulaires d'un CAP ou d'un BEP (64,3 % *vs* 53,1 % pour les titulaires d'un

FIGURE 25

Projet d'arrêter des fumeurs actuels

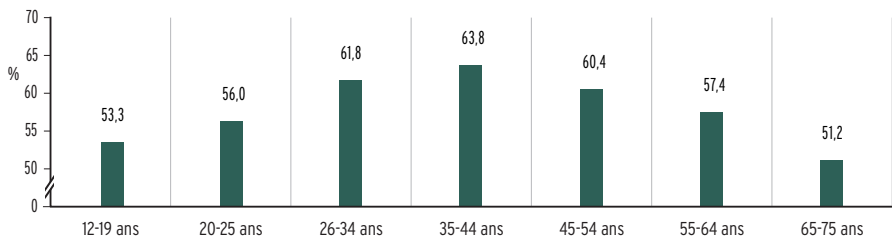


LES EX-FUMEURS OCCASIONNELS

Parmi les Français âgés de 12 à 75 ans, 5,5 % sont des « anciens fumeurs occasionnels ». Parmi ces derniers, les femmes sont majoritaires (61,8 %, *vs* 49,3 % de femmes parmi les fumeurs occasionnels actuels). Ces ex-fumeurs occasionnels ont en moyenne 46 ans (*vs* 49 ans pour les ex-fumeurs réguliers). Ils fumaient 0,9 cigarette par jour (ou 6,3 par semaine) au moment de l'arrêt et se caractérisent par la précocité de leur arrêt : ils ont arrêté en moyenne à 21,7 ans (*vs* 33,9 ans pour les ex-fumeurs réguliers). C'est d'autant plus remarquable que leur première cigarette a également été tardive : ils l'ont fumée en moyenne à 19,4 ans (*vs* 17,0 ans pour les fumeurs occasionnels actuels, ou encore 17,3 ans pour les ex-fumeurs réguliers). Autrement dit, ils ont fumé pendant un peu plus de deux ans en moyenne. Concernant les motifs de leur arrêt, relativement aux anciens fumeurs réguliers, ils évoquent moins souvent la naissance d'un enfant (5,4 % *vs* 12,3 %), la peur de tomber malade (11,3 % *vs* 22,2 %), ou encore le prix des cigarettes (7,8 % *vs* 12,7 %), mais plus fréquemment la lassitude (14,3 % *vs* 8,5 %).

FIGURE 26

Envie d'arrêter de fumer, selon l'âge des fumeurs actuels



bac + 4 ou plus), comme parmi les ouvriers (64,2 % vs 56,6 % parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures).

Les fumeurs continuent à privilégier l'arrêt solitaire, volontaire et radical

Parmi les fumeurs qui ont le projet d'arrêter de fumer, les deux tiers (67,8 %) envisagent de le faire seul, 28,9 % pensent faire appel à un médecin, 3,3 % envisagent une autre aide ou ne savent pas encore comment ils procéderaient. Les femmes évoquent plus souvent que les hommes l'idée de se faire aider par un médecin (32,4 % vs 26,1 %).

L'arrêt radical sans substitut nicotinique ni aide médicale est la méthode la plus souvent envisagée (par 49,3 % des fumeurs qui ont le projet d'arrêter : 52,5 % parmi les hommes, 48,4 % parmi les femmes), suivi de l'usage du patch antitabac (24,8 %) et de l'arrêt par réduction progressive de la consommation (23,3 %), loin devant l'acupuncture (6,0 %) et d'autres méthodes plus rarement évoquées (gomme à mâcher, psychothérapie, Zyban®, etc.). En outre, parmi ceux qui opéreraient pour l'arrêt radical spontané, la plupart n'envisagent pas une méthode complémentaire (un sur dix seulement utiliserait des patchs antitabac). Relativement à 2000, le recours au patch est plus fréquemment envisagé (de 18,5 % à 24,8 %), tandis que la réduction progressive de la consommation se trouve moins souvent évoquée (de 29,1 % en 2000 à 23,3 % en 2005)

et que l'arrêt volontaire radical recule à peine (de 51,2 % à 49,3 %).

ATTITUDES ET OPINIONS À L'ÉGARD DES FUMEURS

Depuis 1992, le Baromètre santé contient des questions relatives au tabagisme passif et aux opinions à l'égard des fumeurs. Ces attitudes sont devenues d'un intérêt crucial au fur et à mesure que l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics s'est inscrite de plus en plus fréquemment à l'ordre du jour du calendrier politique. On s'intéressera d'abord à la cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs : quelle est la proportion de foyers dans lesquels quelqu'un fume, ne serait-ce que de temps en temps ? Et quelle est la proportion de Français à se dire gênés par la fumée des autres ? Enfin, que pense le public du respect des zones non-fumeurs ? On étudiera ensuite une série d'opinions générales relatives aux fumeurs, au tabac et aux relations entre fumeurs et non-fumeurs.

Fumeurs et non-fumeurs : une cohabitation fréquente, parfois difficile

Six foyers sur dix sont « non fumeurs »

Au total, 22,0 % des enquêtés déclarent qu'au moins une personne fume régulièrement à l'intérieur de leur domicile, 10,5 %

rapportent que cela arrive de temps en temps, 9,4 % rarement, et enfin 58,1 % jamais. La proportion de foyers épargnés par le tabac atteint 68,7 % lorsque l'enquêté n'est pas lui-même fumeur, *versus* 33,3 % s'il fume actuellement [figure 27]. Évidemment ces résultats sont délicats à interpréter puisque nous ne connaissons pas le statut tabagique de chaque membre du foyer. Il apparaît toutefois que six foyers français sur dix sont totalement « non fumeurs ». En outre, un tiers des fumeurs déclare que personne ne fume jamais (ni eux, ni personne d'autre) à leur domicile, cette proportion étant plus élevée lorsque des enfants vivent dans le foyer (35,8 %, *vs* 28,6 % s'il n'y en a pas).

Une partie des enfants en bas âge ne bénéficie pas d'un environnement « non fumeur »

Toutefois, la présence d'enfants en bas âge au domicile n'empêche pas toujours leur exposition au tabagisme passif, d'autant que la prévalence du tabagisme est particulièrement importante entre 26 et 45 ans, âges auxquels la parentalité se concentre. Parmi les foyers où se trouve un nourrisson âgé de moins de 1 an, 70,5 % sont intégralement « non fumeurs » tandis que dans 15,2 % d'entre eux, il arrive régulièrement

que quelqu'un fume [figure 28]. En outre, lorsque l'âge de l'enfant le plus jeune du foyer augmente, la proportion de domiciles « non fumeurs » tend à reculer, oscillant entre 53 et 58 % lorsque cet enfant a entre 4 et 12 ans.

Cela étant, il convient ici de préciser que fumer au domicile ne signifie pas forcément fumer en présence d'un enfant : il est possible qu'à l'intérieur même du domicile existent des zones tacitement réservées aux fumeurs, ou que ces derniers ne fument pas lorsqu'ils se trouvent dans la même pièce qu'un enfant.

Si quatre Français sur dix se disent très gênés par la fumée des autres, les fumeurs ne sont pas épargnés

Au total, 40,5 % des personnes âgées de 12 à 75 ans déclarent que la fumée des autres les gêne beaucoup, 31,8 % se disent un peu gênés par cette fumée et 27,7 % pas du tout gênés. La proportion de ceux se déclarant le plus gênés s'avère plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (46,8 % *vs* 33,9 %), et elle croît lentement avec l'âge des enquêtés (de 30,0 % à 15-19 ans jusqu'à 49,1 % pour les 65-75 ans). Cette gêne éprouvée varie bien sûr aussi selon le statut tabagique des enquêtés [figure 29] : plus de la moitié des non-fumeurs et des ex-fumeurs occasionnels se disent très gênés par la fumée des autres,

FIGURE 27

Fréquence à laquelle quelqu'un fume au domicile, selon le statut tabagique de l'enquêté (en pourcentage)

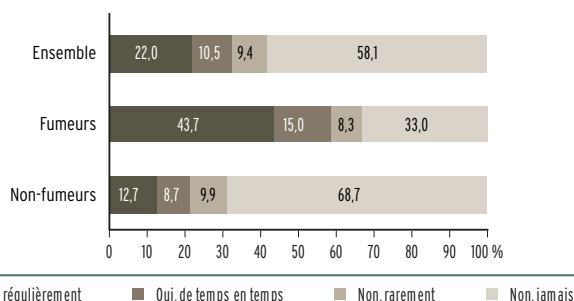


FIGURE 28

Fréquence à laquelle quelqu'un fume au domicile, selon l'âge de l'enfant le plus jeune du foyer (en pourcentage)

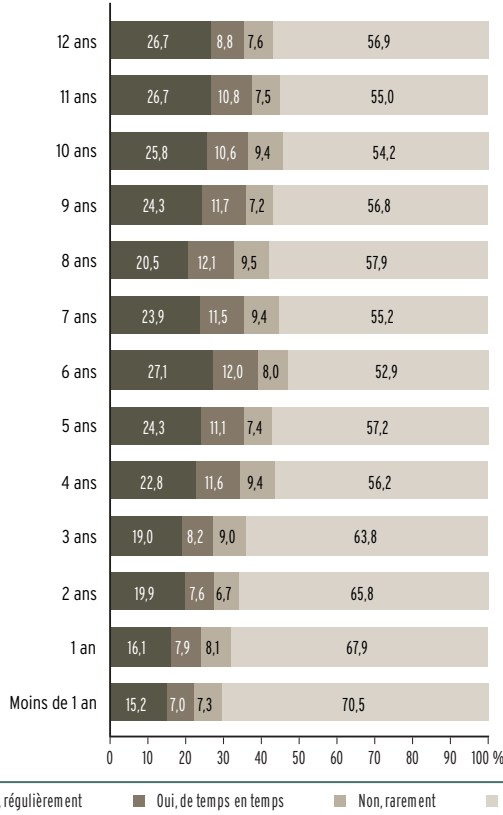
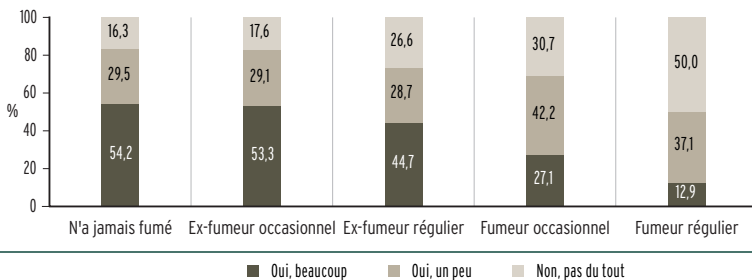


FIGURE 29

Gêne occasionnée par la fumée des autres, selon le statut tabagique (en pourcentage)



versus 12,9 % des fumeurs réguliers. On notera tout de même que parmi ces derniers, un sur deux se déclare au moins un peu gêné par la fumée des autres : les non-fumeurs ne sont donc pas les seuls que la fumée du tabac importune, loin de là.

La perception du respect des zones non-fumeurs : les bars bons derniers

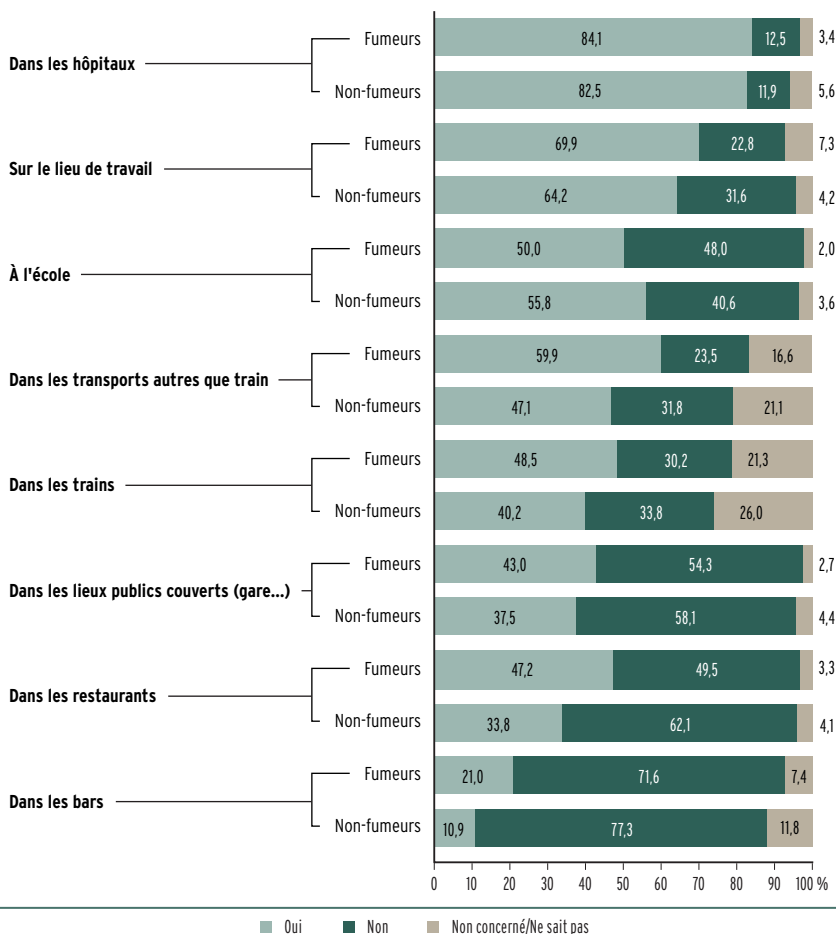
Les personnes interrogées étaient également invitées à donner leur appréciation sur le respect des zones non-fumeurs dans différents types d'endroits. De façon générale, quel que soit l'endroit considéré, les fumeurs jugent plus souvent que les non-fumeurs que l'interdiction de fumer est respectée [figure 30]. Toutefois, les écarts de jugement entre fumeurs et non-fumeurs sont souvent faibles (sauf, avec plus de dix points d'écart, pour les bars, les restaurants et les transports autres que le train).

C'est dans les hôpitaux et sur le lieu de

C'est dans les hôpitaux et sur le lieu de

FIGURE 30

Opinions sur le respect des zones non-fumeurs dans divers endroits, selon le statut tabagique



travail que les zones non-fumeurs sont jugées le plus souvent bien respectées, par les fumeurs comme par les non-fumeurs. Suivent ensuite l'école, les transports et les lieux publics couverts. Puis viennent les restaurants, pour lesquels la moitié des fumeurs et un tiers des non-fumeurs jugent que les zones non-fumeurs sont bien respectées, et en dernière position les bars, avec seulement un fumeur sur cinq et un non-fumeur sur dix qui estiment que ces zones sont respectées.

Les opinions sur les fumeurs et le tabac

Les fumeurs, unanimement considérés dépendants du tabac comme d'une drogue...

La quasi-totalité des personnes interrogées estiment que les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue : 94,0 % sont d'accord avec cette assertion (69,8 % se déclarent « *tout à fait d'accord* » et 24,2 % se disent « *plutôt d'accord* ») [figure 31]. Cette

opinion est presque aussi fréquente parmi les fumeurs actuels (92,4 %) que parmi les non-fumeurs (94,7 %). Cette opinion tend également à augmenter avec l'âge et le niveau de diplômes, et elle s'avère un peu plus marquée parmi les femmes.

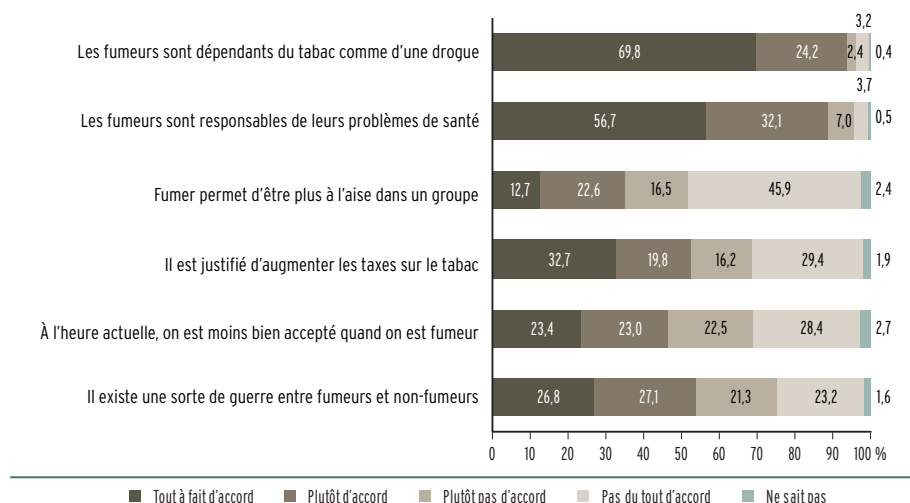
En se restreignant aux 18-75 ans, il est possible de mesurer les évolutions des réponses sur cette question depuis dix ans. Dans le Baromètre santé 1995-1996, 89,9 % des 18-75 ans se disaient déjà d'accord avec l'idée selon laquelle les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue, *versus* 94,6 % en 2005 : on observe donc bien une progression mais cette opinion était déjà très partagée il y a dix ans.

...et généralement tenus pour responsables de leurs problèmes de santé

Une très large majorité d'enquêtés jugent également que les fumeurs sont responsables de leurs problèmes de santé (88,8 % sont « *tout à fait* » ou « *plutôt d'accord* »), y compris parmi les fumeurs (85,7 % vs 90,1 %

FIGURE 31

Degré d'accord avec diverses opinions relatives aux fumeurs et au tabac



parmi les non-fumeurs). Cette opinion est un peu moins fréquente parmi les tranches d'âge intermédiaires, et elle tend en outre à reculer lorsque le niveau d'études s'élève : 64,4 % des moins diplômés partagent « *tout à fait* » cette opinion *versus* 44,8 % parmi les plus diplômés. Sur cette question, les réponses sont presque identiques à celles obtenues en 1995 (avec à l'époque 87,8 % d'avis favorables parmi les 18-75 ans, *vs* 88,6 % en 2005).

Fumer pour se socialiser ? Un motif rejeté par les deux tiers des enquêtés

Un tiers des personnes âgées de 12 à 75 ans pensent que fumer permet de se sentir plus à l'aise dans un groupe, les fumeurs à peine plus souvent que les non-fumeurs (37,1 % *vs* 34,4 %), et les femmes à peine plus fréquemment que les hommes (36,6 % *vs* 33,8 %). Cette opinion est aussi plus souvent partagée par les personnes âgées de 45 ans et plus, ainsi que parmi les plus diplômés (28,3 % pour les moins diplômés, 43,3 % pour les plus diplômés). Toutefois, elle semble avoir légèrement progressé depuis dix ans (avec 32,7 % d'avis favorables parmi les 18-75 ans en 1995, *vs* 36,8 % en 2005).

Fumer : un facteur d'exclusion pour près d'un Français sur deux

À l'inverse, près d'un Français sur deux considère qu'à l'heure actuelle on est moins bien accepté lorsque l'on est fumeur : c'est ce que pensent 48,6 % des fumeurs et 45,4 % des non-fumeurs. Cette opinion devient nettement majoritaire parmi les 45 ans et plus, et elle est également majoritaire parmi les plus diplômés. Notons qu'elle ne semble pas avoir évolué depuis dix ans (passant de 50,6 % à 48,5 % d'avis favorables).

Une courte majorité pense qu'il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs

Parmi les enquêtés, 53,9 % jugent qu'il existe une sorte de « guerre » entre fumeurs et non-fumeurs. Cette opinion est un peu plus répandue parmi les fumeurs (57,5 % *vs* 52,4 % parmi les non-fumeurs), comme parmi les femmes (56,6 %, *vs* 51,0 % pour les hommes). L'adhésion à cette opinion augmente également avec l'âge (un tiers des 12-19 ans y adhèrent *vs* environ la moitié des 20-34 ans et près de 60 % des 35-75 ans) et dans une moindre mesure avec le niveau de diplômes (48,6 % parmi les sans-diplôme, 57,7 % parmi les bac + 4 et plus). Ajoutons que l'adhésion à cette opinion semble avoir un peu reculé depuis dix ans (passant de 62,6 % à 56,2 % parmi les 18-75 ans).

La hausse des taxes sur le tabac soutenue par un Français sur deux

Pour 52,5 % des Français âgés de 12 à 75 ans, il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac : 32,7 % se disent « *tout à fait d'accord* » et 19,8 % sont « *plutôt d'accord* ». Les non-fumeurs sont 62,9 % à approuver cette hausse *versus* 45,0 % des fumeurs occasionnels et seulement 24,5 % des fumeurs réguliers qui subissent directement les conséquences de ces taxes. La hausse des taxes est davantage soutenue par les personnes les plus âgées (66,6 % des 65-75 ans *vs* 44,7 % des 26-34 ans), mais moins souvent par les plus diplômés (40,3 % des bac + 4 et plus, *vs* 53,0 % des titulaires d'un BEP/CAP).

Cette opinion était déjà soutenue par 51,6 % des 18-75 ans en 1995 (pour 51,4 % en 2005), mais elle a notablement reculé parmi les fumeurs avec une proportion d'avis favorables passée de 38,8 % à 27,4 %.

DISCUSSION

Recul du tabagisme et efficacité des politiques publiques

Les données du Baromètre santé 2005 confirment le recul du tabagisme depuis 2000, en particulier à l'adolescence. Ce recul accentue la tendance observée chez les hommes sur le long terme et affirme celle plus tardive et moins marquée obtenue pour les femmes. Toutefois, ce recul était plus net en 2003 qu'en 2005. D'autres travaux en population adolescente ont montré que les mesures de lutte contre le tabagisme ont surtout eu un effet dissuasif sur les jeunes n'étant pas encore fumeurs [12]. Les analyses présentées ici suggèrent que l'augmentation des prix a bien eu un effet incitatif à l'arrêt du tabagisme, mais il semble que cet effet soit relativement éphémère et que la motivation qu'elle suscite ne se concrétise pas toujours par des arrêts réussis (un prix élevé constitue sans doute une source de motivation pour tous, mais le succès survient plus souvent lorsque les motifs sont plus profonds que les seules raisons économiques). Dans la mesure où il est prévu un gel des hausses des taxes sur le tabac jusqu'en 2008, il est donc possible que, au mieux, le niveau du tabagisme stagne d'ici là.

Par ailleurs, il ne faut sans doute pas sous-évaluer l'impact des campagnes de prévention du tabagisme. Celui-ci semble dérisoire si on le mesure directement : ainsi, parmi les ex-fumeurs et les fumeurs actuels qui ont déjà arrêté pendant au moins une semaine, seul 1 % motive spontanément cet arrêt par les campagnes de prévention. Toutefois, dans le même temps, les arrêts les plus récents sont plus souvent motivés par la peur des maladies dues au tabagisme ou plus généralement par la prise de conscience de ses conséquences nocives, et ces motivations caractérisent également les arrêts réussis, au moins parmi les femmes. Or

cette peur et cette prise de conscience sont très probablement nourries par les messages préventifs qui trouvent donc là un indice de leur efficacité, même si elle échappe aux fumeurs eux-mêmes. La diffusion régulière de tels messages contribue à faire évoluer les représentations du tabagisme, notamment lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une dénormalisation, approche globale consistant à changer les normes sociales régissant l'usage de tabac en jouant à la fois sur le climat social et sur le cadre légal [13].

Cela étant, nos résultats suggèrent aussi que les motivations de l'arrêt renvoient parfois à des circonstances spécifiques, et requièrent donc sans doute, pour être cultivées plus efficacement, des messages ciblés (*cf.* en particulier les arrêts masculins motivés par la naissance d'un enfant ou une grossesse).

Les données du Baromètre santé montrent que les cigarettes manufacturées restent de loin le produit de l'industrie du tabac le plus consommé et que les usages du tabac à rouler sont de plus en plus répandus mais à un niveau nettement moindre. Si les autres formes étudiées ici (pipe, cigare, cigarillos, chique) s'avèrent encore moins fréquentes, il conviendrait à l'avenir d'étudier les évolutions récentes de l'usage de la chicha. En effet, ce mode d'inhalation particulier et le contexte entourant cet usage sont susceptibles de constituer une nouvelle porte d'entrée dans le tabagisme.

Les facteurs associés au tabagisme : des résultats à interpréter avec précaution

Nos analyses ont permis de pointer un certain nombre de facteurs sociodémographiques qui s'avèrent significativement associés au tabagisme, d'une part chez les 12-25 ans, d'autre part chez les 26-

75 ans. Il convient ici de rappeler avec force qu'une relation statistiquement significative ne suffit pas à conclure à une relation de cause à effet. Tout dépend de l'interprétation que l'on en propose, sachant qu'un même résultat peut souvent être interprété de diverses manières suivant les hypothèses qui caractérisent telle ou telle discipline des sciences humaines et sociales.

Par exemple, si les jeunes déscolarisés fument davantage, c'est peut-être parce que cette situation et ce comportement sont tous les deux l'expression d'un rejet des normes dominantes qui valorisent l'école et condamnent le tabagisme, mais c'est peut-être aussi parce que la déscolarisation accroît les opportunités d'usage (en soustrayant à un environnement dans lequel le tabagisme est *a priori* interdit), en même temps qu'elle marque le passage à l'âge adulte, dont le tabagisme demeure un attribut symbolique. De même, la séparation des parents peut susciter des affects anxieux et dépressifs que le tabagisme viserait à calmer, mais cette séparation ouvre également une large brèche dans le contrôle parental et fournit donc des opportunités de fumer ou de commettre d'autres actes réprouvés par les parents.

Autre exemple, le fait que les adultes les plus diplômés soient moins enclins à fumer peut être interprété de diverses façons. Sur ce point, les travaux des économistes proposent divers mécanismes explicatifs possibles, non exclusifs les uns des autres : soit les plus diplômés assimileraient « mieux » l'information préventive (ils seraient en quelque sorte les « bons élèves » de la prévention après avoir été ceux de l'institution scolaire) ; soit la réussite scolaire et le refus du tabagisme pourraient tous deux témoigner d'une capacité à l'autodiscipline [14, 15].

Enfin, si à l'adolescence la santé perçue est corrélée avec le tabagisme (en particulier chez les jeunes filles), cela ne signifie pas que dès cet âge le tabac a un impact impor-

tant sur la santé, même s'il provoque rapidement quelques effets comme l'essoufflement. Au contraire, les fumeurs se servent souvent de leur tabagisme pour faire face au stress, à l'anxiété ou à une humeur dépressive [16, 17], cet usage anxiolytique concernant apparemment plus les femmes que les hommes [18, 19]. En outre, à l'adolescence, le tabagisme est aussi associé à un mode de vie souvent caractérisé par d'autres conduites dommageables pour la santé, dont les effets n'ont pas été contrôlés ici.

Ne pas oublier que le tabagisme est un choix motivé, tout comme l'arrêt

Certains de nos résultats nous rappellent utilement que le tabagisme est un choix individuel et ce, malgré l'existence d'une dépendance, laquelle apparaît ici comme un frein à l'arrêt (*cf.* comparaison des ex-fumeurs réguliers et des fumeurs réguliers actuels, tableau VI). Le tabagisme ne peut être restreint à sa dimension de maladie, ni même d'« épidémie comportementale », contrairement à ce que laisseraient penser certains discours de santé publique. Par exemple, parmi les femmes comme parmi les hommes, les ex-fumeurs se distinguent des fumeurs réguliers par une consommation quotidienne de cigarettes plus élevée lorsqu'ils étaient fumeurs, et une initiation plus précoce au tabagisme régulier. Il ne faudrait pas en conclure hâtivement qu'une initiation précoce à la cigarette et une plus forte consommation de cigarettes faciliteraient l'arrêt. En revanche, il est probable qu'un fumeur n'envisagera sérieusement d'arrêter que lorsqu'il aura le sentiment de fumer trop ou depuis trop longtemps : *a contrario*, à un âge donné, une personne qui a commencé à fumer tardivement et dont la consommation reste relativement faible, sera moins encline à penser qu'il est urgent qu'elle arrête.

En outre, les fumeurs réguliers qui sont parvenus à cesser de fumer mentionnent plus souvent que ceux qui ont échoué la lassitude comme motif de l'arrêt. Autrement dit, il serait plus facile d'arrêter lorsque l'on n'a plus envie de fumer. Ce résultat est assez tautologique, mais il rappelle encore que le tabagisme est un comportement en partie subi, en partie motivé : les individus ont des motifs pour fumer, et la disparition de ces motifs contribue sans doute puissamment à l'arrêt. De ce point de vue, si la prévention vise à donner aux fumeurs de bonnes raisons de s'arrêter, il faut aussi qu'elle s'intéresse aux bonnes raisons qu'ils ont (ou croient avoir) de fumer.

Certains résultats peuvent être encore utilisés pour prolonger les efforts engagés dans le domaine de la prévention ou de l'éducation à la santé : par exemple, la prépondérance de l'arrêt volontaire net et sans assistance parmi les méthodes envisagées incite à chercher à mieux comprendre les déterminants d'une telle préférence. Parmi les motifs qui distinguent le mieux les ex-fumeurs de ceux qui envisagent d'arrêter mais fument encore, le fait que la naissance d'un enfant ne ressorte que chez les hommes comme facteur explicatif d'un arrêt réussi est un résultat un peu contre-intuitif qui ouvre des perspectives en termes de représentations du tabagisme passif.

Surveiller les croyances et les attitudes du public à l'égard des fumeurs

Enfin, dans la mesure où le message préventif s'est durci en France depuis quelques années, en mettant notamment l'accent sur les conséquences sanitaires nocives du tabagisme passif, il est à craindre que le fumeur n'apparaisse de plus en plus sur la scène publique comme un nouveau déviant, voire un délinquant, coupable de coûter cher à la société et d'empoisonner ses proches

contre leur volonté. Une telle construction médiatique du fumeur n'est sans doute pas souhaitable : elle pourrait avoir des effets stigmatisants évidents, qui poseraient des problèmes moraux, et en outre elle risquerait de favoriser des effets contre-productifs susceptibles de saper l'efficacité des politiques de prévention [20, 21].

Sur ce point, les données du Baromètre santé 2005 suggèrent que l'image des fumeurs dans l'opinion publique est déjà très dépréciée, même si elle ne semble pas s'être notablement dégradée depuis dix ans : ainsi la quasi-totalité des personnes interrogées jugent-elles que les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue et qu'ils sont responsables des problèmes de santé qu'ils rencontrent, tandis que plus de la moitié considèrent qu'il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs. Il serait certainement utile, dans les années à venir, de mieux cerner cet aspect des politiques publiques de lutte contre le tabagisme.

Relecteur

Hélène Martineau (OFDT)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Baisse du tabagisme parmi les adolescents : principaux résultats de l'enquête Escapad, France, 2003.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 21-22 : 99-100.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2005/21_22/beh_21_22_2005.pdf
- [2] Oddoux K., Peretti-Watel P., Baudier F.
Tabac. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2000 : résultats (vol. 2).
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 77-118.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/tabac.pdf>

- [3] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003.
Saint-Denis : OFDT, 2005 : 224 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfb16.pdf>
- [4] Ben Lakhdar C.
Contrebande et ventes de tabac 1999-2004 : comparaison des évolutions des ventes de cigarettes en France dans les zones frontalières et non frontalières.
Tendances 2005 ; 44 : 1-4.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcblb.pdf>
- [5] Anguis M., Dubeaux D.
Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac.
INSEE première 1997 ; 551 : 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/FR/FFC/DOCS_FFC/ip551.pdf
- [6] **Tableau de bord mensuel Tabac de l'OFDT.**
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html>.
- [7] Wilquin J.-L.
Tabagisme : le recul se confirme. In : Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2005 : premiers résultats.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 29-37.
- [8] Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O.
The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire.
British Journal of Addiction 1991 ; 86(9) : 1119-27.
- [9] Moolchan E.T., Berlin I., Robinson M.L., Cadet J.L.
African-American teen smokers: issues to consider for cessation treatment.
Journal of the National Medical Association 2000 ; 92(12) : 558-62.
- [10] Guillemin F., Arènes J., Virion J.-M.
Santé et qualité de vie. In : Baudier F., Arènes J., (sous la dir.).
Baromètre santé adultes 95/96.
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1997 : 69-85.
- [11] Peretti-Watel P.
Pricing policy and some other predictors of smoking behaviours: an analysis of French retrospective data.
International Journal of Drug Policy 2005 ; 16(1) : 19-26.
- [12] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., Spilka S.
Le tabagisme des adolescents : niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ?
Revue des Maladies Respiratoires 2006 ; 23 (6) : 681-93
- [13] Jacques M., Hubert F., Laguë J.
Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec : perspectives de santé publique.
Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2004 : 84 p.
En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/315-Avis-DenormalisationLutteAntitabac.pdf>
- [14] Farrel P., Fuchs V.R.
Schooling and health: The cigarette connection.
Journal of Health Economics 1982 ; 1(3) : 217-30.
- [15] Sander W.
Schooling and smoking.
Economics of Education Review 1995 ; 14(1) : 23-33.
- [16] Brown R.A., Kahler C.W., Zvolensky M.J., Lejuez C.W., Ramsey S.E.
Anxiety sensitivity: relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder.
Addictive Behaviors 2001 ; 26(6) : 887-99.
- [17] Le Houezec J.
Nicotine: abused substance and therapeutic agent.
Journal of Psychiatry & Neuroscience 1998 ; 23(2) : 95-108.
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1188908&blobtype=pdf>
- [18] Sorensen G., Pechacek T.F.
Attitudes toward smoking cessation among men and women.
Journal of Behavioral Medicine 1987 ; 10(2) : 129-37.
- [19] Waldron I.
Patterns and causes of gender differences in smoking.
Social Science & Medicine 1991 ; 32(9) : 989-1005.
- [20] Peretti-Watel P., Moatti J.-P.
Understanding risk behaviours: how the sociology of deviance may contribute? The case of drug-taking.
Social Science & Medicine 2006 ; 63(3) : 675-9.
- [21] Bayer R., Stuber J.
Tobacco control, stigma, and public health: rethinking the relations.
American Journal of Public Health 2006 ; 96(1) : 47-50.

L'essentiel

Les consommations

Malgré une consommation en baisse depuis plusieurs décennies, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France : seulement 8,4 % des personnes de 12 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées (vin, bière, alcool fort ou autres alcools comme le champagne, le cidre, le panaché). Au cours des douze derniers mois, 13,7 % des 12-75 ans disent avoir bu tous les jours, 32,7 % au moins une fois par semaine, 38,4 % moins d'une fois par mois, tandis que 15,2 % de la population déclarent n'avoir pas bu d'alcool sur cette période. L'usage quotidien s'avère presque trois fois plus fréquent parmi les hommes que parmi les femmes (20,3 % vs 7,3 %) et touche essentiellement les générations âgées : très rare chez les trentenaires et les plus jeunes, il devient commun dans les générations les plus âgées (42 % des 65-75 ans). L'alcool le plus couramment consommé est le vin (77,1 % des 12-75 ans déclarent en avoir bu au cours de l'année), devant les spiritueux (56,1 %) et la bière (53,1 %). Ces deux derniers types de boissons ont la préférence des jeunes, alors que c'est le vin qui domine chez les plus âgés.

L'ivresse et les usages à risques

Parmi les 12-75 ans, 14,4 % déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois (21,6 % des hommes vs

7,5 % des femmes). Selon le test Deta, 13,8 % des hommes et 5,0 % des femmes de 12-75 ans présenteraient un risque d'usage problématique d'alcool, surtout entre 45 et 54 ans. Environ un tiers des enquêtés déclare avoir bu au moins une fois au cours de l'année au moins six verres en une seule occasion (*binge drinking*) et un tiers (53,5 % des hommes et 21,2 % des femmes) présente une consommation supérieure aux recommandations courantes de 21 verres par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes.

Les facteurs associés

Les modes de consommation diffèrent fortement suivant le statut scolaire et professionnel. Les élèves et les étudiants boivent moins que les actifs du même âge, tandis que le chômage est associé à des usages plus fréquents et plus souvent à risques, soit à moyen terme (selon le test Audit-C), soit plus ponctuellement à cause des ivresses alcooliques. Les inactifs ne se distinguent en revanche pas des actifs occupant un emploi, quelle que soit la tranche d'âge considérée. La retraite ne semble d'ailleurs pas être un facteur modifiant notablement les usages entre 60 et 65 ans.

Parmi les grandes catégories d'actifs occupant un emploi, les modes de consommation sont relativement homogènes : on distingue d'un côté les agriculteurs exploitants, dont

les niveaux de consommation quotidienne ou à risque chronique ou de dépendance, au sens de l'Audit-C, sont très élevés ; de l'autre les artisans, commerçants, cadres supérieurs et ouvriers, dont le profil est intermédiaire ; enfin, les professions intermédiaires et les employés, dont les niveaux d'usages sont nettement inférieurs (à sexe et âge comparables). Cependant il existe des différences au sein d'une même catégorie sociale suivant les types de métiers. L'évolution des usages de l'alcool est plutôt orientée de façon satisfaisante d'un point de vue de santé publique. La consommation quotidienne a nettement chuté entre 2000 et 2005 (passant de 20,3 % à 14,4 % sur la tranche d'âge 15-75 ans), mais les ivresses et la consommation problématique suivant le test Deta sont restées stables. De plus, les bénéfices sont inégalement répartis dans la population, certaines catégories sociales comme les chômeurs, ou bien, parmi les travailleurs, les ouvriers, semblant en effet avoir moins profité de ces modifications de comportements que d'autres catégories plus favorisées. Le statut face à l'emploi et les inégalités économiques continuent donc de peser sur les comportements de santé, et notamment les consommations d'alcool.

Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation

STÉPHANE LEGLEYE
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

Alors qu'elle se situait en tête du classement mondial avec environ 18 litres dans les années 1960, la consommation d'alcool pur par habitant en France a connu une baisse assez nette et ininterrompue depuis cette époque, passant à 10,4 litres en 2000, puis à 9,3 litres en 2003. L'ancrage culturel des boissons alcoolisées dans la société française ainsi que les conséquences de leur consommation, tant en termes de dommages sociaux, de morbidité que de mortalité, justifient une attention particulière portée aux comportements d'usages et à leur évolution. La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, l'alcool et le tabac intègrent à la fois des mesures de lutte contre l'alcoolisme et d'information sur les risques d'une consom-

mation régulière ou excessive. Fondées sur les déclarations individuelles des consommateurs, les données du Baromètre santé offrent depuis longtemps une autre mesure du phénomène « alcool » que les estimations de volume calculées à partir des données de vente de boissons alcoolisées. L'édition 2005 permet d'actualiser les résultats obtenus lors des précédents Baromètres santé, mais aussi d'étudier finement les usages de différentes sous-populations. Les écarts importants de qualité et d'espérance de vie entre les segments de la population suivant leur position économique nous ont en effet conduits à explorer les différences de comportements d'usages de l'alcool entre les individus suivant leur situation professionnelle, scolaire et leur capital économique.

RÉSULTATS

LES USAGES PAR SEXE ET ÂGE

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée dans la population française : seulement 8,4 % des personnes de 12 à 75 ans interrogées disent n'en avoir jamais bu de leur vie, même sous forme de boissons peu alcoolisées comme les cidres et les panachés. Cette proportion s'élève à 15,2 % s'agissant de la consommation d'alcool au cours des douze derniers mois. D'une façon générale, c'est la consommation mensuelle d'alcool qui domine, puisque 38,4 % des personnes interrogées disent n'en avoir bu qu'une fois par mois ou plus rarement au cours des douze derniers mois. Un tiers d'entre elles (32,7 %) déclare en avoir bu au moins une fois par semaine et près d'une personne sur sept (13,7 %) dit l'avoir fait quotidiennement. Hommes et femmes se distinguent nettement quant à leurs déclarations, et ce d'autant plus que les fréquences de consommation déclarées sont importantes. Ainsi, les hommes sont proportionnellement presque deux fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine (21,7 % vs 11,8 % ; $p < 0,001$) et la proportion de buveurs quoti-

diens est presque trois fois plus élevée chez eux (20,3 % vs 7,3 % ; $p < 0,001$).

La consommation d'alcool, surtout quotidienne, est plus répandue parmi les générations âgées. Là encore, hommes et femmes divergent dans leurs comportements : ainsi, l'écart entre la prévalence de la consommation quotidienne des hommes et des femmes est d'autant plus important que l'âge est élevé [figures 1 et 2]. Elle devient même le mode de consommation majoritaire des plus de 55 ans, ce qui n'est pas le cas parmi les femmes : chez ces dernières, la consommation mensuelle reste dominante.

Quantités bues

L'écart entre hommes et femmes est aussi nettement marqué concernant les quantités bues lors de la dernière occasion de consommer : en moyenne, les hommes qui déclarent consommer de l'alcool ont bu 2,6 verres d'alcool lors de leur dernière journée de consommation, *versus* 1,8 pour les femmes ($p < 0,001$). Ces quantités sont nettement plus importantes parmi les jeunes adultes : elles culminent chez les 20-25 ans (3,1 verres) pour lesquels l'écart entre les sexes est également

FIGURE 1

Les usages déclarés de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois, suivant l'âge, parmi les hommes (en pourcentage)

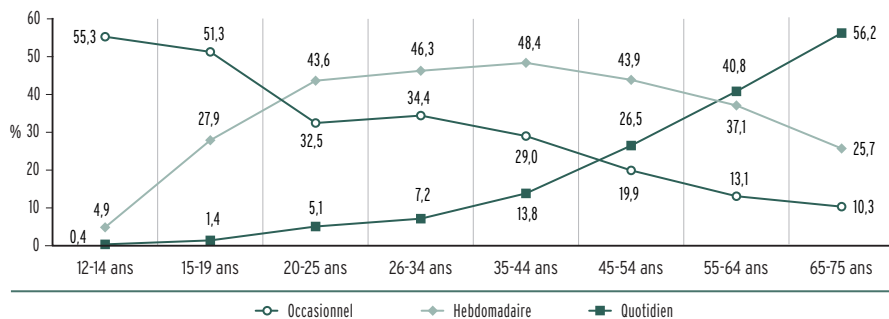
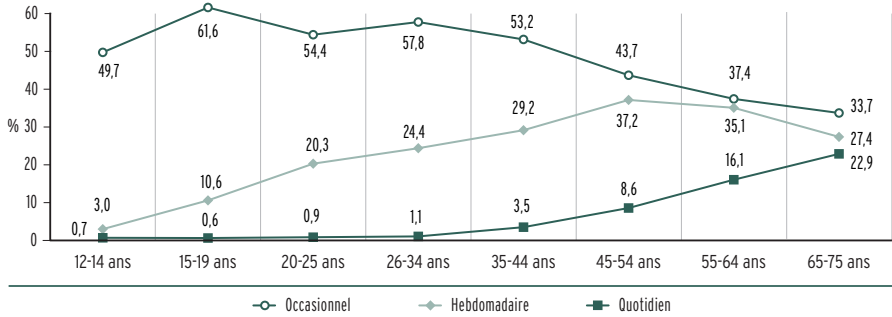


FIGURE 2

Les usages déclarés de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois, suivant l'âge, parmi les femmes (en pourcentage)



maximal (3,6 en moyenne pour les hommes, 2,3 pour les femmes).

dernier jour de consommation (vs 3,1 verres en moyenne pour les femmes ; $p < 0,001$).

Modes de consommation

La connaissance du dernier jour de consommation au cours de la semaine précédant l'enquête permet de montrer que c'est le week-end, et en particulier le dimanche, que les gens déclarent le plus souvent avoir bu de l'alcool : en effet, 28,4 % des buveurs de la semaine ont bu de l'alcool le dimanche, contre 15,8 % le samedi, 14,4 % le vendredi, 12,0 % le mardi, 10,2 % le mercredi, 9,9 % le jeudi et, enfin, 9,3 % le lundi. Par ailleurs, les quantités d'alcool que les personnes déclarent avoir bues diffèrent selon les jours : le nombre moyen de verres bus du lundi au mercredi (2,1) croît légèrement les jeudi et vendredi (2,2 et 2,3), et atteint 3,0 le samedi pour redescendre à 2,3 le dimanche : ainsi, le plus grand nombre de consommations a lieu le dimanche, mais c'est le samedi que sont bues les plus grandes quantités d'alcool.

Ces différences de comportement sont surtout marquées au sein des jeunes générations. Parmi les 20-25 ans, le nombre moyen de verres d'alcool consommés culmine à 4,5 le samedi, et atteint 5,5 parmi les hommes de cette tranche d'âge lorsqu'il s'agit de leur

Les boissons les plus consommées

Le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée en France : 77,2 % des personnes interrogées en ont bu au moins une fois au cours des douze derniers mois ; 28,8 % en ont bu une fois par semaine ou plus, et 12,7 % déclarent en consommer tous les jours. Viennent ensuite les alcools forts : plus de la moitié (56,2 %) des personnes interrogées en ont consommé au cours de l'année mais de manière beaucoup moins régulière que le vin puisque seulement 15,7 % en ont consommé au moins une fois par semaine et 0,8 % tous les jours. La consommation de bière est du même ordre, avec toutefois une proportion nettement supérieure de buveurs quotidiens (2,0 %). Enfin, si plus des trois quarts des interviewés (73,8 %) disent avoir bu un autre alcool (type cidre, champagne, liqueur) au cours de l'année, leur consommation quotidienne reste très marginale — deux fois moins répandue que celle des spiritueux (0,4 %). Les préférences pour les boissons varient avec le sexe et l'âge : si le vin et, dans une moindre mesure, les autres alcools

(cidres, liqueurs, etc.) sont les boissons des générations âgées, la bière et les alcools forts sont celles des 20-25 ans.

L'ivresse et les consommations à risques

En 2005, une question permet de documenter les consommations intensives d'alcool, à savoir le cumul d'au moins 6 verres au cours d'une même occasion de boire. Ce type de comportement n'est pas rare puisqu'un tiers des personnes interrogées en déclare au moins un épisode au cours de l'année écoulée, 14,0 % au moins un par mois. Là encore, les déclarations varient avec le sexe et l'âge, les hommes jeunes étant particulièrement concernés. Près de la moitié des hommes (48,1 %) rapportent un tel épisode au cours de l'année, 22,3 % au moins un par mois, *versus* respectivement 19,2 % et 5,9 % des femmes. Ces proportions culminent à 20-25 ans : 60,6 % des hommes de cette tranche d'âge en déclarent au moins un, 34,7 % au moins un par mois, *versus* 30,2 % et 10,4 % parmi les femmes [figure 3].

De la même façon, 9,8 % des hommes et 4,0 % des femmes disent avoir déjà bu au point de ne plus se souvenir de ce qu'ils

avaient fait la veille au moins une fois au cours de l'année écoulée ($p < 0,001$).

Très répandue parmi les hommes (67,0 % d'entre eux disent avoir déjà été ivres au cours de leur vie *vs* 35,3 % des femmes ; $p < 0,001$), l'ivresse alcoolique est surtout le fait des jeunes générations. Ainsi, si globalement 14,4 % des personnes interrogées disent avoir été ivres au cours des douze derniers mois, cette proportion est trois fois plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes (21,6 % *vs* 7,5 % ; $p < 0,001$), et elle culmine à 48,3 % parmi les hommes de 20-25 ans (*vs* un maximum de 20,1 % atteint entre 20 et 25 ans pour les femmes), pour décroître ensuite chez toutes les générations plus âgées. Ainsi, les jeunes sont peu nombreux à consommer de l'alcool quotidiennement, mais leurs consommations les mènent plus souvent à l'ivresse que celle des plus âgés [figure 4].

Les perceptions de la dangerosité de l'alcool

La consommation d'alcool se révèle potentiellement dangereuse à court terme en cas d'intoxication aiguë, notamment dans certaines circonstances comme la conduite

FIGURE 3

Proportion de consommateurs d'au moins 6 verres d'affilée au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et l'âge

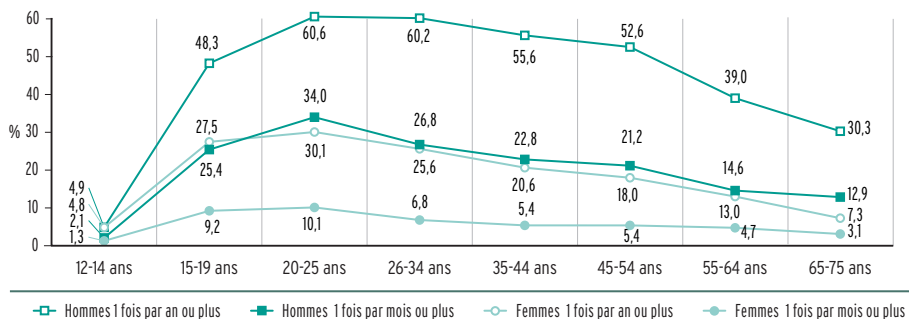
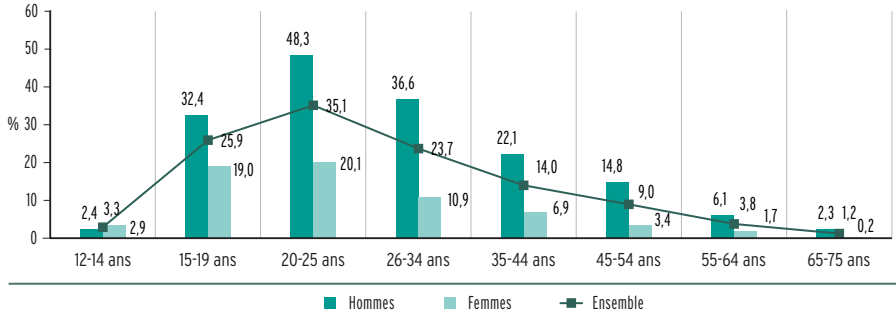


FIGURE 4

Proportion de personnes déclarant avoir été ivres au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et l'âge

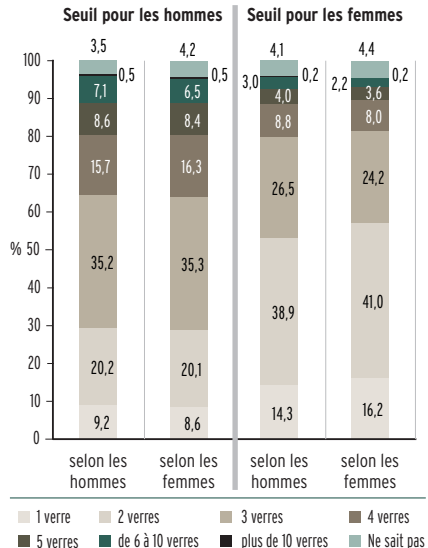


automobile, mais elle s'avère également dommageable pour la santé à moyen ou long terme, lorsqu'elle est trop fréquente et trop importante. Un groupe d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé des recommandations de consommation en nombre de verres par semaine, les femmes se montrant plus vulnérables que les hommes : le risque apparaît dès 21 verres par semaine pour les hommes, et dès 14 verres pour les femmes. En France, elles sont souvent exprimées en verres par jour : 3 pour les hommes et 2 pour les femmes. La notion de verre employée ici est définie par une quantité d'alcool pur et non un volume de boisson, qui peut varier en fonction du titrage : en France, le verre standard correspond à peu près à un demi de bière (25 cl à 5,5°), 12,5 cl de vin à 12°, 3,5 cl de whisky à 40°, 2,5 cl d'alcool anisé à 50° et, plus généralement, aux volumes servis dans la verrerie classique de bar, soit à peu près 11 g d'alcool pur. Néanmoins, le seuil de dangerosité pour la santé est diversement apprécié dans la population. Le Baromètre santé permet de l'évaluer pour les hommes et pour les

femmes, tel qu'il est perçu [figure 5]. La question posée est : « À partir de combien de verres d'alcool consommés par jour, pensez-vous qu'un homme (qu'une femme) qui boit quotidiennement met sa santé en danger ? ». Deux

FIGURE 5

Perception du seuil de dangerosité de l'alcool, exprimé en nombre de verres quotidiens, suivant le sexe (en pourcentage)



1. En fait, le degré, unité de titrage des boissons (c'est-à-dire de concentration), est un pourcentage en volume : une bière à 5° contient en volume 5 % d'alcool pur, donc près de 95 % d'eau ainsi que d'autres substances.

façons d'y répondre peuvent être envisagées. Puisque pour un homme, les risques augmentent au-delà de 3 verres par jour, il est possible d'affirmer qu'ils augmentent à partir de 4 verres par jour si l'on compte en verres entiers : 4 pour les hommes et 3 pour les femmes sont donc une réponse acceptable bien que peu intuitive. Les personnes enquêtées peuvent également citer les seuils, ce qui n'est pas une réponse littérale à la question mais est plus vraisemblable. Les résultats sont interprétés ici suivant l'hypothèse que les personnes citent ce que les données semblent conforter puisque, pour les seuils masculin et féminin, la réponse majoritaire est la valeur du seuil.

À peine 4 % des individus déclarent de pas savoir à partir de combien de verres quotidiens la consommation d'alcool est dange-

reuse pour la santé. Hommes et femmes présentent des opinions très proches lorsqu'il s'agit de fournir un nombre de verres quotidiens au-delà duquel la consommation devient dangereuse, qu'il s'agisse du danger pour les hommes ou pour les femmes. On note que la réponse majoritaire correspond bien au seuil limite recommandé rapporté à la journée : 3 verres quotidiens pour les hommes, 2 pour les femmes. Néanmoins, la part des personnes qui considèrent que le seuil de dangerosité pour les hommes est strictement supérieur à 3 verres n'atteint pas un tiers, alors que la part des personnes qui considèrent que les femmes se mettent en danger au-delà strictement de 2 verres par jour atteint 40 %. Autrement dit, la norme recommandée pour les femmes semble nettement moins connue que celle pour les hommes ; et,

LES FACTEURS DE CONFUSION

Les usages de l'alcool varient suivant un certain nombre de caractéristiques des individus. Le sexe et l'âge sont les premiers de ces facteurs : par exemple, la consommation quotidienne d'alcool est nettement plus fréquente parmi les hommes et les générations âgées. Lorsqu'il s'agit de comparer les usages de différents segments de la population, il importera donc de tenir compte des éventuelles disparités de sexe et d'âge entre eux. Par exemple, les ouvriers apparaissent plus souvent consommateurs quotidiens d'alcool que les cadres (15,2 % vs 12,0 % ; $p < 0,001$). Toutefois, les professions regroupées sous la catégorie « *ouvriers* » sont nettement plus masculines que celles regroupées sous la catégorie « *cadres* » : il y a 80,3 % d'hommes au sein de la première *versus* 60,7 % dans la seconde ($p < 0,001$) ; de même, l'âge moyen des cadres est supérieur à celui des ouvriers (41,1 ans vs 38,3 ans ; $p < 0,001$). La comparaison brute des pourcentages de consommateurs dans les deux catégories de travailleurs est donc en quelque sorte biaisée par ces différences en termes de sexe et d'âge. Dès lors, il importe de tenir compte de ces facteurs afin de conclure à un effet propre de l'appartenance à la catégorie « *ouvriers* » ou

« *employés* » sur les usages de l'alcool : c'est l'objet des modélisations de type régressions logistiques qui seront utilisées dans ce chapitre. En l'occurrence, une fois contrôlés le sexe et l'âge, une différence persiste entre les deux catégories de travailleurs. La mesure utilisée pour décrire l'écart entre les ouvriers et les employés dans la régression logistique est l'« odds ratio », qui en première approximation est le ratio des pourcentages d'usagers parmi les ouvriers et les cadres, toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire ici une fois les effets du sexe et de l'âge neutralisés)¹.

Quelle conclusion retenir alors ? Nous conviendrons de dire que les ouvriers présentent effectivement un niveau d'usage quotidien d'alcool supérieur à celui des cadres, ce que montre la comparaison des pourcentages mesurés dans les deux sous-populations, et que celle-ci n'est pas due aux inégalités de genre et d'âge dans les deux catégories de professions.

1. L'odds ratio varie entre 0 et plus l'infini. En fait, cette approximation assimilant l'odds ratio au risque relatif n'est valable que si l'odds ratio n'est pas trop éloigné de 1.

La question résiduelle est alors celle-ci : quelles variables prendre en compte dans ces analyses logistiques ? Compte tenu des recherches antérieures sur les comportements de consommation d'alcool, nous avons retenu la liste suivante : le sexe, l'âge, la situation scolaire ou professionnelle (actifs occupés, étudiants, chômeurs, retraités, autres inactifs), la profession ou catégorie sociale (essentiellement six : agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers), la taille de l'agglomération de résidence (en quatre catégories de taille), le niveau de diplômes (en trois ou cinq catégories, suivant le cas), enfin la vie en couple et le fait d'avoir des enfants. Le type d'équipement téléphonique a également été retenu, distinguant la possession d'une ligne fixe en liste blanche, en liste rouge, ou bien la possession exclusive d'un téléphone portable. Toutes ces caractéristiques se retrouvent généralement plus ou moins fortement liées aux usages de produits psychoactifs, licites ou illicites. Le cas de l'équipement téléphonique fait l'objet, dans le chapitre « Drogues » du présent ouvrage, d'un traitement spécifique en raison de l'interrogation nouvelle des téléphones portables en 2005 et de son importance méthodologique.

Quelques remarques additionnelles s'imposent concernant la conduite des analyses, eu égard aux situations scolaires et professionnelles. Si la comparaison des actifs occupés et des chômeurs est aisée sur la tranche d'âge d'activité (15-64 ans), les deux catégories ayant une signification claire et étant réparties sur toute la tranche d'âge, il n'en va pas de même des étudiants, des retraités et des autres inactifs : le nombre d'étudiants diminue rapidement avec l'âge et devient négligeable, et donc susceptible de perturber les analyses, au-delà de 34 ans environ, tandis que, au contraire, il n'y a que très peu d'autres inactifs (essentiellement des personnes au foyer) avant cet âge, et aucun retraité. Afin de tenir compte de ces particularités, nous avons procédé à des analyses sur plusieurs tranches d'âge. Pour comparer les scolaires (élèves et étudiants) aux autres catégories de personnes, actifs occupés, chômeurs et inactifs, nous avons d'abord travaillé sur la tranche d'âge 15-34 ans. Puis nous avons modélisé les usages sur les 35-59 ans, en nous restreignant aux actifs occupés, chômeurs et inactifs. Enfin, pour étudier l'impact du passage à la retraite, nous avons considéré la tranche d'âge 60-64 ans, en nous restreignant aux inactifs et actifs occupés.

en fait, près d'un quart des individus placent aussi le seuil féminin à 3 verres.

Ces seuils perçus varient nettement en fonction de la fréquence de consommation et de son intensité : ainsi, 46 % des hommes et 32 % des femmes qui ont été des buveurs quotidiens au cours des douze derniers mois considèrent que le seuil de dangerosité pour les hommes est supérieur à 3 verres, tandis que 50 % des hommes comme des femmes buveurs quotidiens considèrent qu'il est supérieur à 2 verres pour les femmes. Autrement dit, plus la fréquence de consommation augmente, plus le seuil est jugé élevé et donc l'alcool moins dangereux². Cette tolérance est encore plus grande parmi les buveurs repérés comme à risques chroniques ou de dépendance suivant le test Audit-C (cf. encadré « Deta et Audit-C ») :

50 % des individus ainsi définis placent le seuil de dangerosité pour les hommes au-delà de 3 verres, et ils sont 54 % à le placer au-delà de 2 verres pour les femmes. Cette variation de la dangerosité perçue en fonction du type d'usage du produit est tout à fait classique et elle est retrouvée pour tous les produits psychoactifs ; dans le cas de l'alcool, elle confirme le dicton populaire qui affirme que l'alcoolique est celui qui boit plus que soi, ce qui fait écho à la récente campagne de prévention de l'INPES rappelant que l'on pense toujours que celui qui boit trop, c'est l'autre, encourageant ainsi chacun à se pencher sur son propre comportement vis-à-vis de l'alcool.

2. Des résultats analogues sont retrouvés pour les perceptions des dangers des drogues [24, 25].

DETA ET AUDIT-C

Le niveau d'usage problématique au sein de la population peut être déterminé grâce à des outils standardisés de repérage en population générale, adaptés au contexte de l'enquête déclarative. Le repérage précoce des usages à risques d'alcool a été mis en place dans le cadre d'interventions brèves en alcoologie [1, 2]. Il repose sur des outils utilisés comme aide au diagnostic lors de l'entretien clinique (ou destinés à normaliser les interrogations cliniques et les descriptions de cas qui s'ensuivent). Pour repérer les buveurs excessifs d'alcool, les tests disponibles s'avèrent nombreux, en particulier en langue anglaise.

Définition du Deta

Le test utilisé depuis 1995 dans les Baromètres santé est le test Deta¹ [3, 4]. Il se compose de quatre questions portant sur la vie entière : « Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? », « Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? », « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? », « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? ». Le risque de problème passé ou présent avec l'alcool (le problème passé étant un fort prédicteur de risques ou de problèmes actuels) est jugé élevé dès l'obtention de deux réponses positives. Dans le Deta, il s'agit donc d'explorer brièvement les conséquences psychosociales de l'usage de l'alcool et leurs perceptions par le buveur, et non de décrire sa consommation par une approche en volume ou en fréquence. Ce test vise à repérer les problèmes consécutifs à la consommation dont fait partie le risque de dépendance. Cet indicateur est très utile pour étudier l'évolution du nombre de positifs au test dans le temps [5, 6]. La validité de la version américaine en population générale a toutefois été remise en question [7]. Un des défauts de ce test est qu'il propose en effet comme référence temporelle la vie entière et peut de ce fait repérer d'anciens usagers à risques qui n'ont, au moment de l'enquête, aucun problème avec l'alcool.

Définition de l'Audit-C

La référence internationale est l'*Alcohol Use Disorders*

Identification Test (Audit), élaboré sous l'égide de l'OMS [8]. En principe, le test Audit repère les individus buveurs excessifs à l'aide d'un score obtenu en sommant les réponses aux dix questions (le score valant 8 pour les hommes et 7 pour les femmes). En pratique, ce test en dix questions s'avère souvent trop long, que ce soit dans le cadre d'une administration au cours d'une intervention brève ou dans celui d'une enquête en population générale. Une version courte est donc parfois proposée afin de soulager les individus les moins concernés : l'Audit-C, se résumant aux trois premières questions [9]. Il s'agit de recueillir la fréquence des jours de consommation au cours des douze derniers mois, le nombre de verres bus un jour typique de consommation et la fréquence de consommation d'au moins six verres en une seule occasion (qui correspond au *binge drinking* anglo-saxon et repère les comportements d'alcoolisation massive ponctuelle). L'Audit-C repose sur une approche fréquence/quantité qui permet une estimation des volumes d'alcool pur ingérés par semaine, et donc l'évaluation des risques encourus pour la santé par une alcoolisation chronique. En principe, un score de 3 ou plus est signe d'une forte probabilité de consommation excessive, abusive, ou de dépendance, quel que soit le sexe. Il convient toutefois de garder présent à l'esprit que ce test ne vise pas à repérer la dépendance proprement dite : il décrit la consommation d'alcool et non ses conséquences².

Deux modifications ont été apportées au questionnaire original : d'abord, l'interrogation est détaillée par type d'alcool (vin, bière, alcools forts et autres alcools tels le champagne, le cidre, les mousseux, etc.), les fréquences étudiées finalement résultant de la prise en compte simultanée de ces quatre déclarations par produit. Cette distinction facilite les efforts de mémoire et

1. Deta, pour : « Diminuer, entourage, trop, alcool ». Il s'agit d'une traduction du test américain CAGE.

2. Notons que la combinaison des tests Audit-C et Deta permet de composer un autre test de repérage en cinq questions, le Face, « Formule pour apprécier la consommation par entretien », utilisable aussi bien en entretien que par questionnaire autoadministré [10]. La comparaison détaillée de ces trois tests fera l'objet d'une publication ultérieure.

augmente la qualité des réponses ; de plus, elle assure la comparabilité avec les Baromètres santé antérieurs, notamment pour la documentation des modes de consommation. Ensuite, on a détaillé la dernière modalité initiale de la question de fréquence de consommation : « quatre jours et plus par semaine » a été scindé en « quatre à six jours par semaine », d'un côté, et « tous les jours », de l'autre. Cette altération assure à peu de frais la comparabilité avec les Baromètres santé antérieurs et l'économie d'une question portant sur l'usage quotidien au cours des douze derniers mois.

Enfin, l'algorithme de repérage original de l'Audit-C n'a pas été retenu. Plutôt que la définition d'un seuil binaire repérant les buveurs excessifs, a été retenu un algorithme plus complexe défini par l'Irdes, qui permet de distinguer six types de buveurs à partir d'un calcul de nombre de verres standards d'alcool ingérés par semaine (cf. *supra*, « Les perceptions de la dangerosité de l'alcool ») [11]. Dans sa version complète, il repère six types de consommateurs au cours des douze derniers mois : les « abstinentes » (13,7 % des 15-64 ans), les « buveurs sans risques occasionnels » (34,4 %), les « buveurs sans risques réguliers » (13,0 %), les « buveurs à risques ponctuels » (26,6 %), les « buveurs à risque chronique » (7,6 %) et les « buveurs à risque de dépendance » (0,9 %)³. Les « buveurs sans risques occasionnels » consomment un jour par semaine au maximum, boivent au total moins que les recommandations courantes et n'ont jamais bu 6 verres ou plus en une occasion au cours de l'année ; les « buveurs sans risques réguliers » consomment de deux à trois fois par semaine ou tous les jours, mais moins que les recommandations courantes, et ne boivent jamais 6 verres d'affilée ou plus ; les « buveurs à risques ponctuels » boivent moins que les recommandations courantes, mais absorbent parfois au moins 6 verres d'affilée ; les « buveurs à risque chronique » boivent plus que les recommandations, mais moins de 48 au total et boivent au moins une fois par semaine 6 verres ou plus ; enfin, les « buveurs à risque de dépendance » boivent plus de 48 verres par semaine ou 6 verres et plus quotidiennement. Au total, 53,5 % des hommes et 21,2 % des femmes présentent une consommation à risques, c'est-à-dire dont les volumes d'alcool ingérés excèdent les recommandations (21 verres standards par semaine pour les hommes, 14 pour les femmes)

et risquent de mettre leur santé en danger à moyen ou à long terme.

Répartition des usages à risques dans la population

Deux grandes différences opposent les hommes et les femmes : la part globale des buveurs sans risques réguliers est nettement plus importante parmi les femmes, tandis qu'au contraire celle des buveurs à risques et notamment à risques ponctuels, l'est nettement plus parmi les hommes. On note également que la part des buveurs à risque chronique augmente *grosso modo* avec l'âge parmi les hommes, bien qu'il existe un pic parmi les 20-24 ans. Parmi les femmes, cette proportion est stable suivant l'âge. Pour les deux sexes, en revanche, l'usage à risques ponctuels apparaît maximal parmi les jeunes adultes, pour diminuer ensuite avec l'âge, au profit notamment d'une consommation plus régulière mais sans risques.

Dans tout ce qui suit, le test Audit-C a cependant été utilisé de façon simplifiée, pour repérer les individus présentant un usage de l'alcool à risque chronique ou de dépendance [figures 6 et 7].

Comparaison Deta et Audit-C

Le Deta et l'Audit-C n'ont donc pas les mêmes objectifs et ne repèrent pas les mêmes individus. En 2005, le Baromètre santé posait l'Audit-C à l'ensemble de l'échantillon et le Deta à la moitié de l'échantillon, afin d'être en mesure de suivre les évolutions dans le temps, tout en disposant d'un instrument de repérage plus sensible. Si l'on convient de s'intéresser aux buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance, l'Audit-C repère un peu moins d'individus que le Deta (8,5 % des 15-64 ans vs 9,7 %), la différence portant surtout sur les femmes (2,6 % vs 5,1 %). L'âge moyen est également différent, les personnes repérées par l'Audit-C étant manifestement un peu plus âgées (45,6 ans vs 42,7 ans). Les individus repérés par les deux tests présentent toutefois des caractéristiques proches : ils consomment plus souvent quotidiennement que les autres et présentent des fréquences d'ivresse nettement plus élevées. Néanmoins, les individus positifs au test Audit-C sont plus souvent de gros consommateurs réguliers d'alcool,

3. 3,8 % de la population sont inclassables suivant le test, à cause de non-réponse à au moins une question.

notamment quotidiens, mais déclarent moins souvent des conséquences néfastes de consommations massives, comme les amnésies consécutives à une alcoo-

lisation massive [tableau I]. Ce résultat découle assez naturellement de la conception et des objectifs respectifs de ces deux tests.

FIGURE 6

Répartition des types de buveurs selon l'Audit-C, suivant l'âge, parmi les hommes

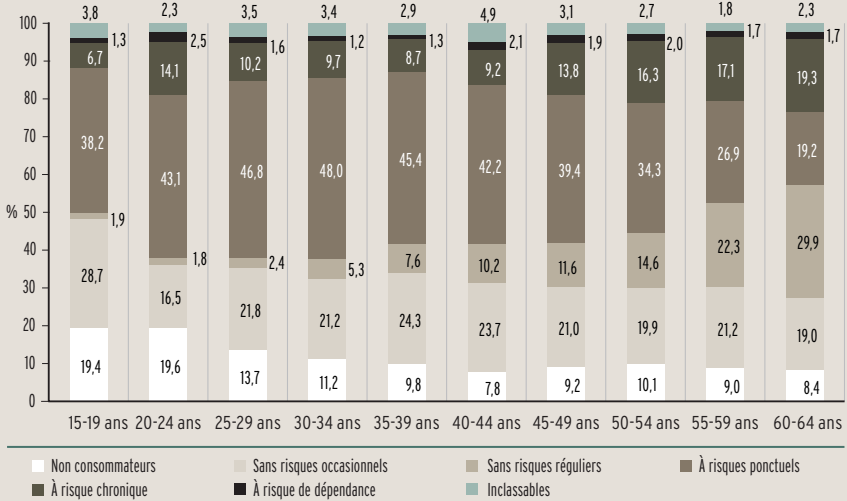
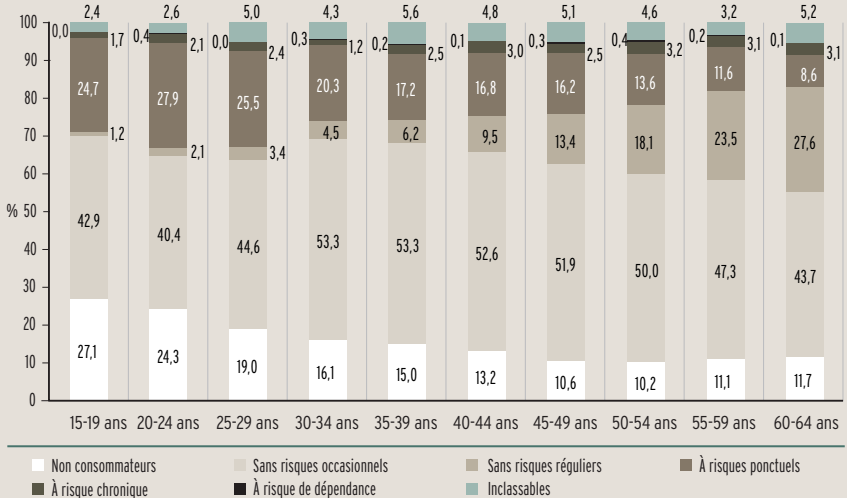


FIGURE 7

Répartition des types de buveurs selon l'Audit-C, suivant l'âge, parmi les femmes



Globalement, le test Audit-C repère 36,6 % des individus positifs au Deta : c'est la sensibilité de l'Audit-C par rapport au Deta ; à l'inverse, la sensibilité du Deta par rapport à l'Audit-C est de 34,2 %. Néanmoins, les deux

tests sont très spécifiques l'un pour l'autre : 93,7 % des individus négatifs au Deta sont négatifs à l'Audit-C et 93,0 % des individus négatifs à l'Audit-C sont négatifs au Deta.

TABLEAU I

Comportements de consommation d'alcool au cours des douze derniers mois des personnes repérées par les tests Audit-C et Deta (en pourcentage)

	Usage quotidien	Au moins une ivresse dans l'année	Au moins dix ivresses dans l'année	Six verres d'affiliée au moins une fois par mois	Amnésie alcoolique
À risque chronique ou dépendants	63,4	38,2	11,3	65,2	19,1
Deta	33,2	42,5	9,9	44,4	27,7
Ensemble des 15-75 ans	14,4	15,0	1,9	14,6	7,1

Lecture : 63,4 % des individus repérés comme buveurs « à risque chronique ou dépendants » par le test Audit-C sont des buveurs quotidiens.

SITUATIONS SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE

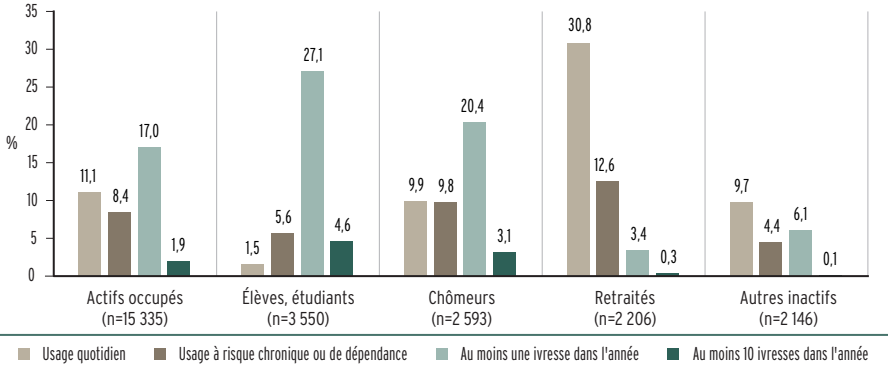
Le sexe et l'âge sont, comme pour la plupart des usages de produits psychoactifs, les principaux facteurs associés à la consommation d'alcool. Toutefois, la description de la répartition des usages ne saurait se limiter à ces éléments. Cette section présente donc la variété des usages suivant la situation scolaire et professionnelle (scolarisation, travail, chômage ou inactivité), mais aussi suivant la profession et la catégorie sociale (PCS) des actifs occupés en six catégories agrégées (agriculteurs ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadres et professions scientifiques ou intellectuelles ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers). Pour chacun des indicateurs de consommation d'alcool retenus, les résultats sont donnés en pourcentages, puis en odds ratios ajustés dans des régressions logistiques multivariées dont les variables d'ajustement sont décrites dans l'encadré sur « Les facteurs de confusion » (voir pages précédentes).

Situations professionnelle et scolaire, chômage

Les usages de boissons alcoolisées sont inégalement répartis dans la société : ce sont les retraités qui présentent les niveaux d'usage quotidien ou d'usage à risque chronique ou de dépendance les plus élevés. À l'inverse, les élèves ou étudiants présentent les niveaux de consommation les plus faibles mais les ivresses alcooliques les plus fréquentes [figure 8]. Ces résultats ne sont pas pour surprendre, en raison des grandes disparités sociodémographiques existant entre ces catégories d'individus, notamment en termes d'âge : les travailleurs et les inactifs sont plus âgés que les étudiants, ce qui explique largement que leurs ivresses soient plus rares, mais leurs niveaux de consommation quotidienne plus élevés (cf. le rappel des principaux résultats par sexe et âge en début de chapitre).

Pour contourner cette difficulté, il est possible de raisonner, toutes choses égales par ailleurs, en sélectionnant des tranches

FIGURE 8

Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant le statut professionnel et scolaire, parmi les 15-64 ans (en pourcentage)


d'âge au sein desquelles les catégories sont bien représentées en termes d'effectifs. Toutes ne sont pas toujours représentées : par exemple, pour comparer les élèves ou les étudiants aux autres catégories, il faut se restreindre aux jeunes générations, au sein desquelles les retraités mais aussi les inactifs (personnes au foyer, etc.) sont presque absents. Pour étudier l'inactivité ou bien la retraite, il faut au contraire se restreindre aux générations plus âgées.

Il est toutefois possible de comparer globalement les actifs occupés aux chômeurs, sur toute la période de la vie concernée (15-64 ans) : ces derniers apparaissent alors nettement surconsommateurs, qu'il s'agisse de l'usage quotidien (ORa=1,2), de l'usage à risques chroniques ou de dépendance (ORa=1,3), ou bien des ivresses régulières au cours de l'année (ORa=1,3).

Pour la tranche d'âge 15-34 ans, la situation est différente : par rapport aux actifs occupés pris comme référence, les personnes scolarisées ou en formation apparaissent ainsi moins souvent consommatrices d'alcool, mais les chômeurs ne se distinguent pas, malgré une tendance à présenter plus fréquemment une consommation à risques

chroniques ou risques de dépendance³ [tableau II].

Pour la tranche 35-59 ans, il est de même possible de comparer les actifs occupés aux chômeurs et autres inactifs : il ressort que les chômeurs se voient confirmés dans leur position de buveurs quotidiens ou à risques chroniques suivant l'Audit-C, ou à risques ponctuels suivant la fréquence des ivresses alcooliques au cours de l'année. Les personnes au foyer, quant à elles, ne semblent pas se distinguer significativement des actifs occupés, malgré une tendance à présenter des niveaux de consommation quotidiens ou d'ivresse inférieurs [tableau III].

Enfin, sur la tranche 60-64 ans qui comporte encore des travailleurs actifs mais aussi des retraités en grand nombre, la retraite ne semble pas avoir d'impact sur les comportements d'usage de l'alcool, toutes choses égales par ailleurs : aucun odds ratio n'est significatif.

3. En fait, si l'on ne considère que le sexe et l'âge, la légère propension des chômeurs à présenter une consommation à risques chroniques ou risques de dépendance (OR ajusté=1,2) est significative de justesse. Les résultats du tableau II montrent que cet écart est en grande part dû à d'autres facteurs sociodémographiques que le sexe et l'âge.

Du point de vue des quantités bues la dernière fois, les différences sont également importantes. En moyenne⁴, sur l'ensemble des 15-64 ans, 2,4 verres ont été bus lors de la dernière occasion de consommer. Les moyennes par groupe sont les suivantes : 2,2 verres parmi les retraités, 2,4 verres parmi les travailleurs, 2,5 parmi les personnes au foyer, 2,8 parmi les étudiants et 2,8 parmi les chômeurs. En fait, l'analyse distingue trois groupes au sein desquels les différences ne sont pas significatives : les étudiants et les chômeurs d'un côté, les travailleurs en position médiane, et les retraités et autres inactifs de l'autre. Ainsi, si les étudiants boivent moins souvent que les travailleurs ou les inactifs, ils consomment en moyenne de plus grandes quantités : leur usage se caractérise donc par une fréquence moindre, mais des consommations ponctuelles plus

importantes. En revanche, les chômeurs cumulent une consommation fréquente et importante en quantité, ce qui se traduit, on l'a vu, par une consommation plus fréquemment à risques au sens de l'Audit-C, et des ivresses plus nombreuses. Les inactifs (personnes au foyer ou retraités) se caractérisent, au contraire, par une consommation fréquente, mais modérée en quantité.

L'élévation du niveau d'instruction mesuré par le niveau de diplômes est liée au mode de consommation d'alcool, toutes choses égales par ailleurs⁵ [tableau IV]. Ainsi, les personnes ayant obtenu le bac ou un diplôme

4. Il s'agit ici de moyennes issues d'une analyse de la variance qui contrôle le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), le niveau de diplômes (3 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile). L'âge n'est pas contrôlé dans cette analyse.

5. Les conclusions ne sont pas modifiées si l'on contrôle également la situation scolaire et professionnelle.

TABLEAU II

OR ajustés^a pour le statut scolaire et professionnel, pour les usages d'alcool au cours des douze derniers mois, parmi les 15-34 ans

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Élèves, étudiants (n=3 368)	0,5*	0,7*	0,8*	0,9
Chômeurs (n=1285)	0,8	1,2	1,0	1,2
Actifs occupés : référence (n=5 576)	1	1	1	1

a. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), le niveau de diplôme (3 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

* Test du khi-deux de Wald significatif au seuil de 0,05.

TABLEAU III

OR ajustés^a pour le statut scolaire et professionnel, pour les usages d'alcool au cours des douze derniers mois, parmi les 35-59 ans

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Chômeurs (n=1308)	1,4*	1,3*	1,3*	2,5*
Autres inactifs (n=1550)	1,0	0,9	0,8	0,6
Actifs occupés : référence (n=9 759)	1	1	1	1

a. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), le niveau de diplôme (3 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

* Test du khi-deux de Wald significatif au seuil de 0,05.

TABLEAU IV

OR ajustés^a pour le niveau de diplôme, parmi les 15-64 ans

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Supérieur au bac (n=8140)	0,9*	0,9	1,4*	2,0*
Bac (n=4824)	0,9*	1,0	1,3*	1,6*
Aucun ou inférieur au bac : référence (n=12 486)	1	1	1	1

a. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

* Test du khi-deux de Wald significatif au seuil de 0,05.

supérieur boivent moins souvent quotidiennement de l'alcool. Pour la consommation à risque chronique ou à risque de dépendance, l'effet n'est pas significatif. En revanche, l'élévation du diplôme va de pair avec une augmentation de la fréquence des ivresses déclarées. En ce sens, le niveau d'instruction serait lié à une consommation jeune, caractérisée par une faible fréquence, mais des ivresses nombreuses.

La réalité est sans doute bien plus complexe. En effet, cette analyse compare des générations jeunes et âgées dont les scolarités ont été très différentes, et les résultats dépendent en fait de la tranche d'âge considérée. Le résultat reste valide si l'on se restreint aux jeunes (15-34 ans) mais change au-delà. Ainsi, pour la tranche 35-54 ans, la relation entre l'élévation du niveau d'instruction et la consommation quotidienne reste vraie et s'étend même à l'usage à risques selon l'Audit-C; pour les ivresses, la relation n'est plus significative pour les diplômés du supérieur. Enfin, pour la tranche 55-64 ans, la relation s'inverse, la consommation quotidienne ou à risques suivant l'Audit-C devenant plus fréquente parmi les titulaires d'un diplôme universitaire, la relation avec l'ivresse n'étant plus significative.

Le chômage

Dans cette section, nous nous attachons à explorer la situation de chômage en

détaillant les modes de consommation des chômeurs suivant la durée d'inscription qu'ils déclarent. Le chômage touche plus les femmes que les hommes (10,5 % vs 9,0 % sur l'ensemble de l'échantillon âgé de 15 à 64 ans; $p < 0,001$), et nettement plus les jeunes, avec néanmoins une recrudescence des taux au-delà de 55 ans. Une minorité des chômeurs seulement n'a pas précisé depuis combien de temps elle se trouvait sans emploi (139 personnes sur 2 593 chômeurs déclarés âgés de 15 à 64 ans dans tout l'échantillon, soit moins de 5 % des chômeurs considérés dans l'analyse). Un chômeur sur six (17 %) est dans cette situation depuis moins de trois mois, 15 % depuis moins de six mois, 14 % depuis moins d'un an, 19 % depuis moins de deux ans et 35 % depuis plus de deux ans. Bien que la durée déclarée moyenne de chômage soit la même pour les hommes et les femmes (1,9 an), les femmes sont un peu surreprésentées dans les durées de plus de deux ans (37 % vs 33 %) et, au contraire, un peu sous-représentées dans les durées de moins de six mois (29 % vs 35 %). Il existe un lien entre la durée déclarée du chômage et les comportements de consommation d'alcool. Ainsi, la proportion de buveurs quotidiens augmente avec la durée, tandis qu'inversement la proportion d'ivresses au cours de l'année décroît avec celle-ci. Ces deux phénomènes traduisent cependant un fort effet âge : les chômeurs

de longue durée sont en général plus vieux que les autres, et leurs comportements de consommation pourraient ainsi se distinguer de ceux des autres, de la même façon que ceux des générations âgées se distinguent de ceux des générations plus jeunes par une régularité plus importante mais des ivresses moins nombreuses. Ainsi, dans un modèle logistique⁶, il n'existe aucune relation significative entre la durée du chômage et les indicateurs de consommation d'alcool étudiés. Ce résultat global reste d'ailleurs vrai pour les hommes comme pour les femmes, ce qui tend à montrer que la réaction à la situation de chômage varie apparemment peu avec le sexe.

Enfin, il existe apparemment des différences de consommation entre les chômeurs suivant leur PCS d'origine. Ainsi, les artisans, commerçants et les cadres au chômage présentent les plus forts niveaux d'usage quotidien et d'usage à risques, mais aussi d'ivresses. Les ouvriers présentent, quant à eux, des niveaux proches mais généralement inférieurs, tandis que les professions intermédiaires et les employés se singularisent par des niveaux nettement plus faibles, surtout pour ces derniers [tableau V].

Une analyse logistique permet de montrer que les fréquences de consommation quotidienne ou à risque chronique ou à risque

de dépendance se trouvent, en fait, plutôt réparties de façon homogène au sein des PCS des chômeurs, mais que les cadres et les professions intermédiaires déclarent nettement plus souvent avoir été ivres au cours de l'année [tableau VI].

Au terme de cette analyse, on peut retenir qu'il existe des différences importantes d'usages de l'alcool suivant le statut scolaire et professionnel. Les élèves et les étudiants présentent des usages inférieurs à ceux des actifs du même âge, tandis que le chômage est associé à des usages plus fréquents et plus souvent à risques, soit à moyen terme (selon le test Audit-C), soit plus ponctuellement à cause des ivresses alcooliques. Les inactifs s'avèrent présenter des comportements de consommation relativement proches de ceux des actifs, qu'il s'agisse des personnes au foyer ou des retraités. Il est possible d'imaginer que les personnes au foyer modèlent leurs usages sur ceux de leur entourage et que les comportements de consommation d'alcool sont suffisamment intériorisés et ancrés dans le mode de vie des personnes de 60-65 ans pour que le passage à la retraite, souvent désiré, ne les modifie plus guère.

6. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, le niveau de diplômes (trois modalités), la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

TABLEAU V

Usages de l'alcool au cours des douze derniers mois parmi les chômeurs, suivant la PCS d'origine (en pourcentage)

Parmi les chômeurs, anciennement...	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=161)	16,7***	16,5***	23,9***	3,7 ns
Cadres et professions intellectuelles supérieures (n=260)	14,7	13,2	27,2	4,6
Professions intermédiaires (n=516)	8,6	8,5	20,2	3,2
Employés (n=803)	6,6	4,6	12,1	2,0
Ouvriers (n=614)	11,9	12,5	24,4	2,2

*** : p<0,001; ns : non significatif.

TABLEAU VI

Usages de l'alcool au cours des douze derniers mois parmi les chômeurs, suivant la PCS (OR ajustés^a)

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (n=161)	1,1	1,3	1,2	2,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures (n=216)	1,2	1,1	1,7*	3,7*
Professions intermédiaires (n=516)	0,7	0,9	1,3	2,4*
Employés (n=803)	0,9	0,7	0,9	2,0
Ouvriers : référence (n=614)	1	1	1	1

a. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

* Test du khi-deux de Wald significatif au seuil de 0,05.

Le chômage est, au contraire, associé à une surconsommation d'alcool par rapport à la situation d'emploi : les chômeurs, plus vulnérables sur le plan social, mettent ainsi davantage en danger leur santé par leurs comportements de consommation.

D'importantes disparités de consommation suivant la catégorie sociale

Le questionnaire du Baromètre santé permet de classer les professions et catégories sociales (PCS) des actifs occupés en six, dix-huit ou trente-six classes. Nous étudierons successivement les différences entre les grands regroupements, puis nous tenterons de décrire celles existant au sein de certains agrégats, comme les cadres et professions intellectuelles supérieures, en caractérisant plus finement les professions qui le composent.

Des différences marquées entre grandes catégories d'actifs

Il existe de grandes différences dans les comportements déclarés de consommation d'alcool entre les principales catégories d'actifs occupés. Ce sont les agriculteurs exploitants qui déclarent le plus souvent

boire quotidiennement ou qui présentent la consommation la plus risquée suivant le test Audit-C (c'est-à-dire la consommation « à risque chronique ou de dépendance »), alors que les ivresses sont particulièrement rares parmi eux. À l'opposé, les employés sont les plus petits consommateurs et les moins « à risques » suivant l'Audit-C. La catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise présente des caractéristiques proches de celle des ouvriers (leurs déclarations d'ivresses sont, par exemple, plus fréquentes), tandis que les cadres, à l'instar des professions intermédiaires et des employés, boivent moins souvent, de façon moins souvent risquée selon le test Audit-C et déclarent plus rarement avoir été ivres au cours de l'année [figure 9].

Ces pourcentages occultent toutefois d'importants effets de structure. En contrôlant les principales variables de caractéristiques sociodémographiques dans des modèles logistiques, il persiste d'importantes différences entre PCS pour la consommation quotidienne et l'Audit-C, ainsi que dans une moindre mesure pour l'ivresse au cours de l'année. Mais les ivresses régulières apparaissent alors réparties de façon homogène [tableau VII].

La catégorie des agriculteurs exploi-

tants présente la consommation quotidienne la plus élevée, mais aussi la plus souvent à risques. En revanche, la proportion d'ivresses au cours de l'année y est plus faible qu'ailleurs : leur mode de consommation semble donc singulier. Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise présentent des niveaux de consommation similaires à ceux des ouvriers (en revanche, l'étude ne permet pas de connaître les circonstances de ces consommations, les motivations, ou

encore la qualité des produits). Les professions intermédiaires apparaissent moins souvent consommatrices quotidiennes, mais aussi, dans une moindre mesure (la différence n'étant pas significative de justesse), moins souvent à risques. Enfin, les employés se distinguent des ouvriers par une consommation quotidienne plus rare, moins souvent risquée et aux ivresses moins fréquentes.

Le volume moyen consommé lors de la dernière occasion s'élève à 2,3 verres et

FIGURE 9

Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la PCS, parmi les actifs occupés de 15 à 64 ans (en pourcentage)

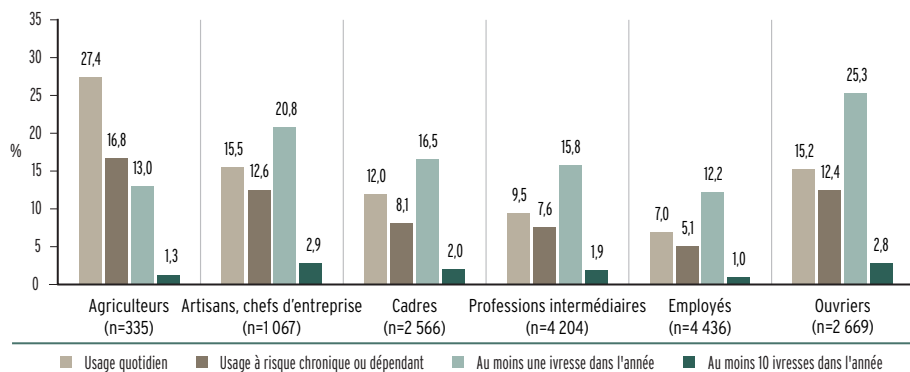


TABLEAU VII

Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la PCS, parmi les 15-64 ans (OR ajustés^a)

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Agriculteurs exploitants (n=335)	1,7*	1,6*	0,7*	1,3
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (n=1067)	1,0	1,1	0,9	1,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures (n=2 566)	0,8*	0,8	1,0	1,3
Professions intermédiaires (n=4 204)	0,7*	0,9	0,9	1,4
Employés (n=4 436)	0,7*	0,8*	0,8*	0,8
Ouvriers : référence (n=2 669)	1	1	1	1

a. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

* Test du khi-deux de Wald significatif au seuil de 0,05.

les différences par PCS sont relativement importantes : les cadres en déclarent 2,2 ; les professions intermédiaires et les employés, 2,3 ; les agriculteurs, 2,4 ; les ouvriers, 2,5 ; les artisans, commerçants, chefs d'entreprise, 2,6. L'analyse distingue en fait deux groupes au sein desquels les différences de volumes ne sont pas significatives : les ouvriers et artisans d'un côté, toutes les autres professions de l'autre.

Globalement, trois classes de PCS peuvent donc être distinguées : les agriculteurs exploitants, gros consommateurs à risques ; les professions intermédiaires et les employés, faibles consommateurs ; enfin, les cadres, les ouvriers et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise dont le statut est intermédiaire. Au sein de ce regroupement, les ouvriers et les artisans déclarent toutefois consommer des volumes plus importants que les cadres.

De façon analogue à la profession et à la catégorie sociale, le niveau d'instruction est un élément qui permet de différencier les comportements de consommation. En effet, il persiste un léger effet du diplôme sur les usages de l'alcool dans les modèles logistiques précédents⁷. Comparativement aux individus qui n'ont pas atteint le niveau du bac, les possesseurs du bac ou d'un diplôme universitaire présentent un niveau d'usage quotidien inférieur (ORa=0,8 pour chacun). Ils sont même moins souvent repérés comme consommateurs à risques chroniques ou risques de dépendance au sens de l'Audit-C (ORa=0,8), mais déclarent nettement plus souvent avoir été ivres au moins dix fois dans l'année (OR ajusté=1,5)⁸.

Ce résultat général concernant le diplôme parmi les actifs occupés est ainsi très proche de celui observé dans la population entière. Il n'est ainsi qu'une conséquence de ce qui a été observé précédemment dans l'ensemble de la population lorsque le statut scolaire et professionnel seul était étudié. Cet effet du diplôme est cependant relativement

faible. En effet, le diplôme et la PCS sont très corrélés, les individus possédant le niveau de formation scolaire le plus élevé occupant généralement les emplois les plus valorisés (bien sûr, au sein de chaque PCS, les niveaux de diplôme des individus sont très variables). Mais l'analyse montre que cet effet du diplôme n'est pas statistiquement significatif au sein d'une catégorie d'emplois donnée : globalement, il ne semble pas que, parmi les individus regroupés au sein d'une catégorie donnée, ceux disposant du plus important bagage scolaire se distinguent des moins dotés par leur usage de l'alcool. Autrement dit, les associations observées entre l'élévation de la PCS ou du diplôme d'un côté et les usages de l'alcool de l'autre ne se cumulent pas, la donnée concernant le capital socio-économique primant globalement sur le capital scolaire⁹.

Un regard sur les PCS supérieures

Le questionnaire du Baromètre santé permet de distinguer six catégories de métiers au sein de l'agrégat « *cadres et professions intellectuelles supérieures* » : les professions libérales, les cadres de la fonction publique, les professeurs et les professions scientifiques, les professions de l'information, des arts et du spectacle, les cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, et enfin les ingénieurs et cadres techniques d'entreprise. Les effectifs de chacune de ces catégories de métiers (de 231 individus pour les professions libérales à 592 pour les ingénieurs) permettent de les étudier en propre et de les comparer les unes aux autres. Ces professions sont inégalement féminisées : de 19 % pour les ingénieurs à 60 % pour les professeurs et les professions scientifiques. Les

7. Ici, la PCS n'est pas contrôlée.

8. Cette dernière conclusion n'est plus vraie si l'on contrôle la PCS, l'OR ajusté (1,3) n'étant plus significatif de justesse.

9. Cette analyse a été menée en distinguant trois niveaux de diplômes : aucun ou inférieur au bac, bac uniquement, et supérieur au bac. Des distinctions plus fines pourraient sans doute apporter des nuances.

âges moyens sont également variables (de 39 ans parmi les ingénieurs et cadres techniques à près de 43 ans parmi les professions libérales, les autres catégories se situant autour de 41 ans). Comme précédemment, il importerait donc de contrôler ces variables dans des régressions logistiques.

Un premier croisement avec les indicateurs d'usage étudiés révèle d'importantes disparités dans les modes de consommation. Ainsi, les métiers de l'information et du spectacle présentent apparemment les plus importantes proportions d'usagers quotidiens à risques suivant l'Audit-C, mais aussi d'ivresses alcooliques durant les derniers mois. À l'opposé, les professeurs et les professions scientifiques présentent les proportions les plus faibles [figure 10]. Toutefois, du point de vue des volumes moyens consommés lors de la dernière occasion, il n'existe aucune différence entre les catégories de métiers concernés : elles ont toutes, en moyenne, consommé près de 2,2 verres la dernière fois qu'elles ont bu de l'alcool.

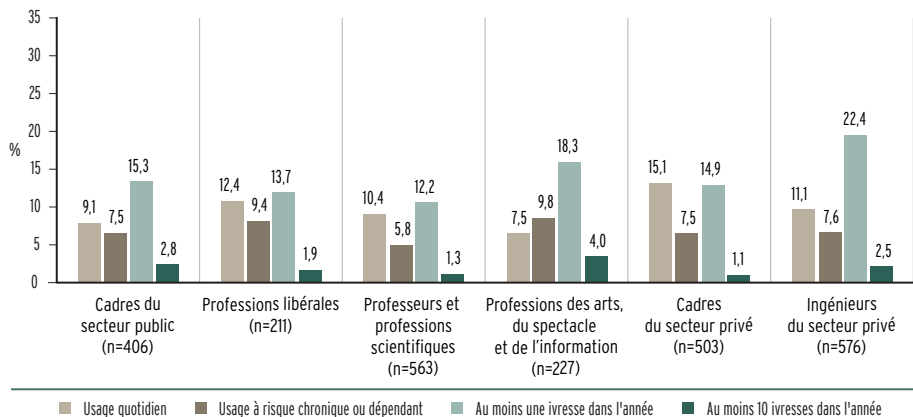
Une fois contrôlés le sexe et l'âge, les différences s'estompent, mais les travailleurs du

domaine de l'information, des arts et des spectacles se distinguent toujours par une consommation plus souvent à risques au sens de l'Audit-C ($ORa=1,8$), et des ivresses régulières nettement plus communes ($ORa=2,7$). À l'instar de ce qui est observé pour les usages de drogues, cette catégorie de travailleurs tend ainsi à présenter un comportement de consommation d'alcool plus excessif et risqué.

Au final, parmi les actifs occupés, les usages de l'alcool interrogés dans le Baromètre santé apparaissent très clivés socialement suivant la PCS des répondants. Une fois contrôlés les principaux facteurs de confusion, trois groupes d'actifs occupés peuvent être caractérisés : d'un côté, les agriculteurs exploitants dont les niveaux de consommation quotidienne ou à risques chroniques ou risques de dépendance au sens de l'Audit-C sont très supérieurs à ceux mesurés parmi les autres PCS ; de l'autre, les artisans, commerçants, cadres supérieurs et ouvriers dont les consommations sont proches et intermédiaires ; et, enfin, les professions intermédiaires et employés dont les niveaux d'usages sont nettement

FIGURE 10

Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la PCS, parmi les cadres



inférieurs. Il y a donc une certaine homogénéité des comportements de consommation au sein des différentes classes sociales, mis à part le cas des agriculteurs.

Enfin, une analyse détaillée permet d'objectiver certaines différences de modes de consommation des six catégories de professions que distingue l'enquête au sein des « *cadres et professions intellectuelles supérieures* ». Elle montre que quelques différences importantes de modes d'usage de l'alcool persistent suivant le type de métier exercé. Ainsi, les professions des arts et du spectacle présentent les niveaux d'ivresse ou de consommation à risques les plus élevés. Cette première analyse montre qu'il existe certaines disparités d'usages de l'alcool au sein des grands agrégats des professions et catégories sociales usitées en statistique, et invite à explorer à l'avenir d'autres regroupements hétérogènes comme celui des artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

Les différences de genre

Les résultats précédents ne distinguent pas les hommes et les femmes, mais offrent des mesures de différences à sexe contrôlés. Or il existe, dans le cas de l'alcool comme de presque toutes les autres substances psychoactives, d'importantes différences de modes d'usages suivant le sexe, les hommes apparaissant en général nettement plus souvent consommateurs et consommateurs à risques que les femmes, comme cela ressort clairement des premiers résultats rappelés au début de ce chapitre. Une question demeure alors : les différences observées entre les sexes sont-elles les mêmes dans tous les segments de la population ? Ne peut-on imaginer qu'il existe d'importantes différences dans les écarts de consommation hommes/femmes suivant le niveau ou la catégorie sociale ? Pour répondre à cette interrogation, nous

avons calculé les OR ajustés associés au sexe dans des régressions logistiques, puis testé l'existence d'une interaction entre le sexe et la PCS (ou le niveau de diplôme). Lorsqu'une telle interaction était significative, et donc que l'OR ajusté associé au sexe n'était pas constant dans les différentes catégories d'emplois ou de diplômes, nous avons eu recours à un test permettant de vérifier l'existence d'une différence significative ou non entre les OR ajustés de deux sous-populations choisies¹⁰.

Des usages dont le caractère masculin varie suivant la situation scolaire ou professionnelle

De façon générale, le sex-ratio entendu comme le rapport des proportions de consommateurs parmi les hommes et les femmes semble varier d'une situation scolaire et professionnelle à l'autre et être plus faible parmi les étudiants que parmi les autres catégories de personnes [tableau VIII].

Pour la tranche d'âge 15-34 ans, il est possible de vérifier que les comportements des élèves et des étudiants sont nettement moins liés au genre que ceux de leurs homologues actifs occupés ou chômeurs du même âge. Pour l'usage quotidien, l'Audit-C et l'ivresse au cours de l'année, il existe une forte interaction entre le sexe et la situation scolaire ou professionnelle ($p < 0,001$). Il est donc possible de comparer les sex-ratios sans risques : pour la consommation quotidienne, le sex-ratio des étudiants est deux

10. Prenons l'exemple de la PCS. Il s'agit en premier lieu de modéliser l'usage quotidien de l'alcool au cours des douze derniers mois en fonction de l'âge, du sexe et de la PCS (introduite en six catégories, les ouvriers étant la référence), mais aussi de l'interaction entre le sexe et la PCS. Une astuce de calcul permet d'estimer dans cet unique modèle l'OR associé au sexe pour chaque PCS, puis de comparer deux à deux des OR en testant la significativité de la différence entre les deux. Par exemple, de calculer l'OR associé au sexe parmi les ouvriers d'un côté, parmi les cadres de l'autre, puis de tester que le ratio des deux (qui est un OR) est bien significativement différent de 1. Techniquement, le test utilisé est un test de Wald portant sur un contraste.

fois inférieur à celui des autres ($OR_a=0,4$) ; pour l'usage à risques au sens de l'Audit-C, l'interaction est significative ($p<0,001$) et le sex-ratio vaut 0,7 par rapport aux actifs occupés et 0,5 par rapport aux chômeurs ; pour l'ivresse au cours de l'année, l'interaction est significative ($p<0,001$) et il vaut 0,6 par rapport aux actifs occupés ou non. Pour l'ivresse régulière, l'interaction et la différence entre les catégories ne sont plus significatives [tableau IX].

Les écarts entre les sexes diminuent avec l'élévation du niveau de diplôme...

En ce qui concerne le diplôme, une fois contrôlés les principaux facteurs de confusion, l'interaction avec le sexe est significative pour l'usage quotidien et l'usage à risque chronique ou de dépendance selon l'Audit-C. Autrement dit, les écarts entre les

sexes diminuent avec l'élévation du niveau de diplôme [tableau X].

Pour l'usage quotidien, il est ainsi possible de montrer que le sex-ratio des possesseurs d'un diplôme universitaire est inférieur de près de moitié à ceux qui n'ont atteint que le bac ($OR=0,5$). Le résultat est du même ordre pour l'usage à risques selon le test Audit-C ($OR=0,4$) et pour l'ivresse au cours de l'année ($OR=0,8$), mais n'est plus significatif pour le cumul d'au moins dix ivresses sur la période.

Il semble donc bien exister un gradient d'inégalités de genre suivant le niveau de diplôme pour la consommation d'alcool : schématiquement, plus le niveau de diplôme augmente, plus l'écart entre les hommes et les femmes tend à se réduire pour les caractéristiques de consommation étudiées, en particulier l'usage quotidien et

TABLEAU VIII

OR ajustés^a associés au sexe masculin pour les usages de l'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la situation scolaire ou professionnelle, parmi les 15-64 ans

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Actifs occupés (n=15 335)	5,0	5,7	4,2	6,7
Élèves, étudiants (n=3 550)	3,9	4,6	2,3	5,1
Chômeurs (n=2 593)	3,9	6,2	4,5	5,7
Retraités (n=2 206)	3,5	7,0	3,3	1,5
Personnes au foyer (n=2 148)	3,7	6,4	4,4	5,5

a. L'ajustement porte sur l'âge et le sexe ; chaque statut est traité dans une régression à part à cause des disparités d'âge. Il n'est donc pas possible de tester la différence entre deux catégories.

TABLEAU IX

OR ajustés^a associés au sexe masculin pour les usages de l'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la situation scolaire ou professionnelle, parmi les 15-34 ans

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Actifs occupés (n=5 576)	7,1	6,1	3,9	5,8
Élèves, étudiants (n=3 368)	3,0	4,0	2,5	5,3
Chômeurs (n=1 285)	6,7	8,1	4,2	6,1

a. L'ajustement porte sur l'âge et le sexe.

l'usage à risques. Ce point ne s'explique pas par la rareté de ces comportements, mais bien par des relations dépendant du genre entre diplôme et niveau de consommation d'alcool, toutes choses égales par ailleurs. Ainsi, dans les modèles logistiques précédents, la consommation quotidienne devient plus rare avec l'élévation du diplôme parmi les hommes, mais plus fréquente parmi les femmes.

... et la PCS

Pour les actifs occupés, il est possible de tester globalement les différences de sex-ratios entre les différentes catégories sociales dans une même analyse. On peut

ensuite résumer les résultats par catégorie [tableau XI].

Pour la consommation quotidienne, il n'existe pas d'interaction entre le sexe et la PCS une fois contrôlé l'âge : autrement dit, les OR pour le sexe ne varient pas d'une PCS à l'autre, ce qui signifie que, statistiquement, l'écart de consommation quotidienne entre hommes et femmes ne varie pas significativement avec la PCS. Il existe néanmoins une tendance à la réduction des écarts de genre pour la consommation quotidienne avec l'élévation de la PCS. Ainsi, si l'on opère un regroupement, la différence est significative lorsque l'on compare les PCS les plus élevées aux PCS les plus basses : le différen-

TABLEAU X

OR ajustés^a associés au sexe masculin pour les usages de l'alcool au cours des douze derniers mois, suivant le niveau de diplôme, parmi les 15-64 ans

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Inférieur au Bac (n=12 486)	5,4	8,0	4,3	8,0
Bac (n=4 824)	3,9	5,0	4,0	6,6
Bac + 2 (n=3 345)	3,5	5,4	4,7	5,7
Bac + 3/4 (n=2 793)	2,9	4,6	3,1	4,7
Bac + 5 et + (n=2 002)	2,5	2,9	3,0	3,8

a. L'ajustement porte sur l'âge et le sexe.

TABLEAU XI

OR ajustés^a associés au sexe masculin pour les usages de l'alcool au cours des douze derniers mois, parmi les actifs occupés âgés de 15-64 ans

	Usage quotidien	Usage à risque chronique ou de dépendance	1 ivresse et plus	10 ivresses et plus
Agriculteurs exploitants (n=335)	4,5	4,0	4,2	^b
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (n=1 067)	3,2	3,9	3,5	11,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures (n=2 566)	3,6	2,9	3,2	3,5
Professions intermédiaires (n=4 204)	4,7	6,4	4,3	8,2
Employés (n=4 436)	4,9	6,6	4,1	7,2
Ouvriers : référence (n=2 669)	6,1	5,3	6,2	6,5

a. L'ajustement porte sur l'âge et le sexe ; chaque PCS est traitée dans une régression à part.

b. Non calculable, la proportion de femmes concernées étant trop proche de zéro dans cette catégorie.

tiel de consommation hommes-femmes au sein du groupe des cadres et des artisans/commerçants est inférieur de près d'un tiers à ce qu'il est au sein du groupe des employés et des ouvriers (OR=0,6).

Les résultats sont plus marqués pour la consommation à risques : il existe une forte interaction entre le sexe et les PCS regroupées ($p < 0,01$), et l'écart entre les hommes et les femmes parmi les cadres est deux fois plus réduit (ORa=0,5) que celui calculé au sein des professions intermédiaires, des employés ou des ouvriers (en revanche, il ne se distingue pas significativement de ceux des agriculteurs exploitants ou des artisans/commerçants).

Pour l'ivresse au cours de l'année, l'interaction entre le sexe et les PCS est également significative ($p < 0,01$) et le différentiel de genre est significativement plus faible parmi les cadres que parmi les professions intermédiaires (OR=0,7) ou les ouvriers (OR=0,5). En revanche, les comportements des hommes et des femmes ne divergent pas selon la PCS pour l'ivresse régulière.

En définitive, l'écart de consommation entre hommes et femmes varie avec le capital socio-économique, mais aussi symbolique : hommes et femmes ont tendance à présenter des modes de consommation plus proches lorsque leurs positions sociales sont plus favorables ou leur niveau d'instruction plus élevé. Ces différences renvoient très probablement à des formations scolaires et intellectuelles différentes, que l'on peut appréhender par les niveaux de diplômes, mais aussi à des contextes de sociabilité et des modes de vie variables suivant le type d'activité exercé. Sans pouvoir l'étayer ici, on peut formuler une hypothèse simple pour interpréter ces résultats. Il est raisonnable de penser que la mixité et les contraintes professionnelles et sociales des métiers les plus favorisés ou diplômés jouent de façon différentielle sur les hommes et les femmes. Une attention

plus soutenue à des arguments de santé comme au soin du corps et de la santé, mais peut-être aussi des contraintes d'étiquette sociale et de performance professionnelle pourraient être à l'origine d'une certaine modération des comportements de consommation masculins encouragés par la mixité, tandis que, au contraire, l'environnement majoritairement masculin des professions favorisées ou très diplômées pourrait pousser les femmes à masculiniser leurs consommations. Des analyses complémentaires seront menées ultérieurement afin de tester cette hypothèse. Elle a toutefois des implications potentielles importantes en matière de prévention de l'abus d'alcool, les publics ciblés en priorité devant être distingués selon le genre mais aussi le milieu social.

Les types de boissons consommées

Quelles sont les boissons alcooliques consommées en France en 2005 ? Les niveaux de consommation globaux ayant été rappelés dans la première partie du chapitre (le vin arrivant largement en tête et étant une boisson d'individus plutôt âgés), nous nous attacherons à décrire ici les types de boissons au sein de quelques segments de la population.

Des préférences suivant la situation scolaire ou professionnelle...

Les types de boissons consommés varient assez peu avec la situation scolaire ou professionnelle. Ainsi, à l'exception des étudiants, dont la principale boisson consommée est la bière, la hiérarchie des produits est toujours la même : vin, bière, alcools forts et autres alcools. La principale boisson consommée au moins une fois par semaine par les actifs occupés est le vin, devant la bière, les alcools forts et les autres alcools. Néanmoins, il

existe d'importantes différences entre les individus suivant leur situation scolaire ou professionnelle. Ainsi, les inactifs (qui sont principalement ici des retraités) se distinguent par une consommation quotidienne de vin très supérieure à la moyenne, mais par une consommation hebdomadaire de bière faible, assortie d'une consommation hebdomadaire fréquente d'autres alcools (type champagne, vin mousseux, cidre ou vin cuit). Les étudiants se distinguent par une préférence très marquée pour la bière, des niveaux d'usages faibles d'alcools forts et d'autres alcools, et une consommation quotidienne de vin quasi nulle. Les actifs occupés apparaissent consommateurs de tous les types de boissons alcoolisées, mais très en retrait des retraités pour ce qui est de la consommation de vin. Enfin, les chômeurs présentent un profil très proche de celui des travailleurs pour ce qui est du choix des boissons [tableau XII]. Ces différences s'expliquent très largement par les disparités en termes d'âge, et, pour cette raison, il n'est pas possible de les tester dans une même analyse de façon globale.

la profession...

Si, à l'exception des agriculteurs, la hiérarchie entre les produits est toujours la même, les différences apparaissent importantes suivant le type de métier exercé. Ainsi, c'est toujours le vin qui est la principale boisson consommée au moins une fois par semaine, devant la bière, puis les alcools forts et les autres alcools. Parmi les agriculteurs, les alcools forts se situent en deuxième position, et ils présentent également les plus hauts niveaux de consommation hebdomadaire d'autres alcools. La consommation de bière est maximale parmi les ouvriers, celle d'alcools forts parmi les artisans et les ouvriers. Quel que soit le type de boisson considéré, ce sont les employés qui présentent systématiquement les niveaux d'usage les plus faibles [tableau XIII].

mais aussi le genre

Le caractère masculin ou féminin de la consommation d'une boisson alcoolique n'est pas lié à la fréquence de sa consommation dans la population : une fois contrôlé l'âge, le sex-ratio pour la consommation hebdomadaire d'autres alcools (c'est-à-dire principalement le cidre et le champagne) vaut 1,4 *versus* 2,6 pour celle de vin, 4,1 pour celle d'alcools forts et 6,4 pour celle de bière. Cette hiérarchie souligne aussi que le titrage en alcool d'une boisson alcoolique n'est pas forcément lié au sexe de son public de consommateurs. Ainsi, la bière apparaît de loin la boisson la plus masculine, devant les alcools forts (traditionnellement considérés comme des boissons au public très masculin), le vin et les autres alcools (dont le titrage est *a priori* proche de celui du vin).

Une question spécifique permet toutefois de préciser les choses pour les prémix. Les prémix (ou alcopops) sont des mélanges de boissons fortement dosées en sucre, de type soda ou jus de fruits, avec un alcool fort. Ces boissons titrent entre 5° (pour la majorité d'entre elles) et 8° environ. Vendues en canettes ou en bouteilles de 20 à 33 cl, elles constituent un produit visant prioritairement les plus jeunes, en particulier ceux dont le processus d'acculturation aux boissons alcoolisées n'a pas encore commencé. Apparues sur le marché australien en 1993, les prémix sont arrivés massivement en France au milieu des années 1990. Mais ils ont immédiatement suscité de vives réactions de la part de certains médecins, des médias et des pouvoirs publics. L'article 29 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1997 (loi du 27 décembre 1996), adopté par l'Assemblée nationale, propose la création d'une taxe particulière sur les prémix. Celle-ci est de 5,55 euros par décilitre d'alcool pur, ce qui représente une taxation bien supérieure à celle des autres boissons alcooliques en France. Cette mesure excluait toutefois les mélanges à base de rhum, de cognac ou

TABLEAU XII

Niveaux de consommation de diverses boissons alcooliques, suivant la situation scolaire ou professionnelle, parmi les 15-64 ans (en pourcentage)

	Usage quotidien		Usage hebdomadaire		
	Vin	Vin	Bière	Alcools forts	Autres alcools
Actifs occupés (n=15 335)	9,0***	44,1***	21,9***	19,4***	10,0***
Élèves, étudiants (n=3 550)	0,8	17,0	18,2	12,0	5,7
Chômeurs (n=2 593)	8,4	32,9	21,2	17,5	8,0
Retraités (n=2 206)	29,7	63,3	22,0	20,2	11,3
Autres inactifs (n=2 148)	8,9	32,2	9,6	8,7	6,9

*** : p<0,001.

TABLEAU XIII

Consommation de diverses boissons alcooliques suivant la PCS, parmi les actifs occupés de 15-64 ans (en pourcentage)

	Usage quotidien		Usage hebdomadaire		
	Vin	Bière	Alcools forts	Autres alcools	
Agriculteurs (n=335)	24,4***	22,1***	25,7***	18,1***	
Artisans (n=1067)	13,8	29,4	27,8	10,9	
Cadres (n=2 566)	9,3	24,8	18,0	10,8	
Professions intermédiaires (n=4 204)	8,1	20,1	17,1	10,0	
Employés (n=4 436)	6,0	13,0	13,9	8,7	
Ouvriers (n=2 669)	11,0	32,2	27,8	10,0	

*** : p<0,001.

d'armagnac, de Suze (Suze tonic) et les cassis, ainsi que les spiritueux simplement dilués à l'eau plate. Cette taxe, qui correspondait environ à un surcoût de 5 francs français (0,76 euro) a eu pour effet quasi immédiat d'effondrer le marché français des prémix : moins de 10 000 litres en ont été vendus en 1997 contre 950 000 litres pour l'année 1996, alors que ce marché était en plein essor (environ 350 000 litres pour l'année 1995). En 2002, les alcooliers ont mis sur le marché de nouveaux produits dont la teneur en sucre est inférieure, ce qui leur permettait de sortir du cadre de la loi du 27 décembre 1996 et donc de relancer ce type de produits. Le 8 avril 2004, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à instaurer une surtaxe de 10 euros

par décilitre d'alcool pur et à l'étendre à l'ensemble des *Ready to drink* (RTD). Le Sénat a finalement fixé à 11 euros la taxe par décilitre d'alcool pur dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique, dans un texte publié au *Journal officiel* du 11 août 2004.

Interrogés dans le Baromètre santé en 2005, 5,5 % des 15-75 ans disent savoir ce que sont les prémix. Il s'agit plus souvent d'hommes (7,1 % vs 3,9 % ; p<0,0001). Ces réponses positives sont réparties de façon à peu près homogène sur toutes les tranches d'âge [figure 11]. Une fois expliqué aux individus qui déclaraient ignorer la nature de ces produits de quoi il s'agit (« de nouvelles boissons alcoolisées aromatisées et sucrées »), 13,0 % disent en consommer actuellement, ne serait-ce que de

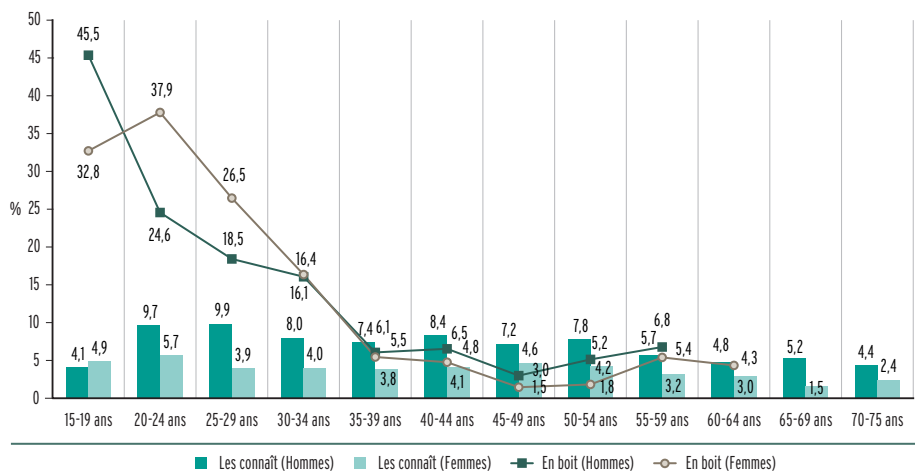
temps en temps. Cette fois, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à répondre positivement : 14,0 % *versus* 12,5 % ($p < 0,001$). La répartition par âge montre que l'écart entre les sexes est au profit des hommes entre 15 et 19 ans, puis des femmes entre 20 et 29 ans, alors que les écarts deviennent presque nuls pour les âges plus élevés. Ces produits sont donc apparemment les seuls à recueillir plus de consommateurs parmi les femmes. Au contraire de tous les autres types de boissons alcoolisées, la consommation de ces produits diminue très fortement avec l'âge, et ce pour les deux sexes.

Néanmoins, une fois contrôlé l'âge, le sex-ratio pour la consommation de prémix (la question ne porte ici pas sur une fréquence au cours de l'année) vaut 0,9, ce qui tend à confirmer le résultat des proportions observées mais n'est plus significativement différent de 1. Ce résultat signifie donc que les prémix sont les seules boissons à être autant consommées par les femmes que les hommes, ce qui les différencie notablement des autres.

En résumé, le vin est la principale boisson alcoolique consommée en France : 12,7 % des personnes de 12-75 ans interrogées en ont bu tous les jours au cours des douze derniers mois, alors que la consommation quotidienne d'autres types de boissons ne dépasse pas 1 % de la population. Néanmoins, outre les différences liées à l'âge (le vin étant surtout consommé par les générations âgées), ces usages ne sont pas répartis de façon homogène dans tous les segments de la population. En effet, les actifs occupés présentent des niveaux de consommation hebdomadaire de bière, d'alcools forts et d'autres alcools au-dessus de ceux du reste de la population, alors que les étudiants constituent clairement la catégorie la moins consommatrice. Les chômeurs présentent une préférence marquée pour le vin, consommé quotidiennement, et les alcools forts, consommés au moins une fois par semaine. Les inactifs, quant à eux, qui sont principalement des retraités, ne se distinguent pas du reste de la population par leurs

FIGURE 11

Connaissance et consommation de prémix, suivant le sexe et l'âge (en pourcentage)



N.B. : Certaines données sont manquantes parmi les générations les plus âgées, suite à une incompréhension de la question au sein du public le moins concerné par ces produits.

préférences en matière de boisson. Parmi les actifs occupés, les préférences sont assez marquées. Ainsi, les agriculteurs exploitants sont de loin les plus gros consommateurs de vin, mais aussi de boissons autres que les bières et les alcools forts, ce qui s'explique sans doute par une part d'autoconsommation, mais aussi une forte tradition culturelle. Les artisans ne se distinguent pas des autres travailleurs par leurs préférences en matière de boissons, tandis que les cadres et les professions intermédiaires présentent un profil similaire, marqué seulement par une sous-consommation quotidienne de vin. Les employés restent sous-consommateurs pour toutes les boissons à l'exception des alcools forts. Enfin, les ouvriers présentent une consommation de bière au-dessus de la moyenne. Deux questions exploratoires permettent de confirmer la popularité des prémix au sein de la population, ainsi que l'importance du niveau de leur consommation parmi les jeunes. Il s'agit par ailleurs du seul type de boissons alcoolisées plus souvent consommé par les femmes.

Il existe donc, en plus de la fréquence de consommation d'alcool, d'importantes préférences pour des types de boissons suivant le milieu social. Les agriculteurs paraissent, plus souvent que les autres professions, préférer le vin, tandis que les ouvriers marquent une certaine inclination pour la bière.

Les évolutions entre 2000 et 2005

Sont présentées ici les évolutions par tranche d'âge et PCS pour les indicateurs de consommation étudiés dans ce chapitre, à l'exception de l'Audit-C qui n'était pas présent dans le Baromètre santé 2000. Lui est substituée l'analyse du test Deta, qui repère les individus qui ont eu au cours de leur vie ou ont actuellement un risque important d'usage problématique, c'est-à-dire excessif ou présentant des signes de dépendance.

Les évolutions par âge

La baisse constatée sur l'ensemble de la population de plus de 15 ans pour la consommation quotidienne (qui est passée de 20,3 % à 14,4 %) est retrouvée pour toutes les tranches d'âge au-delà de 30 ans. Du point de vue de cet indicateur, les usages des jeunes générations n'ont donc pas varié, mais les comportements de consommation des plus âgés semblent s'être modifiés de manière assez homogène [figure 12].

En ce qui concerne l'ivresse alcoolique, les évolutions sont plus faibles : sur la tranche d'âge 15-75 ans, la proportion d'individus déclarant avoir été ivres au cours des douze mois écoulés est stable (elle est passée de 14,8 % à 15,0 %). On observe néanmoins une baisse significative de ces déclarations parmi les plus jeunes (15-24 ans) et, au contraire, une faible hausse parmi les 25-40 ans. Pour les ivresses régulières, le phénomène est de même nature bien que les variations soient plus faibles : malgré une stabilité globale sur la tranche 15-75 ans (où elle est passée de 2,2 % à 1,9 %), les niveaux mesurés parmi les jeunes de moins de 30 ans ont nettement chuté, alors qu'ils sont stables parmi les plus âgés [figures 13 et 14].

Enfin, on note une légère hausse pour l'usage à risques au sens du Deta (passant de 9,4 % à 10,0 % sur l'ensemble de la tranche d'âge 15-64 ans), en particulier parmi les générations les plus jeunes [figure 15].

Les évolutions par sexe

La diminution globale de la consommation d'alcool semble avoir touché légèrement plus les femmes que les hommes. Ainsi, la consommation quotidienne est passée de 29,2 % à 21,4 % en 2005 parmi les hommes (soit 27 % de diminution relative), tandis qu'elle est tombée dans le même temps de 11,7 % à 7,6 % parmi les femmes (soit 35 % de diminution). Pour l'ivresse au cours de l'année, on note en revanche une stabilité pour les deux sexes (22,3 % à 22,7 % en 2005 parmi les hommes,

7,4 % à 7,6 % en 2005 parmi les femmes), comme pour les ivresses régulières (3,8 % à 3,3 % parmi les hommes, 0,6 % à 0,5 % parmi les femmes). Enfin, l'usage problématique au

sens du Deta est stable parmi les hommes (14,0 % à 14,3 %) comme parmi les femmes (il passe de 9,0 % à 9,7 %, la variation n'étant pas significative).

FIGURE 12

Évolution entre 2000 et 2005 de l'usage quotidien d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant l'âge (en pourcentage)

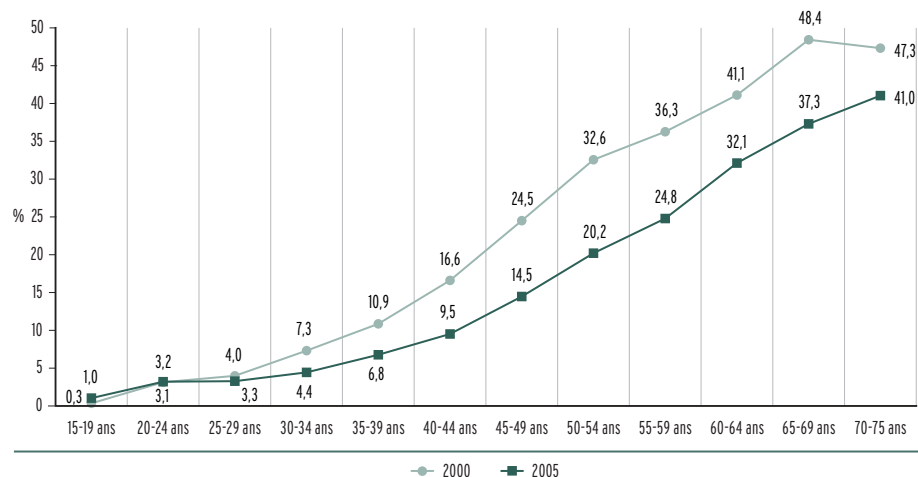
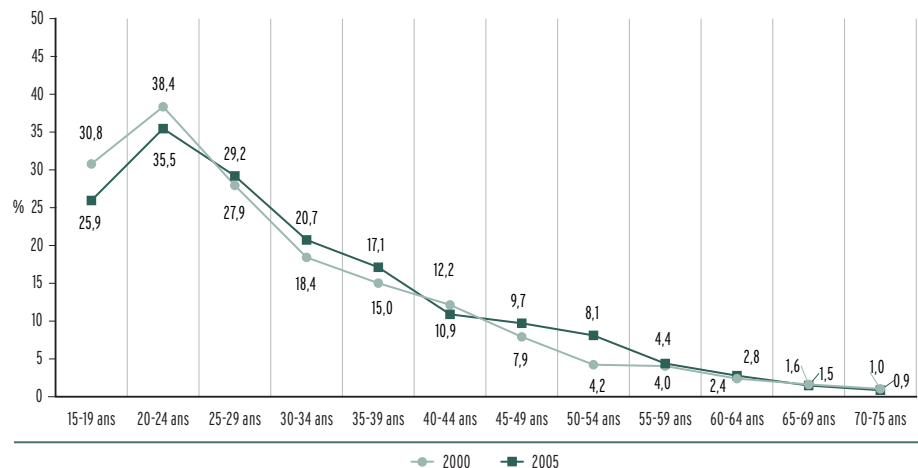


FIGURE 13

Évolution entre 2000 et 2005 de l'ivresse alcoolique au cours des douze derniers mois, suivant l'âge (en pourcentage)



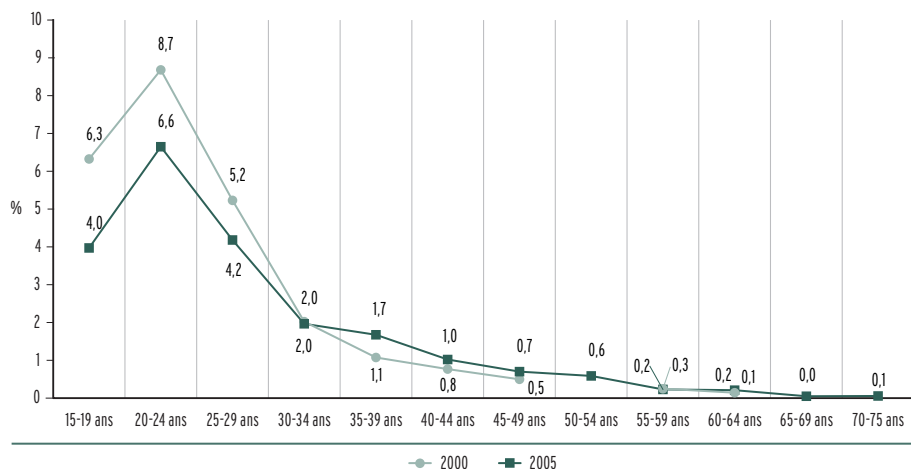
Les évolutions parmi les chômeurs

La consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois parmi les chômeurs est orientée à la baisse depuis 2000, passant de 12,3 % à 9,9 % entre les deux derniers Baromètres santé, bien que la différence ne soit pas significative de justesse. Néanmoins, parmi eux, la proportion d'individus déclarant avoir été ivres au

cours de la période a fortement crû (passant de 16,2 % à 20,4 % ; $p < 0,001$), de même que celle des individus dont la consommation est problématique d'après le test Deta (passant de 10,2 % à 15,8 % ; $p < 0,001$). Au sein de cette catégorie d'individus, les évolutions des indicateurs de consommation diffèrent donc assez nettement de celles observées pour l'ensemble de la population.

FIGURE 14

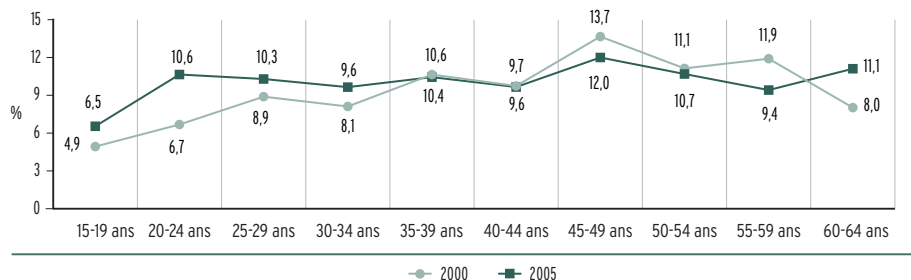
Évolution entre 2000 et 2005 de l'ivresse alcoolique régulière^a, suivant l'âge (en pourcentage)



a. Au moins dix épisodes au cours de l'année.

FIGURE 15

Évolution entre 2000 et 2005 de l'usage à risques au sens du Deta, suivant l'âge (en pourcentage)



Les évolutions parmi les actifs occupés

La comparaison entre les Baromètres santé 2000 et 2005 permet également de montrer que la baisse de la consommation quotidienne concerne toutes les catégories d'actifs occupés. Globalement, la consommation quotidienne parmi les actifs occupés est ainsi passée de 16,5 % à 11,2 % entre 2000 et 2005. Elle est toutefois nettement plus importante parmi les artisans et commerçants que pour les autres PCS. C'est la catégorie des employés qui a connu la baisse la plus modeste, du même ordre que celle des chômeurs (un peu moins de deux points).

Contrastant avec cette diminution générale de la fréquence d'usage déclarée, celle de l'ivresse alcoolique (au moins un épisode au cours des douze derniers mois) est plus hétérogène. Malgré un niveau général stable (passant de 16,2 % à 17,0 %), on constate en effet une hausse de l'ivresse déclarée parmi les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, les ouvriers et les agriculteurs exploitants et, dans une moindre mesure, parmi les cadres, tandis que les niveaux observés parmi les professions intermédiaires et les employés sont en légère baisse. Ce résultat reste vrai pour les ivresses régulières, bien que les variations soient plus faibles (le niveau général passant quant à lui de 2,0 % à

1,9 % entre les deux enquêtes). Ainsi, malgré une baisse sensible des fréquences déclarées de consommation quotidienne d'alcool, les ivresses alcooliques sont devenues plus communes au sein de quelques catégories.

Enfin, malgré une grande stabilité générale des niveaux pour l'usage à risques au sens du Deta entre les deux derniers Baromètres santé (la proportion d'actifs occupés repérés à risques passant de 10,4 % à 10,2 % entre 2000 et 2005), on constate également des évolutions contrastées suivant le type d'activité professionnelle. Ainsi, la proportion d'agriculteurs repérés positifs au test Deta a chuté de manière importante (près d'un tiers), tandis que celles des cadres et des artisans/commerçants ont diminué de façon moins importante. Les autres catégories présentent des évolutions plus faibles, orientées à la hausse (pour les professions intermédiaires et les ouvriers) ou à la baisse (pour les employés) [tableau XIV].

Il semble donc que la diminution marquée des fréquences d'usages ne s'accompagne pas d'une diminution des comportements d'usages à risques ponctuels (s'agissant de l'ivresse alcoolique) ou à plus long terme (s'agissant du Deta). En fait, la situation est même fortement contrastée du point de vue du capital économique. Ainsi, les individus occupant les positions les plus

TABLEAU XIV

Évolutions entre 2000 et 2005 des usages de l'alcool, parmi les actifs occupés (en pourcentage)

	Usage quotidien		Ivresse dans l'année		Deta	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Agriculteurs	34,9	27,4 ns	10,8	12,8 ns	9,6	6,0 ns
Artisans	33,2	15,9***	14,0	20,5***	15,1	14 ns
Cadres	18,3	12,2***	15,9	16,5 ns	15,2	12,5***
Professions intermédiaires	14,0	9,5***	16,6	15,8 ns	9,0	10,1*
Employés	9,8	7,0***	13,3	12,2 ns	6,7	6,1 ns
Ouvriers	22,2	15,2***	20,5	25,3***	12,7	13,8 ns

* : p<0,05; *** : p<0,001; ns : non significatif.

favorables, à savoir les cadres et professions intellectuelles supérieures, connaissent à la fois une baisse de leur fréquence de consommation, mais également de leur usages à risques au sens du Deta, tandis que leurs ivresses alcooliques semblent stables entre 2000 et 2005. À l'autre bout de l'échelle sociale, la situation des ouvriers apparaît moins favorable. En effet, si la fréquence de la consommation quotidienne a baissé de manière importante parmi eux, les ivresses alcooliques sont stables ou en hausse significative, de même que l'usage à risques au sens du Deta. Finalement, alors que la proportion de cadres repérés positifs à ce test était supérieure à celle des ouvriers en 2000, ce n'est plus le cas en 2005.

Au total, pour l'ensemble de la population française en 2005, l'évolution des usages d'alcool semble plutôt orientée à la baisse et ne pas s'accompagner d'une hausse des comportements à risques.

Géographie régionale des usages de l'alcool

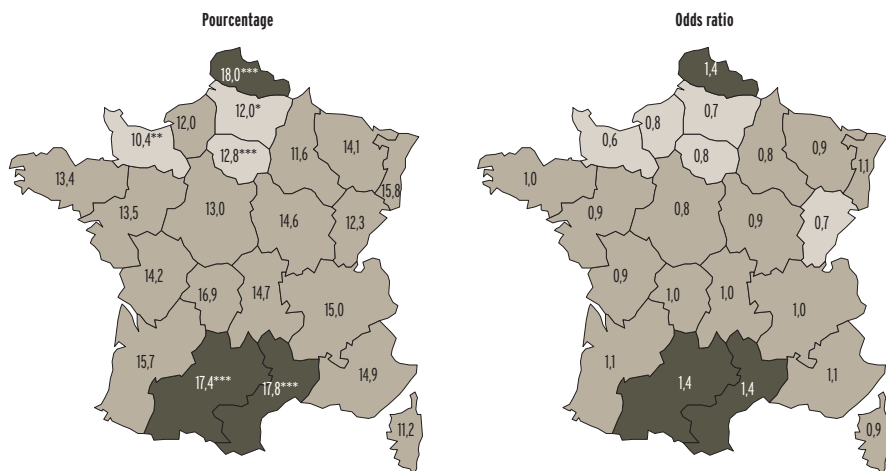
Plus de buveurs dans le sud et le Nord-Pas-de-Calais

L'usage quotidien d'alcool apparaît plus répandu dans deux régions du sud de la France (Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), mais aussi dans le Nord-Pas-de-Calais. Trois régions seulement présentent un niveau inférieur à la moyenne : l'Île-de-France, la Picardie et surtout la Basse-Normandie [figure 16]. Une fois contrôlés les principaux facteurs de confusion, la plupart de ces différences perdurent, notamment celle observée pour le Nord-Pas-de-Calais. Néanmoins, la Franche-Comté et la Haute-Normandie rejoignent le groupe des régions sous-consommatrices.

Cette carte de répartition des consommateurs quotidiens apparaît singulièrement différente de celle observée à l'adolescence

FIGURE 16

Usage quotidien d'alcool au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté



□ Significativement inférieur au reste de la France □ Non significatif ■ Significativement supérieur au reste de la France

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

[12]. En effet, si pour les jeunes âgés de 17 ans, les régions Ile-de-France et Picardie apparaissent moins consommatrices et l'Aquitaine plus consommatrice que le reste de la France, pour toutes les autres régions, les distinctions ne sont pas les mêmes parmi les adultes et les adolescents. C'est en particulier le cas du Nord-Pas-de-Calais, qui présente un niveau inférieur à la moyenne à l'adolescence.

Plus de buveurs à risque chronique en Languedoc-Roussillon et Paca

Du point de vue de l'usage à risques au sens de l'Audit-C, seules trois régions se distinguent : Poitou-Charentes et Languedoc-Roussillon au-dessus du reste du pays, et Basse-Normandie en deçà [figure 17]. Une fois contrôlés les facteurs de confusion, le Languedoc-Roussillon confirme sa position singulière, mais le Poitou-Charentes prend

la place de la Provence-Alpes-Côte d'Azur ; seules l'Ile-de-France et la Haute-Normandie paraissent alors significativement moins concernées (l'OR pour la Basse-Normandie n'est pas significatif de justesse).

L'Ile-de-France, un peu plus concernée par l'usage à risques au sens du Deta

La carte de France des usages à risques au sens du Deta apparaît encore plus homogène : seules quatre régions se distinguent. L'Ile-de-France est la seule à présenter une prévalence supérieure, tandis que le groupe des régions les moins concernées réunit le Centre, l'Auvergne et le Limousin. L'Ile-de-France est la seule région pour laquelle la différence persiste une fois les effets de structure contrôlés [figure 18]. La divergence des deux cartes d'usages à risques souligne une fois de plus que les deux tests repèrent des usages très différents.

REMARQUES MÉTHODOLOGIQUES

Les pourcentages figurant dans les cartes présentées ici sont standardisés sur le sexe et l'âge (en cinq tranches), afin de ramener la structure démographique de chaque région à la structure métropolitaine de l'échantillon global. Cela permet de corriger le principal facteur de confusion, l'âge, pour comparer les régions entre elles.

L'ajustement des odds ratios porte sur le sexe, l'âge, le statut scolaire et d'activité (actif occupé, chômeur ou inactif - i.e. étudiant, retraité, autre inactif), la taille de l'agglomération de résidence (trois modalités), le niveau de diplôme (aucun, bac, supérieur), et l'équipement téléphonique (liste blanche/orange, liste rouge, mobile exclusif). Lorsqu'il est question de comparer les préférences de consommation en termes de types de boissons consommées, la fréquence de consommation d'alcool déclarée au cours des douze derniers

mois est également introduite : l'OR ajusté résultant mesure donc bien une préférence pour un type de produit, à fréquence de consommation d'alcool donnée.

Pour les cartes de pourcentages standardisés, dans une région donnée, les étoiles indiquent le degré de significativité du test de comparaison du pourcentage mesuré dans celle-ci à celui mesuré dans le reste de la France. La convention est la suivante : *, **, *** indiquent respectivement une différence significative pour le test du khi-deux au seuil 0,05, 0,01 et 0,001, l'absence d'étoile exprimant que la différence n'est pas significative au seuil de 0,05. Il est donc possible, si les effectifs interrogés dans une région sont faibles, qu'une valeur apparemment éloignée de la moyenne nationale ne possède pas d'étoile. Pour la carte des odds ratios, la couleur indique la significativité au seuil de 0,05.

FIGURE 17

Usage à risques au sens de l'Audit-C au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté

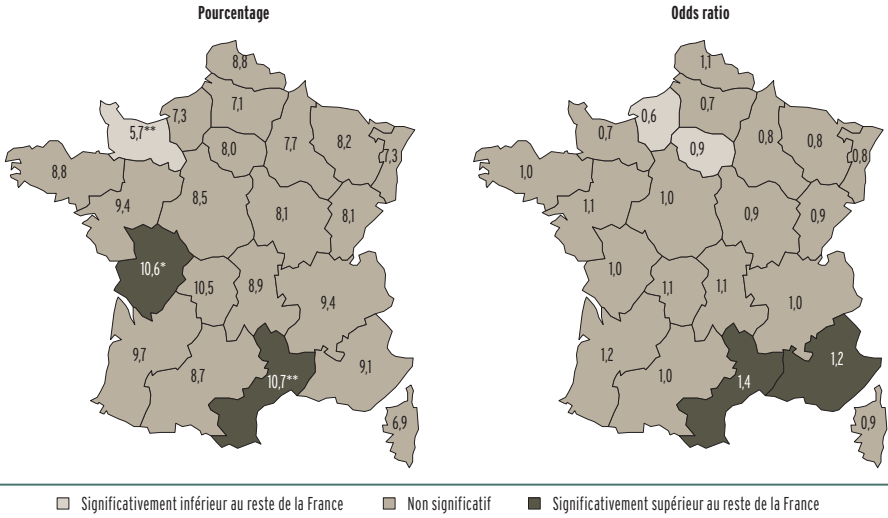
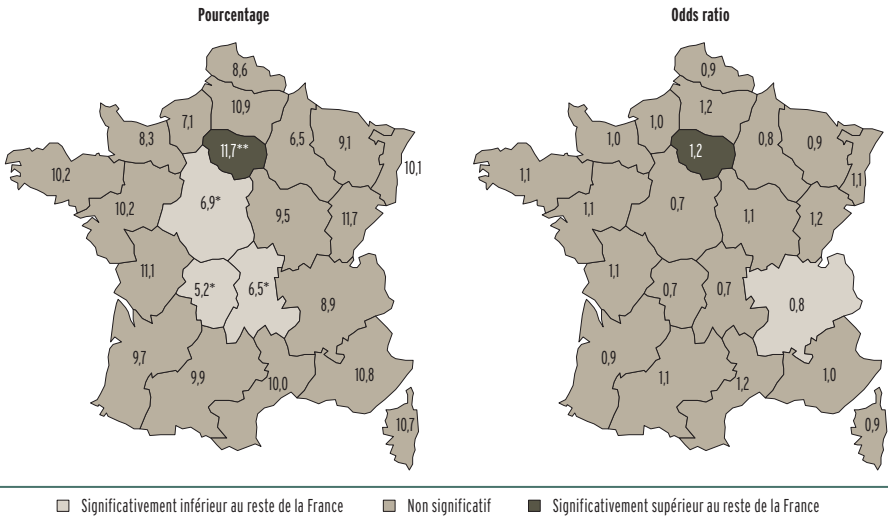


FIGURE 18

Usage à risque au sens du Deta parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté



Des ivresses alcooliques plus fréquentes en Bretagne

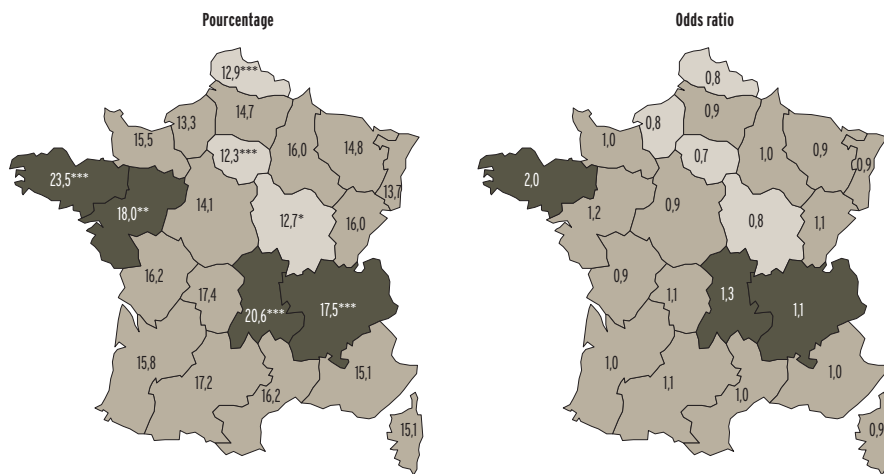
La carte des taux standardisés d'ivresse alcoolique au cours des douze derniers mois fait ressortir quatre régions au-dessus du reste de la France (Bretagne, Auvergne, Pays de la Loire et Rhône-Alpes) et trois en dessous (Nord-Pas-de-Calais, Bourgogne, Ile-de-France) [figure 19]. Cette répartition ne reflète pas celle des usages à risques, ni même des usages quotidiens (bien que l'Ile-de-France présente également un taux standardisé de consommation quotidienne inférieur). L'image obtenue une fois les effets de structure neutralisés est assez proche : les Pays de la Loire perdent leur singularité (l'OR n'est pas significatif de justesse), mais la Bretagne, l'Auvergne et Rhône-Alpes se voient confirmées dans leur position de régions où l'ivresse alcoolique est plus fréquente, et la Haute-Normandie rejoint le groupe des régions les moins concernées. La

carte des ivresses répétées (au moins trois dans l'année écoulée) présente des similarités, mais apparaît plus homogène : une fois contrôlés les facteurs de confusion, la Bretagne continue de présenter un taux plus élevé, mais avec la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, et le Centre se trouve aux côtés de l'Ile-de-France et du Nord-Pas-de-Calais parmi les régions les moins concernées par ce comportement de consommation. Il est à noter que cette dernière région figure parmi celles où la consommation quotidienne d'alcool est la plus répandue, mais ne se distingue pas par ses prévalences de consommations à risque [figure 20].

Ces résultats sont proches de ceux observés à l'adolescence, où l'Auvergne et surtout la Bretagne se distinguent très nettement des autres régions pour la fréquence très élevée des ivresses alcooliques, alors que les régions Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France et Centre présentent des niveaux faibles [12].

FIGURE 19

Au moins une ivresse alcoolique au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté



* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Le vin : présent dans le sud, en Pays de la Loire et en Franche-Comté

Lorsqu'on compare les taux standardisés de consommation au moins hebdomadaire (*i.e.* au moins une consommation par semaine au cours des douze derniers mois), le vin apparaît surtout consommé dans les régions viticoles du sud et de l'ouest de la France, et au contraire assez nettement moins consommé dans le nord. Toutes les grandes régions viticoles ne sont toutefois pas concernées par une surconsommation relative de vin, comme en témoignent les positions médianes de la Bourgogne et de l'Alsace [figure 21]. Ce constat reste globalement valable si l'on compare les préférences (*voir les remarques méthodologiques*) pour le vin, à fréquence de consommation d'alcool contrôlée. Néanmoins, la Franche-Comté (elle aussi productrice de vin) rejoint alors le groupe des régions où la préférence pour le vin est marquée. À l'opposé, la Champagne-

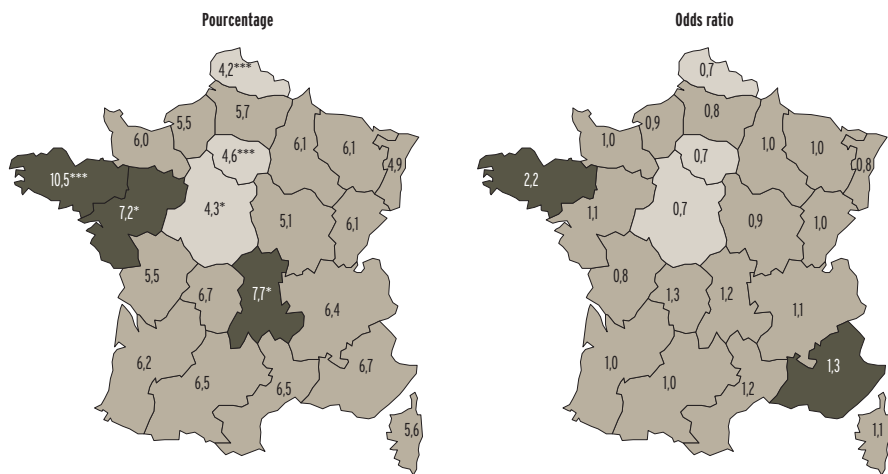
Ardenne quitte le groupe des régions les moins consommatrices de vin.

La bière : surtout consommée dans le nord, plus délaissée dans le sud

Pour la bière, seules deux régions se détachent par des taux standardisés de consommation hebdomadaire relativement élevés : l'Alsace et le Nord-Pas-de-Calais. Il existe en revanche un important groupe de régions où ces taux sont faibles, dont une large partie du sud du pays (sauf le Limousin où la différence n'est pas significative de justesse), mais aussi l'Île-de-France [figure 22]. Si l'on s'attache à la préférence pour la bière (*voir les remarques méthodologiques*), à fréquence de consommation annuelle donnée, toutes les grandes régions traditionnellement consommatrices apparaissent alors clairement : l'Alsace et le Nord-Pas-de-Calais, mais aussi la Picardie et la Lorraine. Le groupe des régions où la bière est moins préférentiellement consommée

FIGURE 20

Au moins trois ivresses alcooliques au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté

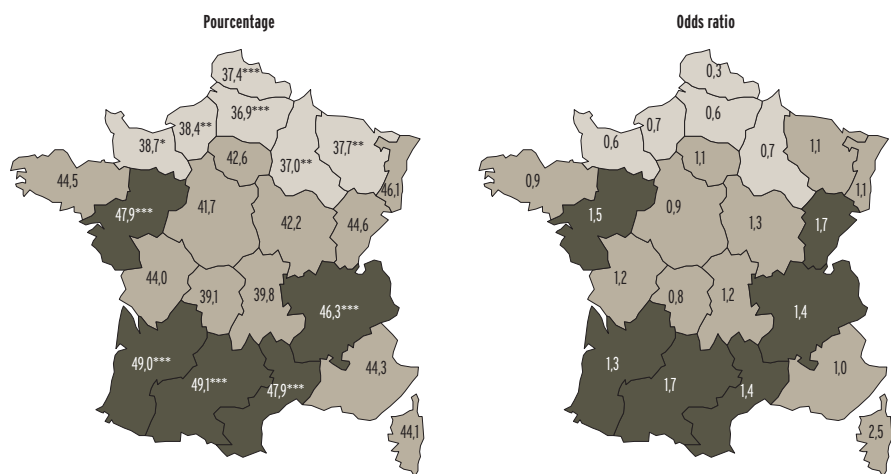


□ Significativement inférieur au reste de la France ■ Non significatif ■ Significativement supérieur au reste de la France

* : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$.

FIGURE 21

Usage hebdomadaire de vin au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté

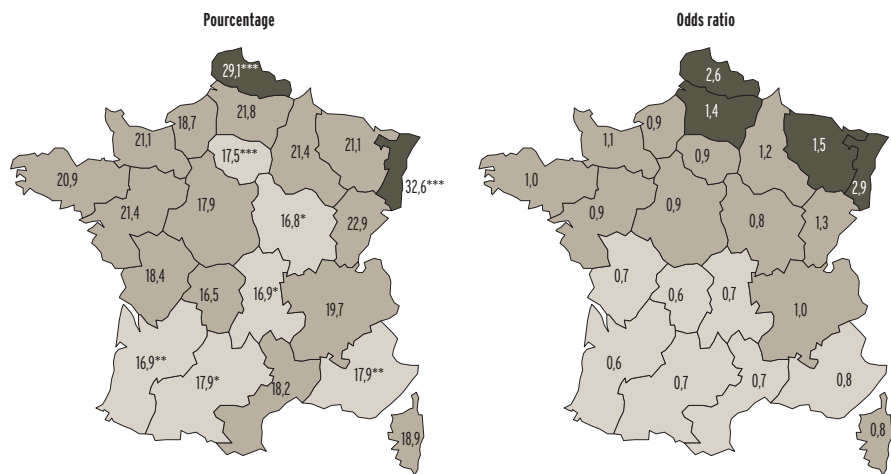


□ Significativement inférieur au reste de la France ◻ Non significatif ■ Significativement supérieur au reste de la France

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

FIGURE 22

Usage hebdomadaire de bière au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté



□ Significativement inférieur au reste de la France ◻ Non significatif ■ Significativement supérieur au reste de la France

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

qu'ailleurs reste à peu près inchangé ; il est grossi par le Limousin, tandis que l'Île-de-France cède sa place au Poitou-Charentes, et la Bourgogne au Languedoc-Roussillon.

Des spiritueux plus fréquents dans la moitié ouest du pays

Les usages de spiritueux apparaissent surtout concentrés sur la façade ouest du pays, ainsi que dans la région Centre. À l'est, la Lorraine, l'Alsace et Rhône-Alpes apparaissent, avec l'Île-de-France, sous-consommatrices [figure 23]. Ces résultats restent globalement vrais si l'on contrôle les facteurs de confusion et notamment la fréquence de consommation d'alcool ; le groupe des régions où la préférence pour ces boissons est marquée accueille alors la Picardie, mais perd le Poitou-Charentes et la Bretagne. De son côté, l'Île-de-France quitte le groupe des régions où ces alcools forts sont les moins consommés.

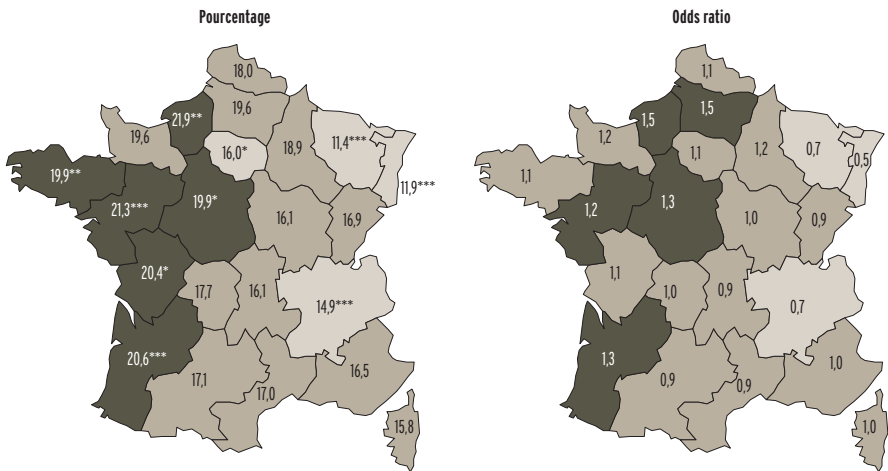
Des consommations d'autres alcools sur une partie de la façade nord-ouest

La carte des usages standardisés des « autres alcools » (cidre, champagne, mousseux et autoproduction) sépare nettement le pays en deux. Les régions côtières du nord-ouest du pays, des Pays de la Loire à la Picardie, présentent une surconsommation, alors que tout l'est et le sud-est du pays apparaissent largement sous-consommateurs [figure 24]. Ce résultat est largement confirmé par l'analyse multivariée : le Nord-Pas-de-Calais, l'Île-de-France et la Champagne-Ardenne intègrent le groupe des régions ayant une nette préférence pour ces types de boissons, tandis que seuls la Lorraine et le Limousin quittent le groupe des régions où ces boissons sont moins consommées qu'ailleurs.

Pour résumer les résultats de ces analyses cartographiques régionales, du point de vue

FIGURE 23

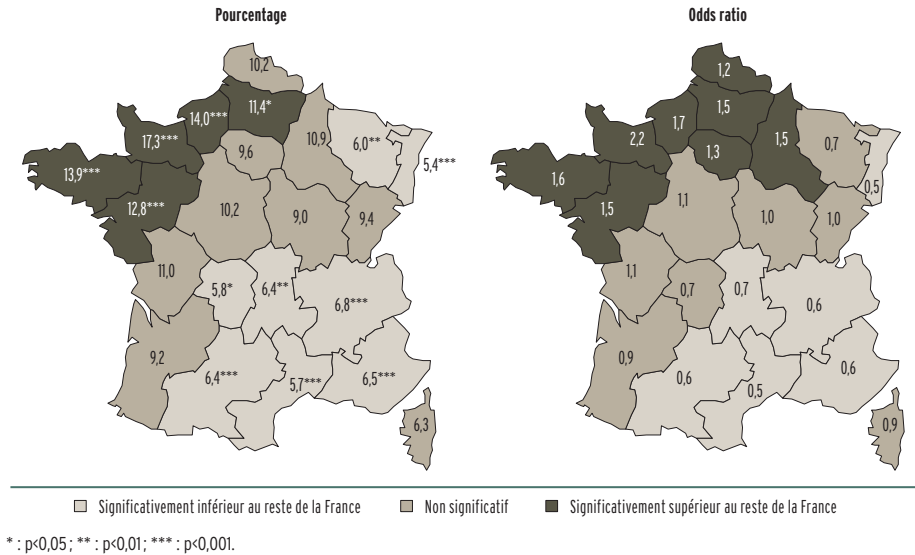
Usage hebdomadaire de spiritueux au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté



□ Significativement inférieur au reste de la France □ Non significatif ■ Significativement supérieur au reste de la France

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

FIGURE 24

Usage hebdomadaire d'autres alcools au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté


de la fréquence des consommations, des usages à risque chronique ou ponctuel et d'ivresses alcooliques, deux groupes de régions s'opposent. En tête des régions concernées par les consommations d'alcool, le Languedoc-Roussillon cumule un fort niveau d'usage quotidien, des ivresses répétées et des usages à risque chronique. Le Nord-Pas-de-Calais présente une consommation quotidienne au-dessus de la moyenne, mais ne se distingue ni par un taux élevé de consommateurs à risques, ni par des comportements d'ivresse fréquents. La Bretagne s'illustre, quant à elle, uniquement par des pratiques d'ivresses alcooliques hors normes. Enfin, une seule région se singularise pour l'usage problématique au sens du Deta, l'Île-de-France, plus concernée que le reste du pays. À l'opposé, on peut distinguer un groupe de régions cumulant les comportements bénéfiques. Ainsi, la Picardie et la Basse-Normandie cumulent faible niveau d'usage quotidien

et d'usage chronique à risques, tandis que la Franche-Comté apparaît, elle aussi, sous-consommatrice. Le Centre se distingue également par des ivresses alcooliques plus rares. Il ne se dessine donc pas de géographie cohérente des usages et des usages à risques, les régions concernées étant rarement connexes. La géographie des préférences pour les boissons révèle des ensembles globalement cohérents : le vin est surtout présent dans la partie sud du pays, ainsi que dans certaines régions productrices comme les Pays de la Loire et Rhône-Alpes, et nettement plus rare dans le nord du pays. La bière est surtout présente dans le nord et l'est, plus rarement dans quelques régions du sud, mais aussi en Île-de-France et en Bourgogne. Les alcools forts sont plus présents dans la moitié ouest du pays, moins en Lorraine, Alsace, Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes. Enfin, les autres alcools sont surtout consommés dans le nord et l'ouest, et moins dans l'est et le sud.

DISCUSSION

La France connaît une baisse importante — et souvent supérieure à celle des autres pays — de ses consommations depuis les années 1960. Elle se trouve désormais placée derrière le Luxembourg, l'Irlande, la Hongrie, la République tchèque, et en compagnie du Portugal, du Royaume-Uni, de l'Espagne, le Danemark, l'Autriche et l'Allemagne pour ce qui est du volume d'alcool pur consommé par habitant [13]. Cette évolution notable ne l'empêche pas de rester l'un des pays les plus consommateurs d'alcool au monde quels que soient la source et l'indicateur utilisés (données Eurostat, FAO, OCDE, OMS)¹¹.

Si les pays conservent des particularités culturelles dans les usages de l'alcool, en termes de type de boissons comme de pratiques d'alcoolisation, une certaine uniformisation apparaît depuis quelques décennies [14, 15]. La baisse des usages observée en France entre les deux derniers exercices du Baromètre santé, notamment des usages quotidiens, s'inscrit sans doute dans cette uniformisation. L'usage régulier d'alcool se rencontre toutefois plus souvent dans les pays latins, et les usages moins fréquents mais plus importants en termes de quantité bues dans les pays nordiques et anglo-saxons [16]. Les données recueillies auprès des élèves de 16 ans dans l'enquête européenne Espad [17] offrent une image légèrement différente, dans la mesure où la France se situe à des taux assez bas pour l'ivresse comme pour l'usage ponctuel de plus de plus de 5 verres (*binge drinking*)¹², mais également pour l'usage régulier. Par ailleurs, une typologie réalisée à partir des données Espad de la précédente enquête scolaire menée en 1999 révélait que, outre les quantités bues déclarées et les pratiques et les fréquences d'usages, les différences de genre et les lieux de consommation diffèrent fortement du nord au sud, mais également de l'ouest à l'est de l'Europe [18].

En France, les niveaux d'usages apparaissent en nette baisse par rapport à 2000, mais il est délicat de mesurer l'impact des campagnes de prévention et d'information sur les représentations et les pratiques d'usages des boissons alcoolisées. Toutefois, les efforts engagés ces dernières années en matière de perception des risques liés à l'alcool et le durcissement de législation ayant trait à la conduite automobile sous influence de l'alcool semblent avoir porté leurs fruits, et le fait que l'alcool soit de plus en plus clairement considéré comme une drogue depuis la fin des années 1990 a vraisemblablement contribué à la baisse des niveaux observée entre 2000 et 2005.

La baisse de la consommation quotidienne semble avoir touché presque toutes les générations, puisqu'elle est sensible dès l'âge de 30 ans (elle est très rare en deçà), mais elle est nettement plus importante parmi les générations plus âgées, qui sont traditionnellement les plus consommatrices. Les comportements d'ivresses régulières (au moins dix épisodes au cours de l'année) ont, quant à eux, surtout marqué le pas parmi les jeunes de 20 à 24 ans, là encore traditionnellement la génération la plus concernée. Ces évolutions restent bien sûr à confirmer dans des enquêtes ultérieures. Il est en effet notable qu'à l'adolescence, les niveaux d'usage réguliers de l'alcool apparaissent en baisse pour les deux sexes entre 2003 et 2005; en revanche, la même enquête

11. D'un point de vue méthodologique, de telles données présentent rapidement des limites, ne tenant par exemple pas compte des achats transfrontaliers qui conduisent le Luxembourg au premier rang mondial depuis la fin des années 1990. Les enquêtes en population générale comme le Baromètre santé s'avèrent ainsi indispensables pour connaître les pratiques individuelles.

12. Dans l'enquête Espad et pour les adolescents, le *binge drinking* est défini par l'ingestion de 5 verres et plus de boissons alcoolisées standards (cf. encadré sur les tests Audit-C et Deta) en une occasion; parmi les adultes, c'est le seuil de 6 verres qui est retenu.

Escapad montre une hausse des ivresses alcooliques déclarées au cours des douze derniers mois sur cette période [19].

Les évolutions en population générale sont donc favorables et elles concernent aussi bien les hommes que les femmes. La légère orientation à la hausse de la proportion d'individus repérés positivement au test Deta invite à une certaine prudence, mais il ne faut pas perdre de vue que ce test présente une rémanence temporelle importante, puisqu'il repère des comportements problématiques sur l'ensemble de la vie des individus. Néanmoins, ces évolutions s'avèrent contrastées suivant les catégories de la population. Ainsi, certaines catégories, notamment les ouvriers, semblent connaître des baisses plus faibles que d'autres (par exemple, les cadres). De la même façon, parmi les chômeurs, les ivresses déclarées sont plus nombreuses en 2005, alors que la proportion d'individus dont la consommation est problématique suivant le test Deta a fortement augmenté. Les bénéfices de la diminution de la consommation d'alcool ne se répartissent donc vraisemblablement pas de façon homogène dans la population.

Faisant écho à la normalisation des modes de consommation en Europe évoquée plus haut, on note que les écarts entre les PCS s'avèrent relativement faibles une fois contrôlées les variables sociodémographiques classiques. Contrairement à ce qui avait pu être observé dans les années 1960-1970 [20] et même dans le Baromètre santé 2000 où des catégories nombreuses (agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les ouvriers) présentaient une surconsommation quotidienne marquée [21], seuls les agriculteurs semblent aujourd'hui se distinguer nettement par leur niveau élevé de consommation quotidienne et à risque chronique ou risque de dépendance au sens de l'Audit-C. Ces analyses sont toutefois très générales, car

l'examen détaillé des cadres et professions intellectuelles supérieures révèle encore des distinctions importantes pour certains types de métiers (en particulier, les métiers du spectacle et de l'information), distinctions qui sont également retrouvées pour certains usages de produits psychoactifs illicites comme le cannabis, mais aussi la cocaïne. D'autres analyses verront le jour pour prolonger ce travail : il s'agira notamment d'explorer plus en détail les autres agrégats de PCS, mais aussi de comparer les consommations des travailleurs suivant leur secteur d'activité. Ces résultats doivent par ailleurs être confrontés à ceux obtenus dans d'autres enquêtes. Par exemple, la relative sous-consommation des cadres et professions intellectuelles supérieures, ou la diminution du niveau quotidien de consommation quotidienne avec l'élévation du niveau de diplôme, même si elle disparaît une fois contrôlés les principaux facteurs sociodémographiques de confusion, contraste avec les résultats obtenus lors de l'enquête Santé 2003, qui montrait que les plus diplômés étaient plus souvent consommateurs quotidiens d'alcool que les autres [22].

Les écarts entre actifs occupés et chômeurs demeurent en revanche très nets, qu'il s'agisse de la fréquence de la consommation, de son risque pour la santé à moyen terme ou des ivresses alcooliques. La position économique joue donc toujours un rôle important dans les comportements de consommation. Si les actifs occupés se distinguent globalement faiblement entre eux, il semble que les exclus du travail cumulent les comportements à risques en matière d'alcool. Ce résultat rejoint d'ailleurs des observations analogues à propos des drogues illicites et du tabac. Ainsi, même si la consommation d'alcool au travail est devenue une préoccupation de santé publique contemporaine, il semble que l'exercice d'un emploi préserve globalement des situations d'alcoolisation excessive ou problématique.

Le vin reste de très loin, en France, la boisson la plus consommée. En fait, la France fait partie des huit pays d'Europe où le vin est la boisson la plus consommée, derrière l'Italie, mais devant la Suisse, le Portugal, la Hongrie, le Luxembourg, la Bulgarie et Malte [15]. Toutefois, il existe de très importantes disparités régionales dans les types de boissons consommées en France, dont le présent travail rend compte. La confrontation d'analyses cartographiques brutes et multivariées permet de saisir sous un jour simple la plupart des écarts dans les modes de consommation, mettant en lumière le cas échéant le rôle explicatif des facteurs de confusion dans l'interprétation des singularités régionales. Le résultat conforte la plupart des analyses menées en 2000 ; il illustre également très nettement les préférences de consommation régionales en termes de types de boissons alcooliques. Il révèle néanmoins que les différences entre régions, pour ce qui est de la consommation quotidienne et de l'ivresse alcoolique, sont relativement moins nombreuses qu'en 2000, confirmant par là l'homogénéisation des modes de boire dans notre pays. Certaines divergences posent toutefois question, notamment l'apparition nouvelle du Nord-Pas-de-Calais parmi les régions où la consommation quotidienne d'alcool est supérieure à celle du reste de la France,

alors qu'elle comptait précédemment parmi les faibles consommatrices dans les résultats du Baromètre santé 2000 [6, 23]. L'augmentation de la taille de l'échantillon, et donc de la qualité de la représentativité au niveau régional, pourrait peut-être expliquer une partie de ce résultat, mais des analyses plus fines seront nécessaires pour le confirmer. Notons que ce résultat va toutefois dans le sens de certains indicateurs sanitaires comme la mortalité alcoolique et les demandes de soins en centres spécialisés, qui soulignent le lourd tribut que paie la région à la consommation excessive d'alcool [23]. Une réactualisation de la confrontation des indicateurs directs et indirects de mesure du phénomène alcool reste à entreprendre sur la base de ces nouvelles données.

Enfin, du point de vue de la perception du risque lié à la consommation d'alcool, ces résultats montrent que la norme relative à la consommation masculine (pas plus de 3 verres par jour) apparaît relativement bien connue, au contraire de celle concernant les femmes (2 verres maximum). Ce contraste s'explique sans doute par le succès durable du slogan « *Un verre ça va, trois verres... bonjour les dégâts !* », qui a contribué à populariser ce seuil et à ancrer dans les esprits les dangers d'une consommation excessive.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Daeppen J.-B. (sous la dir.). **Interventions brèves. Applications pratiques et stratégies de diffusion.** Alcoologie et addictologie 2003 ; 25 (4 suppl.) : 64S-68S.
- [2] Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P. **Intervention brève auprès des buveurs excessifs.** La Revue du praticien. Médecine générale 2003 ; 604 (17) : 281-9.
- [3] Mayfield D., McLeod G., Hall P.

The CAGE questionnaire: validation of a New Alcoholism Screening Instrument.

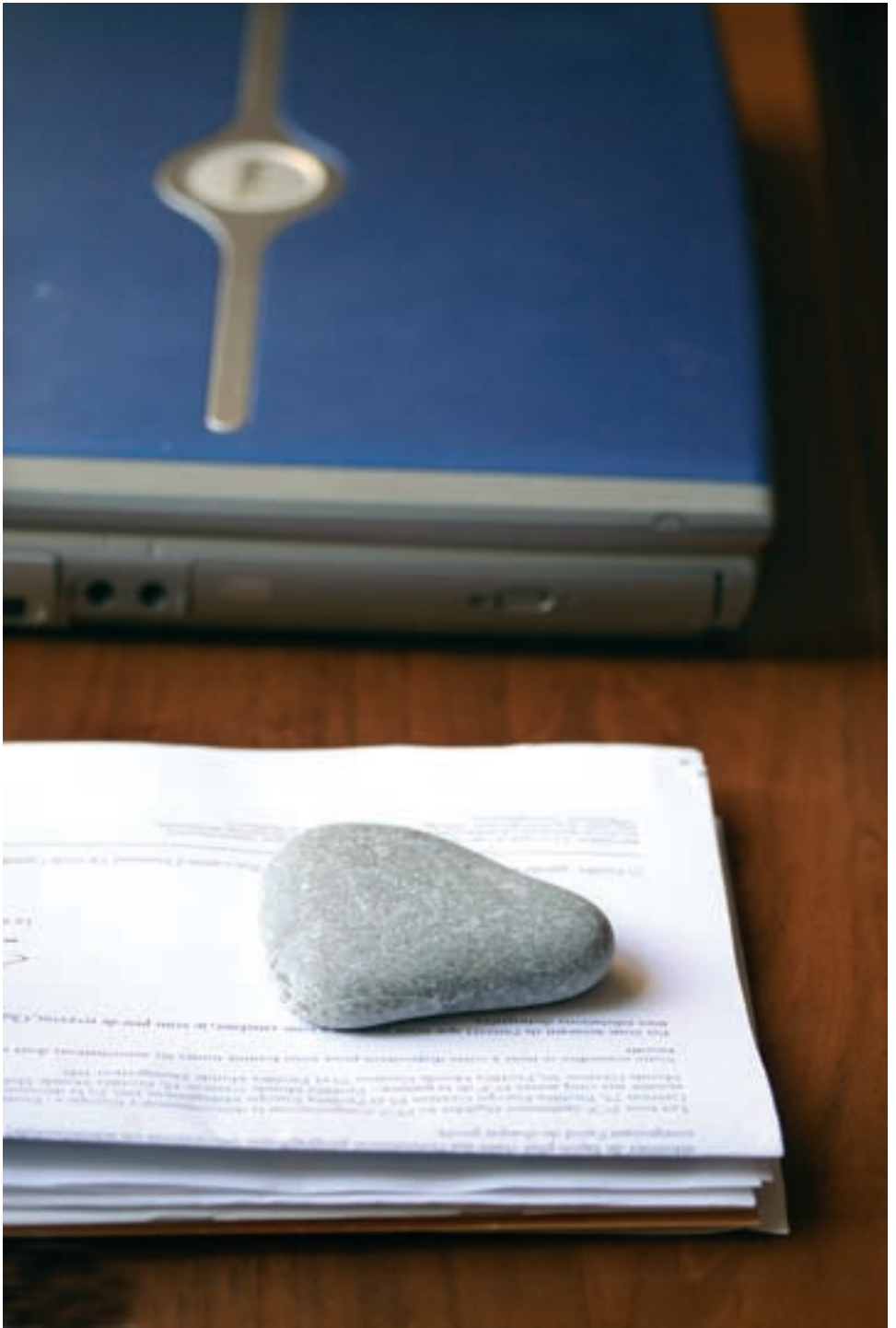
The American Journal of Psychiatry 1974; 131: 1121-3.

- [4] Rueff B. **Dépistage des malades alcooliques par l'auto-questionnaire Deta.** Presse Médicale 1989 ; 18 (33) : 1654-6.
- [5] Baudier F., Arènes J. (sous la dir.) **Baromètre santé adultes 95/96.** Vanves : CFES, coll. Baromètres santé ; 1997 : 288 p.
- [6] Legleye S., Ménard C., Baudier F., Le Nezet O. Alcool. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.). **Baromètre santé 2000 : Résultats. Volume 2.** Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 123-59.

- [7] Bisson J., Nadeau L., Demers A.
The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey.
Addiction 1999; 94(5): 715-22.
- [8] Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M.
Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II.
Addiction 1993; 88(6): 791-804.
- [9] Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A.
The Audit Alcohol Consumption Questions (Audit-C): an Effective Brief Screening Test for Problem Drinking.
Archives of Internal Medicine 1998; 158(16): 1789-95.
En ligne : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/158/16/1789>
- [10] Arfaoui S., Dewost A.V., Demortière G., Abesdris J., Abramovici F., Michaud P.
Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ».
La Revue du praticien. Médecine générale 2004; 641 (18) : 201-5.
- [11] Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P.
Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale.
Questions d'économie de la santé 2005; 97 : 1-8.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes97.pdf>
- [12] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003.
Paris : OFDT, 2005 : 219 p.
En ligne : <http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=324064>
- [13] **World Drink Trends 2005.**
Oxford: World Advertising Research Center, 2005: 184p.
- [14] Bloomfield K., Allamani A., Beck F., et al.
Gender, culture and alcohol problems. A multi-national study.
Berlin: Charité Universitätsmedizin, Institute for Medical Informatics, Biometrics & Epidemiology, 2005: 341 p.
- [15] Anderson P., Baumberg B.
Alcohol in Europe: A Public Health Perspective.
London: Institute of alcohol studies, 2006: 432p.
En ligne : <http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=344018>
- [16] Knibbe R.A., Bloomfield K.
Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: Comparability and sensitivity for gender differences.
Substance Abuse 2001; 22[1]: 23-38.
- [17] Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., et al.
The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 2004: 436p.
En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf
- [18] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. ESPAD 99 France. Tome 2.
Paris : OFDT, 2002 : 225 p.
En ligne : <http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=287564>
- [19] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque.
Tendances 2006; 49 : 4.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbm9.pdf>
- [20] Sulkunen P.
Drinking in France 1965-1979. An Analysis of Household Consumption Data.
British Journal of Addiction 1989; 84(1): 61-72.
- [21] Legleye S., Beck F.
Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France.
Toxibase 2004; 15 : 12-5.
En ligne : <http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=309145>
- [22] Lanoë J.-L., Dumontier F.
Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids.
Insee Première 2005; 1048 : 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1048.pdf
- [23] Legleye S.
Géographie des consommations d'alcool en France.
Revue d'épidémiologie et de santé publique 2002; 50 (6) : 547-59.
- [24] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques EROPP 2002.
Paris : OFDT, 2003 : 228 p.
En ligne : <http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Eropp2002.pdf>
- [25] Peretti-Watel P.
Cannabis, ecstasy : du stigmate au déni. Les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites.
Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, série Déviance et société, 2005 : 294 p.



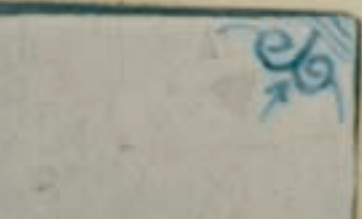






















L'essentiel

En 2005, le cannabis reste de loin la drogue illicite la plus consommée en France. L'expérimentation de toutes les drogues illicites concerne davantage les hommes, même si dans le cas du cannabis le genre semble de moins en moins discriminant. Entre 2000 et 2005, l'expérimentation de cannabis a connu une hausse assez nette de 24,9 % à 30,6 % parmi les 15-64 ans, dans la continuité de celle observée depuis le début des années 1990. Si les usages des autres produits illicites restent marginaux en France, l'ecstasy et la cocaïne ont également connu une diffusion croissante depuis 2000 (passant respectivement de 0,9 % à 2,0 % en 2005 et de 1,6 % à 2,6 % en 2005 parmi les 15-64 ans). On observe par ailleurs une stabilisation du niveau des usages actuels du cannabis depuis le début des années 2000, l'usage régulier restant néanmoins à la hausse.

Du point de vue de la pérennité de l'usage du cannabis, l'entrée dans le monde du travail semble être l'occasion d'un abandon pour une majorité d'individus, alors que le chômage et l'inactivité paraissent constituer des circonstances de maintien dans cette pratique. L'expérimentation de cannabis s'avère plus fréquente parmi les individus possédant au moins le bac, alors que l'élévation du diplôme serait plutôt de nature à décourager l'usage régulier de cannabis. Parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent nettement moins franches entre les six niveaux agrégés classiques (agri-

culteurs, artisans, cadres, etc.). Un examen plus détaillé révèle toutefois qu'il existe des différences au sein d'une catégorie donnée, suivant le type de métier : il semblerait que la PCS puisse gommer certains particularismes observés à un niveau plus fin. Ce résultat se retrouve pour des produits tels que l'ecstasy ou la cocaïne.

En termes d'évolution, la hausse du niveau d'usage régulier de cannabis est significative (de 1,7 % en 2000 à 2,8 % en 2005 parmi les 15-64 ans). Elle est surtout le fait des ouvriers et de la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise, tandis que les usages du cannabis se sont avérés stables pour les autres PCS. En revanche, les usages de la cocaïne ont progressé depuis 2000, en particulier parmi les moins de 40 ans, et se sont diffusés dans toutes les professions et catégories sociales.

La majorité des usages observés sont occasionnels et relèvent d'un certain hédonisme, comme semblent le montrer les principaux motifs de consommation évoqués. Il existe néanmoins des situations où cet usage peut s'avérer dommageable pour l'individu ou son entourage. Le *Cannabis Abuse Screening Test* (Cast) est un ensemble de questions permettant de décrire sommairement certaines pratiques d'usage et les problèmes associés à la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois. Il s'agit ici de la version longue de ce test (onze questions). Les comportements investigués s'avèrent relativement rares au sein de l'en-

semble des fumeurs de cannabis. Les plus fréquents sont les effets indésirables tels que les malaises, *bad trips* et crises de paranoïa qu'environ un tiers des consommateurs au cours de la période dit avoir éprouvés au moins une fois (32 %), devant le manque d'énergie (28 %), les problèmes de mémoire (19 %) et les reproches de l'entourage (12 %). Les signes évocateurs d'une certaine dépendance, comme la difficulté à passer une journée sans consommer ou l'impossibilité d'arrêter ou de diminuer sa consommation, apparaissent relativement fréquents (respectivement 14 % et 19 %). En revanche, les problèmes de type professionnel ou relationnel plus graves s'avèrent rares (2 % pour les mauvais résultats ou problèmes à l'école ou au travail, 1 % pour les disputes et problèmes d'argent). Deux autres comportements ont été interrogés : le fait de consommer du cannabis le matin avant d'aller en cours ou au travail, et le fait d'en fumer en solitaire. Ces pratiques, qui ne relèvent pas d'un usage problématique mais illustrent des contextes qui tendent à s'éloigner d'une certaine norme, concernent respectivement 12 % et 17 % des usagers au cours de l'année. Le score optimal discriminant les individus présentant un problème avec le cannabis n'a pas encore été déterminé. Si l'on retient le score 4, environ 16 % des usagers au cours de l'année obtiennent un score supérieur ou égal à 4, ce qui représente 4 % de la tranche d'âge 15-64 ans.

Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier

FRANÇOIS BECK
STÉPHANE LEGLEYE
STANISLAS SPILKA

INTRODUCTION

Depuis plus de dix ans, les différents Baromètres santé portant sur la population générale adulte renseignent sur les évolutions des pratiques d'usage de substances psychoactives de l'ensemble de la population comme des différentes catégories qui la composent. Les produits étudiés ici sont soit des produits classés sur la liste des stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, héroïne, poppers, champignons hallucinogènes), soit des produits licites détournés de leur usage à des fins psychotropes (colles, solvants volatils), les caractéristiques de ces différents produits étant rappelées à la fin de ce chapitre. L'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes sont traités dans des chapitres *ad hoc*, du fait de l'ampleur de leur consommation en France, et ne seront ici mobilisés que très sommairement, principalement pour être mis en perspective avec les drogues illicites. La polyconsommation fait également l'objet d'un chapitre distinct dans cet ouvrage.

Différentes catégories d'usages peuvent être définies : l'abstinence (n'avoir jamais consommé un produit au cours de sa vie)¹, l'expérimentation (avoir déjà pris un produit), la consommation actuelle (en avoir pris au cours des douze derniers mois), l'usage récent (en avoir pris au cours des trente derniers jours) et, enfin, l'usage régulier (en avoir pris au moins dix fois au cours des trente derniers jours). Seuls le cannabis et dans une moindre mesure la cocaïne et l'ecstasy, s'avèrent suffisamment consommés pour autoriser des distinctions fines par sous-populations dans le cadre d'une enquête représentative en population générale. Ces trois substances feront ainsi l'objet d'analyses particulières.

1. Dans le langage commun, l'abstinence désigne plutôt le fait de se refuser à un comportement adopté par le plus grand nombre (l'abstinence sexuelle, par exemple). Le terme « abstiné » peut donc paraître incongru s'agissant de drogues surtout illicites ; il a été choisi en raison de sa concision, par commodité d'expression.

Les consommations de drogues illicites renvoient à de nombreux contextes d'usage. Elles peuvent être abordées autant comme des marqueurs d'un certain mode de vie que comme des pratiques présentant certains risques sanitaires et sociaux. La diversité des usages est donc ici abordée d'un point de vue quantitatif, essentiellement par la fréquence des consommations. Les principaux résultats par sexe et âge ayant été exposés dans le volume de premiers résultats [1], il s'agira ici, après les avoir brièvement rappelés, de traiter plus en profondeur un certain nombre de thèmes. L'ampleur de l'usage du cannabis justifiant une investigation plus poussée, les contextes et circonstances de l'usage, l'accessibilité, ainsi que les motifs de sa consommation ou de la cessation de celle-ci sont également explorés. La plupart des questions sur les drogues illicites ne sont posées qu'aux individus âgés de 15 à 64 ans, dans la mesure où il a été jugé périlleux d'aborder ces questions avec les plus jeunes, eu égard à la distance physique entre l'enquêteur et l'enquêté et à la méthode d'enquête qui se trouve déconnectée de toute intervention de prévention².

Il s'agira ici de décrire les usages de drogues illicites et leurs modalités, en détaillant les usages par sous-populations.

En premier lieu, les modes de consommation seront décrits suivant le statut professionnel et scolaire (en distinguant notamment les actifs occupés, les chômeurs et les étudiants), puis, au sein des actifs occupés, par professions et catégories socioprofessionnelles (PCS). Pour le cannabis, la cocaïne et l'ecstasy, une exploration plus fine sera faite à propos des personnes occupant des emplois de niveau cadre et professions intellectuelles supérieures.

Après cette présentation par segments de la population, une analyse géographique simple, restreinte au niveau régional, sera proposée pour ces trois produits. Une première carte présentera les niveaux d'usage mesurés en région, tandis qu'une seconde permettra de visualiser les effets propres de l'appartenance régionale une fois contrôlés les principaux facteurs de confusion liés aux usages (cf. encadré : « Les facteurs de confusion »).

Par ailleurs, une partie traitera en détail des évolutions observées pour le cannabis

2. Un certain nombre de numéros de téléphonie sociale étaient proposés à la discrétion de l'enquêteur et du chef d'équipe : Drogues alcool tabac info service (Datis), Sida info service, Fil santé jeunes, Allô enfance maltraitée, Suicide écoute, Femmes info service. De plus, si cela s'avérait nécessaire, les numéros d'un psychologue et d'un médecin de l'INPES étaient proposés aux enquêtés.

LES FACTEURS DE CONFUSION ET LA RÉGRESSION LOGISTIQUE

Les usages de drogues varient suivant un certain nombre de caractéristiques des individus. L'âge et le sexe sont les premiers de ces facteurs : les usages s'avèrent généralement nettement plus fréquents parmi les hommes et plus rares dans les générations âgées. Lorsqu'il s'agit de comparer les usages de différents groupes, il importe donc de tenir compte des éventuelles disparités d'âge et de sexe entre eux. Par exemple, les ouvriers apparaissent nettement plus souvent consommateurs de cannabis au cours de l'année que les employés (7,8 % vs 4,4 % ; $p < 0,001$). Toutefois, les professions

regroupées sous la catégorie « ouvriers » sont nettement plus masculines que celles regroupées sous la catégorie « employés » : il y a 73,7 % d'hommes parmi la première versus 27,1 % parmi la seconde ($p < 0,001$) ; de même, l'âge moyen des employés est supérieur à celui des ouvriers (43,8 ans vs 43,0 ans ; $p < 0,01$). La comparaison brute des pourcentages de consommateurs dans les deux catégories de travailleurs est donc biaisée par ces différences en termes de sexe et d'âge. Dès lors, il importe de tenir compte de ces facteurs avant de conclure à un effet propre de l'appartenance à la caté-

gorie « ouvriers » ou « employés » sur les usages du cannabis au cours de l'année : c'est l'objet des régressions logistiques qui seront utilisées dans ce chapitre. En l'occurrence, une fois contrôlés l'âge et le sexe, il ne persiste plus de différence entre les deux catégories de travailleurs. La mesure utilisée pour décrire l'écart entre les ouvriers et les employés dans la régression logistique est l'« odds ratio » (OR) qui, en première approximation, est le ratio du pourcentage d'usagers parmi les ouvriers à celui calculé parmi les employés, toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire ici une fois les effets de l'âge et du sexe neutralisés)¹ : inférieur à 1, il indique une consommation plus faible parmi les ouvriers ; supérieur à 1, une consommation supérieure. Quelle conclusion retenir alors ? Nous conviendrons de dire qu'il existe effectivement une surconsommation de cannabis parmi les ouvriers relativement aux employés, ce que montre la comparaison des pourcentages mesurés dans les deux sous-populations, mais que celle-ci est essentiellement due à la surreprésentation des hommes jeunes parmi les ouvriers.

Dès lors, quelles variables prendre en compte dans ces analyses logistiques ? Compte tenu des recherches antérieures sur les usages de drogues, nous avons retenu la liste suivante : le sexe, l'âge, la situation scolaire ou professionnelle (chômeur, travailleur, élève ou étudiant, inactif) ou bien, suivant le cas, la profession ou catégorie sociale (essentiellement six : agriculteurs, exploitants ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers),

la taille de l'agglomération urbaine de résidence (en quatre catégories), le niveau de diplôme (en trois ou cinq catégories, suivant le cas), enfin la vie en couple et la présence d'enfants au sein du ménage. Le type d'équipement téléphonique a également été retenu, distinguant la présence d'une ligne fixe en liste blanche, en liste rouge, ou bien la possession exclusive d'un téléphone portable. Ce point, qui peut paraître secondaire au premier abord, trouve sa justification dans la très forte association entre le type de téléphone et les usages de drogues exposée dans un encadré *ad hoc*. Toutes ces caractéristiques se retrouvent généralement plus ou moins fortement liées aux usages de produits psychoactifs, licites ou illicites.

Quelques remarques additionnelles s'imposent : les usages de drogues étant très rares au-delà de 44 ans (*cf. supra*), il importe de borner l'analyse à cet âge afin de ne pas mettre en péril sa robustesse. De plus, afin de tenir compte de la raréfaction du nombre d'étudiants au-delà de 34 ans et de ne pas nuire à la qualité des analyses, nous avons procédé à des modélisations sur deux tranches d'âge distinctes : 15-34 ans et 35-44 ans, les scolarisés étant éliminés de cette dernière qui ne compare que les inactifs et chômeurs aux actifs occupés.

1. L'odds ratio varie entre 0 et plus l'infini. En fait, cette approximation assimilant l'odds ratio au risque relatif n'est valable que si l'odds ratio n'est pas trop éloigné de 1. Dans l'ensemble de ce chapitre, les odds ratios sont toujours ajustés.

et la cocaïne. Celles-ci seront étudiées par âge, puis par PCS pour les actifs occupés. Deux encadrés aborderont spécifiquement l'un la question de savoir si les étudiants du supérieur consomment davantage de drogues que les actifs du même âge et, l'autre, à titre descriptif et exploratoire, la question de savoir si la santé mentale des usagers de cannabis (telle qu'elle peut être mesurée dans le Baromètre santé)

est dégradée par rapport aux non-fumeurs (sans pour autant chercher à établir le sens de l'éventuelle association).

Enfin, une analyse plus méthodologique tentera d'évaluer l'incidence de l'adaptation du mode de collecte et notamment de l'inclusion des téléphones portables au sein de l'échantillon sur les niveaux d'usage mesurés en 2005, puis sur les évolutions entre les Baromètres santé 2000 et 2005.

RÉSULTATS

RAPPEL DES NIVEAUX D'USAGE ET DES ÉVOLUTIONS PAR SEXE ET ÂGE

Niveaux d'usage

Parmi les 15-64 ans, 43,1 % des individus interrogés se sont vu proposer au moins une fois du cannabis au cours de leur vie. Les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes (51,4 % vs 35,2 % ; $p < 0,001$), les individus âgés de 20 à 34 ans ayant été les plus sollicités. Il s'agit de la drogue illicite la plus souvent proposée. Ensuite, deux groupes de produits peuvent schématiquement être isolés : d'un côté, les poppers, les champignons hallucinogènes, l'ecstasy et la cocaïne, que 7 à 9 % des individus déclarent s'être déjà vu proposer et, de l'autre, les produits à inhaler, le LSD, les amphétamines et l'héroïne qui ont été proposés à environ 5 % des déclarants. Pour tous ces produits, les hommes s'avèrent plus fréquemment sollicités que les femmes, ce qui traduit une différenciation selon le genre largement documentée [2].

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France. Parmi les 15 à 64 ans, trois individus sur dix (30,6 %)³ l'ont déjà expérimenté [tableau I]. Viennent ensuite, dans des proportions nettement moindres, les poppers (3,9 %), les champignons hallucinogènes (2,7 %), la cocaïne (2,6 %) et l'ecstasy (2,0 %). Enfin, moins de 2 % des individus interrogés ont déclaré avoir expérimenté des produits à inhaler, du LSD, des amphétamines, et moins de 1 % de l'héroïne ou du crack. L'expérimentation de drogues illicites concerne davantage les hommes ($p < 0,001$, excepté pour le crack ; $p < 0,05$). C'est par exemple le cas pour le cannabis (37,9 % vs 23,5 % ; $p < 0,001$).

Près de 9 % des individus âgés de 15 à 64 ans interrogés déclarent avoir consommé du

cannabis au cours des douze derniers mois. L'usage actuel des autres drogues illicites concerne moins de 1 % des individus.

Ces pourcentages peuvent être ramenés à des effectifs de la population qui permettent de porter un regard complémentaire sur la diffusion des usages, notamment en comparaison avec les produits licites [tableau II] [3]. Ces derniers sont les plus consommés, qu'il s'agisse de l'expérimentation, de l'usage actuel ou des usages plus réguliers. Le tabac s'avère moins souvent expérimenté que l'alcool, mais nettement plus souvent consommé quotidiennement, ce qui souligne son fort caractère addictif.

3. Dont 3,1 % qui répondent « non » à la question de l'usage au cours de la vie, mais qui précisent ultérieurement avoir déjà consommé « pour y goûter ».

DÉFINITIONS

Proposition : déclarer s'être vu proposer un produit au moins une fois au cours de la vie.

Expérimentation : déclarer avoir consommé un produit au moins une fois au cours de la vie.

Usage actuel (ou au moins occasionnel) : déclarer avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois.

Usage récent : déclarer avoir consommé un produit au moins une fois au cours des trente derniers jours.

Usage régulier : déclarer avoir consommé un produit au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

Diffusion : par ce terme, seront entendus généralement l'expérimentation, mais aussi parfois l'usage au cours de l'année, soit les usages les plus anciens ou les moins fréquents.

Les usages récent et régulier ne seront utilisés ici que pour le cannabis.

TABLEAU I

Niveaux d'usage et de proposition par produits parmi les 15-64 ans (en pourcentage)

	Expérimentation	Usage actuel	Proposition
Cannabis	30,6	8,6	43,1
Poppers	3,9	0,6	8,2
Champignons hallucinogènes	2,7	0,3	7,0
Cocaïne	2,6	0,6	8,0
Ecstasy	2,0	0,5	8,9
Produits à inhaler	1,7	0,2	4,8
LSD	1,5	0,1	4,6
Amphétamines	1,4	0,2	5,2
Héroïne	0,8	0,1	4,6
Crack	0,3	0,1	2,9

* Les résultats prennent en compte les personnes ayant cité spontanément le produit à la question ouverte « Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ? »

TABLEAU II

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans^a

	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Ecstasy
Expérimentateurs	42,5 M	34,8 M	15,1 M	12,4 M	350 000	1,1 M	900 000
dont actuels	39,4 M	14,9 M	8,7 M	3,9 M	–	0,25 M	200 000
dont réguliers	9,7 M	11,8 M	–	1,2 M	–	–	–
dont quotidiens	6,4 M	11,8 M	–	0,55 M	–	–	–

Sources : Escapad 2003, OFDT ; Espad 2003, Inserm/OFDT/MJENR ; Baromètre santé 2005, INPES.

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

Usage actuel : au moins un usage dans l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps).

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine, dix consommations de cannabis dans le mois.

NB : le nombre d'individus de 12-75 ans en 2005 est d'environ 46 millions.

a. Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère sans doute raisonnable. Par exemple, 12,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que leur nombre se situe vraisemblablement entre 11,9 et 12,9 millions.

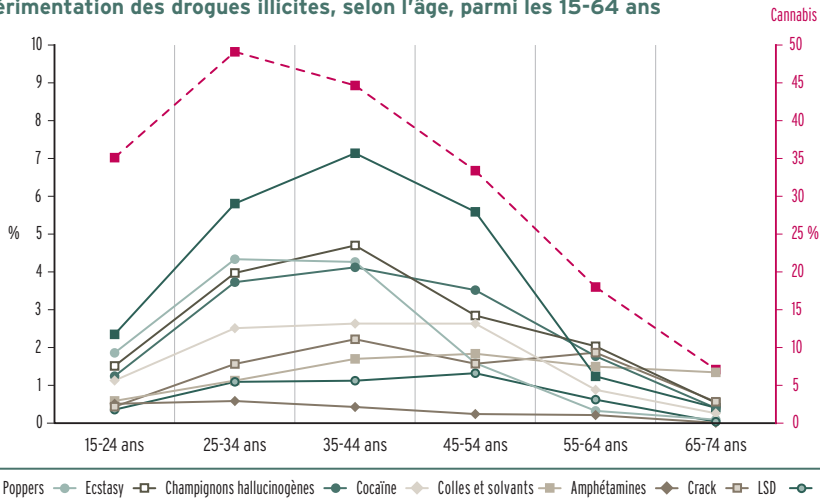
Les médicaments psychotropes constituent une catégorie à part du fait de la diversité de leurs usages, depuis la prescription médicale strictement respectée jusqu'à l'usage détourné (notamment en association avec l'alcool), en passant par l'usage thérapeutique sans prescription médicale (les chiffres les concernant ne font aucune distinction entre ces usages). Ils touchent un public beaucoup plus nombreux que les substances illicites, avec quinze millions d'expérimentateurs et près de neuf millions

de consommateurs actuels. Le cannabis est la substance illicite la plus expérimentée. Il l'est dix fois plus que la cocaïne ou l'ecstasy et trente fois plus que l'héroïne : son usage régulier concerne plus d'un million de personnes et son usage quotidien environ un demi-million.

L'expérimentation de drogues illicites décroît avec l'âge selon un calendrier qui diffère suivant les produits [figure 1]. Ainsi, la baisse de la proportion d'usagers s'amorce entre 25 et 30 ans pour le cannabis et l'ecs-

FIGURE 1

Expérimentation des drogues illicites, selon l'âge, parmi les 15-64 ans



N.B. : La courbe de l'expérimentation du cannabis (pointillés rouges) est à lire dans le référentiel de droite.

tasy, et plutôt vers 40 ans pour les poppers, la cocaïne, les champignons hallucinogènes et les produits à inhaler. Les amphétamines sont les seules drogues illicites dont le niveau d'expérimentation baisse à peine avec l'âge et il s'agit du seul produit dont la proportion d'utilisateurs se maintient au-dessus de 1 % pour les personnes âgées de 55-64 ans. Les expérimentations du crack et de l'héroïne restent marginales à tous les âges.

Évolutions : bilan général

Entre 2000 et 2005, l'expérimentation du cannabis a connu une hausse assez forte de 24,9 % à 30,6 % parmi les 15-64 ans ($p < 0,001$), dans la continuité de celle observée depuis 1990⁴. Si les usages des autres produits illicites restent marginaux en France, l'ecstasy et la cocaïne ont également connu une diffusion croissante depuis 2000 (passant respectivement de 0,9 % à 2,0 % et de 1,6 % à 2,6 % parmi les 15-64 ans). Les niveaux d'expérimentation

des amphétamines, du LSD, de l'héroïne et des produits plus rares sont pour leur part restés stables sur l'ensemble de la période, concernant environ 1 % des 15-64 ans. Seuls les produits à inhaler apparaissent de leur côté en baisse entre 2000 et 2005 (passant de 3,0 % à 1,7 %). L'usage des champignons hallucinogènes et des poppers n'était pas questionné dans le Baromètre santé 2000 ni dans les enquêtes antérieures ; il n'est donc pas possible de suivre l'évolution dans le temps de leur niveau d'usage [tableau III].

Le suivi des évolutions sur la tranche d'âge 15-34 ans montre des tendances similaires à celles observées sur l'ensemble de la population [tableau IV].

4. L'expérimentation est une mesure de stock : tout expérimentateur le reste, qu'il renouvelle ou non sa consommation par la suite. Mesurée sur l'ensemble de la population, l'expérimentation ne peut donc baisser que lorsqu'une part de la génération des expérimentateurs disparaît : dans le cas du cannabis, surtout expérimenté par les jeunes, cela ne peut se produire que sur une période longue. Un produit pourrait donc très bien s'avérer de moins en moins expérimenté et voir son niveau d'expérimentation croître néanmoins sur une période relativement courte, car tout nouvel expérimentateur augmente le stock d'expérimentateurs dans la population.

Les précédents Baromètres santé ainsi qu'un certain nombre d'enquêtes en population générale menées depuis 1992 permettent de resituer cette évolution dans une perspective plus large mais sur une tranche d'âge plus réduite, les 18-44 ans [figure 2].

Certains produits comme la cocaïne et l'ecstasy ont connu une diffusion croissante au cours des années 1990⁵. Ainsi, les niveaux d'expérimentation des drogues de synthèse (amphétamines et ecstasy⁶) ont fait plus que doubler entre 1995 et 2005, passant, sur cette tranche d'âge, de 0,7 % à 2,1 %

chez les femmes et de 1,8 % à 5,7 % chez les hommes. Les niveaux concernant l'héroïne sont pour leur part restés relativement stables sur l'ensemble de la période, concernant environ 1 % des 18-44 ans [figure 3].

5. Les droites de régression linéaire présentes sur le graphique aident à visualiser la tendance d'évolution sur les années passées et ne peuvent en aucun cas être utilisées pour prédire les niveaux futurs.

6. La distinction entre ces deux catégories n'était pas faite dans les Baromètres santé 1992 et 1995 [4, 5]. Cette hausse vient principalement du fait que l'ecstasy n'est apparue en France qu'au milieu des années 1990.

TABLEAU III

Évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel des produits parmi les 15-64 ans entre 2000 et 2005 (en pourcentage)

	Expérimentation			Usage actuel		
	2000	2005	2005 vs 2000	2000	2005	2005 vs 2000
Cannabis	24,9	30,6	↗	8,8	8,6	→
Cocaïne	1,6	2,6	↗	0,2	0,6	↗
Ecstasy	0,9	2,0	↗	0,2	0,5	↗
Produits à inhaler	3,0	1,7	↘	0,2	0,2	→
Amphétamines	1,5	1,5	→	0,2	0,2	→
LSD	1,7	1,5	→	0,2	0,1	→
Héroïne	0,7	0,8	→	0,1	0,1	→

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 (p<0,001).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 (p<0,001).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 (p>0,05).

TABLEAU IV

Évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel des produits parmi les 15-34 ans entre 2000 et 2005 (en pourcentage)

	Expérimentation			Usage actuel		
	2000	2005	2005 vs 2000	2000	2005	2005 vs 2000
Cannabis	35,7	43,6	↗	17,0	16,7	→
Cocaïne	1,9	3,3	↗	0,5	1,2	↗
Ecstasy	1,8	3,7	↗	0,5	1,0	↗
Produits à inhaler	4,9	2,2	↘	0,4	0,3	→
Amphétamines	1,4	1,3	→	0,4	0,2	→
LSD	2,0	1,6	→	0,5	0,2	→
Héroïne	0,7	0,9	→	0,2	0,3	→

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 (p<0,05).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 (p<0,05).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 (p>0,05).

FIGURE 2

Évolution de l'expérimentation du cannabis parmi les 18-44 ans

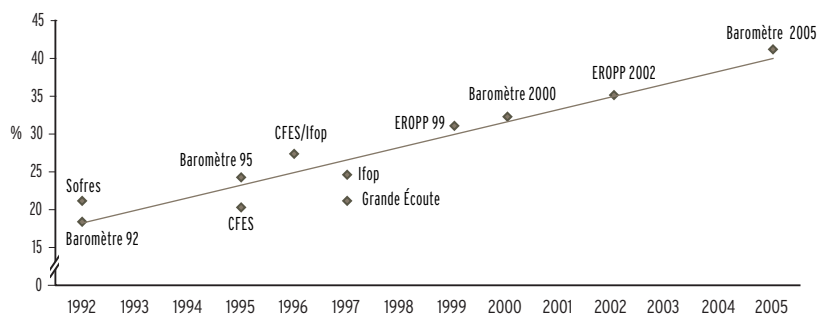
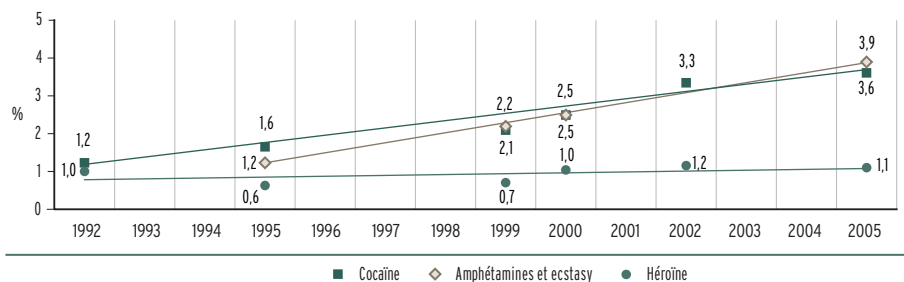


FIGURE 3

Évolution de l'expérimentation de la cocaïne, de l'héroïne et de drogues de synthèse parmi les 18-44 ans



Sources : Sofres, 1992 ; CFES, 1992, 1995, 1996, 2000 ; IFOP, 1997 ; Publimétrie Grande Écoute, 1997 ; Eropp-OFDT, 1999, 2002 ; Baromètre santé 2005, INPES.

LE CANNABIS : QUI EN CONSOMME EN FRANCE ?

Les niveaux de consommation

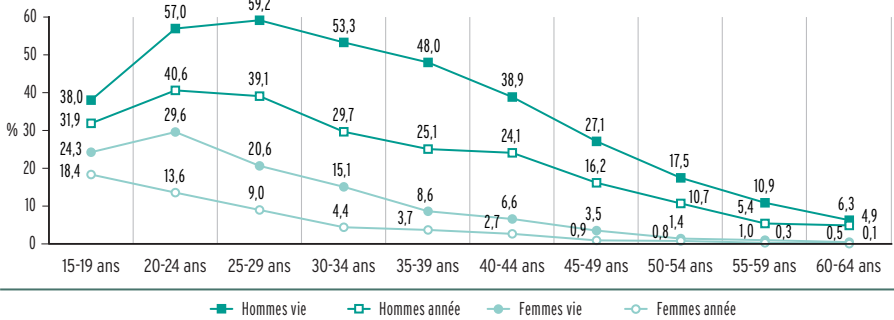
En 2005, parmi les 12-75 ans, près de trois individus sur dix déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis. Cette proportion tombe à 7 % pour les usages au cours de l'année écoulée. Les niveaux de consommation des hommes apparaissent nettement plus élevés que ceux des femmes, même si l'écart tend à se réduire ces dernières années. Le cannabis reste surtout consommé par les jeunes générations, au point que les propor-

tions d'usages au cours de l'année deviennent rapidement négligeables au-delà de 50 ans [figure 4]. Les questions concernant les usages du cannabis au cours de la vie et de l'année étaient posées à tous les enquêtés indépendamment de leur âge, mais celles portant sur les usages plus récents étaient restreintes aux moins de 65 ans afin d'alléger le questionnaire pour ces individus très peu concernés par les usages de drogues.

Parmi les 15-64 ans, la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4,8 %, ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations : ainsi, 12,7 % des 15-24 ans ont fumé du cannabis au

FIGURE 4

Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le sexe et l'âge



cours du dernier mois, 7,5 % en sont usagers réguliers et 3,6 % usagers quotidiens.

D'importantes différences suivant le statut scolaire et professionnel

Si le sexe et l'âge restent d'importants facteurs associés à la consommation de produits illicites et donc de cannabis, l'analyse des certains aspects sociodémographiques laisse apparaître d'importantes lignes de partage entre les différents types d'usagers d'une part et les abstinentes d'autre part. Alors que le cannabis apparaît relativement bien diffusé dans toutes les couches de la société, il semble exister des différences suivant le milieu social des individus.

En comparant globalement les catégories de personnes suivant leur situation scolaire et professionnelle, les usages apparaissent ainsi particulièrement faibles parmi les inactifs, qu'ils soient retraités ou non [figure 5]. C'est parmi les étudiants et les chômeurs que les usages se trouvent les plus répandus, les actifs occupés prenant une position intermédiaire⁷.

Toutefois, ces descriptions ne tiennent pas compte des disparités sociodémogra-

phiques existant entre les différentes catégories. Des modélisations logistiques ont donc été effectuées afin de les contrôler. Parmi les 15-34 ans, en comparaison des actifs occupés, les élèves et étudiants apparaissent légèrement sous-expérimentateurs, mais leurs usages plus récents ne se distinguent pas [tableau V]. Enfin, les chômeurs se montrent nettement surconsommateurs. Ces résultats ne sont pas tout à fait similaires à ceux observés en 2000 pour les étudiants [6], mais les tranches d'âge et les moyens d'analyses diffèrent. En particulier, le terme « étudiant » désigne ici aussi bien des élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire que des étudiants du supérieur : pour une analyse qui leur est propre, voir l'encadré afférent dans le présent chapitre. En revanche, ils sont tout à fait congruents avec ce qui était observé en 2000 pour la comparaison des chômeurs aux actifs occupés d'une part, et des actifs occupés entre eux d'autre part [7].

7. Les chômeurs ne sont pas classés parmi les inactifs. Ils sont des actifs inoccupés. Par ailleurs, les profils concernant l'alcool et le tabac sont assez différents, comme le montrent les chapitres correspondants. En ce qui concerne spécifiquement les étudiants du supérieur, un encadré les compare précisément à la population active occupée du même âge pour les principaux usages de produits psychoactifs licites et illicites dans le présent chapitre.

FIGURE 5

Usages du cannabis, suivant le statut scolaire et professionnel, parmi les 15-64 ans

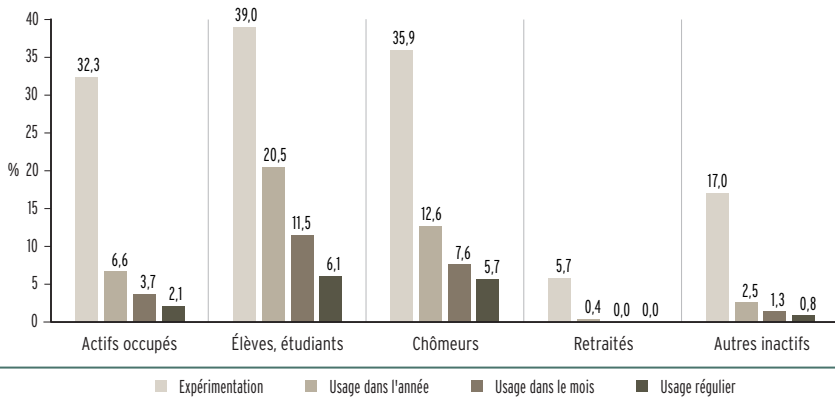


TABLEAU V

OR ajustés pour le statut scolaire et professionnel en fonction des différents usages du cannabis parmi les 15-34 ans

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Élèves, étudiants (n=3 368)	0,8	1,1	0,9	0,8
Chômeurs (n=1285)	1,0	1,3	1,4	1,8
Actifs occupés : réf. (n=5 576)	1	1	1	1

* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1; celui en italiques est significativement inférieur à 1.

Pour la génération 35-44 ans, l'analyse montre clairement que l'activité professionnelle éloigne des usages du cannabis et notamment des usages récents : chômeurs et inactifs présentent en effet de très nettes surconsommations comparativement aux actifs occupés [tableau VI], même si les résultats pour les inactifs sont non significatifs pour l'usage au cours du mois et l'usage régulier en raison du faible nombre de personnes considérées⁸.

Sur l'ensemble de la population active occupée ou au chômage âgée de 15 à 44 ans, les chômeurs présentent donc une consommation de cannabis très nettement

supérieure à celle des travailleurs. Cela est vrai pour tous les indicateurs de consommation, sauf l'expérimentation. L'intensité de la relation semble même augmenter avec la fréquence d'usage considérée.

Des variations importantes suivant le diplôme et plutôt faibles suivant la PCS

Le niveau de formation scolaire est également un facteur de clivage pour les usages. Ainsi,

8. Les résultats sont identiques si l'on ne contrôle que le sexe et l'âge.

TABLEAU VI

OR ajustés pour le statut professionnel en fonction des différents usages de cannabis parmi les 35-44 ans

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Chômage (n=559)	1,4	2,1	2,5	3,1
Autres inactifs (n=448)	0,9	1,7	1,7	1,7
Actifs occupés : réf. (n=4 461)	1	1	1	1

* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).
En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1.

toutes choses égales par ailleurs, parmi les 15-44 ans, les modèles logistiques permettent de montrer que la possession d'un diplôme est globalement un facteur associé à l'expérimentation ou à l'usage au cours de l'année, mais l'effet s'amenuise et s'inverse avec l'élévation du niveau de diplôme considéré pour les usages plus fréquents et en particulier l'usage régulier. Ainsi, la fréquence d'usage régulier du cannabis est très nettement diminuée parmi les personnes possédant un diplôme universitaire comparativement à celles qui n'ont pas atteint le bac [tableau VII]. Un meilleur niveau d'instruction autoriserait – sans que l'on sache précisément ce qui joue à travers cet indicateur en termes de normes, d'appréhension des messages de prévention et de conformisme – l'expérimentation et ne freinerait pas l'usage actuel, mais il « protégerait »

du basculement vers une consommation régulière et vers un usage problématique. Il s'agirait alors d'un résultat comparable à celui retrouvé pour le tabac, moins souvent fumé parmi les personnes dont la position sociale est élevée. Toutefois, parallèlement au statut professionnel, d'autres facteurs (plus grande sociabilité, environnement familial, perception de la santé...) pourraient entrer en ligne de compte.

Parmi les actifs occupés, il est possible de distinguer grossièrement trois groupes de consommateurs suivant la PCS : les agriculteurs exploitants d'un côté, largement sous-consommateurs, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise ainsi que les ouvriers de l'autre, nettement surconsommateurs, tandis que les cadres et professions intermédiaires présentent une consommation proche de la moyenne [figure 6].

TABLEAU VII

OR ajustés pour le niveau de diplôme en fonction des différents usages de cannabis parmi les 15-44 ans

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Bac (n=3 440)	1,3	1,1	1,2	0,9
Supérieur au bac (n=5 858)	1,5	1,2	1,1	0,7
Inférieur au bac, aucun : réf. (n=6 944)	1	1	1	1

* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).
En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1; celui en italiques est significativement inférieur à 1.

Outre les différences d'âge et de féminisation de ces catégories, il faut noter que les usagers se répartissent également assez différemment selon l'âge. L'usage au cours de l'année devient très rare au-delà de 44 ans pour toutes les catégories d'actifs occupés, mais les cadres occupent une position à part, puisqu'ils sont les seuls à compter encore des usagers au-delà de 55 ans (près de 3 % de la tranche 55-64 ans *vs* près de 0 % parmi les autres). Comme précédemment, il importe donc de se restreindre aux personnes de moins de 45 ans pour comparer les actifs occupés entre eux.

Parmi les actifs occupés âgés de 15 à 44 ans, les différences apparaissent ainsi relativement faibles : dans des modélisations logistiques, des écarts persistent pour l'expérimentation, avec notamment une surconsommation des cadres, des artisans et commerçants ainsi que des professions intermédiaires comparativement aux ouvriers et, à l'inverse, une sous-consommation des agriculteurs exploitants [tableau VIII]. Les employés apparaissent légèrement sous-consommateurs au cours de l'année, mais il n'existe aucune différence

significative pour l'usage au cours du mois. Les cadres s'avèrent néanmoins significativement moins souvent usagers réguliers que les ouvriers. Ce point conforte l'association déjà observée entre diplôme et usage, les cadres étant plus souvent mieux diplômés que les autres professions.

Enfin, le Baromètre santé 2005 autorise, par la grande taille de son échantillon ($n=30\,514$), une exploration plus précise au sein de certaines catégories d'emplois, en l'occurrence celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, qu'il permet de différencier en six sous-types. Parmi eux, les usages du cannabis semblent répartis de façon relativement homogène, à l'exception d'une surconsommation marquée parmi les professions des arts et du spectacle et dans une moindre mesure des ingénieurs techniques du secteur privé [figure 7]. Cette surconsommation se révèle surtout visible pour les usages les plus récents et les plus fréquents.

Une analyse logistique⁹ permet de confirmer la surconsommation des professions des arts et du spectacle, notamment

9. L'ajustement porte sur l'âge et le sexe.

FIGURE 6

Usages du cannabis parmi les actifs occupés âgés de 15 à 64 ans

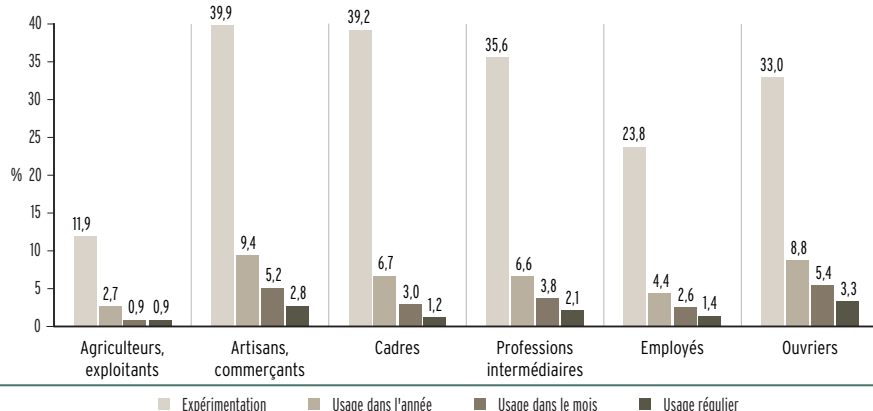


TABLEAU VIII

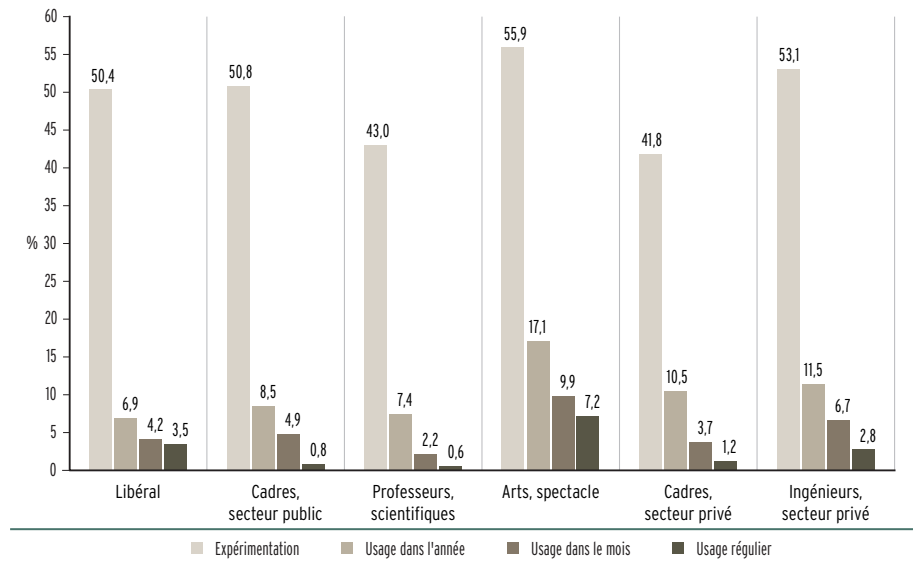
OR ajustés pour les usages du cannabis parmi les actifs occupés âgés de 15 à 44 ans

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Agriculteurs (n=158)	0,4	0,4	0,4	0,6
Artisans, commerçants (n=688)	1,5	1,3	1,1	0,9
Cadres (n=1627)	1,6	1,1	0,9	0,6
Professions intermédiaires (n=2 804)	1,5	1,1	1,0	0,8
Employés (n=2 865)	1,0	0,8	0,8	0,7
Ouvriers (référence, n=1857)	1	1	1	1

* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité. L'équipement téléphonique et la catégorie d'agglomération ne sont pas introduits, car trop inégalement répartis entre les agriculteurs et le reste des actifs. En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1; ceux en italiques sont significativement inférieurs à 1.

FIGURE 7

Usages de cannabis parmi les cadres et autres professions intellectuelles supérieures âgés de 15 à 44 ans



en ce qui concerne l'usage régulier, comparativement aux autres professions prises ensemble (ORa=3,9), ce qui n'est pas le cas des ingénieurs du secteur privé.

Au final, même si dans le cadre d'une analyse sociodémographique se restreindre à la situation scolaire et professionnelle,

et en particulier à l'activité professionnelle des individus, peut paraître restrictif, il n'en demeure pas moins que l'expérimentation et les différentes formes d'usage du cannabis se révèlent hétérogènes selon les différents milieux socioprofessionnels ainsi caractérisés.

Les personnes sans emploi se révèlent, toutes choses égales par ailleurs, les plus consommatrices de cannabis. En revanche, parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent nettement moins franches entre les six niveaux agrégés classiques (agriculteurs, artisans, cadres, etc.). Un examen de détail révèle toutefois qu'il existe des différences au sein d'une catégorie donnée suivant le type de métier : il semblerait que la PCS gomme certains particularismes observés à un niveau plus fin.

Cartographie des usages du cannabis

Sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, l'expérimentation du cannabis apparaît nettement plus répandue en Ile-de-France et dans le sud, mais aussi en Bretagne, que dans le nord et le centre du pays. Toutefois, les différences de niveau d'emploi, de densité d'agglomération entre les régions peuvent expliquer une grande part de ces divergences. L'analyse logis-

tique confirme ce constat, en particulier pour le groupe des régions les plus consommatrices (bien que l'Ile-de-France n'en fasse plus partie). Le groupe des régions les moins expérimentatrices se voit cependant largement réduit puisque seules cinq régions en font encore partie. La diffusion du cannabis est donc bien inférieure dans toute une partie nord du pays, malgré une proximité avec les Pays-Bas, d'où provient une part importante de l'herbe de cannabis saisie en France [figure 8].

En ce qui concerne les usages au cours de l'année, les cartes apparaissent plus homogènes. Si l'on s'intéresse uniquement au pourcentage d'usagers, l'Ile-de-France, le Languedoc-Roussillon et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur s'avèrent surconsommateurs comparativement au reste de la France. Tout un ensemble de régions de la moitié nord, regroupant les zones les plus septentrionales mais aussi le Poitou-Charentes, le Centre et la Bourgogne, s'avèrent au contraire nettement sous-consommatrices. Là encore, quelques-uns de ces

REMARQUES MÉTHODOLOGIQUES

Les pourcentages figurant dans les cartes présentées ici sont standardisés sur le sexe et l'âge (en cinq tranches), afin de ramener la structure démographique de chaque région à la structure métropolitaine de l'échantillon global. Cela permet de corriger le principal facteur de confusion, à savoir l'âge, pour comparer les régions entre elles.

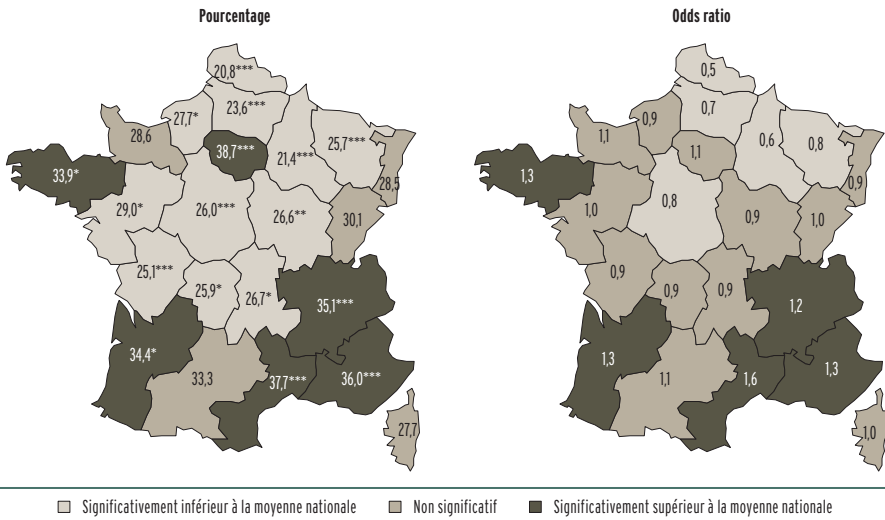
L'ajustement des odds ratios porte sur le sexe, l'âge, le statut scolaire et d'activité (actif occupé, chômeur ou inactif - i.e. étudiant, retraité, autres inactifs), la taille de l'agglomération de résidence (trois modalités), le niveau de diplôme (aucun, bac, supérieur), et l'équipement téléphonique (liste blanche/orange, liste rouge, mobile exclusif).

Note de lecture

Pour les cartes de pourcentages, dans une région donnée les étoiles indiquent le degré de significativité du test de comparaison du pourcentage mesuré dans celle-ci à celui mesuré dans le reste de la France. La convention est la suivante : *, **, *** indiquent respectivement une différence significative pour le test du khi-deux au seuil 0,05, 0,01 et 0,001, l'absence d'étoile indiquant que la différence n'est pas significative au seuil de 0,05. Il est donc possible, si les effectifs interrogés dans une région sont faibles, qu'une valeur apparemment éloignée de la moyenne nationale ne possède pas d'étoile. Pour la carte d'odds ratios, la couleur indique la significativité au seuil 0,05.

FIGURE 8

Expérimentation du cannabis parmi les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté



écarts s'expliquent par des divergences en termes socio-économiques et deviennent non significatifs dans les analyses multivariées. Ainsi, la Bretagne prend la place de l'Île-de-France au sein du trio de régions surconsommatrices, tandis que le Centre et le Poitou-Charentes quittent également le groupe des régions sous-consommatrices.

Par rapport à ce qui était observé en 2000, la cartographie se révèle très similaire, avec un certain nombre de régions qui se distinguaient déjà par une surconsommation : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Rhône-Alpes et Aquitaine [8]. Le Languedoc-Roussillon a rejoint ce groupe en 2005. D'autres régions présentaient déjà un niveau d'usage du cannabis significativement inférieur à celui de l'ensemble des régions : le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Lorraine, le Centre et la Bourgogne, ainsi que, dans une moindre mesure, le Limousin et l'Auvergne. Ces régions sous-consommatrices ont été rejointes en 2005 par la Champagne-Ardenne et le Poitou-Charentes.

Malgré les différences en termes de tranches d'âge et d'indicateurs, ces cartes offrent également un certain nombre de similitudes avec celles présentées parmi les adolescents interrogés dans l'enquête Escapad en 2002-2003 [9]. Ainsi, une fois contrôlés les principaux facteurs sociodémographiques, la Bretagne apparaît surconsommatrice, tout comme les régions du pourtour méditerranéen, tandis qu'une large portion du nord de la France est au contraire sous-consommatrice. L'existence d'un fort gradient nord-sud se trouve donc largement confirmée par ces différentes enquêtes.

Calendrier de consommation et nombre de joints consommés

Moins de 3 % des personnes interrogées disent avoir fumé au moins une fois du cannabis au cours des sept derniers jours. La connaissance du dernier jour de consommation permet de décrire la répartition de celle-ci dans la semaine. Paradoxalement, le

pourcentage de fumeurs un jour donné varie assez peu avec le jour concerné : la proportion étant minimale les mardi, mercredi et dimanche avec 13 %, et maximale le vendredi avec 16 %. Ce phénomène de relative homogénéité des consommations selon le jour traduit le fait qu'il s'agit très majoritairement d'utilisateurs réguliers de cannabis. Ces proportions varient également peu avec l'âge. En revanche, la nature des consommateurs varie fortement au cours de la semaine. Ainsi, alors que la proportion de fumeurs réguliers représente près de 80 % des consommateurs les lundi, mardi, mercredi et jeudi, cette proportion tombe à 69 % le vendredi, puis à 29 % le samedi, avant de remonter à 68 % le dimanche [figure 9]. Les contrastes sont encore plus forts pour la part des consommateurs quotidiens, qui atteint 55 % le lundi, près de 40 % tous les jours de semaine, 34 % le vendredi, mais chute à 4 % le samedi. Le samedi est donc de très loin le jour privilégié de l'ensemble des consommateurs de cannabis, puisqu'il rassemble toutes les catégories de fumeurs,

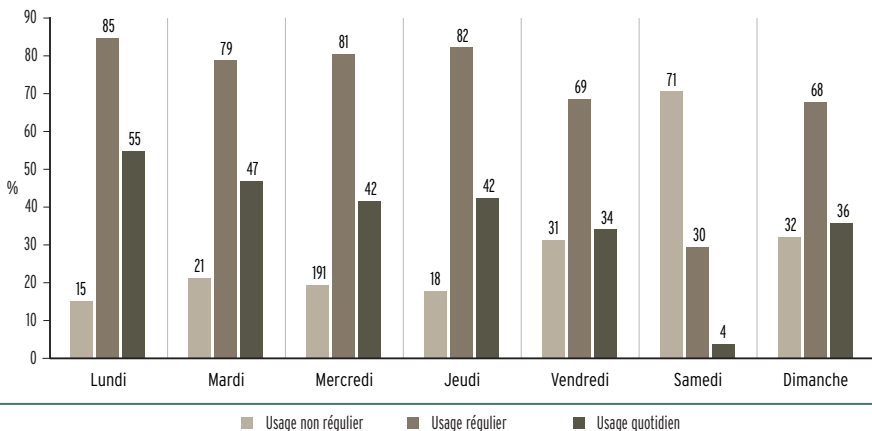
des plus occasionnels, qui sont de loin les plus nombreux, aux plus réguliers.

La différence d'un jour à l'autre apparaît également faible entre les proportions de consommateurs suivant leurs statuts scolaire et professionnel : la part des actifs occupant un emploi ayant fumé un jour de semaine varie entre 10 % et 14 % du lundi au jeudi, mais atteint 17 % le vendredi et le samedi ; parmi les étudiants, la proportion de fumeurs un jour donné varie très peu, de 13 % à 15 % entre la semaine et le week-end. Autrement dit, ce qui détermine la consommation un jour donné semble être davantage la fréquence de consommation que le statut scolaire ou professionnel.

L'intensité de la consommation peut être évaluée par le nombre de joints fumés lors du dernier jour de consommation. La répartition est la suivante : 12 % ont fumé moins d'un joint, 32 % un joint, 22 % deux joints, 13 % trois joints, 8 % quatre joints et 13 % cinq joints et plus. Ainsi, 44 % des fumeurs au cours des sept derniers jours ont fumé un joint ou moins, et les deux tiers deux joints ou moins.

FIGURE 9

Répartition des consommateurs suivant leur fréquence de consommation un jour donné



Lecture : 85 % de ceux qui déclarent avoir fumé pour la dernière fois un lundi sont des usagers réguliers. La somme des pourcentages des usagers réguliers et des usagers non réguliers fait 100 % pour chaque journée, tandis que les quotidiens sont inclus dans les réguliers.

Le nombre de joints fumés la dernière fois varie fortement avec la fréquence d'usage : alors que 13 % seulement des usagers « *non réguliers* » (c'est-à-dire ayant déclaré avoir fumé au cours des sept jours précédant l'enquête, mais moins de dix fois au cours des trente derniers jours) disent avoir fumé au moins trois joints lors de leur dernier jour de consommation, cette proportion atteint 43 % parmi les fumeurs réguliers ($p < 0,001$). Quel que soit le jour examiné, l'intensité de la consommation augmente avec la fréquence d'usage : par exemple, 42 % des fumeurs réguliers déclarent avoir fumé au moins trois joints le samedi précédant l'enquête, *versus* 12 % parmi les fumeurs actuels.

L'accessibilité perçue et les modes d'acquisition du cannabis

Près de six personnes âgées de 15 à 64 ans sur dix (58,0 %) jugent que si elles en voulaient, il leur serait facile d'obtenir du cannabis en vingt-quatre heures, (30,4 % « *assez facile* » et 27,5 % « *très facile* »). Les hommes de 20-25 ans sont particulièrement nombreux à partager cette opinion (79,2 % *vs* 61,3 % dans le reste de la population ; $p < 0,001$). Moins d'une personne sur dix (7,2 %) dit ne pas pouvoir se prononcer sur la question, cette proportion augmentant de façon nette avec l'âge des personnes interrogées, de 2,0 % parmi les 15-19 ans à 14,3 % parmi les plus de 55 ans ($p < 0,001$). Il faut reconnaître que cette question trouve ses limites face aux individus qui n'ont aucune envie de se procurer du cannabis et n'acceptent pas vraiment la mise en situation qui leur est proposée. Le cannabis reste toutefois un produit jugé accessible même dans les tranches d'âge les plus élevées. La proportion de ceux estimant que cela leur serait « *très facile* » baisse toutefois nettement avec l'âge (40,6 % à 15-19 ans *vs* 17,4 % à 55-64 ans ; $p < 0,001$).

Interrogés sur leur mode principal d'obtention du cannabis, près de six usagers actuels sur dix disent ordinairement se faire offrir le cannabis qu'ils consomment (58,7 %), tandis qu'un peu plus d'un tiers (36,2 %) déclare l'acheter. Précisons que la question n'exclut pas le passage d'un mode d'approvisionnement à un autre tout au long de l'année en fonction des circonstances et des opportunités. Il est en effet difficile à un particulier de subvenir à ses besoins personnels exclusivement grâce à ses propres plantations de cannabis, dès lors qu'il fume de façon régulière ou quotidienne. Parmi ces usagers au cours de l'année, l'autoculture apparaît peu souvent en tant que mode d'approvisionnement majoritaire (5,1 %), partagé à égalité par les hommes et les femmes (4,9 % *vs* 5,6 %). Les femmes sont plus nombreuses à déclarer se faire offrir ordinairement le cannabis qu'elles consomment (67,5 % *vs* 54,5 % ; $p < 0,001$).

Toutefois, ces répartitions varient avec la fréquence d'usage : parmi les usagers réguliers, la proportion de bénéficiaires de dons n'atteint plus que 25 % sans distinction entre les sexes, tandis que 12,0 % des usagers réguliers déclarent recourir à l'autoculture comme mode d'approvisionnement ordinaire (15,8 % des femmes *vs* 11,0 % des hommes ; $p < 0,001$), et presque les deux tiers ont recours à l'achat (59,1 % des femmes *vs* 64,1 % des hommes ; $p < 0,01$). La proportion de consommateurs actuels se déclarant ordinairement acheteurs de cannabis croît entre 15-19 ans et 26-34 ans (34,2 % à 41,8 %), puis décroît au-delà (si 22,2 % des 45-54 ans se déclarent encore acheteurs, ce n'est le cas d'aucun des consommateurs plus âgés interrogés). Cela est probablement le signe d'une autonomisation financière et d'un engagement croissant dans la consommation, puis d'un désintérêt progressif pour le produit dont les usages deviennent plus épisodiques et davantage liés à des rencontres et des circonstances particulières.

Les motifs de consommation ou d'arrêt de consommation du cannabis

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans ayant déjà consommé du cannabis mais ne l'ayant pas fait au cours des douze derniers mois, une nette majorité donne le désintérêt comme raison principale de l'arrêt de leur consommation (78,8 %). Les autres raisons invoquées s'avèrent nettement moins fréquentes : les principales sont le fait de ne pas avoir aimé la première fois (4,2 %), l'absence d'opportunité (3,9 %), la peur pour la santé (3,9 %), un dégoût des drogues dans leur ensemble (2,6 %), le fait de ne plus ressentir de plaisir (2,3 %) ou de se trouver trop vieux (1,9 %), la peur de la dépendance (1,4 %), et enfin le décalage par rapport à son milieu social (0,9 %).

Les motivations des individus ayant consommé au cours de l'année apparaissent, quant à elles, plus contrastées. Les principales raisons sont la curiosité (21,9 %), la recherche de la détente (19,9 %), l'envie de goûter (13,9 %), d'essayer (11,0 %). Le pouvoir de socialisation attribué au cannabis permet de distinguer un deuxième groupe de raisons invoquées : l'envie de s'amuser (10,3 %), la complicité avec d'autres personnes (8,9 %), un certain conformisme (« pour faire comme tout le monde » : 8,4 %), la convivialité (7,5 %). Notons que 7,2 % disent avoir recherché le plaisir, 2,7 % l'ivresse, 2,2 % avoir fumé pour oublier leurs problèmes, 1,6 % pour être « défoncés » et 1,1 % pour trouver le sommeil.

L'usage du cannabis est donc surtout motivé par des considérations hédonistes, et son abandon l'est tout autant par la lassitude ou le manque d'intérêt. Très peu d'anciens consommateurs disent avoir abandonné à cause de problèmes rencontrés lors de leur usage. Ce point recouvre certains résultats concernant la mesure de l'usage problématique.

L'usage problématique

Un ensemble de questions permet de décrire à la fois les modalités de consommation et les problèmes associés à celle-ci au cours des douze mois précédant l'enquête. Il s'agit du *Cannabis Abuse Screening Test* (Cast) dans sa version longue. Ce questionnaire conçu à l'OFDT est destiné à fournir une description des usages problématiques du cannabis dans les enquêtes en population générale. Il s'appuie sur les principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif tels que décrits dans la nosographie internationale (DSM 4 et CIM 10), mais aborde également des dimensions sociales de l'usage. Une validation clinique de ce test est actuellement en cours, qui devrait en évaluer les qualités psychométriques et les performances de repérage comparativement à un entretien psychiatrique standardisé : à terme, il pourrait fournir une estimation de la proportion d'usagers qui, compte tenu de leur niveau d'usage et des problèmes afférents qu'ils rencontrent, devraient envisager de réduire ou de cesser leur consommation, et éventuellement recourir pour cela à l'aide d'un spécialiste en addictologie¹⁰.

Les questions invitent le répondant à préciser la fréquence de certains événements au cours des douze derniers mois : « jamais », « une ou deux fois », « de temps en temps », « souvent ». Précisons que les questions font toutes explicitement mention du cannabis comme cause des événements ou des problèmes visés. De fait, elles imposent au répondant de reconnaître ou non cette causalité : il s'agit donc d'effets perçus. S'il est possible d'imputer à son usage du cannabis des mauvais résultats scolaires, ou au contraire de refuser de faire le lien entre les

10. Une version en six questions de ce test a été récemment retenue dans le modèle de questionnaire européen en milieu scolaire Espad au sein d'un module explorant les usages du cannabis.

deux, seuls sont comptabilisés ici les cas où le lien est reconnu par les répondants.

Dans l'ensemble, il ressort que les comportements investigués s'avèrent relativement rares au sein de l'ensemble des fumeurs de cannabis. Les plus fréquents sont les effets indésirables comme les malaises, *bad trips* et crises de paranoïa, qu'environ un tiers des consommateurs au cours de la période disent avoir éprouvés au moins une fois (32 %) – devant le manque d'énergie (28 %), les problèmes de mémoire (19 %) et les reproches de l'entourage (12 %). Les signes évocateurs d'une certaine dépendance, comme la difficulté à passer une journée sans consommer ou l'impossibilité d'arrêter ou de diminuer sa consommation, apparaissent relativement fréquents (respectivement 14 % et 19 %). En revanche, les problèmes de type professionnel ou relationnel plus graves s'avèrent rares (2 % pour les mauvais résultats ou problèmes à l'école ou au travail, 1 % pour les disputes et problèmes d'argent). Deux autres comportements ont été interrogés : le fait de consommer du cannabis le matin avant d'aller en cours ou au travail et le fait d'en fumer en solitaire. Ces pratiques, qui ne relèvent pas d'un usage problématique mais illustrent des contextes qui tendent à s'éloigner d'une certaine norme (celle d'un usage sociable en soirée, typique des adolescents), concernent respectivement 12 % et 17 % des usagers actuels.

Globalement, ces comportements ou problèmes déclarés ont tendance à être plus fréquents à mesure que l'on observe des usagers plus réguliers. C'est particulièrement vrai pour le fait d'avoir fumé du cannabis seul, assez rare sur l'ensemble des fumeurs au cours de l'année, mais déclaré par près de 84 % des fumeurs réguliers [figure 10]. La seule exception concerne les effets indésirables. Ce paradoxe s'explique vraisemblablement par la sélection des usagers : il est possible que les plus à l'aise avec le produit

continuent de le consommer, tandis que ceux qui éprouvent des effets désagréables abandonnent. Enfin, un comportement à risques apparaît particulièrement répandu : la conduite automobile après avoir fumé du cannabis, déclarée par près de la moitié des fumeurs au cours de l'année (45 %) et une majorité des usagers réguliers (56 %)¹¹.

Notons toutefois que la répétition de ces comportements est rare : moins de 5 % des usagers au cours de l'année déclarent avoir connu ou vécu souvent les événements mentionnés, à l'exception de la conduite automobile après avoir fumé du cannabis (9,1 %) et du fait de fumer seul du cannabis (15,1 %), qui ne peuvent pas être considérés comme un problème lié à l'usage, mais une simple caractérisation du mode de consommation. Par exemple, seuls 3,2 % des usagers au cours de l'année disent avoir souvent fumé le matin avant de se rendre à leur lieu de cours ou de travail. Les proportions de consommateurs déclarant avoir « souvent » connu des mauvais résultats ou des problèmes à l'école ou au travail, ou des disputes ou des problèmes d'argent à cause de leur usage du cannabis, s'avèrent pour leur part particulièrement faibles (moins de 0,7 % des usagers au cours de l'année).

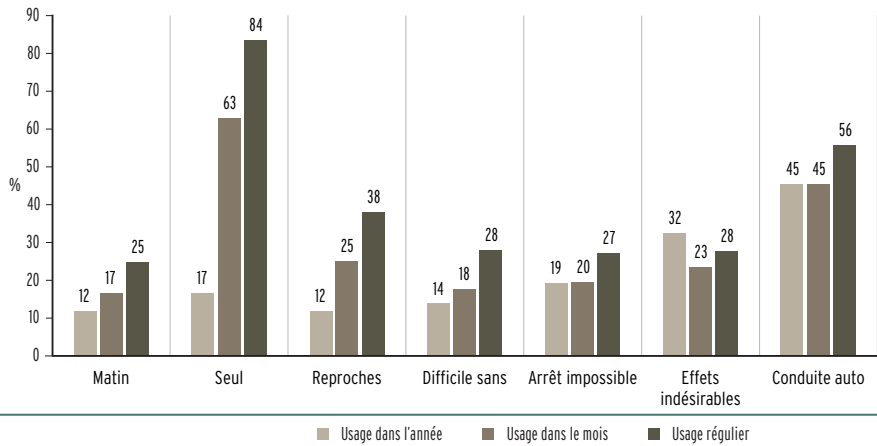
Ces comportements apparaissent nettement plus souvent masculins. Si l'on convient de faire la somme des réponses positives aux onze items du questionnaire (en se restreignant aux événements répétés au moins de temps en temps pour l'usage seul le matin avant de partir au travail ou à l'école), les hommes obtiennent en moyenne un score de 2,0 *versus* 1,5 pour les femmes ($p < 0,001$). On peut illustrer la distribution des scores [figure 11].

Le score optimal discriminant les individus présentant un problème avec le cannabis (de

11. Pour une analyse épidémiologique des risques liés à la conduite après usage de cannabis, il convient de se reporter aux résultats de l'étude Stupéfiants et accidents mortels (SAM), menée de 1998 à 2001 [10].

FIGURE 10

Comportements d'usage et problèmes associés parmi les consommateurs de cannabis au cours de l'année

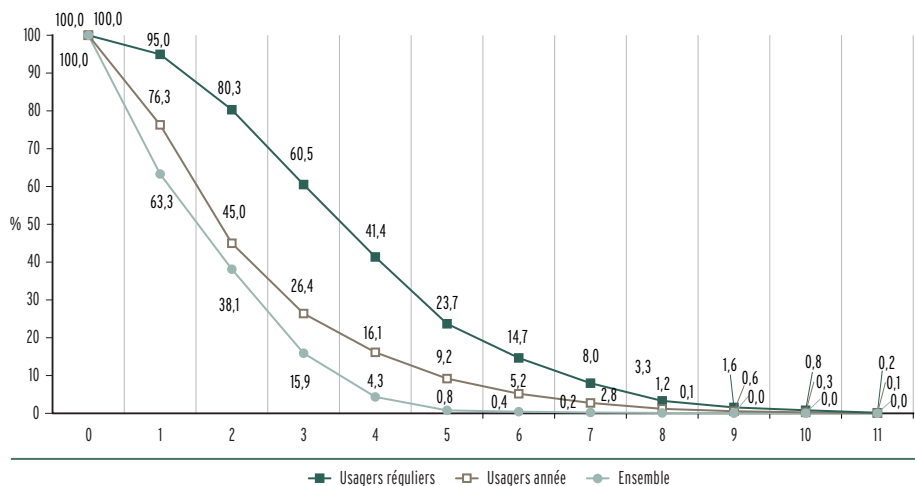


type abus du cannabis au sens du DSM IV) n'est pas encore déterminé. Toutefois, afin de simplifier l'analyse et ne pas recourir à des notions statistiques complexes, on peut

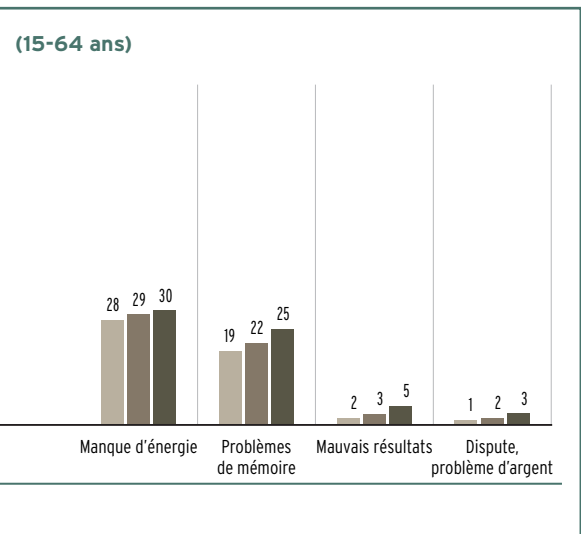
illustrer la nature de la relation entre le score obtenu et d'autres caractéristiques d'usage en raisonnant arbitrairement sur le score 4. Près de 16 % des usagers au cours de l'année

FIGURE 11

Distribution de la population suivant le score au Cast parmi les 15-64 ans, suivant la fréquence d'usage du cannabis



Lecture : 76 % des consommateurs de cannabis au cours de l'année obtiennent un score supérieur ou égal à 1, ce qui représente 63 % de l'ensemble des 15-64 ans.



à 4,1 parmi les fumeurs quotidiens. Sans surprise, l'élévation du score au Cast va de pair avec une augmentation de la fréquence d'usage, ainsi que des quantités fumées la dernière fois. Ainsi, parmi les usagers totalisant un score d'au moins 4, 25,0 % ont fumé un joint ou moins lors de leur dernière consommation, 40,0 % ont fumé deux ou trois joints et 21,3 % ont fumé cinq joints ou plus, alors que les chiffres correspondants sont 53,4 %, 30,7 % et 8,8 % parmi ceux qui totalisent un score inférieur.

LA COCAÏNE : QUI CONSOMME EN FRANCE ?

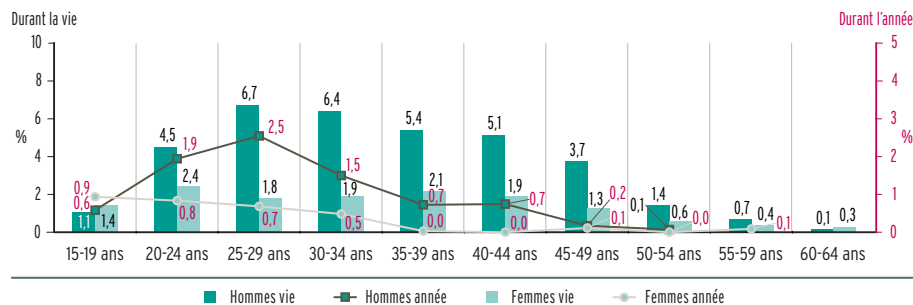
Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, moins de 3 % déclarent avoir déjà consommé de la cocaïne. Le niveau de l'expérimentation culmine entre 25 et 34 ans (4,1 % vs 2,2 % ; $p < 0,001$), pour régresser ensuite progressivement avec l'âge [figure 12]. L'usage au cours de l'année, dont la lecture se fait sur l'axe de droite du graphique, se révèle pour sa part maximal entre 20 et 29 ans et devient quasiment nul à partir de 45 ans.

obtiennent un score supérieur ou égal à 4 (ce qui représente 4 % de la tranche d'âge, comme le montre la figure 11). La fréquence d'usage est fortement liée au score obtenu au Cast : 16 % des usagers au cours de l'année obtiennent un score d'au moins 4, ce qui est le cas de 41 % des usagers réguliers et de 58 % des quotidiens. Le score moyen vaut 1,8 sur l'ensemble des usagers au cours de l'année, 2,5 parmi les usagers au cours du mois, 3,3 parmi les réguliers et il culmine

Quelles que soient les fréquences d'usage, les hommes restent toujours plus consommateurs que les femmes : 3,8 % vs 1,5 % ($p < 0,001$) pour l'expérimentation et 0,9 %

FIGURE 12

Usages de la cocaïne selon le sexe et l'âge, parmi les 15-64 ans



Lecture : le diagramme des usages au cours de la vie se lit en regard de l'échelle de gauche et les courbes des usages au cours de l'année en regard de celle de droite.

vs 0,3 % ($p < 0,001$) pour l'usage au cours de l'année). En revanche, il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen d'initiation des hommes et celui des femmes (22,6 ans).

L'expérimentation comme l'usage de cocaïne au cours de l'année varient fortement suivant le milieu socioéconomique. Ils s'avèrent nettement plus répandus parmi les chômeurs, et nettement moins parmi les inactifs [figure 13].

En revanche, les variations par PCS parmi les actifs occupés apparaissent relativement faibles ; seuls les agriculteurs exploitants se distinguent par une sous-consommation marquée (niveau d'expérimentation inférieur à 1 %) et la catégorie artisans, commerçants, chefs d'entreprise par un niveau d'expérimentation similaire à celui des autres PCS mais un niveau d'usage actuel plus faible (de l'ordre de 1 %).

La plupart de ces différences se maintiennent lorsque les principaux facteurs de confusion sont contrôlés par des régressions logistiques¹². Ainsi, lorsque sur la tranche d'âge 15-44 ans on compare les chômeurs aux actifs occupés, les premiers apparaissent nettement surconsommateurs (OR=2,3 pour l'expérimentation, OR=2,5 pour l'usage au cours de l'année). En revanche, parmi les 15-34 ans, les élèves ou étudiants ne se distinguent pas des actifs occupés. Enfin, parmi les 35-44 ans, les chômeurs et les

inactifs s'avèrent encore très fortement surconsommateurs comparativement aux actifs occupés : l'OR ajusté atteint 3,3 pour les chômeurs et 7,7 pour les autres inactifs. On retrouve là un résultat observé pour le cannabis : l'activité professionnelle semble éloigner des usages de cocaïne.

L'expérimentation comme l'usage au cours de l'année de cocaïne sont liés au niveau d'instruction scolaire, toutes choses égales par ailleurs. Dans une régression logistique contrôlant le sexe et l'âge, sur la tranche d'âge 15-44 ans, on peut par exemple vérifier que plus le niveau d'études est élevé, plus l'usage au cours de la vie ou de l'année est fréquent. Ainsi, pour l'expérimentation, l'OR ajusté global associé au fait d'avoir un diplôme supérieur au bac plutôt qu'un diplôme inférieur (ou aucun diplôme) est de 1,3 ; le résultat pour l'année présente la même tendance, mais n'est pas significatif (ORa=1,3)¹³.

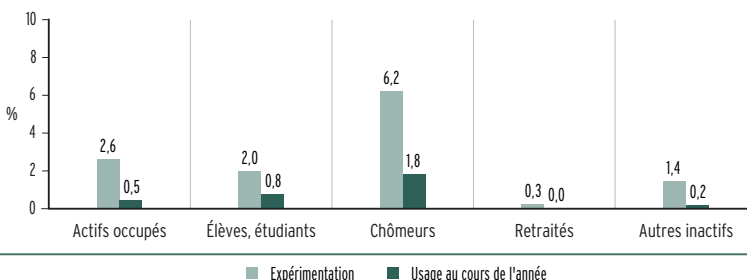
Une fois contrôlés les facteurs de confusion, il ne persiste pas de différence entre les catégories d'actifs occupés décrites précédemment : l'expérimentation comme l'usage

12. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), le niveau de diplôme (3 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, liste blanche, mobile).

13. Si l'on contrôle en plus les autres caractéristiques sociodémographiques, l'OR ajusté pour l'expérimentation n'est plus significatif.

FIGURE 13

Usages de la cocaïne suivant le statut scolaire ou professionnel, parmi les 15-64 ans



de cocaïne au cours de l'année semblent répartis de façon plutôt homogène dans la population active occupée. Néanmoins, des différences demeurent au sein des agrégats de professions et catégories sociales, si l'on distingue plus finement les professions. Ainsi, parmi les professions rentrant dans la catégorie des cadres, ceux exerçant dans le domaine de l'art et du spectacle apparaissent nettement surconsommateurs (ORa=3,9 pour l'expérimentation et l'usage au cours de l'année)¹⁴.

Au final, l'expérimentation et l'usage actuel de cocaïne se révèlent hétérogènes selon les différents milieux sociaux et économiques ainsi caractérisés ; les personnes en situation de chômage s'avèrent les plus consommatrices. En revanche, parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent nettement moins marquées entre les grands agrégats de PCS. Toutefois, une analyse plus fine distinguant les métiers regroupés sous la catégorie « *cadres et professions intellectuelles supérieures* » montre que les

professions des arts et du spectacle se distinguent par une surconsommation de cocaïne, comme c'était déjà le cas pour le cannabis.

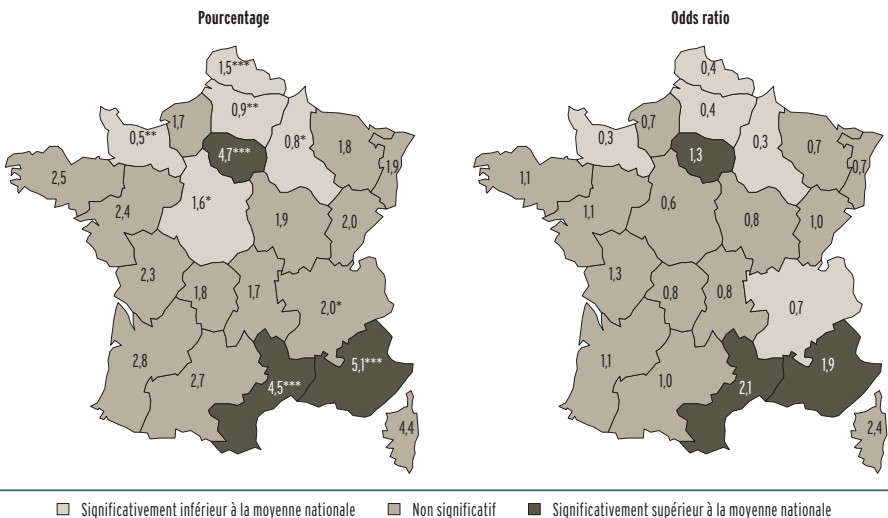
Carte des usages de cocaïne

La répartition régionale de la diffusion de la cocaïne présente quelques similitudes avec celle du cannabis. Ainsi, trois régions apparaissent surconsommatrices – l'Île-de-France, le Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur –, tandis qu'un ensemble de régions du nord-est, au contraire, est sous-consommateur. L'analyse multivariée confirme la diffusion supérieure du pourtour méditerranéen, et substitue la région Rhône-Alpes au Centre dans le groupe des régions sous-consommatrices [figure 14].

14. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), l'équipement téléphonique (liste rouge, liste blanche, mobile). Si l'on introduit le niveau de diplôme, la relation n'est plus significative de justesse pour l'usage au cours de l'année.

FIGURE 14

Expérimentation de la cocaïne parmi les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté



La carte de la consommation au cours de l'année est très homogène : en pourcentages standardisés, seules l'Ile-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur se détachent du reste de la France par une surconsommation marquée ; en analyse multivariée, seule la région Provence-Alpes-Côte d'Azur apparaît surconsommatrice, mais le Nord-Pas-de-Calais paraît alors sous-consommateur.

Au final, la cocaïne apparaît comme un produit consommé par une petite minorité de la population, mais qui s'avère diffusé sur l'ensemble du territoire de façon assez homogène, même si le pourtour méditerranéen se dégage. Les régions frontalières des pays où existe une consommation nettement plus importante, comme l'Espagne, n'affichent pas des niveaux d'usage supérieurs à ceux des autres régions.

L'ECSTASY : QUI CONSOMME EN FRANCE ?

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, 2,0 % déclarent avoir déjà consommé de l'ecstasy. Le niveau d'usage culmine entre 25 et 29 ans, pour régresser ensuite progressivement et devenir quasiment nul à partir de 45 ans [figure 15]. Quelles que soient les fréquences de consommation, les hommes restent toujours plus consommateurs que les femmes, en particulier aux âges où la consommation est la plus fréquente, entre 20 et 34 ans. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen d'initiation des hommes et celui des femmes (21,7 ans).

À l'instar de la cocaïne, les niveaux d'expérimentation comme d'usage actuel d'ecstasy varient fortement suivant le milieu social et économique. Ils s'avèrent nettement plus répandus parmi les chômeurs [figure 16]. Le résultat pour le chômage reste vrai dans des régressions logistiques comparant chômage et activité profession-

nelle sur la tranche d'âge 15-44 ans (ORa=2,1 pour l'expérimentation et 1,8 pour l'usage au cours de l'année)¹⁵. Pour la tranche d'âge 15-34 ans, les élèves et étudiants apparaissent nettement moins souvent consommateurs que les actifs occupés (ORa=0,7 pour l'expérimentation et 0,5 pour l'usage au cours de l'année). Ces résultats sont très proches de ceux retrouvés pour le cannabis ou la cocaïne.

Contrairement aux usages du cannabis et de la cocaïne toutefois, il ne semble pas exister d'association entre le niveau de diplôme et la consommation d'ecstasy.

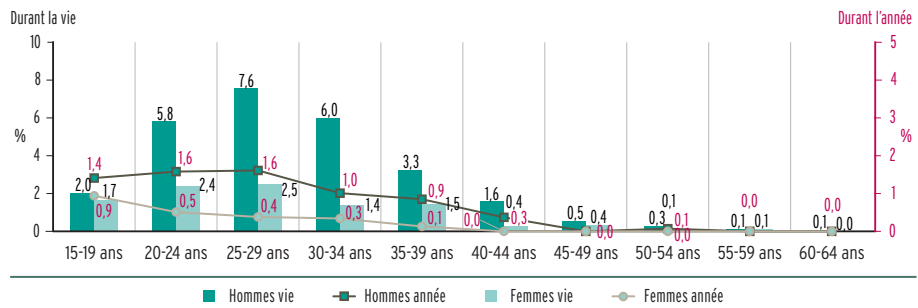
En revanche, les variations par PCS parmi les actifs occupés apparaissent relativement faibles, seuls les agriculteurs exploitants se distinguent par une sous-consommation marquée. Les écarts ne sont d'ailleurs pas plus significatifs dans les régressions logistiques : l'usage de l'ecstasy est rare et semble concerner faiblement toutes les PCS de façon uniforme. Sans doute faut-il y voir le signe d'une relative incompatibilité de son usage et de l'activité professionnelle, qui sélectionne les rares usagers exerçant un emploi suivant des critères difficilement repérables dans une enquête comme le Baromètre santé.

Enfin, si l'on s'intéresse au détail des professions entrant dans la catégorie des cadres, il persiste d'importantes différences, les salariés du domaine de l'art et du spectacle apparaissant encore surconsommateurs (5 % d'expérimentateurs), même si l'écart s'avère moins net que pour la cocaïne. Cette tendance à la « surexpérimentation » persiste si l'on contrôle l'âge et le sexe. Précisons ici que la faiblesse des effectifs d'usagers interdit de contrôler d'autres caractéristiques sociodémographiques.

15. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois modalités) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

FIGURE 15

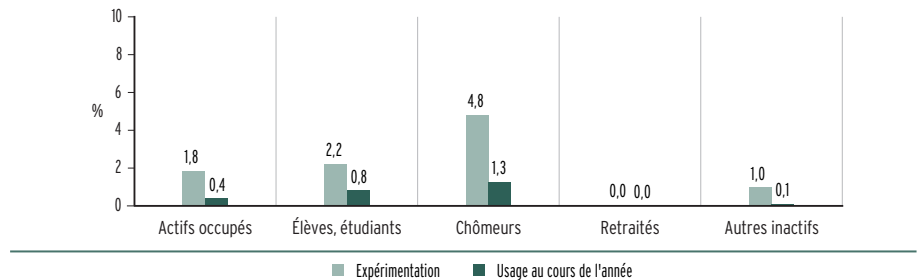
Usages de l'ecstasy, selon l'âge, parmi les 15-64 ans



Lecture : le diagramme des usages au cours de la vie se lit en regard de l'échelle de gauche et les courbes des usages au cours de l'année en regard de celle de droite.

FIGURE 16

Usages de l'ecstasy, suivant le statut scolaire ou professionnel, parmi les 15-64 ans



En définitive, l'usage de l'ecstasy, comme celui du cannabis et de la cocaïne, se révèle relativement hétérogène selon le statut scolaire et professionnel, les chômeurs se révélant les plus consommateurs. En revanche, parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent peu marquées dès lors que l'on raisonne sur des populations dont les caractéristiques sont comparables notamment en termes d'âge, de sexe, de diplôme et d'habitat, si ce n'est pour certaines professions telles que les métiers des arts et du spectacle, tout comme pour le cannabis et la cocaïne.

Carte sur les usages d'ecstasy

La répartition régionale de la diffusion de l'ecstasy présente des similitudes avec celle de la cocaïne, mais les différences significatives entre les régions sont moins nombreuses en raison de la faiblesse marquée du niveau de consommation de cette substance dans la population. Sur l'ensemble des 15-64 ans, les trois régions où l'expérimentation est supérieure au reste de la France sont les mêmes que pour l'expérimentation de cocaïne : l'Île-de-France au nord, le Languedoc-Roussillon et la

Provence-Alpes-Côte d'Azur au sud. Les régions les moins expérimentatrices sont encore situées au nord du pays, mais sont moins nombreuses et forment un ensemble décousu : il s'agit du Nord-Pas-de-Calais, du Centre et de la Basse-Normandie [figure 17].

Le contrôle des facteurs de confusion, et notamment du degré d'urbanisation, rapproche la Bretagne du pourtour méditerranéen, tandis que Rhône-Alpes rejoint les régions les moins consommatrices.

Pour la consommation au cours de l'année, les cartes sont presque uniformes : l'Île-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur se distinguent encore par des taux standardisés de consommation supérieurs, mais aucune autre région ne s'écarte significativement du reste de la France. En analyse multivariée, la seule région à se distinguer est alors la Bretagne, qui est significativement surconsommatrice. Cela tranche avec la position médiane de la Bretagne pour la consommation de cocaïne.

ÉVOLUTION DES USAGES DU CANNABIS

Globalement, entre 2000 et 2005, l'expérimentation du cannabis a connu une hausse assez nette parmi les 15-64 ans comme parmi les 15-34 ans [tableaux IX et X]. Les usages actuels du cannabis ne suivent pas la même tendance : l'usage actuel reste stable de 8,8 % en 2000 à 8,6 % en 2005. Le niveau d'usage récent se stabilise également (4,5 % en 2000 et 4,8 % en 2005). En revanche, la consommation régulière connaît une augmentation significative entre 2000 et 2005, passant de 1,7 % à 2,8 % parmi les 15-64 ans ($p < 0,001$), de 2,6 % à 4,3 % ($p < 0,001$) pour les hommes et de 0,8 % à 1,3 % ($p < 0,05$) pour les femmes.

Les évolutions par âge

L'analyse des évolutions par âge des niveaux d'expérimentation fait apparaître une augmentation de la diffusion de ce

FIGURE 17

Expérimentation de l'ecstasy chez les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté

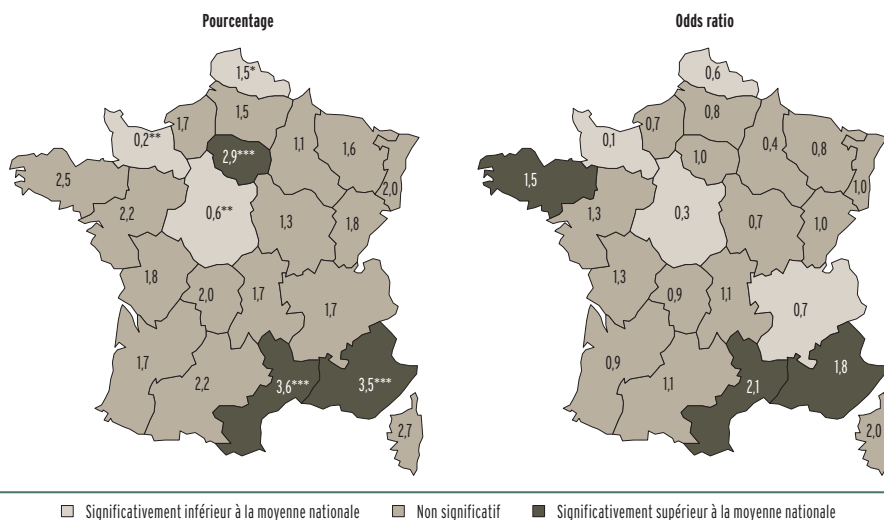


TABLEAU IX

Évolution des différents profils de consommation du cannabis parmi les 15-64 ans entre 2000 et 2005 (en pourcentage)

	2000	2005	2005 vs 2000
Abstinentes	75,1	69,4	↘
Expérimentateurs	24,9	30,6	↗
Actuels	8,8	8,6	→
Récents	4,6	4,8	→
Réguliers	1,7	2,8	↗

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 ($p < 0,05$).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 ($p < 0,05$).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 ($p > 0,05$).

TABLEAU X

Évolution des différents profils de consommation de cannabis parmi les 15-34 ans entre 2000 et 2005 (en pourcentage)

	2000	2005	2005 vs 2000
Abstinentes	61,1	56,4	↘
Expérimentateurs	38,9	43,6	↗
Actuels	17,6	16,7	→
Récents	9,3	9,8	→
Réguliers	3,8	5,9	↗

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 ($p < 0,05$).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 ($p < 0,05$).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 ($p > 0,05$).

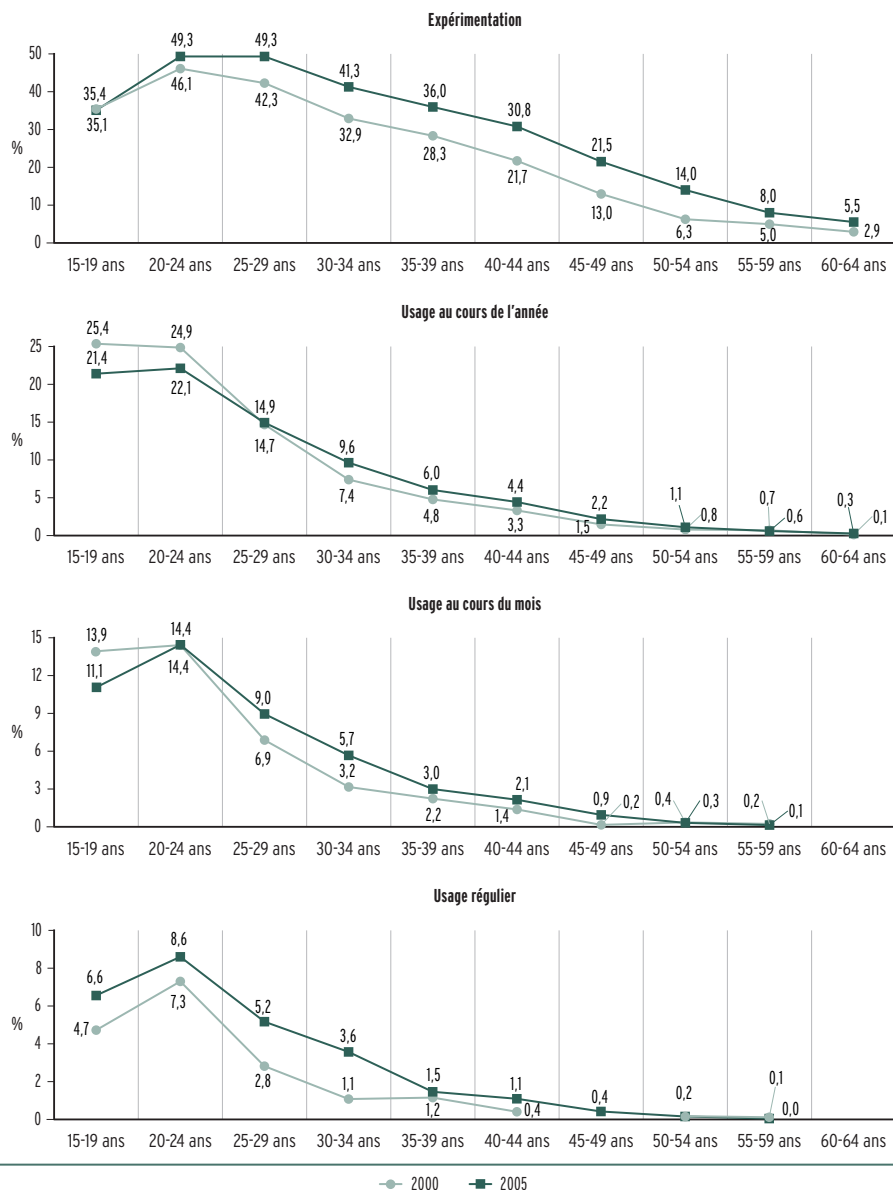
produit à tous les âges, excepté parmi les plus jeunes. L'observation du graphique concernant l'évolution de l'expérimentation montre une augmentation de la diffusion parmi les jeunes générations (jusqu'à 20-24 ans en 2000), une stabilité pour les 25-29 ans en 2000, puis une augmentation pour les 30-39 ans, enfin une stabilisation pour les générations antérieures (donc plus âgées). Le cannabis se diffuse donc surtout parmi les jeunes générations, celles-ci ayant « recruté » de nouveaux expérimentateurs entre les deux enquêtes [figure 18].

Pour l'usage au cours de l'année, les courbes se révèlent nettement plus resserrées, montrant une plus faible variation entre les deux enquêtes, excepté parmi les adolescents et jeunes adultes dont les consommations

au cours de l'année apparaissent moins fréquentes (respectivement 22,1 % vs 24,9 % et 21,4 % vs 25,4 %). Néanmoins, il y a une baisse sensible de l'usage parmi les jeunes générations alors qu'au contraire, cet usage semble s'être très légèrement développé parmi les adultes âgés de 30 à 44 ans. Ces baisses observées parmi les jeunes entre 2000 et 2005 trouvent un écho dans les évolutions observées à l'adolescence dans l'enquête Escapad : les usages à 17 ans ont d'abord augmenté entre 2000 et 2003, puis ont décliné pour retrouver le niveau de 2000 en 2005 [11]. Ces deux enquêtes confirment donc un changement de tendance dans la diffusion et l'usage du cannabis en France. En ce qui concerne l'usage au cours du mois et l'usage régulier, le constat est du

FIGURE 18

Évolution de la consommation de cannabis entre 2000 et 2005 par tranche d'âge



même ordre; toutefois, pour ce dernier, les hausses sont sensibles dès 15 ans et perdurent jusqu'à 40 ans.

Une autre conséquence de ces changements est la variation de l'âge moyen des consommateurs de cannabis. Celui-ci a

EFFET ÂGE ET EFFET GÉNÉRATION

Le choix de la représentation graphique adoptée permet de démêler grossièrement ce qui ressort de l'effet génération et ce qui ressort de l'effet âge dans la comparaison des deux enquêtes [figure 18]. En effet, les expérimentateurs de cannabis âgés de 20-24 ans en 2000 restent des expérimentateurs en 2005, quel qu'ait été leur parcours de consommation dans l'intervalle. Seul leur âge a augmenté : ils ont maintenant entre 25 et 29 ans. Or cet intervalle de cinq ans est justement l'unité utilisée pour l'axe des abscisses : ainsi, si l'ensemble de la génération de 20-24 ans en 2000 n'avait pas « recruté » de nouveaux expérimentateurs entre 2000 et 2005, la proportion d'usagers au cours de la vie de 2000 devrait être strictement égale à celle mesurée en 2005 pour les 25-29 ans (aux erreurs de mesures et d'échantillonnage près). Dans ce cas, on

dit qu'il n'y a pas d'effet âge (et c'est bien ce qui est observé ici). Le graphique fournit donc deux informations : en lecture horizontale, la mesure d'un effet âge, en comparant la même génération sur deux points successifs en abscisse sur les deux courbes, ce qui matérialise le vieillissement de la tranche d'âge interrogée en 2000 ; en lecture verticale, la mesure d'un effet génération, lorsque l'on compare les mesures prises en 2000 et 2005 pour une même classe d'âge.

Cette approche ne peut toutefois pas être appliquée aux usages plus fréquents, comme l'usage au cours de l'année et l'usage au cours du mois, du moins pour l'évaluation de l'effet âge, puisque ces mesures ne sont pas des mesures de stock (la première peut varier d'année en année, la seconde de mois en mois au cours de la vie d'un même individu).

augmenté entre 2000 et 2005, quel que soit le niveau d'usage observé. Ainsi, l'âge moyen des expérimentateurs est passé de 30,7 ans en 2000 à 32,6 en 2005 ; ce vieillissement des expérimentateurs est mécanique puisqu'il suit celui de la population générale, l'expérimentation étant une mesure de stock valable toute la vie. Mais il en va de même des usagers au cours de l'année (25,1 vs 26,6 ans) ou du mois (24,0 vs 25,9 ans). Ces indicateurs montrent que le maintien dans un usage du cannabis après l'entrée dans l'âge adulte semble être devenu un comportement plus courant qu'il y a cinq ans.

Les évolutions vues par le prisme des PCS

La diffusion du cannabis mais aussi ses usages au cours du mois et son usage régulier ont progressé sur la majeure partie des tranches d'âge, en particulier parmi les adultes. En revanche, la comparaison entre les Baromètres santé 2000 et 2005 permet de montrer que ces augmentations touchent

inégalement les actifs occupés [tableau XI]. En effet, si l'expérimentation a augmenté parmi toutes les catégories de travailleurs à l'exception des agriculteurs exploitants (et ce vraisemblablement pour une question de faiblesse des effectifs), l'usage au cours de l'année a diminué parmi les employés, mais augmenté parmi les ouvriers, alors qu'il n'a pas significativement varié entre les deux enquêtes. L'usage au cours du mois et l'usage régulier ont très nettement augmenté parmi les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que parmi les ouvriers, alors qu'ils se sont avérés stables pour les autres PCS. Ces deux catégories jouent donc un rôle important dans l'augmentation de la diffusion du cannabis entre 2000 et 2005.

LES ÉVOLUTIONS POUR LA COCAÏNE ET L'ECSTASY

Les évolutions par tranche d'âge

L'expérimentation de la cocaïne a assez nettement augmenté entre les deux derniers

TABLEAU XI

Évolution des usages de cannabis suivant la PCS parmi les actifs occupés

	Usage au cours de la vie			Usage au cours de l'année			Usage au cours du mois			Usage régulier		
	2000	2005		2000	2005		2000	2005		2000	2005	
Agriculteurs exploitants	7,7	11,9	→	1,2	2,7	→	0,6	0,9	→	0,0	0,9	→
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	30,4	39,9	↗	8,0	9,4	→	2,4	5,2	↗	0,8	2,8	↗
Cadres	34,0	39,2	↗	5,4	6,7	→	2,6	3,0	→	0,9	1,2	→
Professions intermédiaires	27,8	35,6	↗	7,0	6,6	→	3,1	3,8	→	1,4	2,1	↗
Employés	20,6	23,8	↗	6,2	4,4	↘	3,4	2,6	→	1,5	1,4	→
Ouvriers	24,2	33,0	↗	6,6	8,8	↗	3,1	5,4	↗	1,6	3,3	↗
Ensemble	25,5	32,2	↗	6,3	6,5	→	3,0	3,6	↗	1,3	2,0	↗

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 ($p < 0,05$).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 ($p < 0,05$).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 ($p > 0,05$).

Baromètres santé, surtout parmi les moins de 35 ans. L'augmentation s'avère significative pour toutes les tranches de 15 à 49 ans, qui ont toutes recruté de nouveaux expérimentateurs entre 2000 et 2005 : au-delà, les hausses apparentes des pourcentages d'expérimentateurs ne sont dues qu'au vieillissement des individus concernés. L'usage au cours de l'année a aussi augmenté significativement entre 2000 et 2005, en particulier chez les 25-34 ans. Les hausses observées à 15-19 ans et 40-44 ans s'avèrent également significatives, ces résultats illustrant une diffusion assez générale du produit ces dernières années. L'âge moyen des expérimentateurs n'a pas varié entre 2000 et 2005 (34,1 vs 34,2 ans) ; en revanche, celui des usagers au cours de l'année a faiblement progressé : 26,8 ans vs 27,8 ans, la différence n'étant toutefois pas significative en raison de la faiblesse du nombre de consommateurs concernés en 2000.

L'augmentation de l'ecstasy s'avère également significative pour toutes les tranches de 15 à 44 ans : au-delà, les hausses apparentes des pourcentages d'expérimentateurs ne sont dues qu'au vieillissement des individus concernés. L'usage au cours de l'année a égale-

ment augmenté : il est passé de 0,2 % à 0,5 % chez les 15-64 ans. Globalement, l'âge moyen des expérimentateurs s'est beaucoup élevé entre 2000 et 2005 (26,1 vs 29,1 ans), à l'instar de celui des usagers au cours de l'année : 22,8 ans vs 26,1 ans. La population des usagers de l'ecstasy apparaît donc vieillissante.

Les évolutions parmi les chômeurs

L'usage de la cocaïne au cours de la vie a quelque peu progressé parmi les chômeurs. En 2000, la proportion d'expérimentateurs atteignait ainsi 4,5 % parmi eux *versus* 5,9 % en 2005 ($p < 0,001$). En revanche, l'usage au cours de l'année est resté stable, bien qu'orienté à la hausse (1,3 % à 1,7 %). Les résultats sont similaires pour l'ecstasy : l'expérimentation est passée de 2,1 % à 4,2 % entre 2000 et 2005 ($p < 0,001$) mais l'usage au cours de l'année est resté stable, bien qu'orienté à la hausse (0,9 % à 1,1 %).

Les évolutions vues par le prisme des PCS

Les usages de la cocaïne et de l'ecstasy se sont diffusés dans toutes les professions et

catégories sociales entre 2000 et 2005. En effet, si l'expérimentation n'a pas crû parmi les cadres (qui constituaient la catégorie la plus concernée), les employés et les ouvriers, l'augmentation est sensible parmi toutes les autres PCS. L'usage au cours de l'année a augmenté parmi toutes les PCS à l'exception des agriculteurs exploitants pour qui il a diminué. Il faut toutefois se garder de surinterpréter ces résultats : un test statistique a d'autant plus tendance à être significatif pour un écart donné que les pourcentages en question sont faibles. Autrement dit, le test détecte de très petites évolutions significatives lorsque les pourcentages sont proches de zéro, ce qui est par exemple le cas des agriculteurs. Cette diminution de la prévalence (qui est une mesure de stock, et donc en principe pas susceptible de diminuer sauf

à voir la génération des expérimentateurs disparaître) est à interpréter avec précaution. Elle illustre sans doute la limite de ce type d'enquête pour l'étude de très petits groupes sociaux *a priori* peu concernés par les usages de drogues.

SANTÉ MENTALE ET CANNABIS

Le lien possible entre usages de drogues (et en particulier de cannabis) et émergence ou révélation de troubles mentaux, s'il a fait l'objet d'une abondante littérature et de controverses ces dernières années, n'a toujours pas été tranché formellement [19-21]. Le questionnaire 2005 du Baromètre santé contient un ensemble de questions évaluant simplement quelques aspects de la santé et en particulier de la santé mentale :

LISTE ROUGE, PORTABLE : QUELLES SPÉCIFICITÉS ET QUELLES CONSÉQUENCES POUR LA QUALITÉ DES ENQUÊTES ET LA MESURE DES ÉVOLUTIONS ?

L'équipement téléphonique est fortement lié au profil sociodémographique

Il existe d'importantes différences sociodémographiques entre les populations interrogées suivant leur équipement en matière de téléphonie [tableau XII]. Les

possesseurs exclusifs de portable (c'est-à-dire dont le foyer n'a pas d'abonnement à une ligne fixe) sont plus souvent des hommes, nettement plus jeunes, moins souvent en couple, et ils ont moins souvent d'enfants que les abonnés filaires classiques (que ces derniers

TABLEAU XII

Caractérisation sociodémographique des populations suivant leur équipement téléphonique

	Liste rouge	Liste blanche	GSM	p
Pourcentage d'hommes	46,4	48,5	56,5	***
Âge moyen	39,5	43,1	30,1	***
Enfant(s)	65,8	72,3	41,2	***
Couple	62,4	70,3	42,8	***
Actifs occupés	59,2	62,3	49,8	***
Élèves, étudiants	15,9	13,4	23,6	
Chômeurs	9,7	7,8	18,0	
Retraités	6,5	8,4	1,4	
Autres inactifs	8,7	8,0	7,2	

*** : p<0,001.

possèdent ou non un téléphone portable). Les individus inscrits en liste rouge apparaissent pour leur part dans une situation intermédiaire entre ceux inscrits en liste blanche et les possesseurs exclusifs de portable pour toutes ces caractéristiques.

Ces « portables exclusifs » s'opposent aussi aux abonnés filaires par leur situation professionnelle : occupant moins souvent un emploi, ils sont plus souvent étudiants et nettement plus souvent chômeurs. Ils résident de même nettement plus souvent dans des agglomérations urbaines de grande taille ou en région parisienne (c'est le cas de 27,4 % d'entre eux vs 13,0 % pour ceux sur liste blanche et 24,0 % pour ceux sur liste rouge ; $p < 0,001$), et nettement moins souvent en zone rurale (11,5 % vs 28,6 % et 16,2 % ; $p < 0,001$).

Enfin, les possesseurs exclusifs de portable apparaissent moins souvent diplômés de l'enseignement supérieur que les abonnés aux téléphones filaires classiques. Il s'agit également plus souvent d'ouvriers et d'artisans, de commerçants et chefs d'entreprise, mais moins souvent de cadres ou professions intermédiaires que les abonnés au téléphone filaire [tableau XIII]. Ces caractéristiques rejoignent celles observées dans d'autres enquêtes récentes [12-15]. Il semble que l'abandon du téléphone filaire au profit d'un téléphone portable soit essentiellement motivé par des contraintes économiques. Rappelons que si le développement de la téléphonie mobile oblige les concepteurs d'enquêtes à repenser les méthodes d'enquête téléphonique, il ne présente pas que des inconvénients. En effet, la proportion de ménages possédant au moins un téléphone de quelque nature que ce soit n'a cessé de croître depuis plusieurs décennies pour atteindre 98 % en 2005.

Par ailleurs, et cela est en partie une conséquence de ces diversités démographiques, sociales et économiques, les niveaux d'expérimentation et d'usage de produits psychoactifs varient grandement avec le type d'équipement téléphonique, ceux des « portables exclusifs » apparaissant en général nettement supérieurs à ceux des autres [tableau XIV]. Cela confirme qu'il était primordial de prendre en compte ces individus dans la procédure d'échantillonnage.

Ainsi, il persiste un lien assez fort entre l'abandon du téléphone fixe au profit du portable et la plupart des comportements d'usage de drogues envisagés. Cet effet est globalement croissant avec la rareté du com-

portement ou la dangerosité des drogues en question. Autrement dit, l'effet de l'équipement téléphonique sur les usages de produits psychoactifs étudiés ne se réduit ni ne s'explique complètement par les éléments socio-démographiques envisagés ici [tableau XV]. L'abandon du téléphone fixe au profit exclusif d'un appareil cellulaire reste fortement associé à des niveaux d'usages de drogues supérieurs. Ce résultat démontre le caractère indispensable de l'inclusion des individus équipés de téléphones portables dans les enquêtes téléphoniques sur les usages de drogues, comme cela a déjà été démontré pour le tabac [16].

L'impact de l'interrogation des téléphones portables sur les évolutions

L'inclusion d'un échantillon de possesseurs exclusifs de portable constitue un changement important de méthodologie par rapport aux exercices précédents du Baromètre santé. Il s'avère donc essentiel d'en évaluer l'impact sur les évolutions et les résultats commentés précédemment. On peut étudier ce problème de trois manières. Il est d'abord envisageable de considérer que les évolutions brutes mesurées précédemment sont correctes : c'est d'ailleurs ce qui a été retenu dans tout le chapitre. Il importe toutefois de justifier cette décision et d'examiner les hypothèses alternatives. En effet, si les niveaux mesurés en 2000 puis en 2005 sont considérés comme justes, l'évolution doit être correcte à son tour. Les méthodologies du Baromètre en 2000 et 2005 ont été conçues à chaque époque dans le but de garantir la meilleure représentativité qui soit. L'usage du téléphone est ainsi apparu, à la suite des travaux méthodologiques engagés au début des années 1990 à l'occasion de la mise en place de l'enquête sur l'Analyse du comportement sexuel des Français (ACSF), comme un moyen sûr et commode de joindre la population dans son ensemble [17]. De ces travaux ressortaient une plus grande facilité à répondre au téléphone, une meilleure cohérence et un contrôle de terrain plus efficace, mais aussi une tendance, sur certains thèmes, à donner des réponses plus socialement normées qu'au cours d'un entretien en face-à-face. Depuis les années 1990, plus de 95 % de la population est joignable par ce moyen, qu'il s'agisse d'abonnés au téléphone classique figurant dans l'annuaire public (liste blanche), ne figurant pas dans l'annuaire public (liste rouge), ou encore

TABLEAU XIII
Niveau de diplôme et PCS (parmi les actifs occupés) suivant l'équipement téléphonique (en pourcentage)

	Liste rouge	Liste blanche	GSM	p
Inférieur au bac	49,6	54,5	54,9	***
Bac	18,6	16,9	22,3	
Supérieur au bac	31,9	28,6	22,8	
Agriculteurs exploitants	0,4	2,9	0,8	***
Artisans, commerçants	8,1	6,7	10,4	
Cadres	19,0	17,2	11,8	
Professions intermédiaires	28,0	27,8	19,3	
Employés	29,4	27,9	29,5	
Ouvriers	15,2	17,6	28,3	

*** : p<0,001.

TABLEAU XIV
Différences entre listes de téléphone pour quelques usages de produits psychoactifs parmi les 15-64 ans (en pourcentage)

	Liste blanche	Liste rouge	Portable exclusif	Total
Tabac quotidien	29,0	25,3	43,2	28,8***
Alcool quotidien	8,7	12,0	7,1	10,7***
Ivresses alcooliques régulières	1,6	1,9	3,8	2,2***
Audit-C ^a	6,1	8,1	9,9	8,1***
Deta ^a	9,9	12,5	12,8	10,0***
Poppers (vie)	4,0	3,4	6,1	3,9***
Champignons hallucinogènes (vie)	2,4	2,5	3,8	2,7***
Cocaïne (vie)	2,7	2,1	4,5	2,6***
Ecstasy (vie)	1,9	1,5	4,0	2,0***
Produits à inhaler (vie)	1,7	1,7	2,1	1,7 ns
LSD (vie)	1,3	1,5	1,8	1,5 ns
Amphétamines (vie)	1,6	1,4	1,7	1,5 ns
Héroïne (vie)	0,5	0,7	1,5	0,8***
Crack (vie)	0,2	0,2	0,8	0,3***
Cannabis (vie)	30,4	29,1	37,2	30,6***
Cannabis (année)	8,5	7,3	14,4	8,6***
Cannabis (mois)	4,5	3,9	9,1	4,8***
Cannabis régulier	2,2	2,1	6,2	2,8***
Cannabis quotidien	1,1	0,9	3,0	1,3***

a. Ces indicateurs d'usage problématique d'alcool sont décrits en détail dans le chapitre correspondant.

*** : p<0,001; ns : non significatif.

de personnes ayant renoncé au téléphone fixe au profit du téléphone portable. La prise en compte des listes rouges en 2000 était ainsi le moyen de couvrir une part importante de la population (environ 15 % à l'époque)

possédant le téléphone mais ne figurant pas dans l'annuaire téléphonique public, population qui aurait sinon échappé à l'enquête. Des travaux méthodologiques publiés à partir des données du Baromètre santé 2000

TABLEAU XV

OR ajustés pour quelques usages de produits psychoactifs suivant l'équipement téléphonique (référence = liste blanche/orange) parmi les 15-44 ans

	Liste rouge	Téléphone mobile exclusif
Tabac quotidien	1,2	1,8
Alcool quotidien	0,8	1,3
Ivresses alcooliques régulières	0,8	1,1
Audit-C	0,8	1,4
Delta	1,0	1,4
Poppers (vie)	1,1	1,3
Champignons hallucinogènes (vie)	0,9	1,3
Cocaïne (vie)	1,3	1,6
Ecstasy (vie)	1,1	1,5
Produits à inhaler (vie)	1,0	0,9
LSD (vie)	1,0	1,3
Amphétamines (vie)	1,2	1,4
Héroïne (vie)	0,6	1,4
Cannabis (vie)	1,0	1,0
Cannabis (année)	1,1	1,1
Cannabis (mois)	1,1	1,2
Cannabis régulier	0,9	1,3
Cannabis quotidien	1,2	1,5

* Chaque usage est modélisé séparément. À chaque fois, l'ajustement porte sur l'âge, le sexe, le statut professionnel et scolaire (travailleur, chômeur, inactif, i.e. étudiant, retraité ou autre inactif), le diplôme (3 modalités), la taille de l'agglomération de résidence (4 modalités), la vie en couple et la parentalité. La liste blanche/orange est la référence pour chaque régression, l'OR correspondant (qui vaut 1 par définition) n'est pas indiqué afin d'alléger la présentation.

Lecture : en gras figurent les OR significatifs au seuil 0,05.

ont montré que la population inscrite en liste rouge était sensiblement différente de la population inscrite en liste blanche : elle est plus jeune, plus féminine, plus urbaine, et moins souvent sans diplôme. Cela avait un impact sur les niveaux d'usages de drogues mesurés à l'époque [18]. L'inclusion des téléphones portables en 2005 répond à une exigence similaire, la part des personnes ayant à cette date renoncé au téléphone filaire au profit du téléphone fixe s'élevant à près de 15 % [13]. En ce sens, les deux enquêtes seraient tout à fait comparables.

Une autre façon d'explorer cette question est de procéder au calcul des évolutions en ignorant les téléphones portables en 2005. Enfin, la troisième procédure possible consiste à reconstruire les niveaux mesurés en 2000 si l'on avait interrogé à l'époque les possesseurs exclusifs de téléphones portables. Pour ce faire, on dispose d'une estimation précise de la proportion de personnes dans ce cas en 2000, soit 5 %, auxquelles

on peut attribuer à titre d'hypothèse les prévalences mesurées pour des personnes ayant le même profil en 2005. Ces différentes options ont été récapitulées [tableau XVI]. Le tableau XVI montre que l'impact estimé de l'interrogation des personnes équipées uniquement d'un téléphone portable en 2000 est relativement minime, compte tenu de la faible proportion des personnes qui auraient été concernées à l'époque : les évolutions « 2000 brut - 2005 brut » et « 2000 mobiles - 2005 brut » sont par conséquent du même ordre. La comparaison des niveaux 2005 brut et 2005 hors mobiles montre également un faible impact des téléphones portables pour la plupart des usages observés ici. Néanmoins, deux exceptions sont notables : si l'on ôte artificiellement les téléphones portables de l'enquête 2005, les niveaux d'usage régulier du cannabis et d'usage de la cocaïne au cours de l'année sont nettement revus à la baisse. Par conséquent, procéder ainsi ne modifierait que peu la plupart des évolutions

mentionnées dans ce chapitre, mais l'on sous-estimerait assez nettement la croissance de ces deux usages. Ainsi, il ressort que ce sont les usages les plus fréquents ou les usages des substances les plus rares qui seraient le plus affectés par la non-prise en compte des portables dans les enquêtes téléphoniques actuelles. Autrement dit, c'est l'observation des usages de drogues illicites susceptibles d'avoir un impact notable sur la santé publique qui serait affectée (en particulier pour le cannabis).

Ce point confirme la part essentielle que les mobiles occupent en 2005 dans la population française : il paraît déraisonnable de les ignorer dans une enquête téléphonique sur les sujets sensibles et notamment les usages de drogue, et de ne pas le faire à l'avenir si l'on suspecte une hausse de l'équipement portable des ménages et des individus.

TABLEAU XVI

Impact estimé de l'inclusion des téléphones portables sur les évolutions des niveaux d'usage du cannabis et de la cocaïne parmi les 15-64 ans (en pourcentage)

	2000		2005		Évolution		
	brut	mobiles (hypothèse)	brut	hors mobiles (hypothèse)	2000 brut - 2005 brut	2000 mobiles - 2005 brut (hypothèse)	2000 brut - 2005 hors mobiles (hypothèse)
Expérimentation de cannabis	24,6	25,2	30,6	31,3	6,0	5,4	6,7
Usage du cannabis au cours de l'année	8,6	8,9	8,6	8,5	0,0	-0,3	-0,1
Usage du cannabis au cours du mois	4,4	4,6	4,8	4,7	0,4	0,2	0,3
Usage régulier du cannabis	1,8	2,0	2,8	2,5	1,0	0,8	0,7
Expérimentation de la cocaïne	1,6	1,7	2,6	2,4	1,0	0,9	0,8
Usage de la cocaïne au cours de l'année	0,2	0,3	0,6	0,4	0,4	0,3	0,2

le questionnaire de Duke¹⁶, ainsi qu'un ensemble de questions très détaillées qui permettent également d'évaluer plus précisément la survenue d'épisodes dépressifs majeurs au cours des douze derniers mois (le *Cidi short form*). La question du lien entre usage du cannabis et santé mentale, en particulier dépression, est complexe. À titre très exploratoire, ne sera présentée ici qu'une description du lien statistique entre, d'une part, usage du cannabis et, d'autre part, survenue d'un épisode dépressif majeur, santé physique, anxiété et dépression

(évalué par le score de Duke)¹⁷. En raison de la rapide raréfaction des usages du cannabis avec l'âge, l'analyse ne portera que sur les 15-34 ans.

Parmi les 15-34 ans, 4,0 % des individus auraient souffert d'un épisode dépressif majeur avec retentissement au cours des douze mois précédant l'enquête, les femmes étant deux fois plus concernées

16. Le questionnaire de Duke n'est posé aléatoirement qu'aux deux tiers de l'échantillon.

17. Pour plus de détails concernant le questionnaire de Duke, il convient de se reporter au chapitre sur la qualité de vie.

que les hommes (5,4 % vs 2,7 %; $p < 0,001$). Les scores de Duke apparaissent plus élevés parmi les hommes, qui semblent ainsi se déclarer plus souvent en meilleure santé mentale et physique : 77,4 versus 69,3 ($p < 0,001$) pour la santé mentale, 79,2 versus 70,4 ($p < 0,001$) pour la santé physique. Au contraire, ils apparaissent moins souvent anxieux ou dépressifs : 29,6 versus 35,3 ($p < 0,001$) en ce qui concerne l'anxiété et 25,7 versus 33,0 ($p < 0,001$) pour la dépression.

Le lien entre épisode dépressif majeur et usage du cannabis apparaît très fort parmi les femmes comme parmi les hommes : chez ces derniers, la proportion d'individus qui auraient souffert d'un épisode dépressif au cours de l'année triple avec la fréquence d'usage, entre les abstinentes et les fumeurs quotidiens (2,1 % à 6,0 %, test du khi-deux de tendance; $p < 0,001$). Parmi les femmes, la relation est du même ordre, la proportion d'individus concernés passant de 5,4 % à 14,4 % (test du khi-deux de tendance; $p < 0,001$). Autrement dit, il apparaît que les épisodes dépressifs récents sont liés à l'usage du cannabis. Une analyse logistique contrôlant comme précédemment les différentes variables susceptibles d'être fortement associées à la santé perçue permet de confirmer ce résultat [tableau XVIII]. La

survenue d'épisodes dépressifs n'est toutefois pas simplement croissante avec la fréquence d'usage du cannabis, illustrant sans doute la complexité du lien et la diversité des profils des usagers de cannabis.

Parmi les individus âgés de 15 à 34 ans, les scores de Duke de santé mentale et de santé physique sont associés à la fréquence d'usage du cannabis et ce, que l'on considère les hommes ou les femmes : schématiquement, plus la fréquence déclarée est importante, plus les scores sont dégradés ($p < 0,001$). Pour les scores d'anxiété et de dépression, la relation est similaire mais en sens inverse du fait de la construction des scores : il y a une variation significative de ceux-ci suivant le niveau d'usage du cannabis, ceux-ci ayant tendance à augmenter avec la fréquence d'usage [figures 19 et 20].

Une analyse de la variance permet de vérifier que ces liens perdurent une fois l'âge contrôlé ($p < 0,001$), parmi les hommes comme parmi les femmes. Si la tendance à la dégradation des scores de santé avec la fréquence d'usage est avérée, la relation entre les deux n'est toutefois pas tout à fait mécanique car, pour certains indicateurs de santé, les personnes qui se sont déclarées abstinentes ou ayant de très faibles usages présentent des scores qui ne diffèrent pas significativement des usagers quotidiens ou

TABLEAU XVIII

OR ajustés sur l'âge pour la survenue d'un épisode dépressif au cours de l'année suivant l'usage de cannabis

	Hommes		Femmes	
	OR	IC à 95 %		IC à 95 %
Âge (1 année supplémentaire)	1,0	0,96; 1,02	1,0	0,99; 1,03
Abstinence (référence)	1		1	
Ancien expérimentateur	1,7	1,15; 2,64	1,5	1,16; 1,94
Usage année	1,4	0,70; 2,71	2,0	1,31; 3,03
Usage mois	2,3	1,28; 4,23	3,1	1,88; 5,09
Usage régulier	3,2	1,77; 6,28	1,9	0,82; 4,50
Usage quotidien	2,8	1,48; 5,38	3,2	1,56; 6,59

FIGURE 19

Scores de Duke de santé mentale, physique et sociale, suivant l'usage du cannabis, parmi les hommes de 15 à 34 ans

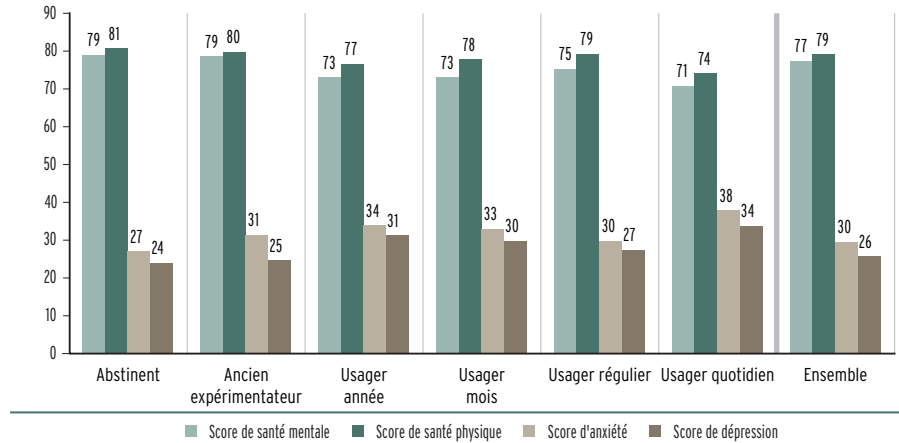
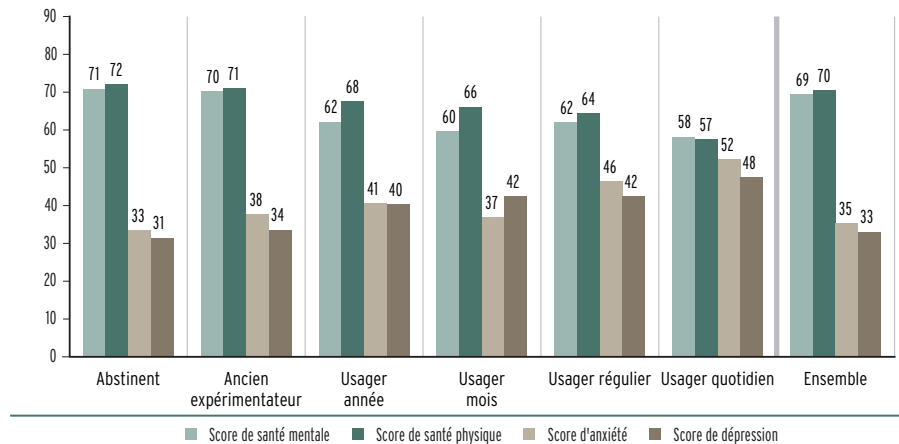


FIGURE 20

Scores de Duke de santé mentale, physique et sociale, suivant l'usage du cannabis, parmi les femmes de 15 à 34 ans



réguliers. Pour la santé mentale, l'analyse distingue deux groupes d'usagers au sein desquels les différences ne sont pas significatives : d'un côté, abstinent, anciens expérimentateurs et usagers réguliers où

la moyenne est proche de 74 ; de l'autre, usagers au cours du mois, usagers actuels et usagers quotidiens où la moyenne est proche de 68. Ainsi, la santé mentale ne semble pas plus dégradée parmi les usagers

réguliers que parmi les abstinents, une fois l'âge et le sexe contrôlés, et il en va de même pour les usagers quotidiens et les usagers actuels. Pour la santé physique, deux groupes peuvent encore être distingués mais ils se chevauchent, ce qui illustre la proximité des états de santé d'usagers très différents. Usagers réguliers, abstinents, anciens expérimentateurs et usagers actuels ne diffèrent pas significativement les uns des autres et présentent globalement un score moyen proche de 74, tandis que anciens expérimentateurs, usagers actuels et quotidiens s'avèrent présenter des scores similaires, proches de 73. Pour l'anxiété, sont distingués, d'un côté, usagers quotidiens et usagers actuels qui présentent globalement un score proche de 38 et, de l'autre, usagers

actuels, réguliers, anciens expérimentateurs mais aussi usagers au cours du mois et abstinents, qui présentent globalement un score de 34. L'image est similaire pour le score de dépression.

Ainsi, s'il semble bien que la relation entre usage du cannabis et santé (en particulier mentale) existe, son interprétation n'en demeure pas moins très délicate, dans la mesure où elle ne peut se résumer à une dépendance simple avec la fréquence : les plus gros consommateurs ne présentent pas forcément plus de signes problématiques que des usagers moins fréquents, voire que les abstinents. D'autres analyses seraient nécessaires pour démêler et comprendre cette liaison.

EXISTE-T-IL DES USAGES PLUS FÉMININS ?

Tous les usages de drogues illicites s'avèrent masculins, mais certains le sont tout particulièrement. Pour mesurer cet écart, nous avons eu recours une fois encore à l'*odds ratio* plutôt qu'au *sex-ratio* qui est le quotient de la proportion d'hommes sur la proportion de femmes présentant l'usage en question.

L'analyse confirme qu'il n'existe aucune substance plus souvent consommée par les femmes que par les hommes. Toutes ou presque présentent un OR associé au sexe masculin significativement supérieur à 1. Néanmoins, il semble exister quelques nuances, bien que les différences soient relativement faibles. Après contrôle des facteurs sociodémographiques¹, les produits qui apparaissent les moins masculins sont les amphétamines (OR ajusté=2,5 pour l'expérimentation, 1,7 pour l'usage au cours de l'année), le cannabis (entre 2,1 pour l'expérimentation et 2,7 pour l'usage régulier) et les produits inhalés tels que les colles et les solvants (ORa=2,6 pour l'expérimentation, 1,9 (ns) pour l'usage au cours de l'année), avec les poppers (2,5 et 1,8). Tous les autres produits présentent des OR supérieurs, en particulier le LSD (4,2 et 3,4 pour la vie et l'année) et

les champignons hallucinogènes (3,0 et 3,2). La cocaïne occupe une position médiane (ORa=2,4 pour l'expérimentation et 2,8 pour l'usage au cours de l'année). Pour les amphétamines, il est vraisemblable que leur utilisation passée comme coupe-faim dans certains cas a été une pratique plutôt féminine tendant à minimiser l'écart hommes/femmes par rapport aux autres substances. Pour le cannabis, le ratio s'élève avec l'augmentation de la fréquence de l'usage, montrant que, si les hommes sont d'emblée plus expérimentateurs que les femmes, l'écart croît au fur et à mesure que cette pratique se maintient et s'intensifie. Les drogues les plus masculines sont les substances hallucinogènes (LSD et champignons hallucinogènes), l'expérience de cet état de modification de conscience intéressant sans doute plus les hommes.

1. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la situation scolaire et professionnelle (actif occupé, chômeur, inactif – i.e. étudiant, retraité et autre inactif), la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), le niveau de diplôme (3 niveaux), et l'équipement téléphonique (liste blanche, liste rouge, mobile).

LES ÉTUDIANTS, SURCONSOMMATEURS DE DROGUES ?

L'école puis l'université constituent des moments et des lieux privilégiés de sociabilité particulière et propice à des expériences de toute nature, notamment en ce qui concerne les usages de produits psychoactifs. Comparativement aux travailleurs du même âge qui sont sortis plus tôt du système scolaire, les étudiants du supérieur devraient donc présenter un profil de consommation de drogues particulier, comme cela a déjà été montré à l'aide des données du Baromètre santé 2000 [6]. La surconsommation observée parmi les étudiants pour le cannabis, mais aussi les ivresses alcooliques renvoient vraisemblablement à une étape particulière du cycle de vie, caractérisée par davantage d'autonomie et de ressources relativement au moment du lycée, mais

moins de contraintes relativement à l'activité professionnelle¹. Qu'en est-il en 2005 ? Pour le vérifier, nous avons restreint l'analyse aux 18-25 ans en sélectionnant uniquement des étudiants du supérieur (1290 individus possesseurs du bac et suivant un cursus post-bac), des chômeurs (n=538) et des actifs occupés (n=1480).

La comparaison des niveaux bruts ne montre que quelques rares écarts entre les trois populations [tableau XVII]. Les étudiants apparaissent ainsi, avec les chômeurs, nettement moins consommateurs d'al-

1. Afin de vérifier l'hypothèse du cycle de vie, il faudrait donc envisager de comparer les étudiants du supérieur aux lycéens, ainsi qu'aux actifs plus âgés.

TABLEAU XVII

Usages de produits psychoactifs dans les populations étudiante, active occupée et chômeuse de 18-25 ans (en pourcentage)

	Pourcentage			P	OR1		OR2	
	Actifs occupés (n=1480)	Étudiants (n=1290)	Chômeurs (n=538)		Étud.	Chôm.	Étud.	Chôm.
Tabagisme quotidien	43,5	24,0	50,7	***	0,5	1,2	0,5	1,2
Alcool régulier	13,1	7,0	7,5	***	0,7	0,7	0,7	0,6
Trois ivresses et + au cours de l'année	16,7	17,9	13,8	ns	1,5	0,9	1,3	0,8
Audit-C	10,3	6,9	8,1	**	0,8	0,8	0,7	0,8
Deta	11,3	6,8	17,5	***	0,7	1,7	0,6	1,6
Cannabis au cours de l'année	22,3	24,5	22,3	ns	1,2	1,0	1,1	0,9
Cannabis au cours du mois	14,0	14,8	14,1	ns	1,1	1,0	0,9	1,0
Cannabis régulier	9,2	8,5	11,8	ns	0,9	1,3	0,8	1,3
Cannabis quotidien	4,6	3,7	7,1	**	0,7	1,4	0,6	1,4
Ecstasy au cours de la vie	4,6	2,6	6,7	***	0,7	1,6	0,6	1,5
Poppers au cours de la vie	4,7	5,8	7,1	ns	1,4	1,4	1,3	1,3
Champignons au cours de la vie	4,0	3,3	4,5	ns	1,1	1,2	1,0	1,1
Cocaïne au cours de la vie	3,7	2,2	5,3	**	1,0	1,6	0,8	1,4
Héroïne au cours de la vie	0,8	0,4	2,9	***	0,7	3,2	0,6	3,1
Toute drogue illicite hors cannabis (vie)	10,7	10,5	14,0	ns	1,2	1,3	1,1	1,3
Ecstasy au cours de l'année	1,7	0,7	2,3	*	–	–	–	–
Poppers au cours de l'année	1,5	1,9	2,0	ns	–	–	–	–
Champignons au cours de l'année	0,8	0,8	1,3	ns	–	–	–	–
Cocaïne au cours de l'année	1,7	1,0	2,5	ns	–	–	–	–
Héroïne au cours de l'année	0,2	0,0	1,8	***	–	–	–	–
Toute drogue illicite hors cannabis (année)	4,0	3,6	6,9	**	1,1	1,9	0,9	1,8

OR1 : ajustement sur le sexe et l'âge. OR2 : ajustement sur le sexe, l'âge, la vie de couple, la catégorie d'agglomération (4 modalités) et l'équipement téléphonique (liste blanche, liste rouge et portable exclusif). Lecture : en gras figurent les odds ratios significativement différents de 1. Ceux en italiques sont significativement inférieurs à 1. * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

cool que les actifs occupés, mais leurs ivresses ne diffèrent pas en fréquence ; par ailleurs, ils sont beaucoup plus rarement fumeurs quotidiens de tabac. En ce qui concerne les drogues illicites, les proportions de consommateurs de cannabis sont très proches, de même celles des expérimentateurs des principales autres drogues illicites. Seule l'héroïne apparaît plus diffusée parmi les chômeurs, ainsi que, dans une moindre mesure, la cocaïne et l'ecstasy. Toutefois, globalement, aucune population ne se démarque pour l'expérimentation ou la consommation dans l'année d'une drogue illicite autre que le cannabis.

Lorsque sont contrôlés le sexe et l'âge (colonnes OR1), la sous-consommation de tabac et d'alcool des étudiants relativement aux actifs occupés est largement confirmée. Si l'usage problématique d'alcool suivant les tests Audit-C ou Deta n'est pas plus répandu parmi les étudiants, c'est néanmoins nettement le cas des ivresses alcooliques.

Pour les usages de produits illicites, aucune surconsommation de la part des étudiants n'est à noter, à l'exception d'une expérimentation plus répandue des poppers. Les chômeurs, pour leur part, apparaissent plus souvent buveurs à risque suivant le Deta, et plus souvent

expérimentateurs d'ecstasy et surtout d'héroïne, mais plus largement de toute substance illicite (hors cannabis) au cours de l'année. Un contrôle plus complet des caractéristiques sociodémographiques (vie de couple, catégorie d'agglomération de résidence et équipement téléphonique) ne fait pas disparaître les caractéristiques observées pour les modes de consommation d'alcool et de tabac : les étudiants présentent toujours une nette propension à l'ivresse alcoolique, mais sans les problèmes repérés par le Deta (l'OR2 est même significativement inférieur à 1). Cette tendance plus importante à s'enivrer ne surprend pas dans la mesure où les études universitaires autorisent plus de débordements festifs que le monde de l'entreprise. Pour les produits illicites, les étudiants apparaissent alors moins souvent consommateurs quotidiens de cannabis, et moins souvent expérimentateurs d'ecstasy. Ces deux modèles confirment l'absence de surconsommation de drogues illicites de la part des étudiants du supérieur comparativement aux actifs occupés du même âge. Au contraire, ils soulignent que leur consommation de tabac et d'alcool est plus modérée. Néanmoins, les étudiants se distinguent par une consommation d'alcool plus festive et tournée vers l'ivresse.

DISCUSSION

LIMITES DES RÉSULTATS ET DONNÉES COMPLÉMENTAIRES SUR LES DROGUES ILLICITES

L'approche par enquête en population générale dont les résultats ont été présentés dans ce chapitre complète d'autres indicateurs tels que les statistiques répressives ou sanitaires qui donnent de l'information sur les usagers de drogues « à problème ». Elle permet d'évaluer l'ampleur de la consommation au niveau national, sur une période de référence donnée, mais aussi d'émettre quelques hypothèses sur la compréhension de ces pratiques. La substance psychoactive illicite la plus couramment consommée est le

cannabis, ce qui justifie l'attention particulière portée ici à cette substance. Pour les autres produits illicites, les usages même actuels restent marginaux, et donc plus difficiles à étudier et à interpréter statistiquement.

Si les données du Baromètre santé 2005 ont permis de quantifier la proportion de certains comportements relevant d'un usage problématique de cannabis sur l'ensemble des consommateurs de ce produit, corroborant les observations de terrain des praticiens et des travailleurs sociaux [22], il convient de rappeler que les conséquences négatives des usages de drogues illicites les plus visibles restent celles liées à la consommation d'héroïne, principal produit

à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites. Pour une moindre part, mais qui s'avère croissante depuis la fin des années 1990, la consommation de cocaïne, souvent en association avec les opiacés, se trouve également concernée. Au cours des années 1990, la polytoxicomanie s'est également développée, avec notamment le recours à des boissons alcoolisées et à des médicaments psychotropes. Les extrapolations menées au milieu des années 1990 à partir de différents modèles reposant notamment sur des données pénales et sanitaires pour dénombrer les usagers à problème d'opiacés et de cocaïne évaluent leur effectif entre 150 000 et 180 000 [23]; elles seront prochainement réactualisées grâce à la mise en place d'une enquête capture-recapture d'ampleur nationale [24].

Une part importante de la population concernée par cette consommation problématique d'opiacés ou de cocaïne fait l'objet d'une prise en charge sanitaire, notamment avec un traitement de substitution. C'est une population relativement jeune mais vieillissante (32 ans en moyenne en 2003 vs 27 ans en 1987), nettement masculine, et qui se trouve fréquemment en difficulté sociale [25]. Le nombre d'individus concernés par la substitution est passé d'une trentaine en

1994 à environ 2 000 en 1995 (tous sous méthadone), puis environ 100 000 en 2003, la grande majorité d'entre eux ayant désormais recours à la Buprénorphine Haut Dosage (BHD), commercialisée sous le terme Subutex®, ce médicament bénéficiant d'un cadre de prescription plus souple que la méthadone.

Le nombre total de décès annuels dus aux drogues illicites ne peut pas être estimé exactement. Les principales données disponibles sont les décès par surdose constatés par les services de police et les décès par sida parmi les usagers de drogues¹⁸. Grâce à l'engagement dans une politique de réduction des risques au début des années 1990, le nombre de ces décès apparaît en diminution; ils étaient de l'ordre de 300 en 2000; le nombre de décès par surdose est, pour sa part, passé de quelques unités au début des années 1970 à 564 cas en 1994, avant de chuter à 69 décès en 2004 [26].

Les infractions à la législation sur les stupéfiants pour usage, usage-revente ou trafic ont donné lieu à plus de 120 000 interpellations en 2004. Celles-ci, en hausse quasi constante depuis le début des années 1970,

18. Ces statistiques sont d'ailleurs d'interprétation délicate : imputer à « la drogue » un décès par sida faisant suite à une contamination par injection pourrait être comparé au fait d'affirmer que certaines pratiques sexuelles, « vecteurs » du sida, tuent.

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Les traitements par méthadone ne peuvent être initiés que par des médecins exerçant dans un service ou établissement spécialisé (dans la grande majorité des cas, dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes - CSST), le relais par un médecin de ville pouvant être réalisé une fois le patient stabilisé. Les conditions d'accès et de maintien dans les « programmes méthadone » sont plus ou moins strictes selon les lieux d'accueil. Le Subutex®, parce qu'il présente peu de risques de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres

psychotropes (contrairement à la méthadone), bénéficie d'un cadre plus souple, l'initiation du traitement pouvant être réalisée par un médecin généraliste. Cette large diffusion constitue une spécificité française. Par ailleurs, les sulfates de morphines (Moscontin®, Skenan®), médicaments analgésiques majeurs, bien que ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication, sont parfois prescrits en substitution de l'héroïne.

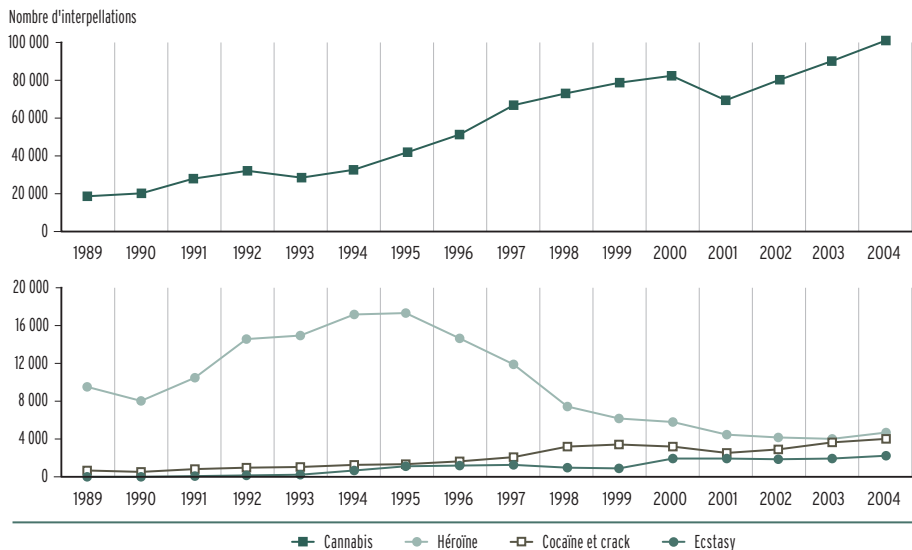
concernent principalement des usagers et plus particulièrement des consommateurs de cannabis (91 % de l'ensemble des interpellations pour usage). La généralisation de l'usage du cannabis a déjà été mise en évidence au cours des années 1990, notamment parmi les 18-44 ans [4, 8, 27]. Elle se trouve également corroborée par d'autres indicateurs tels que les statistiques d'interpellations de l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (Ocrtis) [26]. Ces mêmes statistiques permettent d'observer une diffusion de la cocaïne et du crack (environ 1 000 interpellations en 1993 et plus de 4 000 en 2004 pour ces deux produits), de l'ecstasy (aucune interpellation avant 1990, environ 1 000 par an de 1995 à 1999 et environ 2 000 par an depuis l'année 2000), avec une pointe à 1 227 interpellations en 1997 et un tassement à la fin des années 1990 (915 interpellations en 1999), ainsi qu'une forte baisse du nombre d'usa-

gers d'héroïne à partir du milieu des années 1990, après la mise en place des mesures de réduction des risques [figure 21]. L'offre de stupéfiants, telle qu'elle est vue par l'activité des services répressifs, se révèle dominée par le cannabis dont les quantités saisies ont triplé au cours des dix dernières années, son prix modéré et sa grande disponibilité en faisant un produit très accessible, comme l'ont montré les données du Baromètre santé 2005.

Ces courbes se révèlent informatives, mais leurs défauts sont bien connus : elles reflètent avant tout le produit d'une construction professionnelle et surtout l'activité des services. Les recherches basées sur ces statistiques ne mesurent ainsi que les comportements définis par l'institution productrice des données et sont en cela victimes du « syndrome du réverbère » [28], c'est-à-dire la tendance à n'observer que ce qui est le plus visible, le mieux « éclairé ».

FIGURE 21

Évolution des interpellations pour usage de stupéfiants au cours des années 1990



Source : Ocrtis, 2005.

Par exemple, si une consigne indique de ne plus prendre en compte tel ou tel type d'usagers, ceux-ci sortent des statistiques. Le nombre d'interpellations pour usage simple et usage-revente de cannabis a régulièrement augmenté au cours des années 1980, cette tendance s'accéléraant lors de la décennie suivante, avec un « creux » en 2001 [figure 21]. Celui-ci est une conséquence directe du « biais d'activité » : la baisse des interpellations enregistrée cette année-là résulte d'une diminution de l'activité des forces de l'ordre en matière de lutte contre l'usage de stupéfiants [26]. Inversement, la hausse de 2002 serait un effet de la loi d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure de l'été 2002, qui clarifiait les objectifs de cette lutte. Il s'agit typiquement d'un effet de sélection des statistiques de clientèles.

Concernant le profil sociodémographique des usagers de drogues vus par les services en 2004, les individus interpellés pour usage du cannabis ont en moyenne 22,5 ans, *versus* 24 ans pour les usagers d'ecstasy interpellés, 23 ans pour ceux de champignons hallucinogènes, 25 ans pour ceux de LSD, 29 ans pour ceux d'héroïne et de cocaïne, et 34 ans pour les individus interpellés pour usage de crack. Cela rejoint en grande partie les ordres de grandeur trouvés en population générale, ce qui conduit à grossièrement opposer le cannabis, l'ecstasy, le LSD, les champignons hallucinogènes — produits dont les usagers interpellés sont plus souvent des adolescents et des jeunes adultes —, et la cocaïne, le crack et l'héroïne d'autre part, pour lesquels ils sont majoritairement des adultes un peu plus âgés.

Les statistiques sanitaires confirment cette différenciation. Ainsi, en centre de soins spécialisés, les prises en charge liées au cannabis correspondent dans la majorité des cas à un consommateur de moins de 25 ans (26 ans en moyenne), *versus* seulement une fois sur huit lorsque la prise en

charge est consécutive à l'usage d'héroïne (32 ans en moyenne). Les âges moyens pour les autres produits à l'origine de la prise en charge sont de 25 ans pour l'ecstasy, 27 ans pour le LSD, 31 ans pour la cocaïne et 35 ans pour le crack.

Le profil des interpellés pour usage du cannabis contraste par ailleurs très nettement avec celui des usagers observés dans les enquêtes en population générale, confirmant les différences d'approches et de moyens des deux sources d'information. Ils sont en effet massivement plus jeunes, plus souvent des hommes et issus de milieux défavorisés, ce qui n'est pas le cas dans la population générale [29].

Il convient enfin de souligner les limites du dispositif d'observation quantitative qui s'avère encore inexistant sur des pratiques telles que le dopage, les conduites addictives « sans produit » comme la pratique compulsive d'Internet, des jeux vidéo, ou encore le jeu pathologique. Les données épidémiologiques permettent désormais de distinguer dans une certaine mesure les usages récréatifs ou festifs des usages plus problématiques, mais ne prennent en considération que très sommairement les notions de quantité consommée ou de qualité des produits. La complexité et la diversité des usages de drogues illicites rendent nécessaire le recours à des outils d'observation de nature différente et qui s'avèrent complémentaires. Ainsi, si l'enquête en population générale se révèle être un bon outil d'observation des ménages « ordinaires », ce mode d'investigation peut s'avérer inadapté pour certaines populations particulières. Cela peut être le cas pour des raisons techniques (individu fréquemment absent de son domicile, voire sans domicile, incarcéré ou hospitalisé, individu appartenant à un ménage non francophone, etc.), mais aussi pour des raisons culturelles et juridiques (pudeur, méfiance, réticence à dévoiler des comportements intimes et

illicites dans un tel contexte, etc.). Si ces limites ne sont pas de nature à remettre en cause les niveaux globaux de consommation, elles entraînent une sous-estimation des usages les plus marginalisés : un sous-échantillon issu d'une telle enquête ne serait pas représentatif des populations les plus difficiles à atteindre. Il est évident que les enquêtes en population générale ne peuvent répondre à toutes les interrogations soulevées par l'étude d'un comportement aussi polymorphe que l'usage de drogues illicites. Leur fonction première est d'informer sur les pratiques et les attitudes de l'ensemble de la population française, ce qui hypothèque les chances d'observer avec justesse les comportements plus atypiques pour lesquels les approches ethnographiques s'avèrent plus adaptées. Celles-ci reposent sur l'observation minutieuse et sur de longs entretiens semi-directifs [30, 31] ou sur des systèmes de recueil de l'information multi-focaux qui synthétisent une importante quantité de données provenant de différents sites, privilégiant une approche de réseau [32, 33] : la perspective est ici participative, la distance entre enquêteurs et population observée étant réduite à son minimum. C'est ce type d'études qui permet de mieux connaître les modes d'usage des substances les plus rares telles que le GHB, la Kétamine, le DMT, la Salvia... La principale difficulté rencontrée par ce type de dispositif de recueil de l'information est de parvenir à dégager des tendances générales d'évolution des pratiques.

MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES DONNÉES EUROPÉENNES

L'approche par enquêtes en population générale permet aussi d'éclairer les comparaisons internationales de niveaux de consommation. Un tel exercice a été rendu possible par les efforts de l'Observa-

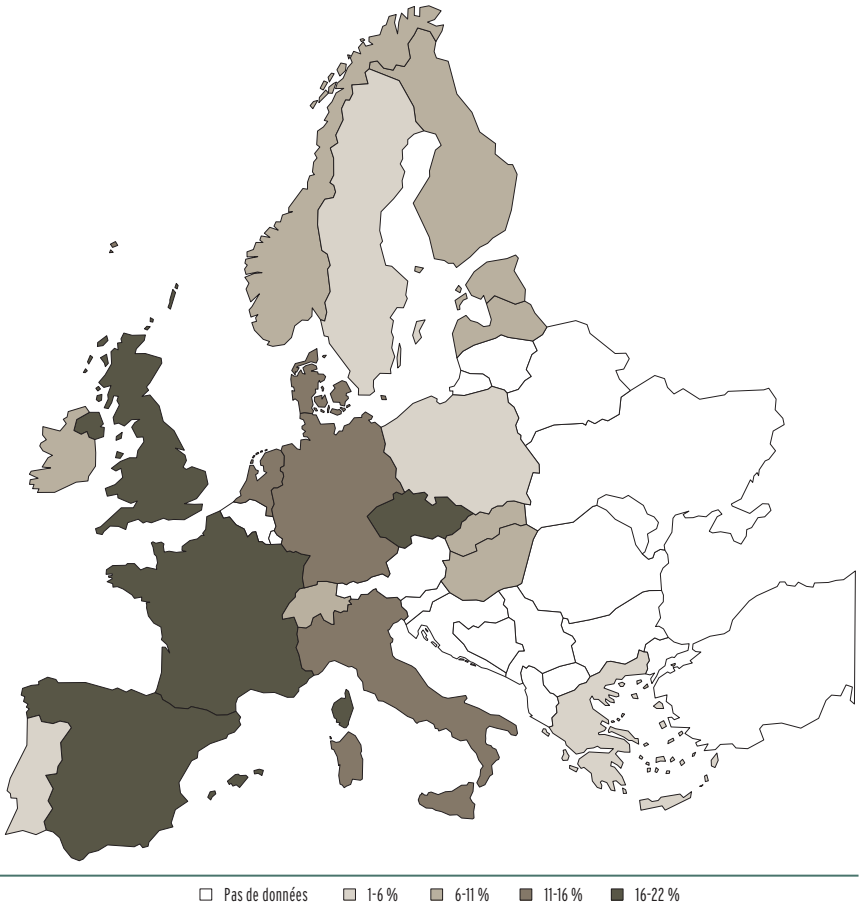
toire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) pour rendre les enquêtes des différents pays comparables grâce à des protocoles en grande partie standardisés [34]. Il est désormais envisageable de dresser une cartographie européenne des usages du cannabis au cours de l'année parmi les jeunes adultes (15-34 ans) [figure 22] ou l'ensemble des adultes (15-64 ans). Auparavant, les données étaient plutôt présentées sous forme de tableaux soulignant plus les disparités de méthodes qu'ils ne permettaient d'effectuer des comparaisons entre pays [35].

Les données présentées ici proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays, l'année de référence variant de 2000 à 2005 et étant le plus souvent 2003. Si la plupart des pays peuvent fournir des résultats sur la tranche d'âge 15-34 ans, ils ne correspondent pas toujours exactement à cette tranche : pour le Danemark, la Pologne et le Royaume-Uni, elle est de 16 à 34 ans ; pour la République tchèque, la Slovaquie, la Hongrie, la Suède et l'Allemagne, 18 à 34 ans ; pour la Suisse, 15 à 39 ans. Les niveaux d'usage actuel (au cours de l'année) de cannabis des jeunes adultes varient de 3 % en Grèce à 22 % en République tchèque. Ces enquêtes permettent de constater que la France, la République tchèque, l'Espagne et le Royaume-Uni sont les pays qui présentent les taux d'usage de cannabis au cours de l'année les plus élevés au sein de l'Europe¹⁹. D'autres données peuvent également être mobilisées pour mettre en perspective ces comparaisons : par exemple, aux États-Unis, le niveau était de l'ordre de 20 % en 2001 parmi les 18-34 ans [36], tandis qu'en Australie, il était, en 1998, de plus de 25 % parmi les 15-39 ans [37].

19. En Belgique, la question de l'usage du cannabis au cours des douze derniers mois n'était pas posée dans la dernière enquête. En 2001, 19 % des 15-34 ans déclaraient en avoir déjà consommé au cours de leur vie, ce qui situe le pays à une position relativement basse dans la hiérarchie.

FIGURE 22

Usage du cannabis au cours de l'année en Europe parmi les 15-34 ans (en pourcentage)



Source : OEDT, 2005.

Depuis le début des années 1990, dans les différents pays européens où plusieurs enquêtes en population générale ont pu être répétées dans le temps, le niveau de l'usage actuel de cannabis des jeunes adultes a augmenté de façon assez nette en Allemagne, au Danemark et, dans une moindre mesure aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède. Dans les pays où la prévalence était plus élevée au début de la décennie, tels que le Royaume-Uni et l'Espagne, la hausse a été moins marquée

[figure 23]. En France, il semble donc que la diffusion du cannabis ait atteint en 2002 un sommet en Europe, avant de retrouver en 2005 le niveau de l'année 2000. L'OEDT note également dans son rapport annuel que les hommes s'avèrent plus fréquemment usagers de cannabis que les femmes et ce, dans tous les pays européens **[38]**.

À l'instar de ce qui est observé en France, les autres substances illicites s'avèrent nettement moins consommées. Selon le pays,

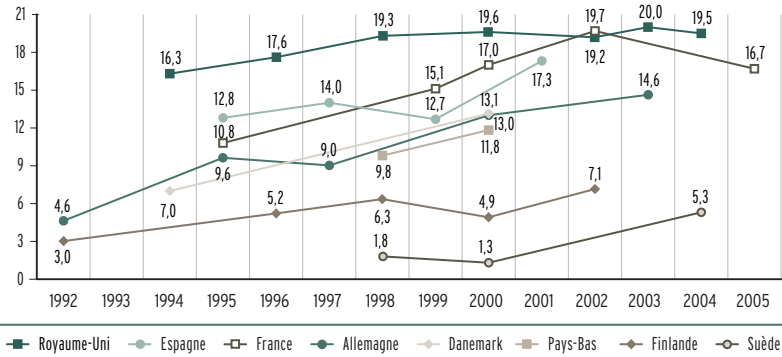
de 0,1 à 6 % des adultes ont expérimenté les amphétamines, même si ce pourcentage atteint 12 % au Royaume-Uni. L'usage au cours de la vie de la cocaïne concerne entre 0,5 et 6 % des adultes ; l'héroïne apparaît encore moins consommée. L'ecstasy concerne, pour sa part, entre 0,2 et 6,5 % des adultes, mais ce produit plus récent est surtout consommé par de jeunes adultes. L'ecstasy et la cocaïne ont connu

une certaine diffusion en Europe depuis le début des années 1990, la France n'échappant pas à cette tendance. Les amphétamines qui apparaissaient auparavant comme le produit le plus consommé après le cannabis, se trouvent désormais fréquemment à des niveaux d'usage inférieurs à ceux observés pour l'ecstasy.

Globalement, les usages de ces différentes drogues se concentrent sur la tranche des

FIGURE 23

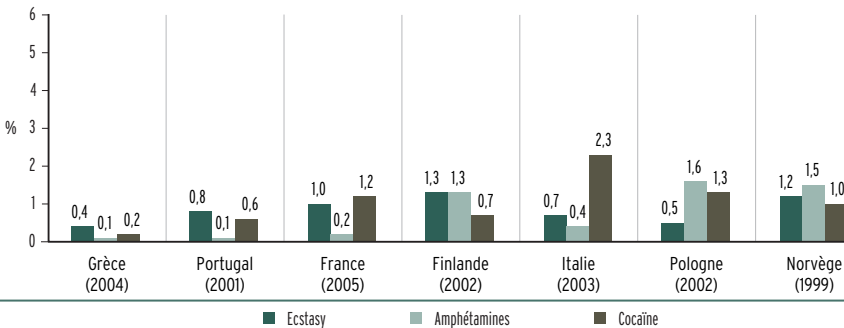
Évolution depuis le début des années 1990 du niveau d'usage du cannabis au cours de l'année parmi les jeunes adultes de divers pays européens



Sources : OEDT, 2005 ; Abraham *et al.*, 2002 ; Beck *et al.*, 2006 ; Chivite-Matthews *et al.*, 2005 ; Hakkarainen et Metsu, 2003 ; Kjølner et Rasmussen, 2002 ; Kraus et Augustin, 2004 ; Plan national sobre Drogas, 2001 [38-44].

FIGURE 24

Proportion d'usagers d'ecstasy, d'amphétamines et de cocaïne au cours de l'année, parmi les jeunes adultes de divers pays européens

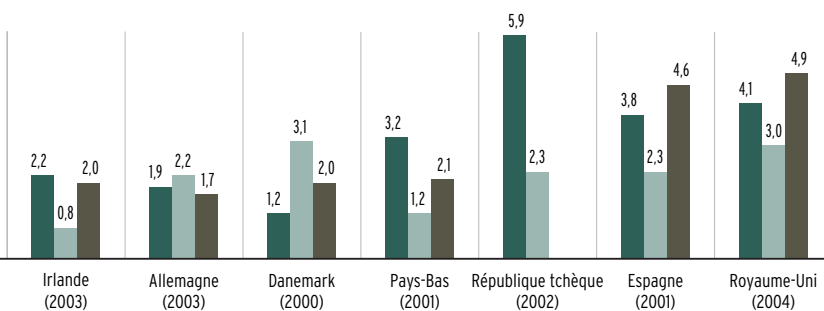


N.B. : la question de l'usage de la cocaïne au cours de l'année n'était pas posée en République tchèque.

15-34 ans, avec des prévalences au cours de la vie variant le plus souvent entre 1 et 5 %, mais pouvant atteindre pour les amphétamines 10 % au Danemark et même 18 % au Royaume-Uni, pour l'ecstasy 9 % en République tchèque et 14 % au Royaume-Uni. Concernant cette fois l'usage au cours de l'année, la hiérarchie par produits et par pays montre quelques particularités, confirmant notamment que, malgré les hausses récentes observées sur les usages d'ecstasy et de cocaïne, la France occupe une position basse en matière d'usage de ces produits [figure 24].

La position de la France en tête des pays européens pour la consommation de cannabis se retrouve pour les adolescents. L'enquête Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), menée auprès de jeunes scolarisés âgés de 15-16 ans en 1995 puis en 1999 et en 2003 dans une trentaine de pays européens, cumule les avantages des deux approches évoquées ci-dessus : l'enquête est très similaire d'un pays à l'autre, tous les terrains ont été réalisés en même temps et la méthode mise en œuvre est adaptée à l'interrogation des adolescents sur un sujet sensible [49-51]. La répétition de cette enquête à l'identique

à quatre ans d'écart permet également de dégager des tendances montrant que le cannabis s'est diffusé de plus en plus massivement en Europe au cours des années 1990 et que la France a rejoint le groupe de tête entre 1995 et 1999. Les adolescents français sont ainsi parmi les premiers consommateurs de cannabis au cours du mois. Ils figurent avec les Suisses, les Anglais et les Tchèques dans un groupe dont les niveaux compris entre 16 % et 22 % devancent largement ceux des autres Européens. Au-delà de l'intérêt de mettre les pratiques en regard des différences culturelles, économiques et sociales, l'importance de cette confrontation tient également à la diversité des législations en vigueur dans les différents pays de l'Union européenne, diversité d'autant plus grande que la mise en application des textes s'avère, elle aussi, très variable. En effet, la législation française passe pour être la plus répressive d'Europe et le fait qu'elle n'opère aucune distinction entre les produits stupéfiants la rend d'autant plus sévère à l'égard des usagers de cannabis, produit appartenant à une classe à part dans la plupart des législations européennes. Cette comparaison internationale permet notamment de conforter l'idée que, plus que la législa-



Sources : OEDT, 2005 ; Abraham *et al.* 2002 ; Athens Mental Health Research Institute, 2004 ; Balsa *et al.*, 2002 ; Beck *et al.*, 2006 ; Chivite-Matthews *et al.*, 2005 ; Hakkarainen et Metsu, 2003 ; Kjølner et Rasmussen, 2002 ; Kraus et Augustin, 2004 ; National Advisory Committee on Drugs, 2003 ; Plan national sobre drogas., 2001 ; Sieroslowski, 2002 [38-48].

tion, ce sont les réseaux de relations nouées entre les individus qui déterminent les choix de consommation d'un produit comme le cannabis. Cela s'avère en particulier le cas chez les jeunes, dans la mesure où les pratiques apparaissent très liées aux usages de ses pairs [52], en particulier ceux des amis les plus proches [53].

De telles comparaisons internationales peuvent jouer un rôle important dans la mise en regard des différents modèles de politique publique de gestion des drogues, à des fins d'aide à l'évaluation. Sans aller beaucoup plus loin, un pointage rigoureux de ces chiffres permet de montrer que parmi les pays d'Europe présentant les politiques les plus répressives en matière d'usage de stupéfiants, le niveau de consommation du cannabis apparaît élevé en France et au plus bas en Suède, alors qu'à l'opposé les Pays-Bas occupent une place médiane. Une récente étude, s'appuyant aussi sur des données recueillies auprès d'échantillons représentatifs d'usagers réguliers de cannabis à Amsterdam et à San Francisco, a ainsi montré que la décriminalisation n'a pas eu d'effet sur les niveaux de consommation [54].

Il convient toutefois de nuancer ce propos et la portée générale des comparaisons européennes, dans la mesure où les populations ont, indépendamment du contexte législatif, des particularités socioéconomiques et culturelles susceptibles de peser sur leurs pratiques. De plus, la description

du type de politique publique en vigueur dans un pays est une affaire complexe qui engage toutes les dimensions de l'intervention de l'État et de l'ensemble de la société sur les drogues. Il est de ce fait très réducteur de qualifier un pays de répressif ou de permissif, dans la mesure où les politiques des drogues en Europe apparaissent de plus en plus convergentes et traversées par des forces communes [55]. Elles se sont «sanitarisées» et fonctionnent par rapport à une unité de mesure commune : le risque. Les évolutions vers la réduction des risques, la tolérance de plus en plus grande accordée à la possession et à l'usage simple, dès lors qu'il n'y a ni récidive, ni circonstance aggravante, ou encore l'orientation vers une politique préventive englobant l'ensemble des conduites addictives et des substances psychoactives indiquent clairement cette convergence, alors qu'il y a une dizaine d'années, de tels sujets étaient l'objet de profondes divisions entre les pays de l'Union européenne. Un grand nombre de pays ont ainsi modifié leur dispositif législatif par des changements de loi, soit par des directives ou des circulaires : le Danemark en 1992, l'Espagne et l'Italie en 1993, l'Autriche et l'Allemagne en 1998, la France en 1999, le Portugal et le Luxembourg en 2001, la Belgique en 2003 et la Grande-Bretagne en 2004 — ces pays tendant tous à se rapprocher plus ou moins nettement du modèle néerlandais.

CONCLUSION

En définitive, si les usages du cannabis apparaissent globalement à la hausse sur les quinze dernières années, une stabilisation du niveau des usages au cours de l'année est apparue depuis le début des années 2000. L'usage régulier reste néanmoins à la hausse, justifiant une attention maintenue de la part des pouvoirs publics, que ce soit en termes de prévention ou d'offre de soins. Parmi les autres drogues illicites qui s'avèrent beaucoup plus rarement consommées, le niveau d'usage actuel de produits tels que la cocaïne ou l'ecstasy apparaît en

hausse ces dernières années, tandis que ceux de l'héroïne, du LSD et des amphétamines semblent stables à des niveaux très bas. Ces tendances rejoignent largement les observations rapportées du terrain par les travailleurs sociaux et les intervenants en toxicomanie. Le Baromètre santé permet ainsi de quantifier ces impressions. La richesse de cette base devrait permettre, dans un proche avenir, de compléter l'approche développée dans ce chapitre par un certain nombre d'investigations sur des questions précises.

LEXIQUE DES DROGUES ÉVOQUÉES DANS CE CHAPITRE

Le cannabis

Le cannabis est une plante (*cannabis sativa indica*), dont est extraite la marijuana (herbe) et la résine de cannabis (haschisch). La teneur en principes actifs (essentiellement le THC) s'avère variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisées, la fraîcheur du produit et le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (« joint », « bédou », « tonj »), le cannabis peut être fumé avec une pipe à eau (« bang », « douille »), consommé sous forme de gâteau (*space-cake*) ou d'infusion, ces modes de consommation restant assez marginaux. Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants, mais peut provoquer un phénomène de décompensation psychique. Il peut également induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

Les poppers

Les poppers sont des solvants contenant des dérivés de nitrite d'amyle. Leur effet désinhibant et vasodilatateur est bref et intense, provoquant le rire et une euphorie avec accélération du rythme cardiaque.

L'héroïne

L'héroïne est un dérivé de la morphine, elle-même dérivée de l'opium. Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche ou brune. Elle est consommée pour ses propriétés euphorisantes et relaxantes. Son administration par voie intraveineuse en a fait une cause majeure de transmission des virus des hépatites et du VIH. Elle peut également être sniffée ou fumée. Son utilisation induit une très forte dépendance physique et psychique, avec état de manque en cas de sevrage. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

L'ecstasy

L'ecstasy désigne des produits synthétiques contenant du MDMA (méthylènedioxyamphétamine), dont la composition et surtout le dosage peuvent être d'une grande variété (mélange avec des médicaments ou autres substances). Le plus souvent sous forme de comprimés, elle peut aussi se présenter en poudre. Appelée, lors de son apparition en France vers la fin des années 1980, « drogue de l'amour » pour ses effets aphrodisiaques, son utilisation s'est largement étendue au cours des années 1990, notamment avec l'essor du

mouvement techno, et dépasse désormais largement ce cadre. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

Le LSD

Le LSD parfois appelé « acide » ou « trip » est un hallucinogène provoquant des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle qui peuvent aller jusqu'aux hallucinations. Il se présente le plus souvent sous la forme d'un buvard qui est sucé ou avalé, mais aussi sous forme de micropoints. Sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques (« *bad trip* »), de manière plus ou moins durable. Parmi les autres hallucinogènes se trouvent la mescaline, les champignons hallucinogènes (psilocybe), le datura, la *salvia divinorum*... Ces produits sont pour la plupart classés parmi les stupéfiants.

La cocaïne

La cocaïne est un dérivé de la feuille de coca, qui se présente sous la forme d'une fine poudre blanche. La cocaïne se consomme le plus souvent en sniff. Elle concernait, il y a quelques années, des milieux sociaux favorisés, proches du monde du spectacle, ainsi que des populations marginalisées mais se trouve désormais dans de nombreux espaces. Elle provoque une euphorie immédiate, une stimulation intellectuelle et physique mais n'engendre pas de dépendance physique. La dépendance psychique peut être, en revanche, extrêmement forte. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

Le crack (ou *free-base*)

Le crack est le résultat du mélange de bicarbonate ou d'ammoniaque à la cocaïne. Il se présente généralement sous forme de cailloux ou de galettes (appellations courantes du crack), qui se consomment le plus souvent fumés, mais parfois aussi par injection. La consommation de crack induit une dépendance plus rapide et une

neurotoxicité plus importante que celles de la cocaïne. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

Les amphétamines

Les amphétamines sont des produits de synthèse stimulants qui trouvent leur origine dans l'éphédra. Le plus souvent en comprimés, elles peuvent aussi se présenter en gélules, en poudre (« speed »). Leur usage festif est relativement proche de celui de l'ecstasy. Certains les utilisent comme dopants ou comme coupe-faim. Les amphétamines sont récemment sorties de la pharmacopée et sont classées parmi les stupéfiants.

Les champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes sont des produits d'origine naturelle issus des champignons de type psilocybe contenant des principes actifs hallucinogènes comme la psilocybine et la psilocybine, mais aussi les champignons mexicains, hawaïens, colombiens... Ingérés secs, crus ou cuits (omelette), ils provoquent des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Leur consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques de manière plus ou moins durable. Ces produits sont classés parmi les stupéfiants.

Les produits pris par inhalation

Les produits pris par inhalation constituent une catégorie assez variée : colles, solvants, détachants, vernis, protoxyde d'azote, air sec, dérivés du pétrole... Les principes actifs les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. Ces produits provoquent des distorsions auditives et visuelles. Les principaux utilisateurs sont les adolescents, car ils sont d'accès facile et de prix très bas. Les troubles engendrés peuvent être assez graves, tant sur le plan physique que psychique. Ces produits sont en vente libre ou à usage hospitalier (protoxyde d'azote).

Relecteurs

Bernard Basset (INPES)
Jean-Michel Costes (OFDT)
Romain Guignard (INPES)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Beck F., Cytrynowicz J.
Usages de drogues illicites. In : Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2005 - premiers résultats.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 49-58.
- [2] Coppel A.
Figures de femmes...
Le courrier des addictions 2004 ; 6 (2) : 54-8.
- [3] Beck F., Legleye S., Spilka S., *et al.*
Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005 : exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte.
Tendances 2006 ; 48 : 1-6.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxfbm5.pdf>
- [4] Baudier F., Dressen C., Alias F.
Baromètre santé 92.
Vanves : CFES, coll. Baromètre santé, 1994 : 165 p.
- [5] Baudier F., Arènes J.
Baromètre santé adultes 95/96.
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1997 : 288 p.
- [6] Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P.
Les usages de produits psychoactifs des étudiants.
Psychotropes, revue internationale des toxicomanies 2005 ; 11 (3-4) : 31-51.
- [7] Legleye S., Beck F.
Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France.
Toxibase 2004 ; 15 : 12-5.
- [8] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
Drogues illicites : pratiques et attitudes. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2000 : résultats (vol. 2).
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 237-74.
- [9] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003.
Saint-Denis : OFDT, 2005 : 224 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxfbl6.pdf>
- [10] Laumon B., Gadegebeku B., Martin J.-L., Biecheler M.-B., SAM Group.
Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study.
BMJ 2005 ; 331(7529) : 1371.
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16321993>
- [11] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque ; résultats de l'enquête nationale Escapad 2005.
Tendances 2006 ; 49 : 1-6.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxfbm9.pdf>
- [12] Dudoignon L., Vanheuverzwyn A.
Le téléphone mobile dans les enquêtes de référence de la mesure d'audience des médias en France. In : Lavallée P. (sous la dir.), Rivest L.P.
Méthodes d'enquêtes et sondages : pratiques européenne et nord-américaine.
Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : 72-6.
- [13] Bigot R.
La diffusion des technologies de l'information dans la société française.
Paris : Crédoc, coll. Collection des rapports (n° 237), 2005 : 176 p.
- [14] Bigot R.
La diffusion des technologies de l'information dans la société française.
Paris : Crédoc, coll. Collection des rapports (n° 241), 2006 : 202 p.
- [15] Roy G., Vanheuverzwyn A.
Mobile Phone in Sample Surveys.
International Conference on Improving Surveys, 2002 Aug. 25-28, Copenhagen, Denmark.
- [16] Gautier A., Beck F., Marder S., *et al.*
Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros. In : Lavallée P. (sous la dir.), Rivest L.P.
Méthodes d'enquêtes et sondages : pratiques européenne et nord-américaine.
Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : 60-4.
- [17] ACSF Investigators.
Analysis of sexual behavior in France (ACSF) : a comparison between two modes of investigation, telephone survey and face-to-face survey.
AIDS 1992 ; 6(3) : 315-23.
- [18] Beck F., Peretti-Watel P., Legleye S.
Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues.
Bulletin de Méthodologie Sociologique 2005 ; 86 : 5-29.

- [19] Ramström J.
Adverse Health Consequences of Cannabis Use: a Survey of Scientific Studies Published up to and including the Autumn of 2003.
Stockholm: National Institute of Public Health - Sweden, 2004: 128p.
En ligne : <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/r200446adversehealthconsequencescannabis0503.pdf>
- [20] Peretti-Watel P., Legleye S., Beck F.
Santé mentale et usage de cannabis à la fin de l'adolescence : Une relation complexe qui déborde le cadre pharmacologique.
Médecine Sciences 2002; 18 (4) : 481-8.
En ligne : <http://pdf.edk.fr/archive/ms/2002/4/481.pdf>
- [21] Hall W.
The mental health risk of adolescent cannabis use.
PLoS Medicine. 2006; 3(2): 159-62.
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1351917&blobtype=pdf>
- [22] Reynaud M.
Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque; outils de repérage; conduites à tenir.
Paris : La Documentation française, 2002 : 288 p.
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000138/0000.pdf>
- [23] Costes J.-M.
Country report: France. In:
EMCDDA. Prevalence and patterns of problem drug use for all European Union member states: final report.
Luxembourg, 2002.
- [24] Vaissade L.
Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT (NEMO) : estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues en France.
Note OFDT, 2006 (Document de travail non publié).
- [25] Bellamy V.
La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social : enquête réalisée en novembre 2003.
Paris : Dress, 2005 : 36 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat83.pdf>
- [26] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.
Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2004.
Paris : ministère de l'Intérieur, 2005 : 112 p.
- [27] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques : enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002.
Paris : OFDT, 2003 : 227 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbj1.pdf>
- [28] Aubusson de Cavarlay B.
Du dossier de procédure aux filières pénales, l'effet d'entonnoir et le syndrome du réverbère : le cas des ILS.
In : Faugeron C. (ed.).
Les drogues en France : politiques, marchés, usages.
Genève : Georg, 1999 : 151-9.
- [29] Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S.
Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis.
Déviance et société 2004; 28 (3) : 335-52.
- [30] Becker H.S.
Outsiders. Étude de sociologie de la déviance.
Paris : Métailié, 1985 (1^{re} éd. 1963) : 244 p.
- [31] Fontaine A., Fontana C., Verchère C., Vischi R., LIRESS (RAS Lab.)
Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France, juillet 1999-juin 2000.
Paris : OFDT, 2001 : 272 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/liress.pdf>
- [32] Ingold F.R., Toussirt M., Petit F., Combesque A.M.
Apport des sciences de l'homme et de la société à la compréhension des drogues et des substances psychoactives.
Paris : DGLDT, coll. *Méthode et histoire*, 1994 : 123 p.
- [33] Toufik A., Sarradet A., Gandilhon M.
Rapport TREND : Tendances récentes.
Paris : OFDT, 2000 : 98 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/trend2000.pdf>
- [34] Bless R., Korf D.J., Riper H., Diemel S.
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union.
Lisbon: EMCDDA, 1997: 149p.
En ligne : <http://www.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.AttachmentDownload&NodeID=1382>
- [35] Reuband, K.H.
Drug use and drug policy in Western Europe: epidemiological findings in a comparative perspective.
European Addiction Research 1995; 1 (1-2): 32-41.
- [36] Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Volume I. Summary of National Findings.
Rockville: Office of Applied Studies, 2002
En ligne : <http://www.oas.samhsa.gov/nhsda/2k1nhsda/vol1/toc.htm>
- [37] Higgins K., Cooper-Stanbury M., Williams P.
Statistics on Drug Use in Australia 1998.
Canberra: AIHW, 2000: 66p.
En ligne : <http://www.aihw.gov.au/publications/health/sdua98/sdua98.pdf>

- [38] Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT). **Rapport annuel 2005 : état du phénomène de la drogue en Europe.** Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes, 2005 : 90 p.
En ligne : <http://ar2005.emcdda.eu.int/download/ar2005-fr.pdf>
- [39] Abraham M.D., Kaal H.L., Cohen P.D.A. **Licit and illicit drug use in the Netherlands 2001.** Amsterdam: CEDRO/Mets en Schilt, 2001.
- [40] Chivite-Matthews N., Richardson A., O'Shea J., *et al.* **Drug misuse declared: findings from the 2003-04 British Crime Survey, England and Wales.** Home Office Statistical Bulletin 2005; 04-05: 1-18.
En ligne : <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/05/hosb0405.pdf>
- [41] Hakkarainen, P., Metso L. **Huumeiden käytön uusi sukupolvi. [Drug use : the new generation].** Yhteiskuntapolitiikka 2003; 68(3): 244-56.
En ligne : <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/EFE88016-8DA8-49CB-952C-B9FD3A6B78F6/0/yp32003.pdf>
- [42] Kjølner M., Rasmussen N.K. (eds). **Danish Health and Morbidity Survey 2000 & trends since 1987.** Copenhagen: National Institute of Public Health, 2002.
- [43] Kraus L., Augustin R. **Representative survey on the use and abuse of alcohol, medicines, tobacco products and illegal drugs (BUND) 2003.** Munich: IFT, 2004.
- [44] Ministerio de Sanidad y Consumo. **Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD).** Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
En ligne : <http://www.pnsd.msc.es/>
- [45] Athens University Mental Health Research Institute. **Greek National Population Survey on Licit and Illicit Substance Use.** Athens: UMHRI, 2004.
- [46] Balsa C., Farinha T., Nunes J.-P., Chaves M. **Inquérito nacional ao consumo de substâncias psico-activas na população portuguesa, 2001.** Lisboa : CEOS, FCSH-UNL, 2002.
En ligne : http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/inquerito_nacional_pop_geral_01.zip
- [47] National Advisory Committee on Drugs (NACD), Drugs and Alcohol Information and Research Unit (DAIRU). **Drug Use in Ireland & Northern Ireland: First results from the 2002/2003 Drug Prevalence Survey.** Dublin: NACD, 2003.
En ligne : http://www.nacd.ie/publications/Bulletin_reissue.pdf
- [48] Sieroslawski, J. **Psychoactives Substances and Behaviours.** Warsaw: National Bureau for Drug Prevention, 2002.
- [49] Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A. **The 1995 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 26 European countries.** Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 1997: 294 p.
En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_1995_ESPAD_report.pdf
- [50] Hibell B., Andersson B., Ahlström S., *et al.* **The 1999 ESPAD Report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries.** Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2001: 362p.
En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_1999_ESPAD_report.pdf
- [51] Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., *et al.* **The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries.** Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2004: 450p.
En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf
- [52] Bohrn K., Fenk R. **L'influence du groupe des pairs sur les usages de drogues.** Psychotropes, revue internationale des toxicomanies 2003; 9 (3-4) : 195-202.
En ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_REVUE=PSYT&ID_NUMPUBLIE=PSYT_093&ID_ARTICLE=PSYT_093_0195
- [53] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. **Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000.** Paris : OFDT, 2000 : 220 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/escapad00.pdf>
- [54] Reinerman C., Cohen P.D.A., Kaal H.L. **The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco.** American Journal of Public Health 2004; 94(5): 836-42.
En ligne : <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/5/836.pdf>
- [55] Bergeron H. **Les politiques publiques en Europe : de l'ordre à la santé publique.** In : Reynaud M., Bailly D. Venisse J.-L. (sous la dir.). **Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce? Actes du 6e congrès international sur les addictions.** Paris : Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2005 : 30-9.





TRIANGLE SECRET









Awi ^{TRM}

ST BENEDETTI
ST RAPHAE

sh 30
SOCIETY

L'essentiel

Dans le Baromètre santé 2005, à l'instar des autres enquêtes en population générale portant sur les usages de drogues, la polyconsommation est abordée par le biais de deux indicateurs, la polyconsommation régulière d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, et le cumul de consommation, au cours de l'année, d'au moins deux drogues illicites hors cannabis, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'il s'agisse d'usages concomitants.

La polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis s'avère relativement rare, puisqu'elle ne concerne que 8,3 % de la population. Elle culmine parmi les 20-24 ans qui se révèlent être l'une des tran-

ches d'âge les plus consommatrices de tabac et de cannabis, avec 11,6 %. Notons que la polyconsommation régulière des trois produits est particulièrement rare, puisqu'elle n'est le fait que de moins de 1 % des individus de 15 à 64 ans ; elle culmine parmi les 20-29 ans avec moins de 2 % de la tranche d'âge. La principale association de ces produits reste donc celle de l'alcool et du tabac, qui est majoritaire dès l'âge de 35 ans. Les polyconsommations incluant le cannabis deviennent en effet très rares au-delà de 34 ans. Ainsi, la majeure partie des polyconsommateurs réguliers de produits psychoactifs restent des consommateurs d'alcool et de tabac. Il existe un lien fort entre consomma-

tion de cannabis et usages d'autres produits psychoactifs illicites. Le cumul d'usages, au cours de la vie, de produits psychoactifs illicites hors cannabis concerne 10,0 % des 15-34 ans ; pour l'usage au cours de l'année, il s'élève à 2,3 %. Ces cumuls sont davantage le fait des consommateurs de cannabis. Les facteurs associés à ce type de consommation sont similaires à ceux associés aux usages de produits psychoactifs illicites : le chômage constitue un facteur important relativement à l'activité salariée, tandis que la scolarisation et l'inscription dans des études supérieures apparaissent plutôt comme des situations éloignant de ces formes d'usages.

Polyconsommation : une pratique peu répandue en population générale

FRANÇOIS BECK
STÉPHANE LEGLEYE
STANISLAS SPILKA

INTRODUCTION

Dans la phrase introductive du Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011, communiqué au conseil des ministres le 15 novembre 2006, est rappelée la proportion de jeunes de 17 ans ayant déjà consommé simultanément de l'alcool et du cannabis, ce qui montre la préoccupation des pouvoirs publics sur la question des polyconsommations [1]. De fait, la présence de plus en plus visible en France, depuis la fin des années 1990, de personnes présentant des usages de plusieurs produits dans les centres d'accueil ou de soins a conduit les intervenants en toxicomanie et les chercheurs à travailler davantage la question des polyconsommations [2, 3]. Cette réflexion a notamment abouti à la création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (Csapa), structures privilégiant une approche générique des addictions, c'est-à-dire au sein desquelles tout produit peut être

à l'origine de la prise en charge¹. Les recherches épidémiologiques et sociologiques engagées autour de cette question s'avèrent relativement nombreuses et ont suscité une abondante littérature anglo-saxonne, que ce soit à l'adolescence [4-6], en population étudiante [7-9], en population générale adulte [10-13], ou encore auprès d'usagers ayant recours à un traitement [14-17]. Elles restent néanmoins relativement rares en France, en particulier à partir d'un échantillon représentatif de la population.

Le terme « polyconsommation » recouvre en fait des significations différentes suivant le domaine de recherche ou de pratique. En addictologie, il désigne généralement le fait

1. Précisons que les formes d'addictions sans produit, telles que le jeu pathologique ou l'ergomanie, ne sont pas encore concernées par les aboutissements concrets de cette évolution, même si une réflexion autour de ce lien existe en France. Au Québec, par exemple, dans une récente enquête en milieu scolaire, l'étude de la polyconsommation intègre les jeux de hasard et d'argent [20].

de consommer en même temps ou consécutivement plusieurs produits lors d'une même occasion [18]. Si l'on excepte quelques cas très particuliers d'associations de produits à des fins thérapeutiques, comme le recours au LSD dans le cadre du traitement de l'alcoolisme dans les années 1950 [19], le but recherché par le polyusager est le plus souvent de potentialiser ou de gérer les effets d'un produit soit lorsque ceux-ci culminent (afin de parvenir à un état particulier choisi), soit lors de leur affaiblissement (moment couramment appelé « descente »). Toutefois, les individus ayant ce type de pratiques s'avèrent, à l'échelle de l'ensemble de la population, relativement rares et donc peu susceptibles d'être interrogés dans les enquêtes en population générale telles que le Baromètre santé. C'est donc au prix d'un recentrage sur une acception plus littérale et plus générale du terme que peut être traitée la polyconsommation, à travers les indicateurs d'usages de drogues disponibles dans ce type d'enquêtes. Il s'agira alors à la fois de décrire les cumuls de consommations des principaux produits psychoac-

tifs diffusés dans la population, à savoir l'alcool, le tabac et le cannabis, mais aussi les cumuls d'usages au cours de la vie et de l'année des autres substances psychoactives illicites. Notons que les enquêtes en population générale fournissent généralement des données à partir de questions indépendantes, sans relation entre elles (« Avez-vous déjà pris du cannabis ? » puis « Avez-vous déjà bu de l'alcool ? »...), qui décrivent des usages *a priori* disjoints des usages successifs. Seront donc par exemple considérés comme polyconsommateurs les individus qui boivent régulièrement de l'alcool et sont fumeurs quotidiens de tabac. Il est clair que cette définition se distingue de celles couramment utilisées en addictologie.

Nous étudierons en premier lieu la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis, puis les liens entre niveau de consommation de cannabis et usage d'autres drogues illicites. Enfin, un regard sera porté sur les individus qui cumulent les usages d'au moins deux substances illicites au cours de leur vie ou au cours des douze mois précédant l'enquête.

LA POLYCONSOMMATION RÉGULIÈRE

La polyconsommation régulière, à savoir le cumul d'au moins deux usages réguliers des trois produits les plus consommés (boire de l'alcool au moins quatre fois par semaine, fumer quotidiennement du tabac et avoir consommé au moins dix fois du cannabis au cours des trente derniers jours) concerne 8,3 % de la population adulte. La forme la plus répandue est l'association alcool-tabac (5,9 %), devant les cumuls tabac-cannabis (1,6 %) et alcool-tabac-cannabis (0,7 %), tous deux caractéristiques des jeunes générations, comme l'ont déjà montré les enquêtes en population adolescente [2]. L'association alcool-cannabis s'avère quasi inexistante (0,1 %), l'usage du cannabis

s'accompagnant presque systématiquement d'un usage régulier de tabac². Les variations globales de la polyconsommation régulière suivant l'âge s'avèrent relativement faibles : elle est maximale parmi les 20-24 ans (11 %), puis décroît pour remonter parmi les 45-54 ans (9 %), avant de diminuer à nouveau jusqu'à 65 ans (5 %). Néanmoins, sa nature se modifie beaucoup : elle est surtout due aux associations alcool-tabac et tabac-cannabis parmi les jeunes, cette dernière laissant rapidement le pas,

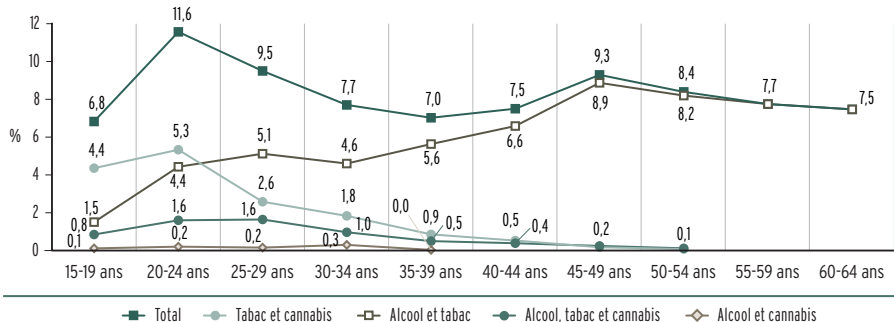
2. Le tabac intervient presque toujours dans la confection des joints de cannabis, mais il n'est alors pas comptabilisé comme une consommation de tabac en tant que telle.

dès 25-29 ans, à la première qui domine largement à tous les âges de la vie. Le cumul des trois consommations régulières est

marginal : il reste inférieur à 2 % parmi les 20-24 ans et va en s'amenuisant rapidement par la suite [figure 1].

FIGURE 1

Fréquence et type de polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis, suivant l'âge (en pourcentage)



INTRICATION ENTRE LES USAGES DU CANNABIS ET L'EXPÉRIMENTATION DES AUTRES DROGUES ILLICITES

Les usages de drogues illicites étant très rares au-delà de 35 ans, nous avons restreint l'analyse de la polyconsommation à la tranche d'âge 15-34 ans. Au-delà, en effet, la polyconsommation se résume très largement à l'association alcool-tabac.

Comme l'ont déjà montré des enquêtes anglo-saxonnes menées en population générale adulte [10], il existe un lien très fort entre le niveau d'usage actuel de cannabis et l'expérimentation d'autres drogues illicites. Cette association statistique forte ne prouve pas l'existence d'un mécanisme incitant les usagers de cannabis à consommer d'autres drogues³ : seule une minorité d'usagers réguliers de cannabis (et *a fortiori* d'expérimentateurs de cannabis) déclare avoir déjà pris d'autres produits illicites. Cela illustre cependant le fait que la pratique et la sociabilité associées à l'usage du cannabis sont susceptibles d'offrir des opportunités

d'expérimentation. Les produits les plus fréquemment expérimentés par les usagers du cannabis se révèlent être, sans surprise, ceux qui sont les plus répandus dans la population générale (à savoir : poppers, champignons hallucinogènes, cocaïne et ecstasy).

La proportion d'usagers au cours de l'année de produits psychoactifs illicites autres que le cannabis croît également avec le niveau d'usage du cannabis : elle passe de 0,4 % parmi les personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis au cours de leur vie (ce qui prouve qu'il existe une faible minorité d'usagers de drogues illicites qui déclarent n'avoir jamais consommé de cannabis de leur vie), à près de 25 % parmi les usagers réguliers de cannabis. Les abstinentes au

3. Cette idée est ce que l'on appelle communément la « théorie de l'escalade ».

cannabis qui ont déjà pris une autre drogue illicite sont majoritairement des jeunes, expérimentateurs de poppers ou de produits à inhaler.

Globalement, 10,9 % des 15-34 ans ont expérimenté au moins un produit autre que le cannabis et 3,0 % l'ont fait au cours de l'année. Cela représente 10,0 % de polyexpérimentateurs et 2,3 % de polyusagers au cours de l'année [tableau I].

Si les cumuls d'usages de produits psychoactifs illicites sont rares dans la population générale, en particulier dès qu'il s'agit d'autres produits que le cannabis, leur répartition n'apparaît pas homogène. Ainsi, ce sont les étudiants exerçant un emploi et les chômeurs qui semblent présenter les plus hauts niveaux pour ces indicateurs, tandis

que les étudiants qui ne travaillent pas et les autres inactifs paraissent présenter des niveaux très bas.

Une régression logistique contrôlant les principaux facteurs associés aux usages de produits psychoactifs illicites (cf. dans le chapitre sur les drogues illicites du présent ouvrage, l'encadré sur les facteurs de confusion) permet de confirmer ce résultat. Comparativement aux actifs exerçant un emploi, les étudiants présentent des niveaux de polyusages qui ont tendance à être plus faibles (mais ne le sont pas significativement), alors que ceux des chômeurs sont au contraire nettement plus élevés⁴ [figure 2 et tableau II].

4. Ce résultat est vrai si l'on ne contrôle que l'âge et le sexe.

TABLEAU I

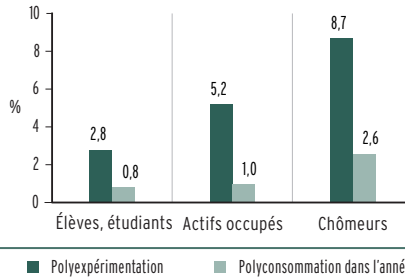
Usages de drogues illicites selon la fréquence de consommation du cannabis parmi les 15-34 ans (en pourcentage)

	Abstinents vie	Expérimentateurs	Usagers actuels	Usagers récents	Usagers réguliers	Total
Expérimentation (au moins une prise au cours de la vie)						
Poppers	0,8	11,8	19,1	24,1	26,1	5,6
Champignons hallucinogènes	0,1	8,4	15,7	22,0	26,2	3,7
Cocaïne	0,3	7,3	14,3	19,6	24,1	3,3
Ecstasy	0,2	8,2	15,0	20,3	23,9	3,7
Produits à inhaler	0,4	4,6	7,4	8,6	11,0	2,2
LSD	0,1	3,5	7,2	10,1	13,6	1,6
Amphétamines	0,3	2,5	5,1	7,4	8,7	1,3
Héroïne	0,0	2,1	3,9	5,4	7,6	0,9
Crack	0,1	0,9	1,5	2,0	3,2	0,5
Cumul d'expérimentations (hors cannabis)						
0	98,3	77,0	64,1	54,5	49,7	89,1
1	1,4	12,8	16,4	19,6	18,5	6,3
2	0,2	3,9	6,8	8,1	9,4	1,8
3 et plus	0,2	6,3	12,7	17,8	22,4	2,8
Cumul d'usages au cours de l'année						
0	99,6	93,6	86,0	80,6	75,2	97,0
1	0,3	4,0	8,5	11,4	13,8	1,9
2	0,0	1,1	2,7	3,6	4,7	0,5
3 et plus	0,0	1,2	2,8	4,4	6,3	0,6

Lecture : parmi les individus déclarant n'avoir jamais fumé de cannabis au cours de leur vie, 0,8 % disent avoir expérimenté les poppers, 1,4 % déclarent avoir expérimenté une seule drogue illicite hors cannabis (au sein des produits listés dans le tableau) et 0,3 % disent en avoir pris une au cours des douze derniers mois.

FIGURE 2

Polyexpérimentation et polyconsommation au cours de l'année de produits illicites hors cannabis parmi les 15-34 ans (en pourcentage)



Lecture : 5,2 % des actifs occupés âgés de 15 à 34 ans disent avoir déjà pris au moins deux substances illicites (hors cannabis) au cours de leur vie ; 1,0 % déclare en avoir pris au moins deux au cours de l'année écoulée.

Effectifs : élèves, étudiants = 3 368 ; actifs occupés = 5 576 ; chômeurs = 1 285.

TABLEAU II

OR ajustés^a pour le cumul d'usages d'au moins deux produits psychoactifs illicites hors cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le statut scolaire et professionnel, parmi les 15-34 ans

	Vie	Année
Étudiants (n=3 368)	0,9	0,6
Chômeurs (n=1 285)	1,8***	2,1**
Actifs occupés : référence (n=5 576)	1	1

** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

a. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (quatre niveaux) et l'équipement téléphonique (blanc/orange, rouge, mobile).

Ce résultat est, sans surprise, similaire à celui observé pour les usages de la cocaïne, de l'ecstasy ou encore du cannabis (*cf.* le chapitre sur les drogues illicites). Cela provient de la nature du phénomène observé, qui est un cumul d'usages reconstruit

par sommation de déclarations d'usages indépendantes les unes des autres, donc plutôt une succession d'usages de produits différents au cours de la vie ou de l'année que, spécifiquement, la prise simultanée de produits illicites.

DISCUSSION

Le polyusage est un phénomène observé assez massivement dans les espaces dédiés aux usagers de drogues (centres de soins, structures d'accueil, etc.) et rapporté par les enquêtes ethnographiques auprès de populations utilisatrices. Ainsi, selon l'enquête Oppidum (Observation des produits psycho-

tropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) menée par les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) depuis le début des années 2000, environ 60 % des usagers de drogues rencontrés dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST),

équipes de liaisons, structures de première ligne ou hôpitaux déclarent consommer régulièrement plusieurs produits illicites, la moitié d'entre eux en signalant au moins trois. Il apparaît également que, parmi les usagers suivant un traitement de substitution, la consommation en parallèle d'autres substances psychoactives est courante, même si elle tend à diminuer nettement au fur et à mesure du traitement, à l'exception de l'alcool et du tabac [21, 22]. Par ailleurs, ces dernières années, dans environ la moitié des décès par surdose, les analyses toxicologiques *post mortem* ont révélé la présence de plusieurs substances [23]. Certaines enquêtes en population générale menées en France ont également interrogé les individus sur l'usage simultané (ou concomitant) de produits. Dans l'enquête en milieu scolaire Espad, par exemple, il était demandé aux élèves combien de fois, au cours de leur vie, ils avaient pris de l'alcool avec du cannabis, d'une part, et de l'alcool avec des médicaments, d'autre part [24]. Dans le Baromètre santé 2000 et les enquêtes Escapad menées entre 2000 et 2003, il s'agissait d'une question ouverte permettant de recueillir les usages concomitants déclarés (l'enquêté précisant quels produits il avait « mélangés ») [2, 25]. Les réponses nous renseignent finalement plus sur les objectifs poursuivis par les consommateurs dans la mesure où ils correspondent à des interactions entre produits, celles-ci ayant des conséquences plus ou moins positives et plus ou moins escomptées.

Ainsi, lors du Baromètre santé 2000, 19 % des 18-44 ans déclaraient avoir consommé simultanément au moins deux substances psychoactives licites ou illicites en une même occasion. Dans 90 % des cas, il s'agissait d'alcool et de cannabis, cette prépondérance rejoignant les résultats d'enquêtes américaines [13, 18, 26]. L'usage simultané d'alcool et de cannabis, s'il est parfois justifié par les usagers eux-mêmes par une

volonté de soulager des épisodes de mal-être [27], reste souvent considéré comme prédicteur d'un basculement vers un usage problématique du cannabis [28, 29]. Pour le reste, les « mélanges » les plus fréquents observés lors du Baromètre santé 2000 avaient pour base l'alcool et (ou) le cannabis additionnés de cocaïne, de médicaments ou de LSD. Notons que le tabac n'apparaissait jamais dans les usages concomitants cités, alors que la combinaison alcool-tabac est sans doute la plus fréquente et que l'association tabac-cannabis apparaît inextricablement liée, l'usage du cannabis étant même parfois une porte d'entrée dans le tabagisme [30]. De fait, les enquêtés ne le mentionnent quasiment jamais car l'effet psychoactif du tabac est comparativement plus faible et parce qu'ils n'ont pas le sentiment de procéder à une association de produits lorsqu'ils boivent un verre en fumant une cigarette. Précisons que cette question a été abandonnée en 2005, au profit d'autres explorations thématiques sur les drogues.

Il est utile de mettre le tableau des polyconsommations en population adulte en regard de celui observé à l'adolescence. À 17 ans, environ un garçon sur cinq et une fille sur dix se déclarent consommateurs réguliers d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis⁵ [31]. La moitié des filles concernées le sont pour le tabac et le cannabis, environ un quart pour l'alcool et le tabac, et 15 % pour les trois produits. Les garçons se répartissent plus équitablement entre ces trois profils de consommation : un tiers d'entre eux se déclarent usagers réguliers de tabac et de cannabis, un tiers d'alcool et de tabac, et un quart des trois produits, cette répartition s'expliquant notamment parce qu'ils sont nettement plus souvent que les filles consommateurs réguliers d'alcool ou de cannabis. Depuis

5. La définition est la même que celle utilisée parmi les adultes dans ce chapitre.

2003, ces profils apparaissaient en légère baisse parmi les garçons, dans la continuité de la baisse récente de l'usage du cannabis et de tabac. À 17 ans, l'usage concomitant (prise en une même occasion ou simultanée) de plusieurs substances psychoactives au cours de la vie est un comportement déclaré par environ quatre jeunes sur dix.

Il s'agit, dans la très grande majorité des cas (plus du tiers des enquêtés), de l'association alcool-cannabis (vraisemblablement surtout pratiquée dans un cadre festif), le tabac ayant été exclu de la question toujours en raison de ses faibles potentialités de modification de l'état de conscience comparé aux autres produits. Le deuxième type d'usage concomitant déclaré est l'association alcool-médicaments psychotropes (un enquêté sur dix). Les autres apparaissent beaucoup plus rares, l'association la plus courante étant ensuite celle des champignons hallucinogènes et du cannabis (2 % des jeunes). Ces usages moins fréquents concernent des contextes particuliers, qui s'avèrent mieux décrits par les enquêtes centrées sur les usagers de drogues telles que les approches ethnographiques et les études menées à partir des statistiques sanitaires et répressives. Les polyusages concomitants le plus souvent observés à l'adolescence sont plutôt des pratiques de circonstances (plusieurs produits sont disponibles et consommés en même temps). C'est typiquement le cas des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis lors des soirées, un ou plusieurs de ces produits étant éventuellement associés à un autre produit plus rare (champignons hallucinogènes, ecstasy, etc.). Ils peuvent aussi relever d'un désir de potentialiser, maximiser ou prolonger les effets (alcool + médicaments psychotropes, ecstasy + LSD...). Il apparaît raisonnable de penser que ces usages concomitants ne sont que très rarement dus à un besoin de « gérer la descente » (effets négatifs, malaise), en prenant par exemple un opiacé

de type héroïne ou rachacha⁶ après des stimulants type amphétamines ou ecstasy, pratique qui se rencontre plutôt dans des sous-populations plus âgées et expérimentées [32, 33]. Une telle instrumentalisation n'est pas forcément en jeu dans la combinaison emblématique dénommée *speedball* (mélange de cocaïne et d'héroïne). L'effet recherché par cette association est, le plus souvent, soit d'accroître les effets positifs de la cocaïne, soit d'alléger le symptôme de manque consécutif à la prise d'héroïne [34, 35]. Notons que le *speedball* n'apparaît pas dans les résultats du Baromètre santé 2005 tant il s'avère rare à l'échelle de la population générale.

Il convient encore de noter que la mise à disposition des produits de substitution a modifié le paysage des polyusages de drogues au milieu des années 1990. Si elle a permis, en plus des indéniables avancées sanitaires, une certaine régulation des modes de vie et des pratiques des usagers de drogues, elle s'est également accompagnée d'une diversification dans les produits consommés, la drogue illicite à l'origine du traitement de substitution étant rarement abandonnée complètement, au moins dans les premiers temps [17, 22, 36], et l'alcool étant parfois très présent [37-40].

À partir des études anglo-saxonnes menées en populations adulte et adolescente, il est possible de dresser quelques traits généraux liés à la polyconsommation. Celle-ci apparaît toujours masculine et concernant plutôt des individus caractérisés comme impulsifs et à la recherche de sensations [41-43]. Les usages simultanés de plusieurs substances s'avèrent par ailleurs plus souvent associés à des conséquences négatives et à une détresse psychologique que les usages d'une seule drogue [44, 45]. En termes de séquence d'entrée dans les usages, il apparaît enfin

6. Il s'agit d'une décoction de pavot.

une certaine constance d'une étude à l'autre, avec un enchaînement classique de l'alcool à l'héroïne en passant par le tabac,

le cannabis, les médicaments psychotropes, l'ecstasy, la cocaïne et les amphétamines [6, 33, 46, 47].

CONCLUSION

La polyconsommation de produits psychoactifs, *a fortiori* lorsqu'elle implique des drogues illicites, est un comportement plutôt masculin et surtout répandu parmi les jeunes générations. Elle reste globalement rare dans la population. La polyconsommation la plus répandue est celle associant la consommation quotidienne de tabac à une consommation régulière d'alcool, qui ne diminue que peu avec l'âge. Au final, si les niveaux de polyconsommation observés justifient la préoccupation actuelle autour de cette question, l'étude de son évolution dans le temps n'apporte guère d'information à qui s'est déjà renseigné sur les niveaux

de chacun des produits en question. Si les diverses formes de polyconsommation relèvent d'un attrait particulier pour les différentes formes d'état modifié de conscience, elles révèlent également souvent des situations de vulnérabilité et/ou de prise de risques qui nécessitent, chez les acteurs de la prévention, une attention particulière à ces pratiques. Il importe pour cela de se situer dans un modèle d'appréhension des usages de drogues tenant compte à la fois de l'individu, de son environnement, des contextes d'usage, des produits et des interactions existant entre ces différentes données.

Relecteur

Romain Guignard (INPES)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Ministère de la santé et des solidarités.
La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011.
Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 19 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/html/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf
- [2] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Drogues à l'adolescence : niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France : Escapad 2003.
Saint-Denis : OFDT, 2004 : 251 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbka.pdf>
- [3] Deille J.-M., Facy F., Dally S. (sous la dir.).
Épidémiologie des polyconsommations alcool, drogue.
Paris : EDK, coll. Les rencontres Anit/Inserm/Anpa, 2001 : 170 p.
- [4] Collins R.L., Ellickson P.L., Bell R.M.
Simultaneous polydrug use among teens: prevalence and predictors.
Journal of Substance Abuse 1998 ; 10(3): 233-53.
- [5] Lynskey M.T., Fergusson D.M., Horwood L.J.
The origins of the correlations between tobacco, alcohol and cannabis use during adolescence.
Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 1998 ; 39(7): 995-1005.
- [6] Smit F., Monshouwer K., Verdurmen J.
Polydrug use among secondary school students: combinations, prevalences and risk profiles.
Drugs: education, prevention and policy 2002 ; 9(4): 355-65.
- [7] Simons L., Klichine S., Lantz V., et al.
The relationship between social-contextual factors and alcohol and polydrug use among college freshmen.
Journal of Psychoactive Drugs 2005 ; 37(4): 415-24.
- [8] Martin C.S., Clifford P.R., Clapper R.L.
Patterns and predictors of simultaneous and concurrent use of alcohol, tobacco, marijuana, and hallucinogens in first-year college students.
Journal of Substance Abuse 1992 ; 4(3): 319-26.
- [9] Barrett S. P., Darredeau C., Pihl R. O.
Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students.
Human Psychopharmacology 2006 ; 21(4): 255-63.

- [10] Degenhardt L., Hall W., Lynskey M.T.
The relationship between cannabis use and other substance use in the general population.
Drug and Alcohol Dependence 2001; 64(3): 319-27.
- [11] Grant B.F., Harford T.C.
Concurrent and simultaneous use of alcohol with sedatives and with tranquilizers: results of a national survey.
Journal of Substance Abuse 1990; 2(1): 1-14.
- [12] Grant B.F., Harford T.C.
Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: results of a national survey.
Drug and Alcohol Dependence 1990; 25(1): 97-104.
- [13] Norton R., Colliver J.
Prevalence and patterns of combined alcohol and marijuana use.
Journal of studies on alcohol 1988; 49(4): 378-80.
- [14] Beswick T., Best D., Rees S., Coomber R., Gossop M., Strang J.
Multiple drug use: patterns and practices of heroin and crack use in a population of opiate addicts in treatment.
Drug and Alcohol Review 2001; 20(2): 201-4.
- [15] Staines G.L., Magura S., Foote J., Deluca A., Kosanke N.
Polysubstance use among alcoholics.
Journal of Addictive Diseases 2001; 20(4): 53-69.
- [16] Wiseman E. J., McMillan D. E.
Combined use of cocaine with alcohol or cigarettes.
The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1996; 22(4): 577-87.
- [17] Best D., Harris J., Gossop M., et al.
Use of non-prescribed methadone and other illicit drugs during methadone maintenance treatment.
Drug and Alcohol Review 2000; 19(1): 9-16.
- [18] Earleywine M., Newcomb M.D.
Concurrent versus simultaneous polydrug use: Prevalence, correlates, discriminant validity, and prospective effects on health outcomes.
Experimental and Clinical Psychopharmacology 1997; 5(4): 353-64.
- [19] Dyck E.
'Hitting Highs at Rock Bottom': LSD Treatment for Alcoholism, 1950-1970.
Social History of Medicine 2006; 19(2): 313-29.
- [20] Perron B., Loiseleur J. (sous la dir.).
Où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et aux jeux ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2002).
Québec : Institut de la statistique du Québec, 2003 : 216 p.
En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac2002v3.pdf.htm>
- [21] Duburcq A., Charpak Y., Blin P., Madec L.
Suivi à deux ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage : résultat de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex® en médecine de ville).
Revue d'épidémiologie et de santé publique 2000 ; 48 (4) : 363-73.
- [22] Fhima A., Henrion R., Lowenstein W., Charpak Y.
Suivi à deux ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage : résultats de l'étude SPESUB.
Annales de Médecine Interne 2001; 152 (3 suppl.) : 1S26-1S36.
- [23] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS).
Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2003.
Nanterre : OCRTIS, 2004 : 112 p.
- [24] Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., et al.
The Espad Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries.
Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2004: 450p.
En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf
- [25] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
Drogues illicites : pratiques et attitudes. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre Santé 2000 : résultats (vol. 2).
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 237-74.
- [26] Martin C.S., Kaczynski N.A., Maisto S.A., Tarter R.E.
Polydrug use in adolescent drinkers with and without DSM-IV alcohol abuse and dependence.
Alcoholism, Clinical and Experimental Research 1996; 20(6): 1099-108.
- [27] Boys A., Marsden J.
Perceived functions predict intensity of use and problems in young polysubstance users.
Addiction 2003; 98(7): 951-63.
- [28] Roffman, R.A., Stephens, R.S., Simpson, E.E., Whitaker, D.L.
Treatment of marijuana dependence: Preliminary results.
Journal of Psychoactive Drugs 1988; 20(1): 129-37.
- [29] Smucker Barnwell S., Earleywine M., Gordis E.B.
Alcohol consumption moderates the link between cannabis use and cannabis dependence in an internet survey.
Psychology of Addictive Behaviors 2005; 19(2): 212-6.
- [30] Amos A., Wiltshire S., Bostock Y., Haw S., McNeill A.
"You can't go without a fag... You need it for your hash": a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people.
Addiction 2004; 99(1): 77-81.
- [31] Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P.
Consommateurs d'alcool et de cannabis à 17 ans : quelles différences ?
Alcoologie et Addictologie 2002 ; 24(2) : 127-33.
- [32] Goldsamt L.A., O'brien J., Clatts M.C., McGuire L.S.
The relationship between club drug use and other drug use: a survey of New York city middle school students.
Substance Use and Misuse 2005; 40(9-10): 1539-55.

- [33] Pedersen W., Skrondal A.
Ecstasy and new patterns of drug use: a normal population study.
Addiction 1999; 94(11): 1695-706.
- [34] Leri F., Bruneau J., Stewart J.
Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use.
Addiction 2003; 98(1): 7-22.
- [35] Cornish J.L., Lontos J.M., Clemens K.J., McGregor I.S.
Cocaine and heroin ('speedball') self-administration: the involvement of nucleus accumbens dopamine and μ -opioid, but not δ -opioid receptors.
Psychopharmacology 2005; 180(1): 21-32.
- [36] Magura S., Kang S.Y., Nwakeze P.C., Demsky S.
Temporal patterns of heroin and cocaine use among methadone patients.
Substance Use and Misuse 1998; 33(12): 2441-67.
- [37] Joseph H., Appel P.
Alcoholism and methadone treatment: consequences for the patient and program.
The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1985; 11(1-2): 37-53.
- [38] Roszell D.K., Calsyn D.A., Chaney E.F.
Alcohol use and psychopathology in opioid addicts on methadone maintenance.
The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1986; 12(3): 269-78.
- [39] Chatham L.R., Rowan-Szal G.A., Joe G.W., Simpson D.D.
Heavy drinking, alcohol-dependent vs. non dependent methadone-maintenance clients: a follow-up study.
Addictive Behaviors 1997; 22(1): 69-80.
- [40] Stastny D., Potter M.
Alcohol abuse by patients undergoing methadone treatment programmes.
British Journal of Addiction 1991; 86(3): 307-10.
- [41] Single E., Kandel D., Faust R.
Patterns of multiple drug use in high school.
Journal of Health and Social Behavior 1974; 15(4): 344-57.
- [42] Andrucci G.L., Archer R.P., Pancoast D.L., Gordon R.A.
The relationship of MMPI and Sensation Seeking Scales to adolescent drug use.
Journal of Personality Assessment 1989; 53(2): 253-66.
- [43] Jaffe L., Archer R.
The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI, and sensation seeking scales.
Journal of Personality Assessment 1987; 51(2): 243-53.
- [44] Conway K.P., Kane R.J., Ball S.A., Poling J.C., Rounsaville B.J.
Personality, Substance of Choice, and Polysubstance Involvement Among Substance Dependent Patients.
Drug and Alcohol Dependence 2003; 71(1): 65-75.
- [45] Sumnall H.R., Wagstaff G.F., Cole J.C.
Self-reported psychopathology in polydrug users.
Journal of Psychopharmacology 2004; 18(1): 75-82.
- [46] Kandel D., Faust R.
Sequence and stages in patterns of adolescent drug use.
Archives of General Psychiatry 1975; 32(7): 923-32.
- [47] Kandel D.B., Logan J.A.
Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation.
American Journal of Public Health 1984; 74(7): 660-6.
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=6611092>

L'essentiel

Moins de la moitié des Français (45,7 %) ont pratiqué, au cours des sept jours précédant l'enquête, une activité physique à un niveau entraînant des bénéfices pour la santé. Les hommes ont été, en proportion, plus nombreux à le faire que les femmes (52,1 % vs 39,5 %), cette différence étant maintenue après ajustement sur un certain nombre de variables sociodémographiques. L'activité physique favorable à la santé s'avère moins pratiquée par les individus de 65 ans et plus, par ceux appartenant à des catégories sociales élevées (catégories des cadres et professions intellectuelles, professions intermédiaires niveau de diplôme supérieur au baccalauréat, niveau de revenus mensuels par unité de consommation élevés). Elle est aussi moins pratiquée par la catégorie socioprofessionnelle des employés, par les personnes qui travaillent à temps plein et par les habitants de l'agglomération parisienne. En matière d'état et de comportements de santé, elle est moins pratiquée par les individus atteints de maladie chronique et par les individus qui, la veille, ont lu ou utilisé un ordinateur pendant au moins trois heures.

Plus de la moitié des personnes âgées de 15 à 74 ans (58,0 %) pra-

tiquent habituellement un sport. Un tel comportement est davantage le fait des hommes, des individus diplômés et de ceux ayant un niveau de revenus par unité de consommation élevé, des cadres et professions intellectuelles, des professions intermédiaires et des employés, et des individus qui ont au moins vingt-six jours de congés par an. Il est, au contraire, moindre chez les personnes de 35 ans et plus, chez celles qui vivent avec au moins un enfant de moins de 14 ans, chez les individus en surpoids, obèses ou atteints d'une maladie chronique, chez les fumeurs réguliers, les consommateurs quotidiens d'alcool et les abstinents, ainsi que chez les individus qui ont regardé la télévision au moins une heure la veille de l'enquête.

En matière de sédentarité, les Français passent, en moyenne, plus de 4 h 40 assis par jour. Les hommes restent légèrement plus longtemps assis que les femmes (4 h 49 contre 4 h 34), et cette durée a tendance à diminuer avec l'âge. Après ajustement sur un certain nombre de variables sociodémographiques, passer un temps important devant la télévision (deux heures ou plus la veille de l'interview) apparaît associé à une corpulence plus importante. Ce lien n'est, en revanche, pas observé

pour le temps consacré à la lecture ou passé devant un ordinateur.

Des évolutions ont été observées en matière de sport et de sédentarité. Le pourcentage d'individus âgés de 15 à 74 ans ayant pratiqué un sport au cours des sept jours précédant l'enquête a légèrement augmenté entre 2000 et 2005, passant de 42,6 % à 43,8 %. Cette évolution n'est pas significative chez les hommes, alors qu'elle l'est chez les femmes (40,4 % en 2005 contre 38,2 % en 2000).

Concernant les occupations sédentaires spécifiques que sont l'utilisation de la télévision et celle de l'ordinateur, des évolutions différentes ont été observées entre 2002 et 2005. Le pourcentage d'individus ayant regardé la télévision la veille et le temps passé devant la télévision ont diminué (passant respectivement de 88,6 % à 82,1 % et de 2 h 12 à 1 h 54). Pour l'ordinateur, en revanche, le pourcentage d'individus ayant utilisé un ordinateur la veille a nettement augmenté – de 34,1 % à 49,6 % –, mais le temps moyen qui lui est consacré est resté stable.

Activité physique : entre sport et sédentarité

HÉLÈNE ESCALON
ANNE VUILLEMIN
MARIE-LINE ERPELDING
JEAN-MICHEL OPPERT

INTRODUCTION

L'évolution des modes de vie a progressivement entraîné une modification des comportements des individus en matière d'activité physique, dont les conséquences sur leur état de santé peuvent être importantes. Les opportunités de pratiquer une activité physique ont été réduites du fait notamment de l'utilisation croissante de moyens de transport motorisés et des appareils ménagers électriques, de la diminution au travail de tâches manuelles demandant un effort physique et de l'apparition de nouveaux loisirs sédentaires [1]. Or il est aujourd'hui établi que l'insuffisance d'activité physique, couplée à une alimentation déséquilibrée, est un déterminant majeur des principales maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2, l'obésité, l'hypertension artérielle et certains types de cancer [1]. Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que l'inactivité

physique provoque environ deux millions de décès dans le monde chaque année, et qu'elle est à l'origine de 10 à 16 % des cas de cancer du sein et du côlon, de diabète, et d'environ 22 % des cardiopathies ischémiques [2].

Dès la seconde moitié du xx^e siècle, l'accumulation d'études scientifiques prouvant les bénéfices de l'activité physique sur la santé a conduit les autorités publiques de plusieurs pays à émettre et à diffuser des recommandations pour le grand public. Ces recommandations se sont d'abord focalisées sur l'endurance cardio-respiratoire, encourageant la pratique d'activités physiques d'intensité élevée pendant au moins vingt minutes et au moins trois fois par semaine [3]. Puis des travaux de synthèse d'études physiologiques, épidémiologiques et cliniques ont montré notamment qu'une pratique d'une activité physique d'une intensité au moins modérée pouvait également être associée

à des bénéfices pour la santé [4, 5]. Dans une perspective de santé publique, une recommandation complémentaire a alors été formulée, encourageant tout adulte à pratiquer au moins trente minutes d'activité physique modérée au moins cinq jours de la semaine, et de préférence tous les jours. Bien que ce ne soit pas toujours explicité, il s'agit en fait d'accomplir ces trente minutes en plus d'un niveau minimum d'activité physique réalisé en moyenne chaque jour par tout individu pour la réalisation des tâches de sa vie quotidienne [6]. En France, cette recommandation a été reprise dans la loi de santé publique votée par le Parlement en 2004 et dans le Programme national nutrition-santé (PNNS) lancé en 2001 et reconduit en 2006 pour la période 2006-2010 [7], sous une formulation légèrement différente. Celui-ci recommande de pratiquer au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour.

Dans le cadre de la diffusion de recommandations visant à encourager l'augmentation de la pratique d'activité physique, le niveau habituel d'activité physique pratiquée est un indicateur de santé publique important. Peu d'instruments sont disponibles pour mesurer cet indicateur en fonction des recommandations de santé publique en matière d'activité physique, en particulier les plus récentes telles qu'indiquées ci-dessus. Le questionnaire IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), élaboré à la fin des années quatre-vingt-dix par un groupe de consensus international, est de plus en plus utilisé dans cette perspective. Il s'agit en effet d'un instrument de mesure de l'activité physique validé [8] qui permet des comparaisons internationales, qui considère l'activité physique dans sa globalité (au travail, à la maison, dans le cadre des transports et des loisirs) et présente, dans sa version courte, la spécificité de mesurer l'activité physique en se basant sur l'intensité et non pas sur le type d'activité physique.

En France, ce nouvel instrument a été utilisé dans le cadre de deux enquêtes européennes : les Eurobaromètres 2002 [9, 10] et 2005 [11], et une autre enquête réalisée dans le cadre du projet Eupass (*European Physical Activity Surveillance System*) [12].

L'évolution de la mesure de l'activité physique, passant d'une mesure centrée uniquement sur la pratique d'activités physiques pendant les loisirs (à l'époque où les recommandations ont été émises) à une mesure plus globale, implique une réévaluation du seuil d'activité physique permettant de déterminer un niveau d'activité physique « entraînant des bénéfices pour la santé » (en anglais : *Health Enhancing Physical Activity*, HEPA) [10, 13]. Ainsi, le seuil que nous avons retenu, suivant les recommandations du Comité de recherche IPAQ, inclut non seulement les trente minutes d'activité physique d'intensité modérée recommandées mais aussi l'activité physique minimum quotidienne déjà réalisée par la population, le tout avoisinant 10 000 pas par jour, autre formulation de la recommandation actuelle [6] (cf. « Méthode »).

L'objet de ce chapitre est d'analyser la pratique d'activités physiques, sportives et les activités sédentaires des Français âgés de 15 à 74 ans. Dans une première partie, des éléments d'information descriptifs, mais aussi issus d'analyses multivariées, seront fournis sur la pratique d'une activité physique favorable à la santé. La pratique plus spécifique d'activités sportives et son évolution depuis le précédent Baromètre santé 2000 seront aussi analysées. Enfin, des résultats seront fournis sur la sédentarité, autre dimension du comportement dont on sait que, à l'inverse de l'activité physique, elle a un effet défavorable sur l'état de santé. Ces résultats sur l'activité physique et la sédentarité seront analysés, notamment en relation avec la corpulence des individus.

MÉTHODE

ÉCHANTILLON

L'enquête Baromètre santé 2005 a été réalisée, d'octobre 2004 à février 2005, auprès de 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans, dont 26 672 ont été interrogées sur téléphone fixe et 3 842 sur téléphone portable. Les questions sur l'activité physique n'ont cependant pas été posées à l'ensemble de l'échantillon. Les questions sur le sport et la sédentarité ont été posées à deux tiers de l'échantillon des individus ayant été interrogés sur téléphone fixe ($n=17\,411$). Les questions sur l'activité physique provenant du questionnaire IPAQ (cf. ci-dessous), ont été posées à un tiers de l'échantillon des individus ayant été interrogés sur téléphone fixe ($n=8\,708$). De plus, le questionnaire IPAQ n'ayant pas été élaboré pour être utilisé chez les plus jeunes, les résultats de ce chapitre portent pour la plupart sur la tranche d'âge des 15-74 ans.

MESURE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE LA SÉDENTARITÉ PAR LE QUESTIONNAIRE IPAQ

La durée, la fréquence et l'intensité des activités physiques pratiquées ont été évaluées à l'aide de la version téléphonique courte en français du questionnaire IPAQ sur les sept jours précédant l'enquête [13]. Il considère l'activité physique dans sa globalité, menée à tous les moments de la vie quotidienne (au travail, dans la maison ou au jardin, lors des déplacements et pendant le temps libre). Sont distinguées les activités physiques d'intensité élevée, les activités physiques d'intensité modérée (en dehors de la marche) et la marche, effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

Les activités physiques modérées sont définies comme celles qui demandent un effort physique modéré et font respirer un

peu plus difficilement que normalement. Les exemples donnés sont : porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement.

Les activités physiques intenses sont définies comme celles qui demandent un effort physique important et font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Les exemples donnés sont : porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football.

Ce questionnaire permet de déterminer la proportion d'individus très actifs, atteignant un niveau de pratique d'une activité physique favorable à la santé. Le seuil correspondant à ce niveau a été déterminé à partir des résultats issus d'une étude utilisant des podomètres [6]. Les auteurs de cette étude ont proposé une classification du niveau d'activité physique des individus en fonction du nombre de pas réalisés par jour. Selon cette classification, sont considérés comme inactifs les individus faisant moins de 5 000 pas par jour, comme faiblement ou peu actifs ceux qui en font entre 5 000 et 10 000, comme actifs ceux qui font au moins 10 000 pas par jour et comme très actifs ceux qui en font au moins 12 500. La recommandation de santé publique correspondante, formulée en nombre de pas par jour, est de faire au moins 10 000 pas par jour. Les auteurs de cette étude ont montré que cette recommandation était équivalente à la recommandation « *faire au moins une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée par jour* », étant entendu que cette demi-heure est pratiquée en plus d'un niveau minimum d'activité quotidienne. Les auteurs évaluent cette activité quotidienne habituelle à 6 000-7 000 pas par jour, et considèrent qu'une demi-heure d'activité d'intensité au moins modérée correspond à 3 000-4 000 pas. La somme de ces deux composantes conduisant à 9 000-11 000 pas par jour est en accord avec les 10 000 pas

par jour de la recommandation formulée en nombre de pas.

Le Comité de recherche IPAQ a proposé d'utiliser comme cible, en termes de santé publique, la catégorie des individus très actifs, faisant au moins 12 500 pas par jour ou l'équivalent en activités modérées ou intenses. Cela représente « *l'équivalent d'au moins une heure par jour d'activité physique d'intensité au moins modérée, ou une demi-heure d'activité d'intensité élevée, au-dessus du niveau de base d'activité physique* ».

Cette catégorie d'individus très actifs exerçant une activité physique favorable à la santé est définie par une pratique d'une activité physique correspondant à l'un des deux critères suivants : trois jours ou plus par semaine d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500

MET-min/semaine OU sept jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 3 000 MET-min/semaine, le MET (*Metabolic Equivalent Task*) étant le rapport du coût énergétique d'une activité donnée sur la dépense énergétique de repos¹. Nous avons donc retenu ce seuil pour nos analyses.

Le questionnaire IPAQ propose aussi une mesure globale de la sédentarité, en interrogeant les individus sur le temps moyen qu'ils ont passé en position assise au cours d'un jour moyen des sept derniers jours précédant l'enquête.

1. Un MET représente la dépense énergétique d'un individu au repos et est estimé, chez l'adulte, à 3,5 ml d'oxygène consommé par kilo de poids corporel et par minute, soit environ 1 kcal/kg/h.

RÉSULTATS

LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE FAVORABLE À LA SANTÉ

Un peu moins de la moitié des individus âgés de 15 à 74 ans (45,7 %) pratiquent une activité physique favorable à la santé telle que définie dans le score IPAQ. Les hommes sont, en proportion, nettement plus nombreux à le faire que les femmes (52,1 % vs 39,5 % ; $p < 0,001$).

Nous avons ensuite étudié, en analyse multivariée, la pratique d'une activité physique favorable à la santé en fonction d'un certain nombre de facteurs à la fois démographiques (sexe, âge), sociologiques (niveau d'éducation, profession et catégorie socioprofessionnelle), économiques (revenus mensuels par unité de consommation), géographiques (taille de l'agglomération de résidence) et relevant d'états de santé (corpulence, maladie chronique), de comportements de santé (consommation

de substances psychoactives, sédentarité), de conditions de travail (temps partiel ou non, nombre de jours de repos consécutifs dans la semaine, nombre de jours de congés annuels) et de mode de vie familiale (nombre d'enfants de moins de 14 ans dans le foyer).

Comparés aux jeunes âgés de 15 à 24 ans, les individus âgés de 65 à 74 ans sont moins susceptibles de pratiquer une activité physique favorable à la santé **[tableau I]**.

Le niveau d'éducation est un facteur discriminant, mais seul le fait d'avoir un diplôme supérieur au bac s'avère significatif et apparaît défavorable à la pratique d'une activité physique **[tableau I]**. Dans le même sens, chez les adultes de 18 à 74 ans², après ajustement sur le sexe, l'âge et la taille

2. Bien que la question sur les revenus mensuels du ménage ait été posée aux 15-75 ans, nous avons exclu les 15-17 ans dans la mesure où plus de 60 % d'entre eux ont répondu « *Ne sait pas* » à cette question. Le revenu par UC a été isolé dans une deuxième régression, dans la mesure où cette variable comporte un nombre important de non-réponses (19,5 % sur l'échantillon total du Baromètre santé).

d'agglomération, les individus ayant le plus haut niveau de revenus mensuels par unité de consommation (au moins 1 500 euros) sont moins susceptibles de pratiquer une activité physique favorable à la santé [tableau I].

Au niveau géographique, l'activité physique favorable à la santé est moins pratiquée en agglomération parisienne que dans les communes rurales [tableau I].

Chez les actifs occupés, l'analyse de l'activité physique selon les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) fait ressortir

très nettement la catégorie des agriculteurs et exploitants comme ayant une probabilité très élevée de pratiquer une activité physique favorable à la santé (OR=3,2). À l'inverse, les autres PCS, comparées à la catégorie de référence que sont les ouvriers, ont une probabilité plus faible d'exercer une activité physique favorable à la santé [tableau II].

La disponibilité en temps des individus, susceptible de favoriser leur pratique d'activité physique, a été analysée à travers des facteurs relevant des conditions de

TABLEAU I

Résultats de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé telle que définie dans le score IPAQ

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 % de l'OR ajusté
Chez les 15-74 ans (n=7 878)			
Sexe			
Femme	1	1	
Homme	1,7***	1,7***	1,5 ; 1,8
Âge			
15-24 ans	1	1	
25-34 ans	0,9	1,1	0,9 ; 1,3
35-44 ans	0,9	1,0	0,9 ; 1,2
45-54 ans	0,9	1,0	0,8 ; 1,1
55-64 ans	0,9	0,9	0,7 ; 1,1
65-74 ans	0,8*	0,7**	0,6 ; 0,9
Taille de l'agglomération			
Commune rurale	1	1	
Moins de 20 000 habitants	0,9	0,9	0,8 ; 1,1
20 000 à 100 000 habitants	0,9	0,9	0,8 ; 1,1
100 000 à 200 000 habitants	1,0	1,0	0,8 ; 1,2
200 000 habitants et plus	0,9*	0,9	0,8 ; 1,1
Agglomération parisienne	0,8**	0,8*	0,7 ; 1,0
Diplôme			
Aucun	1	1	
Inférieur au bac	0,9	0,9	0,9 ; 1,4
Niveau bac	0,8**	0,8	0,7 ; 1,1
Supérieur au bac	0,6***	0,6***	0,5 ; 0,8
Chez les 18-74 ans (n=6 631)			
Revenu mensuel par unité de consommation^a			
Moins de 900 euros	1	1	
De 900 à moins de 1500 euros	0,9	0,9	0,8 ; 1,0
1500 euros et plus	0,7***	0,7***	0,6 ; 0,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Ces résultats sur les revenus sont ceux d'une deuxième régression logistique effectuée sur les 18-74 ans après ajustement sur les trois premières variables du tableau : sexe, âge et taille d'agglomération.

TABLEAU II

Résultats d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé telle que définie dans le score IPAQ, chez les actifs occupés de 18 à 64 ans (n=4199)

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Femme	1	1	
Homme	1,8***	1,7***	1,5 ; 2,0
Âge			
18-24 ans	1	1	
25-34 ans	0,6***	0,6*	0,4 ; 0,9
35-44 ans	0,6**	0,6*	0,5 ; 0,9
45-54 ans	0,5**	0,6**	0,4 ; 0,8
55-64 ans	0,5***	0,5**	0,3 ; 0,8
Taille de l'agglomération			
Commune rurale	1	1	
Moins de 20 000 habitants	0,9	1,0	0,8 ; 1,2
20 000 à 100 000 habitants	0,9	1,0	0,8 ; 1,2
100 000 à 200 000 habitants	1,0	1,2	0,9 ; 1,7
200 000 habitants et plus	0,8*	0,9	0,8 ; 1,1
Agglomération parisienne	0,7**	0,8	0,7 ; 1,1
Profession et catégorie socioprofessionnelle			
Ouvriers	1	1	
Agriculteurs, exploitants	2,7**	3,2***	1,7 ; 5,7
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0,6**	0,7*	0,5 ; 0,9
Cadres et professions intellectuelles	0,3***	0,3***	0,2 ; 0,4
Professions intermédiaires	0,4***	0,5***	0,4 ; 0,6
Employés	0,5***	0,6***	0,5 ; 0,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

travail (temps partiel/temps plein, nombre de jours de congés et de RTT, repos de quarante-huit heures consécutives) et de la vie familiale à travers le nombre d'enfants de moins de 14 ans vivant dans le foyer, l'hypothèse sous-jacente étant que les parents consacrent un temps à s'occuper de leurs enfants particulièrement important lorsque ceux-ci sont « en bas âge » au sens large du terme³.

Chez les actifs occupés, les individus travaillant à temps partiel comparés à ceux qui travaillent à temps plein ont plus de chances de pratiquer une activité physique favorable à la santé [tableau III]. Au contraire, disposer d'au moins deux journées consécutives de repos dans la semaine et bénéfici-

er de 26 jours ou plus de congés annuels *versus* 25 jours ou moins serait défavorable à la pratique d'une activité physique favorable à la santé.

Chez les adultes âgés de 18 à 74 ans, la présence d'au moins un enfant de moins de 14 ans dans le foyer, que nous avons supposée susceptible de réduire la disponibilité en temps pour pratiquer une activité physique, n'apparaît pas significative.

En matière d'état de santé, les individus âgés de 15 à 74 ans atteints d'une maladie

3. La limite des 14 ans a été retenue par souci de cohérence avec une autre variable utilisée dans le chapitre : le revenu mensuel par unité de consommation, pour lequel ont été considérés comme enfants pour le calcul des unités de consommation (selon l'échelle de l'OCDE) les moins de 14 ans.

TABLEAU III

Résultats de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé, chez les actifs occupés de 18 à 64 ans^a

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 %
Temps de travail (n=4 134)			
Temps plein	1	1	
Temps partiel	1,0	1,3***	1,1 ; 1,6
Repos de 48 heures consécutives (n=4 191)			
Non	1	1	
Oui	0,6***	0,7***	0,5 ; 0,8
Nombre de jours de congés annuels (y compris RTT) (n=3 617)			
25 jours ou moins	1	1	
Entre 26 et 40 jours	0,6***	0,7***	0,6 ; 0,8
40 jours et plus	0,6***	0,8*	0,7 ; 1,0

* : p<0,05 ; *** : p<0,001.

a. Chaque variable est ajustée sur l'ensemble des variables du tableau II. Par exemple, les résultats associés au nombre de jours de congés correspondent aux résultats d'une régression incluant comme variables indépendantes le nombre de jours de congés, le sexe, l'âge, la taille de l'agglomération et la PCS.

chronique sont moins susceptibles que les autres de pratiquer une activité physique favorable à la santé [tableau IV]. Aucune association significative n'est en revanche observée avec le surpoids ou l'obésité.

Au niveau des comportements de santé, après ajustement sur le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et la taille d'agglomération, aucune consommation de substances psychoactives n'est liée à la pratique d'une activité physique favorable à la santé, ni le tabagisme, ni la consommation d'alcool, ni celle de cannabis.

En revanche, certaines activités sédentaires exercées longtemps sont associées négativement à la pratique d'une activité physique favorable à la santé : c'est le cas des individus ayant passé, la veille de l'interview, au moins trois heures à lire ou assis devant un ordinateur [tableau IV].

LA PRATIQUE D'UN SPORT

Les activités sportives constituent une partie importante de l'activité physique au sens global, telle qu'évaluée par le questionnaire IPAQ. Des questions spécifiques sur le sport ont été posées dans le Baromètre

santé 2005. Après avoir analysé les résultats de l'enquête sur l'activité physique appréhendée de façon globale, nous avons considéré de manière plus détaillée les activités sportives pratiquées par les Français. De plus, le précédent Baromètre santé comportait aussi des questions sur les activités sportives et notamment une question identique sur la pratique du sport, ce qui permet de présenter l'évolution de cette pratique entre les deux enquêtes.

En 2005, le sport est pratiqué habituellement⁴ par 58,0 % des personnes âgées de 15 à 74 ans. Au moment de l'interview, 43,8 % des sujets ont déclaré avoir pratiqué un sport au cours des sept jours précédant l'interview, et ce sport a majoritairement été pratiqué en dehors d'un club (57,9 %). Les raisons invoquées quant à la non-pratique sont le manque de temps (45,7 %), le fait de ne pas aimer le sport (22,3 %), des raisons de santé (17,9 %), l'âge (7,6 %) ou des contraintes professionnelles (4,2 %).

4. On considère comme pratiquant un sport habituellement, les personnes déclarant avoir fait une activité sportive au cours des sept jours précédant l'interview ou, parmi celles qui n'en ont pas fait, celles qui déclarent faire du sport habituellement.

TABLEAU IV

Résultats de huit régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé^a chez les 15-75 ans

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 %
Maladie chronique déclarée (n=7 876)			
Non	1	1	
Oui	0,9*	0,9*	0,8 ; 1,0
Corpulence (n=7 778)			
Poids normal	1	1	
Surpoids	1,1	0,9	0,8 ; 1,1
Obésité	1,0	0,9	0,7 ; 1,1
Tabac (n=7 817)			
Non-fumeur	1	1	
Fumeur occasionnel	1,2	1,2	0,9 ; 1,5
Fumeur régulier	1,2**	1,1	1,0 ; 1,2
Alcool (n=7 864)			
Consommateur hebdomadaire	1	1	
Non-consommateur ou consommateur mensuel	0,9*	0,9	0,8 ; 1,1
Consommateur quotidien	1,0	1,0	0,8 ; 1,1
Cannabis (n=7 855)			
Jamais	1	1	
Au moins une fois au cours des douze derniers mois	1,3*	1,1	0,9 ; 1,3
Lecture^b (n=5 458)			
Moins d'une heure	1	1	
De une heure à moins de deux heures	0,9	1,0	0,8 ; 1,1
De deux heures à moins de trois heures	0,8	0,9	0,8 ; 1,1
Trois heures et plus	0,5***	0,6***	0,5 ; 0,7
Télévision la veille^b (n=6 413)			
Moins d'une heure	1	1	
De une heure à moins de deux heures	0,9	0,9	0,7 ; 1,0
De deux heures à moins de trois heures	1,0	1,0	0,8 ; 1,2
Trois heures et plus	0,9	0,8	0,7 ; 1,0
Ordinateur^b (n=3 767)			
Moins d'une heure	1	1	
De une heure à moins de deux heures	1,0	1,0	0,8 ; 1,3
De deux heures à moins de trois heures	1,1	1,0	0,8 ; 1,3
Trois heures et plus	0,5***	0,5***	0,4 ; 0,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Chaque variable présentée est ajustée sur les quatre premières variables du tableau I. Par exemple, les résultats associés à la corpulence correspondent aux résultats d'une régression incluant comme variables indépendantes la corpulence, le sexe, l'âge, la taille de l'agglomération et le niveau d'études.

b. Le temps passé à faire des activités sédentaires est considéré ici chez ceux qui en ont fait la veille (les utilisateurs) et non sur l'ensemble de la population, dans la mesure où il s'agit alors d'un comportement choisi.

Comme pour l'activité physique favorable à la santé, le sport est davantage pratiqué par les hommes. Cette pratique tend à diminuer avec l'âge et, contrairement à l'activité physique globale, augmente très nettement avec le niveau d'études [tableau V].

D'un point de vue économique, le niveau des revenus est aussi un facteur discriminant. À l'inverse de la pratique d'une activité physique favorable à la santé, celle du sport est nettement plus élevée chez les adultes dont le niveau de revenus par unité

de consommation est élevé (1 500 euros et plus) [tableau V].

Au niveau géographique, le sport apparaît davantage pratiqué par les habitants des agglomérations de grande taille (plus de 100 000 habitants).

Chez les actifs occupés, contrairement à ce que l'on observe dans le modèle précédent pour les professions et catégories sociopro-

fessionnelles, les cadres et professions intellectuelles, les professions intermédiaires et les employés ont une probabilité plus élevée de pratiquer un sport habituellement que les ouvriers. C'est l'inverse pour les agriculteurs et les exploitants [tableau VI].

Chez les actifs occupés, une seule dimension de la disponibilité en temps est associée significativement à la pratique habituelle

TABLEAU V

Résultats de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer un sport habituellement

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 %
Chez les 15-74 ans (n=16 115)			
Sexe			
Femme	1	1	
Homme	1,4***	1,4***	1,3 ; 1,5
Âge			
15-24 ans	1	1	
25-34 ans	0,5***	0,4***	0,4 ; 0,5
35-44 ans	0,5***	0,4***	0,4 ; 0,5
45-54 ans	0,3***	0,3***	0,3 ; 0,4
55-64 ans	0,3***	0,3***	0,3 ; 0,3
65-74 ans	0,3***	0,3***	0,3 ; 0,2
Taille de l'agglomération			
Commune rurale	1	1	
Moins de 20 000 habitants	1,0	1,0	0,9 ; 1,1
20 000 à 100 000 habitants	1,0	1,0	0,9 ; 1,2
100 000 à 200 000 habitants	1,3**	1,2*	1,0 ; 1,5
200 000 habitants et plus	1,3***	1,1*	1,0 ; 1,2
Agglomération parisienne	1,2***	1,0	0,9 ; 1,1
Diplôme			
Aucun	1	1	
Inférieur au bac	1,6***	1,7***	1,5 ; 1,9
Niveau bac	2,2***	2,0***	1,7 ; 2,4
Supérieur au bac	2,9***	2,9***	2,5 ; 3,4
Chez les 18-74 ans			
Revenu mensuel par unité de consommation^a (n=13 575)			
Moins de 900 euros	1	1	
900 à moins de 1500 euros	1,5***	1,6***	1,4 ; 1,7
1500 euros et plus	2,0***	2,1***	1,9 ; 2,4
Enfants de moins de 14 ans dans le foyer^a (n=15 736)			
Non	1	1	
Oui, au moins un	1,1**	0,9**	0,8 ; 1,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les résultats des régressions sur le revenu et le nombre d'enfants de moins de 14 ans dans le foyer sont obtenus après ajustement sur les trois premières variables du tableau : sexe, âge et taille de l'agglomération.

TABLEAU VI

Résultats d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de pratiquer un sport habituellement, chez les actifs occupés de 18 à 64 ans (n=8 634)

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Femme	1	1	
Homme	1,3***	1,4***	1,3 ; 1,6
Âge			
18-24 ans	1	1	
25-34 ans	0,9	0,8	0,6 ; 1,0
35-44 ans	0,8	0,8*	0,6 ; 1,0
45-54 ans	0,6***	0,6***	0,4 ; 0,7
55-64 ans	0,5***	0,5***	0,3 ; 0,6
Taille de l'agglomération			
Commune rurale	1	1	
Moins de 20 000 habitants	1,0	1,0	0,9 ; 1,2
20 000 à 100 000 habitants	1,0	1,0	0,8 ; 1,2
100 000 à 200 000 habitants	1,3*	1,2	1,0 ; 1,6
200 000 habitants et plus	1,3*	1,2*	1,0 ; 1,3
Agglomération parisienne	1,0	0,8*	0,7 ; 1,0
Profession et catégorie socioprofessionnelle			
Ouvriers	1	1	
Agriculteurs, exploitants	0,5***	0,6**	0,4 ; 0,9
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1,1	1,2	0,9 ; 1,5
Cadres et professions intellectuelles	1,9***	2,2***	1,8 ; 2,6
Professions intermédiaires	1,5***	1,8***	1,5 ; 2,1
Employés	1,1	1,3***	1,1 ; 1,5

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

d'un sport après ajustement sur les variables du **tableau VI**. Les individus qui disposent d'au moins 26 jours de congés annuels ont une probabilité plus importante de pratiquer un sport habituellement que ceux qui en ont 25 jours ou moins **[tableau VII]**.

Par ailleurs, en termes de vie familiale, une variable non significative dans le modèle sur l'activité physique favorable à la santé l'est ici chez les adultes âgés de 18 à 74 ans : il s'agit du nombre d'enfants de moins de 14 ans dans le ménage, que nous avons supposé susceptible de réduire la disponibilité en temps des adultes ayant à s'occuper de ces enfants. Les individus vivant dans un ménage avec au moins un enfant de moins de 14 ans voient leurs chances de pratiquer un sport habituellement réduites, comparés

à ceux qui vivent dans un ménage sans enfant **[tableau VI]**.

En matière d'état de santé, souffrir d'une maladie chronique s'avère défavorable à la pratique habituelle d'un sport. Il en est de même pour l'obésité et pour le surpoids **[tableau VIII]**, association qui n'était pas observée avec l'activité physique favorable à la santé.

Alors qu'aucun lien significatif n'avait été observé entre la pratique d'une activité physique favorable à la santé et les consommations de substances psychoactives, ici, le tabagisme régulier, la consommation quotidienne d'alcool, mais aussi la non-consommation d'alcool, réduisent la probabilité de pratiquer un sport habituellement **[tableau VIII]**.

TABLEAU VII

Résultats de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer un sport habituellement, chez les actifs occupés de 18 à 64 ans^a

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 %
Temps de travail (n=8 511)			
Temps plein	1	1	
Temps partiel	0,8*	1,0	0,8; 1,1
Repos de 48 heures consécutives (n=8 616)			
Non	1	1	
Oui	1,2**	1,1	1,0; 1,2
Nombre de jours de congés annuels (y compris RTT) (n=7 495)			
25 jours ou moins	1	1	
Entre 26 et 40 jours	1,3***	1,2*	1,0; 1,3
40 jours et plus	1,6***	1,3***	1,2; 1,6

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Chaque variable est ajustée sur l'ensemble des variables du tableau VI.

Dans ce modèle sur le sport, parmi les variables de sédentarité analysées, seul le temps passé devant la télévision apparaît comme un frein à la pratique habituelle d'un sport [tableau VIII]. Le temps de lecture ou le temps passé devant un ordinateur ne le sont plus.

Évolution de la pratique d'un sport

Le pourcentage d'individus âgés de 15 à 74 ans ayant pratiqué un sport au cours des sept jours précédant l'enquête a légèrement augmenté entre 2000 et 2005, passant de 42,6 % à 43,8 % (p<0,05). Cette évolution n'est pas significative chez les hommes, alors qu'elle l'est chez les femmes (40,4 % en 2005 vs 38,2 % en 2000; p<0,01).

LES OCCUPATIONS SÉDENTAIRES

Comme pour l'activité physique, le questionnaire IPAQ cherche à appréhender la sédentarité dans sa globalité et ne détaille pas le type d'occupations sédentaires pratiquées. Une question globale sur le temps passé en position assise un jour moyen au cours des sept jours précédant l'enquête (week-end exclu) est ainsi posée.

En moyenne, ce temps passé assis au cours d'une journée habituelle dépasse 4 h 40 (281 min) chez les 15-74 ans. Les hommes restent en moyenne à peine plus longtemps assis que les femmes (4 h 49 contre 4 h 34; p<0,01). Le temps passé en position assise a globalement tendance à diminuer avec l'âge (p<0,001) [figure 1].

Le comportement sédentaire est aussi défini comme « des occupations spécifiques dont la dépense énergétique est proche de la dépense de repos, telles que regarder la télévision ou des vidéos, travailler sur ordinateur, lire... » [14-16].

Le détail du temps passé à faire certaines activités sédentaires la veille de l'interview a également été renseigné, ce qui permet d'examiner les évolutions entre 2002 (où l'on dispose des mêmes données dans le Baromètre santé nutrition) et 2005.

Tout d'abord, le pourcentage de personnes ayant regardé la télévision la veille de l'interview et celui des personnes ayant utilisé un ordinateur ont évolué de façon opposée : pour la télévision, on observe une légère diminution de ce pourcentage, qui passe de 88,6 % à 82,1 % (p<0,001, les différences par sexe étant aussi significatives à 1 %), alors que, pour l'ordinateur, le pourcentage

TABLEAU VIII

Résultats de huit régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer un sport habituellement^a, chez les 15-74 ans

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 %
Maladie chronique déclarée (n=16 106)			
Non	1	1	
Oui	0,6***	0,8***	0,7; 0,8
Corpulence (n=15 893)			
Poids normal	1	1	
Surpoids	0,6***	0,8***	0,7; 0,8
Obésité	0,3***	0,4***	0,4; 0,5
Tabac (n=15 973)			
Non-fumeur	1		
Fumeur occasionnel	1,5***	1,1	0,9; 1,3
Fumeur régulier	0,8***	0,6***	0,6; 0,7
Alcool (n=16 086)			
Consommateur hebdomadaire	1		
Non-consommateur ou consommateur mensuel	0,8***	0,8***	0,7; 0,9
Consommateur quotidien	0,5***	0,7***	0,6; 0,8
Cannabis (n=16 070)			
Non	1	1	
Oui	2,0***	1,1	1,0; 1,3
Lecture^b (n=11 020)			
Moins de 1 heure	1	1	
De 1 heure à moins de 2 heures	1,0	1,0	0,9; 1,1
De 2 heures à moins de 3 heures	1,1	1,0	0,9; 1,2
3 heures et plus	1,1	0,9	0,8; 1,0
Télévision^b (n=13 132)			
Moins de 1 heure	1	1	
De 1 heure à moins de 2 heures	0,9*	0,9	0,8; 1,1
De 2 heures à moins de 3 heures	0,8***	0,9	0,8; 1,0
3 heures et plus	0,6***	0,7***	0,6; 0,8
Ordinateur^b (n=7 475)			
Moins de 1 heure	1	1	
De 1 heure à moins de 2 heures	1,1	1,1	0,9; 1,3
De 2 heures à moins de 3 heures	1,1	1,0	0,8; 1,1
3 heures et plus	1,0	0,9	0,8; 1,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Chaque variable présentée a été ajustée sur les quatre premières variables du tableau V.

b. Chez les utilisateurs.

d'utilisateurs augmente assez nettement, passant de 34,1 % à 49,6 % (p<0,001, les différences par sexe étant aussi significatives à 1 %) [figure 2].

En 2005, le temps passé devant la télévision la veille de l'interview s'élève en moyenne⁵ à 93 (± 84) minutes, le temps passé à lire à 54 (± 82) minutes et le temps

passé devant un ordinateur à 87 (± 144) minutes. De nettes disparités sont observées entre les classes d'âge, en particulier en ce qui concerne le temps passé devant

5. Ce temps moyen a été calculé sur l'ensemble de la population : on a considéré que les individus n'ayant pas regardé la télévision la veille de l'interview l'ont regardé 0 minute.

FIGURE 1

Temps moyen passé assis pendant une journée habituelle, au cours des sept jours précédant l'enquête, selon l'âge

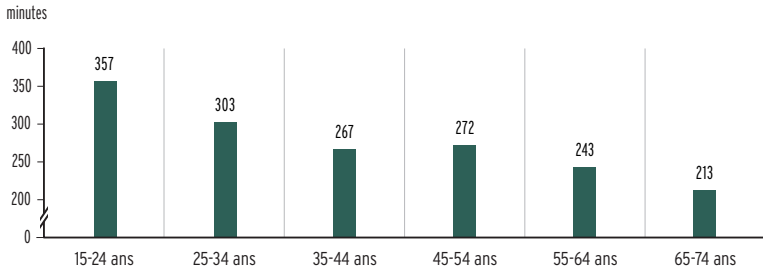
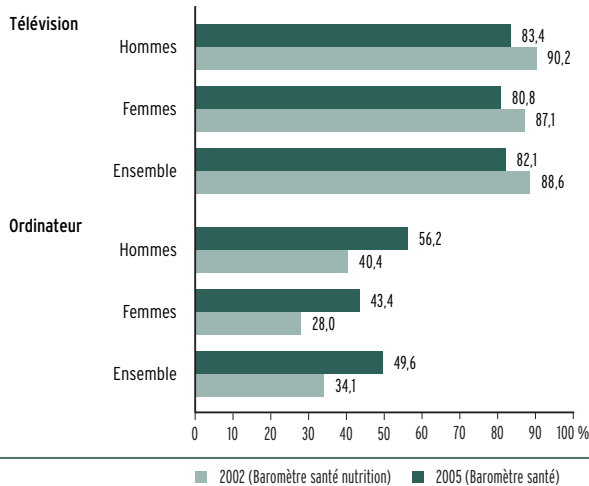


FIGURE 2

Évolution du pourcentage de personnes âgées de 15 à 74 ans ayant regardé la télévision ou utilisé un ordinateur la veille de l'interview



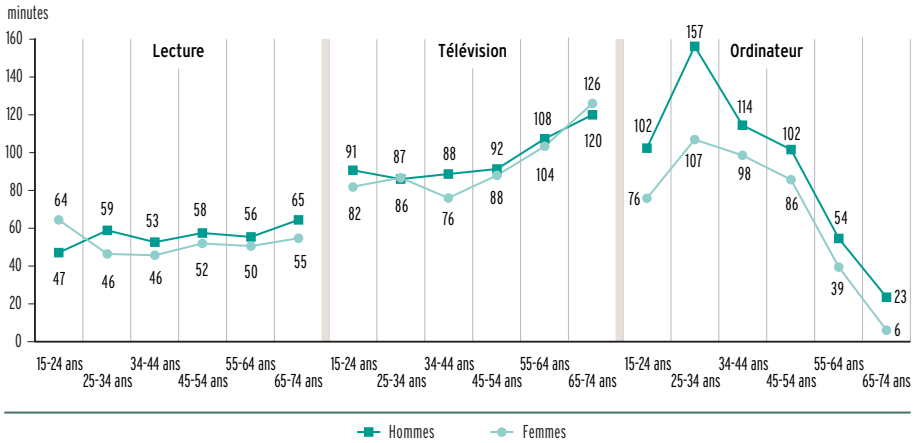
un ordinateur. Chez les hommes comme chez les femmes, il est maximum entre 25 et 34 ans, dépassant 2 h 30 chez les hommes (157 min) et 1 h 30 (107 min) chez les femmes, la différence avec les autres classes d'âge étant significative ($p < 0,001$). Le temps passé devant la télévision a, au contraire, tendance à augmenter avec l'âge alors qu'on observe une certaine stabilité

en ce qui concerne l'évolution du temps de lecture [figure 3].

Pour analyser les évolutions des temps passés devant la télévision et l'ordinateur entre 2002 et 2005, nous avons considéré le temps passé par les utilisateurs, et non par l'ensemble de la population, dans la mesure où les pourcentages d'utilisateurs ont assez fortement varié, notamment en ce qui

FIGURE 3

Temps en minutes passé à lire, à regarder la télévision ou assis devant un ordinateur, selon le sexe et l'âge



concerne l'ordinateur. Les personnes interrogées ont déclaré un temps passé devant la télévision moins long en 2005 qu'en 2002, celui-ci passant de 2 h 12 à 1 h 54 en moyenne ($p < 0,001$). En ce qui concerne l'ordinateur, le temps passé devant est resté stable entre les deux enquêtes, avoisinant les 3 heures.

La littérature scientifique ayant souvent mis en évidence un lien entre la sédentarité et la corpulence, il est apparu important d'étudier ce phénomène dans notre enquête.

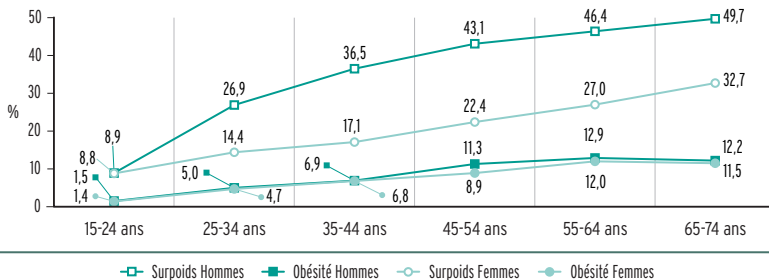
Corpulence

Sur l'ensemble de l'échantillon des personnes de 12 à 75 ans interrogées, environ les deux tiers (67,1 %) des individus sont de poids normal, un quart (25,7 %) est en surpoids et 7,2 % sont atteints d'obésité. La proportion de sujets en surpoids ou obèses s'accroît avec l'âge et la surcharge pondérale s'avère plus marquée chez les hommes [figure 4].

Le suivi, de 1996 à 2005, de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes âgés

FIGURE 4

Pourcentage d'individus en surpoids ou obèses, selon le sexe et l'âge



de 18 à 75 ans observée dans les Baromètres santé multithématiques et les Baromètres santé nutrition, montre une certaine stabilité de ces deux indicateurs, l'obésité ayant légèrement tendance à augmenter ces dernières années [tableau IX].

OCCUPATIONS SÉDENTAIRES ET CORPULENCE

D'un point de vue uniquement descriptif, un lien significatif au niveau global ($p < 0,001$) apparaît entre la corpulence et le temps passé à regarder la télévision la veille chez ceux qui l'ont regardée, les personnes en surpoids ou obèses ayant tendance à être proportionnellement plus nombreuses à avoir regardé la

télévision plus longtemps la veille de l'interview que celles de poids normal [tableau X].

En analyse multivariée, ce lien se maintient pour les personnes obèses, après ajustement sur le sexe, l'âge, le niveau d'études (ou le niveau de revenus) et la taille d'agglomération, lorsque l'on analyse chez les personnes ayant regardé la télévision la veille le fait de l'avoir regardée deux heures ou plus [tableau XI].

Le même type d'analyse a été fait pour le temps de lecture et le temps passé devant un ordinateur : chez les 15-74 ans, aucune différence significative selon la corpulence n'est apparue après ajustement sur le sexe, l'âge, le niveau d'études et la taille d'agglomération.

TABLEAU IX

Évolution des prévalences du surpoids et de l'obésité chez les adultes de 18 à 75 ans entre 1996 et 2005 (redressement sur le recensement de 1990)

	n	Surpoids	Obésité
1996 Baromètre santé nutrition	1 960	26,2 %	6,6 %
2000 Baromètre santé	12 497	27,2 %	6,9 %
2002 Baromètre santé nutrition	2 842	26,4 %	7,6 %
2005 Baromètre santé	24 307	26,8 %	7,6 %

TABLEAU X

Proportion de sujets âgés de 15 à 74 ans^a selon le temps passé à regarder la télévision la veille de l'interview, par niveau de corpulence

	Poids normal	Surpoids	Obésité
Moins de 1 heure	17,1	13,2	12,0
1 heure à moins de 2 heures	33,2	30,0	24,1
2 heures à moins de 3 heures	29,8	33,0	31,6
3 heures et plus	19,9	23,8	32,3

a. Ayant regardé la télévision la veille.

Note de lecture : 19,9 % des individus de poids normal ayant regardé la télévision la veille l'ont regardée au moins trois heures.

TABLEAU XI

Résultats de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir regardé la télévision deux heures ou plus la veille de l'interview^a

	OR brut	OR ajusté	IC à 95 %
Chez les 15-74 ans			
Sexe			
Femme	1	1	
Homme	1,2***	1,1**	1,0; 1,2
Âge			
15-24 ans	1	1	
25-34 ans	1,1	1,2**	1,0; 1,4
35-44 ans	1,0	1,1	0,9; 1,2
45-54 ans	1,1	1,1	0,9; 1,2
55-64 ans	1,6***	1,5***	1,3; 1,8
65-74 ans	2,2***	2,0***	1,7; 2,4
Taille de l'agglomération			
Commune rurale	1	1	
Moins de 20 000 habitants	1,2*	1,2*	1,0; 1,3
20 000 à 100 000 habitants	1,3***	1,3***	1,1; 1,5
100 000 à 200 000 habitants	1,0	1,1	0,9; 1,3
200 000 habitants et plus	1,1	1,2***	1,0; 1,4
Agglomération parisienne	0,9	1,0	0,9; 1,2
Corpulence			
Poids normal	1	1	
Surpoids	1,3***	1,1*	1,0; 1,2
Obésité	1,4***	1,4***	1,2; 1,7
Diplôme			
Aucun	1	1	
Inférieur au bac	1,0	1,0	0,8; 1,2
Niveau bac	0,7***	0,8***	0,7; 0,9
Supérieur au bac	0,6***	0,6***	0,6; 0,7
Chez les 18-74 ans			
Revenu mensuel par unité de consommation			
Moins de 900 euros	1	1	
De 900 à moins de 1500 euros	1,0	1,0	0,9; 1,1
1500 euros et plus	0,8***	0,8***	0,7; 0,9

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Chez les sujets ayant regardé la télévision la veille.

DISCUSSION

Nos résultats sur l'activité physique reposent sur l'utilisation du questionnaire IPAQ qui fournit une mesure globale de l'activité physique. Cet outil permet en effet de considérer les types d'activités tels que l'entretien du lieu d'habitation, la prise en charge des enfants, mais aussi l'activité physique liée à l'activité professionnelle ou au transport, qui bien souvent ne sont pas considérés alors qu'ils peuvent représenter une part non négligeable de l'activité physique d'un individu. L'activité physique exercée dans ces différents domaines peut néanmoins avoir des effets différents, voire inverses, sur la santé, plusieurs études ayant montré un effet plutôt bénéfique des activités de loisirs vigoureuses et, à l'inverse, les conséquences parfois délétères d'une activité physique intense dans le cadre du travail [17-19].

Les résultats d'études basés sur une mesure globale reposent ainsi sur un spectre d'activités plus large que celles centrées sur un seul domaine, ce qui était le cas de la majorité des études antérieures, où seule l'activité physique pratiquée dans le cadre des loisirs (plus rarement du travail) était évaluée.

Dans la mesure où tous les domaines d'activité physique sont pris en compte, nous avons retenu, selon les recommandations du Comité de recherche IPAQ, un seuil assez élevé pour définir la catégorie d'individus pratiquant une activité physique favorable à la santé. Appartiennent à la catégorie des très actifs les individus faisant au moins 12 500 pas par jour ou l'équivalent en activités modérées ou intenses. Cette catégorie a également été employée dans d'autres études [10, 20].

Selon les résultats de notre enquête, 45,7 % des individus âgés de 15 à 74 ans pratiquent une activité physique favorable à la santé – 52,1 % des hommes et 39,5 % des femmes.

En France, peu d'études ont permis de fournir des chiffres sur le pourcentage d'individus pratiquant une activité physique favorable à la santé et peu ont utilisé pour cela une mesure globale de l'activité physique, par le questionnaire IPAQ, un instrument spécifiquement élaboré pour la surveillance, au niveau de la population, de l'activité physique habituelle comme indicateur de santé [9, 11, 12].

L'évolution de la mesure de l'activité physique, d'une estimation de l'activité physique dans le cadre d'un seul domaine à une estimation de l'activité physique globale, rend délicate la comparaison de nos résultats à ceux d'études ayant utilisé des critères de mesure basés majoritairement sur un seul domaine. Néanmoins, le seuil déterminant le niveau d'activité physique entraînant des bénéfices pour la santé a été adapté lorsque la mesure de l'activité physique globale a été introduite. Il est donc intéressant de comparer aussi nos résultats à ceux d'études n'ayant pas utilisé une mesure globale de l'activité physique, en gardant en mémoire que les spectres d'activité physique considérés et la détermination des seuils sont différents.

Nos résultats sont ainsi proches des chiffres cités dans le rapport du GTNDO (Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique) de 2003 [21], sur lesquels a été basé l'objectif de la loi de santé publique relatif à l'activité physique. Selon ce rapport « plus de 40 % des hommes et 60 % des femmes n'atteindraient pas le seuil minimal d'activité physique recommandé pour la population générale », l'objectif fixé par les pouvoirs publics étant alors d'augmenter de 25 % le pourcentage de sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour d'ici 2008, pour porter ce pourcentage à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes.

On peut également citer les résultats de la cohorte SUVIMAX (Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants), portant sur l'année 1998, auprès de 3 400 hommes et 4 000 femmes volontaires, âgés de 45 à 60 ans [22]. Dans cette cohorte où l'activité physique a été mesurée par une version autoadministrée du MAQ (*Modifiable Activity Questionnaire*) [23], 62 % des hommes et 52 % des femmes ont suivi les recommandations de faire chaque jour l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique modérée. Ces données ne peuvent cependant pas être strictement comparées à celles du Baromètre santé 2005, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une enquête nationale représentative, et où seules les activités physiques exercées pendant le temps de loisir ont été considérées⁶.

Des données françaises sur l'activité physique ont aussi été recueillies dans le cadre de deux enquêtes européennes ayant mesuré le niveau d'activité physique à l'aide de l'IPAQ : les Eurobaromètres 2002 [9] et 2005 [11], et l'enquête réalisée dans le cadre du projet Eupass (*European Physical Activity Surveillance System*) [12].

L'Eurobaromètre 2002, auquel ont participé quinze États membres de l'Union européenne, a récolté des données sur l'activité physique dans le cadre d'interviews en face-à-face. En France, l'enquête a été menée auprès d'un échantillon de 1 028 personnes. L'Eupass est une enquête téléphonique transversale répétée, menée

en 2000 sur une période de six mois dans huit pays de l'Union européenne. En France, elle a été menée auprès d'un échantillon de 600 personnes.

Les résultats publiés sur l'activité physique à partir de ces deux enquêtes ont été présentés sous différentes formes. Les articles les plus anciens présentent le nombre de jours par semaine de pratique d'une activité physique et les équivalents métaboliques dépensés par semaine (MET-heures par semaine), et non pas expressément le pourcentage de personnes qui pratiquent une activité physique favorable à la santé. Ces deux enquêtes peuvent néanmoins être comparées avec le Baromètre santé 2005 relativement aux indicateurs communs [tableau XII]. Les moyenne et médiane des MET-heures par semaine du Baromètre santé 2005 sont comprises entre celles des deux autres enquêtes européennes. Elles se situent à des distances intermédiaires entre les valeurs de l'Eurobaromètre particulièrement basses et celles de l'Eupass particulièrement élevées.

Les résultats de l'Eurobaromètre 2005 présentent le nombre moyen de jours et le temps moyen passé à pratiquer des activités physiques intenses, des activités physiques modérées, ou de la marche [tableau XIII]. Ils sont tout à fait comparables à ceux du

6. Le questionnaire qui a été utilisé prend en compte l'ensemble des activités physiques, mais seules les données liées à l'activité physique de loisir ont été publiées à ce jour.

TABLEAU XII

Moyenne et médiane des MET-heures par semaine dans les trois enquêtes

	n	Moyenne	Médiane
Baromètre santé 2005 (15-75 ans)	7 653	64,8	47,1
Eurobaromètre 2002 (15 ans et plus)	963	28,49	19,55
Baromètre santé 2005 (18-75 ans)	7 321	65,2	47,1
Eupass 2000 (18 ans et plus)	599	111,43	63,8

TABLEAU XIII

Moyenne du nombre de jours et du temps passés à pratiquer des activités physiques intenses, modérées, ou de la marche

	Eurobaromètre 2002 (15 ans et plus)	Eurobaromètre 2005 (15 ans et plus)	Baromètre santé 2005 (15-75 ans)
Activité physique intense			
Nombre moyen de jours au cours des sept derniers jours	1,3	1,6	1,7
Durée moyenne un jour moyen		75,6	62,0
Activité physique modérée			
Nombre moyen de jours au cours des sept derniers jours	1,6	2,0	3,2
Durée moyenne un jour moyen		69,1	74,4
Marche			
Nombre moyen de jours au cours des sept derniers jours	3,7	4,5	4,7
Durée moyenne un jour moyen		60,3	63,6

Baromètre santé 2005 en ce qui concerne le nombre moyen de jours passés à pratiquer les activités de différentes intensités et sont du même ordre de grandeur en ce qui concerne le temps moyen passé à les pratiquer.

Dans un article plus récent [10], M. Sjöström *et al.* ont réalisé, à partir de l'Eurobaromètre 2002, des analyses analogues aux nôtres, estimant la prévalence de l'activité physique entraînant des bénéfices pour la santé dans l'Union européenne. D'après leurs résultats, en France, 24,1 % des 15 ans et plus pratiquent un niveau d'activité physique bénéfique à la santé : 29,1 % des hommes et 19,5 % des femmes. Ces prévalences sont nettement plus faibles que les nôtres, ce qui peut s'expliquer, en partie, par différentes raisons d'ordre méthodologique. Notre enquête s'est déroulée trois ans après l'Eurobaromètre 2002. L'échantillon du Baromètre santé 2005 auquel a été posé l'IPAQ est près de huit fois plus important que celui de l'Eurobaromètre. Les interviews se sont déroulées en face-à-face dans le cadre de l'Eurobaromètre et par téléphone en ce qui concerne le Baromètre santé 2005. Néanmoins, la différence de prévalence

observée à partir d'un même instrument de mesure semble élevée.

Concernant ces résultats sur la prévalence de la pratique d'une activité physique favorable à la santé, l'instrument que nous avons utilisé pour la mesurer peut être critiqué. Le questionnaire IPAQ a en effet été contesté sur certains points ; des problèmes éventuels de surdéclaration ont notamment été mentionnés [24], mais c'est en fait un problème général des questionnaires basés sur les déclarations des individus. Le fait que la marche, quelle que soit son intensité, soit assimilée à une activité physique d'intensité modérée est aussi susceptible d'augmenter les prévalences. De plus, bien que ce soit spécifié dans le questionnaire, on n'est pas sûr que les sujets comptabilisent réellement des périodes de dix minutes d'affilée. Ils peuvent avoir tendance à donner une estimation globale du temps passé à pratiquer une activité physique, sans s'assurer que ce qui compose la durée déclarée est bien constitué de périodes de dix minutes consécutives. Par ailleurs, la reproductibilité de ce questionnaire a également été mise en doute [25] ; mais il reste le seul dont on dispose actuellement pour établir

des comparaisons internationales et avoir une mesure du suivi des recommandations actuelles.

Outre les prévalences d'individus pratiquant une activité physique favorable à la santé, nous avons dressé leur profil. Chez les individus âgés de 15 à 74 ans, cette dernière est davantage pratiquée par les hommes. Elle l'est moins par les personnes de 55 ans et plus, par celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat, et en agglomération parisienne. Chez les actifs occupés âgés de 18 à 64 ans, la probabilité pour des agriculteurs et des exploitants de pratiquer une activité physique favorable à la santé apparaît particulièrement importante. Elle est aussi plus importante chez les individus qui travaillent à temps partiel que chez ceux qui travaillent à temps plein. Au contraire, les individus disposant de 48 heures de repos consécutives ou de plus de 25 jours de vacances seraient moins susceptibles de pratiquer une activité physique favorable à la santé. Chez les 15-74 ans, les individus atteints d'une maladie chronique et ceux qui, la veille, ont lu, ou utilisé un ordinateur au moins trois heures, sont aussi moins susceptibles d'avoir une pratique d'une activité physique favorable à la santé. Le surpoids ou l'obésité et la consommation de substances psychoactives n'apparaissent pas discriminantes.

À notre connaissance, une seule étude a analysé les facteurs associés à la pratique d'une activité physique favorable à la santé où l'activité physique était évaluée de façon globale à l'aide de l'IPAQ [10]. Les autres études ayant analysé les facteurs associés à la pratique d'une activité physique ont utilisé une mesure de celle-ci basée sur le temps de loisirs ou sur plusieurs domaines, mais moins complets que ceux de l'IPAQ. Les facteurs associés au suivi de la recommandation «faire chaque jour l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique modérée» ont alors été étudiés. Les résul-

tats de toutes ces études ne sont donc pas strictement comparables dans la mesure où ils sont basés sur une mesure de l'activité physique reposant sur un spectre d'activités plus ou moins large. Néanmoins, les recommandations, qui peuvent alors être exprimées différemment, coïncident globalement [6], si bien que nous comparons ici nos résultats à la fois à ceux de l'étude ayant utilisé l'IPAQ et à ceux d'études ayant utilisé des mesures moins globales de l'activité physique.

La plus grande pratique d'une activité physique favorable à la santé chez les hommes et chez les jeunes, mise en avant par nos résultats, est également observée dans l'Eurobaromètre 2002 ayant utilisé l'IPAQ [10] et dans une enquête nationale américaine menée en 1999-2000 [26]. Nos résultats sur l'éducation, mettant en avant une moindre pratique d'une activité physique favorable à la santé chez les plus diplômés, n'ont pas été mis en évidence dans les autres études que nous avons considérées. Dans l'Eurobaromètre 2002, la pratique d'une activité physique favorable à la santé est favorisée chez les individus ayant un niveau d'études moyen. Les autres études montrent une association positive entre le niveau d'éducation et le suivi de la recommandation : chez les adultes dans l'enquête américaine citée ci-dessus [26], chez les femmes dans l'enquête française SUVIMAX [22] ou encore, dans le cadre d'enquêtes régionales, chez des femmes afro-américaines provenant de différentes régions des États-Unis [27, 28]. De plus, une étude longitudinale menée aux Pays-Bas a montré que les individus les moins éduqués avaient plus de risques que les plus éduqués de réduire leur pratique d'une activité physique avec le temps [29].

Nos résultats sur les revenus montrant une moindre probabilité des individus à haut niveau de revenus de pratiquer une activité physique favorable à la santé sont inverses

de ceux observés dans l'enquête américaine précitée [26]. Selon celle-ci, les individus à faibles revenus sont moins susceptibles de suivre la recommandation que les individus ayant les revenus les plus élevés. Si l'on rapproche nos résultats sur les revenus de ceux sur la PCS, qui font ressortir des odds ratios particulièrement élevés pour la catégorie des agriculteurs et exploitants et au contraire inférieurs à un pour les catégories « *cadres et professions intellectuelles* » et « *professions intermédiaires* », on peut supposer que c'est ici la composante activité physique dans le cadre du travail de l'indicateur IPAQ qui l'emporte, conduisant les individus des catégories socialement plus favorisées, dont le niveau de revenus moyen est aussi plus élevé et dont les activités sont plus sédentaires, à être plus éloignés de la pratique d'une activité physique favorable à la santé. Les résultats sur le sport, nous le verrons, vont aussi dans le sens de cette hypothèse.

Concernant le lien entre la pratique d'une activité physique et la taille de l'agglomération, notre enquête met en avant des résultats allant dans le sens de ceux de l'enquête SUVIMAX. Ils montrent une moindre pratique d'une activité physique favorable à la santé dans l'agglomération parisienne comparée aux communes rurales. Les résultats de l'enquête SUVIMAX dans le même sens ont montré un plus grand suivi de la recommandation chez les femmes vivant en zone rurale. L'Eurobaromètre [10] et plusieurs autres études étrangères [26, 30] ont, au contraire, mis en évidence une plus grande pratique d'une activité physique favorable à la santé dans les zones les plus urbanisées. La différence de méthodologie est probablement à l'origine de cette différence. De plus, les degrés d'urbanisation utilisés dans ces différentes enquêtes ne sont pas tout à fait identiques, si bien que ces résultats ne sont pas strictement comparables.

À notre connaissance, aucune enquête n'a étudié les liens existant entre la pratique d'une activité physique et la disponibilité en temps, dimension appréhendée dans notre enquête par des variables liées aux conditions de travail (temps partiel, nombre de jours de congés, de RTT) et à la vie familiale (nombre d'enfants de moins de 14 ans dans le ménage). L'absence de significativité de cette dernière variable est peut-être due à l'opposition de deux phénomènes : d'un côté, on peut supposer que la présence d'un enfant en bas âge réduit la disponibilité en temps pour pratiquer une activité physique, mais, de l'autre, s'occuper d'un enfant en bas âge constitue en soi une activité physique que capte le questionnaire IPAQ.

D'après nos résultats, la pratique d'une activité physique favorable à la santé n'est pas liée significativement à la corpulence, alors qu'un lien significatif a été observé dans les autres enquêtes que nous avons considérées. La tendance des individus obèses à avoir une pratique plus réduite d'une activité physique a ainsi été montrée dans une étude paneuropéenne sur l'activité physique et le surpoids [31]. Cette étude, néanmoins, n'utilisait pas le questionnaire IPAQ pour mesurer le niveau d'activité physique ni les normes internationales actuelles (*International Obesity Task Force*) pour évaluer l'obésité. D'autres études ont également montré une forte corrélation entre le poids et la pratique d'une activité physique, les individus à forte corpulence étant moins actifs que les autres [32, 33].

Concernant le tabagisme, plusieurs études ont conclu, contrairement à la nôtre, à l'existence d'un lien entre le tabagisme et la pratique insuffisante d'une activité physique [22, 32, 34]. Néanmoins, ces divergences peuvent s'expliquer par des méthodologies, des populations étudiées et une mesure de l'activité physique différentes dans ces enquêtes.

Enfin, les liens que nous avons mis en évidence entre les activités sédentaires que

sont la lecture et le fait d'être devant un ordinateur n'étaient pas étudiés dans les études que nous avons considérées, la sédentarité étant appréhendée uniquement par le temps passé devant la télévision [22, 35, 36]. Nos résultats, qui concluent à l'absence de lien significatif entre le temps passé devant la télévision et le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé, vont dans le même sens que ceux de l'enquête SUVIMAX. En revanche, d'autres études ont mis en évidence une moindre pratique d'une activité physique chez les enfants et les adolescents regardant beaucoup la télévision [35, 36].

Quelques limites à cette analyse des facteurs associés à la pratique d'une activité physique favorable à la santé peuvent être soulignées. Il s'agit de l'absence de prise en compte de variables environnementales dont on sait que certaines sont des facteurs associés à la pratique d'une activité physique [26, 37, 38], et de variables psychosociales [39]. Des variables d'environnement perçu ont été ajoutées à l'IPAQ dans l'enquête Eupass et l'Eurobaromètre, ce qui pourrait être envisagé dans le prochain Baromètre santé.

Dans une deuxième partie, nous avons exploré la pratique d'un sport, qui constitue une partie seulement de l'activité physique globale évoquée précédemment. D'après nos résultats, 58 % des 15-74 ans en font habituellement : soit au cours de la semaine précédant l'interview, soit ont déclaré en faire habituellement. Ces résultats sont assez proches de ceux de l'enquête Pratiques sportives 2000 [40], selon laquelle 48 % des Français âgés de 15 à 75 ans font du sport au moins une fois par semaine et 83 % au moins une fois dans l'année.

Dans le baromètre santé, la pratique habituelle d'un sport est davantage le fait des hommes, des individus diplômés (la probabilité de pratiquer augmentant avec le niveau de diplôme), des individus ayant un niveau

de revenus par unité de consommation élevé et, chez les actifs occupés, des cadres et professions intellectuelles, des professions intermédiaires et des employés, et des individus qui ont plus de 25 jours de congés annuels. Elle est, au contraire, moindre chez les personnes de 35 ans et plus, comparées aux 15-24 ans, chez celles qui ont au moins un enfant de moins de 14 ans dans le foyer, chez celles ayant une maladie chronique, chez les individus en surpoids ou obèses, chez les fumeurs réguliers, chez les consommateurs quotidiens d'alcool mais aussi chez les abstinentes et chez les personnes qui ont regardé la télévision au moins trois heures la veille de l'enquête.

Les individus qui font habituellement du sport ont ainsi un profil assez différent de celui des individus qui pratiquent une activité physique favorable à la santé. Concernant les variables socio-économiques étudiées, ils ont même des caractéristiques opposées. Ainsi, ont plus de chances de pratiquer habituellement un sport : les individus les plus éduqués, ceux dont le niveau de revenus est le plus élevé, les individus appartenant aux catégories socioprofessionnelles « *cadres et professions intellectuelles* », « *professions intermédiaires* » et « *employés* », et ceux disposant de plus de 25 jours de congés annuels. Les tendances inverses étaient observées pour la pratique d'une activité physique favorable à la santé. On peut supposer que l'indicateur d'une activité physique favorable à la santé provenant de l'IPAQ a tendance ici à capter davantage l'activité physique exercée dans le cadre du travail, les activités physiques les plus intenses étant le plus souvent exercées dans le cadre des professions manuelles, demandant un moindre niveau d'éducation et étant les moins rémunérées. Les résultats inversés pour le nombre de jours de congés peuvent s'interpréter dans le même sens, un nombre important de jours de congés étant susceptible de favoriser la pratique d'activités sportives et, au contraire, en réduisant le

nombre de jours travaillés, de réduire l'activité physique exercée dans le cadre du travail. Ces résultats mettent en avant la difficulté d'interprétation de résultats provenant d'un indicateur très global tel que l'IPAQ, qui englobe des types d'activités physiques correspondant à des situations très différentes et exercées par des types de populations très disparates.

Concernant la corpulence et la consommation d'alcool et de tabac, nos résultats sur le sport diffèrent également de ceux qui sont observés pour la pratique d'une activité physique favorable à la santé. Alors qu'on n'observait aucun lien significatif avec ces états et des comportements de santé pour l'activité physique globale, la pratique habituelle d'un sport apparaît inversement associée à la surcharge pondérale et à la consommation régulière de tabac et d'alcool. Les non-consommateurs ou faibles consommateurs d'alcool semblent aussi moins susceptibles de faire du sport. Ces résultats sur l'abstinence alcoolique peuvent être rapprochés de ceux mis en évidence par des travaux sur le lien entre la pratique sportive et les usages de produits psychoactifs réalisés à partir de plusieurs enquêtes françaises menées chez les jeunes et en population adulte [41, 42]. Ceux-ci ont conduit à formuler l'hypothèse d'une association entre pratique sportive, sociabilité et consommation d'alcool, notamment chez les jeunes et en particulier les filles. Celles qui pratiquent un sport en dehors d'un club ont davantage de chances d'avoir consommé de l'alcool, cela étant probablement lié aux occasions de sorties échappant au regard des adultes fournies par cette pratique sportive. Les liens complexes existant entre ces trois dimensions peuvent être un élément d'explication de notre résultat.

Enfin, si la sédentarité apparaît un frein à la pratique d'une activité physique favorable à la santé comme à celle de sport, les activités sédentaires significativement associées à ces deux pratiques ne sont pas les mêmes : pour

le sport, le temps passé devant la télévision a été identifié alors que le temps de lecture et le temps passé devant un ordinateur l'ont été pour la pratique d'une activité physique favorable à la santé.

Enfin, dans la dernière partie de ce chapitre, nous avons analysé les occupations sédentaires. Le temps passé assis en moyenne par jour, mesuré par le questionnaire IPAQ, dépasse 4 h 40. Autrement formulé, 33,1 % des Français âgés de 15 à 74 ans sont assis en moyenne au moins 6 heures par jour, ce qui est tout à fait comparable aux résultats de l'Eurobaromètre dans lequel cette proportion était en 2002 de 33,9 %.

Une analyse du lien entre les activités sédentaires et la corpulence des individus nous a ensuite permis de mettre en évidence une association significative entre le temps passé à regarder la télévision la veille de l'interview (au moins 2 heures) et l'obésité. Cette association a été montrée par ailleurs dans plusieurs études menées dans divers pays, à la fois auprès d'enfants et de jeunes [43-45], de femmes [19, 46] ou d'adultes [47]. Nos résultats, en revanche, n'ont pas montré de lien entre la corpulence et le temps de lecture ou le temps passé devant un ordinateur, après ajustement sur différentes variables et, en particulier, le niveau d'études. On peut émettre ici l'hypothèse d'habitudes alimentaires particulières telles que le grignotage, plus important devant la télévision que devant un livre ou un ordinateur, qui pourrait être lié à une plus grande « passivité » de cette occupation.

En conclusion, l'analyse de l'activité physique des Français, mesurée ici à l'aide d'un outil novateur et validé internationalement, l'IPAQ, a permis d'évaluer la part des Français qui pratiquent une activité physique favorable à la santé et d'identifier leur profil. Un certain nombre de groupes moins susceptibles d'atteindre ce niveau

de pratique favorable à la santé a ainsi été mis en avant, dont certains pourraient faire l'objet de mesures d'éducation pour la santé ciblées : les femmes, les individus les plus âgés, les individus travaillant à temps plein, ceux atteints d'une maladie chronique, ceux ayant des activités sédentaires de longue durée.

La comparaison entre le profil de ces individus et celui des personnes qui pratiquent habituellement un sport a mis en évidence un certain nombre de différences,

notamment au niveau du profil socio-économique des individus, soulignant la difficulté d'interpréter les résultats provenant d'un indicateur d'activité physique globale, qui englobe de ce fait des situations et des types de personnes très disparates.

Enfin, pour compléter et préciser cette analyse de l'activité physique, d'autres dimensions jouant sur la pratique d'une activité physique, telles que l'environnement ou les facteurs psychosociaux, devront faire l'objet de travaux futurs.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] World Health Organization (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** WHO, Geneva: WHO, coll. Technical Report Series (916), 2003: 160p.
En ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf
- [2] World Health Organization (WHO). **The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Geneva: WHO, 2002: 248p.
En ligne : <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- [3] American College of Sports Medicine. **The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults.** *Medicine & Science in Sports & Exercise* 1990; 22(2): 265-74.
- [4] Pate R.R., Pratt M., Blair S.N., et al. **Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine.** *Journal of the American Medical Association* 1995; 273(5): 402-7.
En ligne : <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000391/P0000391.asp>
- [5] U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. **Physical Activity and Health: a Report of the Surgeon General.** Atlanta, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996: 278p.
En ligne : <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>
- [6] Tudor-Locke C., Bassett D.R. Jr. **How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health.** *Sports Medicine* 2004; 34(1): 1-8.
- [7] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). **La santé vient en bougeant. Le guide nutrition pour tous.** Saint-Denis : INPES, 2004 : 34 p.
En ligne : http://www.mangerbouger.fr/telechargements/public/adultes_bouger.zip
- [8] Craig C. L., Marshall A. L., Bauman A. E., et al. **International physical activity questionnaire: 12 country reliability and validity.** *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2003; 35: 1381-95.
En ligne : <http://latinut.net/documentos/deporte/metabolismo/lpaq%20validacion%20MSSE%2003.pdf>
- [9] Rütten A., Abu-Omar K. **Prevalence of physical activity in European Union.** *Soz Präventivmed* 2004; 49: 281-9.
- [10] Sjöström M., Oja P., Hagströmer M., Smith B.J., Bauman A. **Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study.** *Journal of Public Health* 2006; 14: 291-300.
- [11] TNS Opinion & Social, Commission Européenne. **Santé et alimentation.** Bruxelles : Commission Européenne, coll. Eurobaromètre Spécial 246, 2006 : 94 p.
En ligne : http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_fr.pdf
- [12] Rütten A., Ziemainz H., Schena F., et al. **Using different physical activity measurements in eight European countries: Results of the European Physical Activity Surveillance System (EUPASS) time series survey.** *Public Health Nutrition* 2003; 6(4): 371-6.
- [13] IPAQ. **International Physical Activity Questionnaire [en ligne].** 2006 : <http://www.ipaq.ki.se>
- [14] Bernstein M.S., Morabia A., Sloutskis D. **Definition and prevalence of sedentarism in an urban population.** *American Journal of Public Health* 1999; 89(6): 862-7.

- [15] Opper J.M., Simon C., Rivière D., Guezennec C.Y.
Activité physique et santé : arguments scientifiques, pistes pratiques.
Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 55 p.
- [16] Ricciardi R.
Sedentarism: a concept analysis.
Nursing Forum 2005; 40(3): 79-87.
- [17] Leino-Arjas P., Solovieva S., Riihimäki H., Kirjonen J., Telama R.
Leisure time physical activity and strenuousness of work as predictors of physical functioning: a 28 year follow up of a cohort of industrial employees.
Occupational and Environmental Medicine 2004; 61: 1032-8.
En ligne : <http://oem.bmj.com/cgi/content/abstract/61/12/1032>
- [18] Ruzic L., Heimer S., Misigoj-Durakovic M., Matkovic B.R.
Increased occupational physical activity does not improve physical fitness.
Occupational and Environmental Medicine 2003; 60: 983-5.
En ligne : <http://oem.bmj.com/cgi/content/full/60/12/983>
- [19] Opper J.-M., Kettaneh A., Borys J.M., Basdevant A., Ducimetière P., Charles M.A.
The relationships between indicators of physical activity, indicators of sedentary behaviour and adiposity in French adults: the FLVS II study.
Journal of Public Health 2006; 14: 87-93.
- [20] Hagströmer M., Bergman P., Bauman A., Sjöström M.
The international prevalence study (IPS): health-enhancing physical activity in Sweden.
Journal of Public Health 2006; 14(5): 301-8.
- [21] Abenhaim L., Le Gales C.
Rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs : analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique ; définition des objectifs.
Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003 : 593 p.
En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000115/index.shtml>
- [22] Bertrais S., Mennen L., Galan P., Hercberg S., Opper J.-M.
Sociodemographic and geographic correlates of meeting current recommendations for physical activity in middle-aged French adults: the Supplémentation en Vitamines et Minéraux Antioxydants (SUVIMAX) study.
American Journal of Public Health 2004; 94(9): 1560-6.
- [23] Vuillemin A., Opper J.-M., Guillemin F., et al.
Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity.
Medicine & Science in Sports & Exercise 2000; 32(6): 1119-24.
- [24] Rzewnicki R., Auweele Y.V., De Bourdeauhuij I.
Addressing overreporting on the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) telephone survey with a population sample.
Public Health Nutrition 2003; 6(3): 299-305.
En ligne : http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FFPHN%2FFPHN6_03%2FS1368980003000399a.pdf&code=4de727570bc1bf75bcc11dafcd37ae9
- [25] Rütten A., Vuillemin A., Ooijendijk W.T.M., et al.
Physical activity monitoring in Europe: the European Physical Activity Surveillance System (EUPASS) approach and indicator testing.
Public Health Nutrition 2003; 6(4): 377-84.
- [26] Parks S.E., Housemann R.A., Brownson R.C.
Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States.
Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57(1): 29-35.
En ligne : <http://jech.bmj.com/cgi/content/abstract/57/1/29>
- [27] Ainsworth B.E., Wilcox S., Thompson W.W., Richter D.L., Henderson K.A.
Personal, social, and physical environmental correlates of physical activity in African-American women in South Carolina.
American Journal of Preventive Medicine 2003; 25(3 Suppl 1): 23-9.
- [28] Wilbur J., Chandler P.J., Dancy B., Lee H.
Correlates of physical activity in urban Midwestern African-American women.
American Journal of Preventive Medicine 2003; 25(3 suppl. 1): 45-52.
- [29] Droomers M., Schrijvers C.T., Mackenbach J.P.
Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal GLOBE study.
Journal of Epidemiology and Community Health 2001; 55(8): 562-8.
- [30] Reis J.P., Bowles H.R., Ainsworth B.E., Dubose K.D., Smith S., Laditka J.N.
Nonoccupational physical activity by degree of urbanization and U.S. geographic region.
Medicine & Science in Sports & Exercise 2004; 36(12): 2093-8.
- [31] Vaz de Almeida M.D., Graca P., Afonso C., D'Amicis A., Lappalainen R., Damkjaer S.
Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union.
Public Health Nutrition 1999; 2(1A): 105-13.
- [32] Trost S.G., Owen N., Bauman A.E., Sallis J.F., Brown W.
Correlates of adults' participation in physical activity: review and update.
Medicine & Science in Sports & Exercise 2002; 34(12): 1996-2001.
- [33] Sherwood N.E., Jeffery R.W.
The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions.
Annual Review of Nutrition 2000; 20: 21-44.

- [34] Lawlor D.A., Taylor M., Bedford C., Ebrahim S.
Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women: Results from the British Women's Heart and Health Study.
Journal of Epidemiology and Community Health 2002; 56(6): 473-8.
En ligne : <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/56/6/473>
- [35] Motl R.W., McAuley E., Birnbaum A.S., Lytle L.A.
Naturally occurring changes in time spent watching television are inversely related to frequency of physical activity during early adolescence.
Journal of Adolescence 2006; 29(1): 19-32.
- [36] Hager R.L.
Television viewing and physical activity in children.
Journal of Adolescent Health 2006; 39(5): 656-61.
- [37] De Bourdeaudhuij I., Sallis J.F., Saelens B.E.
Environmental correlates of physical activity in a sample of Belgian adults.
American Journal of Health Promotion 2003; 18(1): 83-92.
En ligne : http://www.ipenproject.org/pdf_file/DeBourdeaudhuij.pdf
- [38] Rütten A., Abu-Omar K.
Perceptions of environmental opportunities for physical activity in the European Union.
Soz Präventivmed 2004; 49(5): 310-7.
- [39] De Bourdeaudhuij I., Sallis J.
Relative contribution of psychosocial variables to the explanation of physical activity in three population-based adult samples.
Preventive Medicine 2002; 34(2): 279-88.
- [40] Mignon P.
Les pratiques sportives en France.
Paris : Éditions Insep, 2002 : 232 p.
- [41] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
Pratique sportive et usages de produits psychoactifs, de l'adolescence à l'âge adulte.
Tendances 2001; 13 : 1-4.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tend13.pdf>
- [42] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
Sport et usages de produits psychoactifs dans les enquêtes quantitatives auprès des jeunes scolarisés : quelles interprétations sociologiques ? In : Faugeron C., Kokoreff M.
Société avec drogue : Enjeux et limites.
Ramonville-Ste-Agne : Erès, 2002 : 99-125.
- [43] Storey M.L., Forshee R.A., Weaver A.R., Sansalone W.R.
Demographic and lifestyle factors associated with body mass index among children and adolescents.
International Journal of Food Sciences and Nutrition 2003; 54(6): 491-503.
- [44] Stettler N., Signer T. M., Suter P.M.
Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland.
Obesity Research 2004; 12(6): 896-903.
En ligne : www.obesityresearch.org/cgi/reprint/12/6/896.pdf
- [45] Marshall S.J., Biddle S. J., Gorely T., Cameron N., Murdey I.
Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis.
International Journal of Obesity 2004; 28(10): 1238-46.
- [46] Hu F.B., Li T.Y., Colditz G.A., Willett W.C., Manson J.E.
Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women.
Journal of the American Medical Association 2003; 289: 1785-91.
- [47] Salmon J., Bauman A., Crawford D., Timperio A., Owen N.
The association between television viewing and overweight among Australian adults participating in varying levels of leisure-time physical activity.
International Journal of Obesity 2000; 24(5): 600-6.
En ligne : <http://www.nature.com/ijo/journal/v24/n5/full/0801203a.html>





















L'essentiel

Les Français sont en très grande majorité (neuf sur dix) favorables à la vaccination, avec pourtant une légère diminution depuis 2000. En revanche, cette opinion positive est plus forte chez les jeunes, avec une augmentation depuis 2000 de l'opinion très favorable des 15-25 ans. Les deux vaccinations qui suscitent le plus de réticence sont celles contre l'hépatite B (en progression depuis 2000) et la grippe (en diminution depuis 2000).

Deux tiers des Français considèrent qu'ils sont à jour dans leurs vaccins « avec certitude » et la même proportion a eu sa dernière injection au cours des cinq dernières années. Ce dernier pourcentage est en diminution significative depuis 2000. Si les plus jeunes ont eu leur vaccination le plus récemment, ce sont aussi eux qui savent le moins contre quoi. Pour les personnes qui identifient ce vaccin, le tétanos arrive en tête, suivi de la grippe et de l'hépatite B, cette

dernière étant en forte baisse depuis 2000. Le promoteur de la dernière vaccination est d'abord le médecin (51,3 %), devant le patient lui-même (43,7 %).

Lorsque l'on examine l'ensemble des facteurs qui freinent ou favorisent la vaccination, le fait de se faire soigner par l'homéopathie et/ou l'acupuncture est toujours très lié à un avis défavorable sur la vaccination. L'autre élément majeur est l'âge des personnes interrogées, avec des populations jeunes mieux vaccinées et plus ouvertes que leurs aînés sur cette pratique de prévention. Un suivi médical régulier et une bonne information sur le sujet semblent aussi témoigner d'une attitude plus favorable au geste vaccinal.

Pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, et parmi les parents qui ont des enfants âgés de moins de 16 ans, plus des trois quarts (78,3 %) les ont tous fait vacciner, 8,8 % au moins un et 7,6 % n'en ont

fait vacciner aucun, tandis que 5,3 % ne savent pas. Parmi ceux qui ne l'ont pas fait, 58,3 % ont l'intention de le faire pour tous leurs enfants (en baisse depuis 2000), 1,9 % pour certains, 22,7 % n'ont pas l'intention de le faire et 17,8 % ne savent pas ou ne se prononcent pas. Chez les parents qui ont au moins un enfant âgé de moins de 7 ans, un peu plus d'un tiers (36,5 %) savent qu'une revaccination est nécessaire entre 3 et 6 ans (en baisse depuis 2000). Les principales raisons de la non-vaccination rougeole-oreillons-rubéole sont la non-proposition par le médecin, la contre-indication posée par le médecin lui-même, le refus des parents (crainte des complications, souhait de favoriser l'immunité naturelle, inutilité du vaccin, opposition à la vaccination en général, multiplicité des vaccins) et la non-visite d'un médecin à ce sujet.

Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention

FRANÇOIS BAUDIER
CHRISTOPHE LÉON

La vaccination est-elle devenue un geste trop banal ? Que sait-on des maladies contre lesquelles nous sommes protégées ? Pourquoi faut-il, encore aujourd'hui, respecter un calendrier vaccinal si complexe alors que l'on dispose de traitements de plus

en plus efficaces ? Telles sont quelques-unes des questions que se posent de nombreuses personnes au moment où « le péril infectieux » n'a jamais été aussi présent dans l'actualité nationale et internationale [1, 2].

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, la prévention individualisée et médicalisée a fait l'objet d'un intérêt relativement modeste de la part de ceux qui sont en charge des politiques de santé. Pourtant, elle concerne des activités importantes réalisées quotidiennement en consultation, principalement par les généralistes : vaccination, dépistage, conseils hygiéno-diététiques... Ces actes et ces dépenses (dites « cachées ») représenteraient trois fois plus que les budgets consacrés à la prévention en médecine préventive et de dépistage (comme la médecine du travail, la santé scolaire, etc.), pour les

grands programmes de santé publique (alcool, tabac, accidents, etc.) et diverses autres actions comme la prévention des risques professionnels ou la veille sanitaire (qualifiés de dépenses « visibles ») [3]. Au total, les budgets liés à la prévention étaient, en 2003, de 10 milliards d'euros, soit environ 7 % de la dépense courante de santé : deux tiers « cachés » pour un tiers « visibles ».

Par ailleurs, la vaccination est un geste qui s'est progressivement banalisé. Plusieurs infections épidémiques de l'enfant ont quasiment disparu grâce à la politique vaccinale, chassant du même coup de la

mémoire collective la réalité clinique de ces maladies. Néanmoins, la polémique autour du vaccin contre l'hépatite B a contribué à décrédibiliser non seulement cette immunisation spécifique, mais aussi l'ensemble des vaccins [4]. Ce phénomène a été mesuré avec précision par les différents Baromètres santé, dans la population générale mais aussi chez les médecins généralistes [2, 5]. Enfin, l'absence de politique vaccinale volontariste durant ces vingt dernières années a

été amplifiée par des phénomènes successifs de décentralisation (au niveau des départements, années 1980) et de recentralisation (au niveau de l'État, années 2000), suscitant la confusion dans les prises de décision et l'organisation par les acteurs de santé de proximité. Il était donc particulièrement intéressant de suivre l'évolution des opinions, attitudes et comportements des Français dans ce champ d'intervention qui reste essentiel en santé publique.

RÉSULTATS

OPINIONS SUR LES VACCINATIONS

La vaccination en général

L'immense majorité des Français (neuf sur dix) se disent favorables à la vaccination (43,2 % sont « très favorables » et 47,3 % sont « plutôt favorables »). Les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à y être favorables (91,7 % vs 89,5 % ; $p < 0,001$).

Plus les personnes sont jeunes, plus elles déclarent être favorables à la vaccination : 92,5 % des moins de 45 ans ont une opinion favorable vis-à-vis de la vaccination versus 88,1 % pour leurs aînés ($p < 0,001$) [figure 1] ;

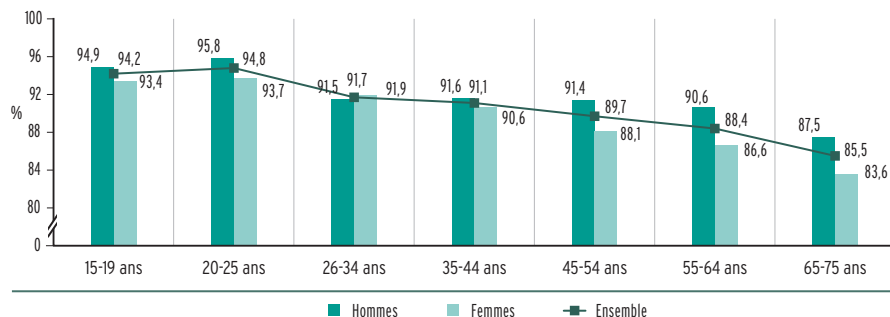
les individus âgés de 65 à 75 ans sont ceux qui montrent le plus de réticence à la vaccination (14,5 % d'entre eux y sont défavorables).

Une analyse multivariée a été faite à partir des facteurs discriminants statistiquement significatifs par rapport au fait d'« être défavorable à la vaccination en général » [tableau I].

En dehors du sexe ($p < 0,001$) et de l'âge ($p < 0,001$), les facteurs qui semblent le plus peser sur une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination sont le fait d'être célibataire, séparé, divorcé ou veuf ($p < 0,001$), de se déclarer mal informé sur la vaccination ($p < 0,001$), de ne pas connaître son statut vaccinal ou d'avoir été vacciné il y a

FIGURE 1

Opinions favorables (« très favorables » et « plutôt favorables ») à la vaccination en général, selon le sexe, parmi les 15 à 75 ans



longtemps ($p < 0,001$), de se faire soigner par homéopathie ou acupuncture ($p < 0,001$) et de peu consulter un généraliste ($p < 0,001$).

Il ressort de cette analyse que si les hommes sont plus favorables à la vaccination, le fait

d'avoir des enfants semble entraîner certaines réticences vis-à-vis du geste vaccinal. En revanche, les jeunes générations expriment moins de réserves sur ce sujet que leurs aînés. Les niveaux d'études et de revenus ou la situa-

TABLEAU I

OR ajustés au fait d'avoir une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination, en 2005 (n=23 972)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme	5,8	1	
Femme	10,5***	1,2***	1,1 ; 1,4
Âge			
15-19 ans	8,3	1	
20-25 ans	5,2	0,7	0,5 ; 1,1
26-34 ans	8,3	1,1	0,7 ; 1,6
35-44 ans	8,9	1,2	0,8 ; 1,8
45-54 ans	10,3	1,4	0,9 ; 2,2
55-64 ans	11,5	1,5	1,5 ; 3,8
65-75 ans	14,5***	2,4***	0,9 ; 1,2
Avoir des enfants			
Oui	10,4	1	
Non	7,5***	1,0	0,9 ; 1,2
Zone géographique			
Ile-de-France	7,3	1	
Nord-Ouest	8,5	1,1	0,7 ; 1,8
Nord-Est	9,2	1,3	0,9 ; 2,1
Sud-Est	11,4	1,4	0,9 ; 2,2
Sud-Ouest	10,5***	1,4	0,9 ; 2,2
Situation professionnelle			
Travail	8,7	1	
Études	6,0	0,9	0,7 ; 1,3
Chômage	9,9	1,1	0,9 ; 1,4
Retraite	13,3	1,0	0,8 ; 1,2
Autres inactifs	11,1***	1,0	0,8 ; 1,2
Niveau de diplôme			
Inférieur au bac	9,9	1	
Bac à bac + 2	8,4	0,9*	0,8 ; 1,0
Supérieur à bac + 2	9,8**	0,9	0,8 ; 1,1
Situation matrimoniale			
Marié, ou pacsé, ou remarié	9,7	1	
Célibataire	7,9	1,2*	1,0 ; 1,4
Veuf, ou séparé, ou divorcé	13,3***	1,2*	1,0 ; 1,4
Catégorie d'agglomération			
Moins de 20 000 habitants	10,1	1	
20 000 à 200 000 habitants	9,4	0,8**	0,7 ; 0,9
200 000 habitants et plus	9,5	0,8*	0,7 ; 1,0
Agglomération parisienne	7,4***	0,9	0,6 ; 1,4

TABLEAU I SUITE

Niveau d'information sur la vaccination			
Bien informé	7,2	1	
Mal informé	13,7***	2,1***	1,9; 2,3
Délai de la dernière vaccination			
Au cours des cinq dernières années	6,4	1	
Entre cinq et dix ans	12,0	1,8***	1,6; 2,1
Depuis dix ans ou plus	24,0	3,7***	3,2; 4,2
Jamais	34,7	6,6***	3,2; 13,7
Ne sait pas	17,3***	2,8***	1,9; 4,1
Consultation homéopathe ou acupuncteur au cours des douze derniers mois			
Oui	18,3	1	
Non	7,9***	0,4***	0,3; 0,4
Consultation généraliste au cours des douze derniers mois			
Oui	9,0	1	
Non	12,4	1,5***	1,3; 1,7
Dépistage hépatite C au cours de la vie			
Oui	8,2	1	
Non	9,8**	1,1	1,0; 1,3

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

tion professionnelle n'intervient pratiquement pas dans cette opinion. En revanche, les personnes peu informées, peu vaccinées et allant rarement chez leurs généralistes se révèlent logiquement plus réticentes vis-à-vis de la vaccination. Il en est de même pour les sujets pratiquant une médecine de type homéopathique (ou acupuncture).

Le pourcentage d'individus ayant une opinion favorable a légèrement diminué depuis la dernière enquête réalisée en 2000, passant de 91,7 % à 90,6 % (p<0,001), et l'opinion très favorable est restée stable sur cette période (43,7 % vs 43,2 %). En revanche, l'opinion très favorable a sensiblement augmenté pour les individus âgés de 15 à 25 ans, passant de 48,3 % en 2000 à 54,1 % en 2005 (p<0,001). Les facteurs discriminants n'ont pratiquement pas évolué.

Des réticences vis-à-vis de certaines vaccinations

Parmi les individus de 15 ans et plus ayant répondu qu'ils étaient défavorables à la

vaccination en général (9,4 % de l'échantillon), 15,6 % sont opposés à l'ensemble des vaccinations et ce, sans différence significative suivant le sexe. Cette réticence globale est en diminution très sensible depuis 2000 (15,6 % vs 21,9 %; p<0,001) [tableau II].

La vaccination qui suscite le plus de réserve est celle contre l'hépatite B : un tiers (38,6 %) des sujets y sont défavorables, plus les femmes que les hommes (43,2 % des femmes vs 32,4 % des hommes; p<0,001). Ils étaient moins d'un quart (23,6 %) en 2000 (p<0,001). Cette opinion réservée s'est aussi accentuée pour l'hépatite A, avec un doublement des sujets défavorables entre 2000 et 2005 (4,3 % vs 8,6 %; p<0,001).

Le vaccin contre la grippe suscite aussi une certaine réserve : 19,8 % d'opinions défavorables en 2005, mais avec une baisse de ce pourcentage depuis 2000 (23,7 %; p<0,01). Le BCG reste un vaccin qui focalise l'opposition d'un peu moins d'une personne sur dix (8,5 %, sans évolution significative depuis 2000). Enfin, l'opinion défavorable pour le vaccin rougeole-oreillons-rubéole est restée

TABLEAU II

Évolution des réticences vis-à-vis des principales vaccinations, selon le sexe, parmi les personnes se déclarant défavorables à la vaccination (en pourcentage)

	Baromètre santé 2000 (n=1123)	Baromètre santé 2005 (n=2 673)	Hommes 2005	Femmes 2005
BCG	8,8	8,5	6,7	9,9*
DTP	2,3	2,6	1,5	3,4*
Grippe	23,7	19,8**	20,4	19,4
Hépatite A	4,3	8,6***	7,6	9,3
Hépatite B	23,6	38,6***	32,4	43,2***
Méningite	0,7	1,8**	1,3	2,3
Oreillons	1,0	1,2	0,7	1,6
Pentacoq	1,9	1,4	0,7	1,9**
Rougeole-oreillons-rubéole	5,4	5,1	2,1	7,4***
Rougeole	3,7	2,5*	1,1	3,5***
Rubéole	1,4	1,7	0,9	2,3
Tétanos	1,6	2,6	2,4	2,8
Toutes	21,9	15,6***	16,8	14,7
Ne sait pas	18,0	23,2	27,9	19,5***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

stable depuis 2000 (5,1 %), avec des différences suivant le sexe de la personne interviewée (2,1 % pour les hommes vs 7,4 % pour les femmes ; p<0,001). Il est à noter que le fait d'être défavorable à la vaccination apparaît sans lien avec la crainte de « nouvelles épidémies ».

Une analyse multivariée a été faite à partir des facteurs discriminants statistiquement

significatifs par rapport au fait « de se sentir bien informé sur la vaccination » (chez les personnes âgées de 15 à 75 ans) [tableau III].

Les facteurs qui semblent le plus peser sur la perception de se sentir bien informé sont le fait d'être une femme (p<0,001), d'avoir un enfant (p<0,001), de ne pas être célibataire (p<0,05), d'être plus âgé (p<0,001), d'avoir un niveau d'études inférieur au bac

TABLEAU III

OR ajustés au fait de se sentir bien informé sur la vaccination, en 2005 (n=23 972)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme	64,2	1	
Femme	69,0***	1,3***	1,2; 1,4
Âge			
15-19 ans	61,5	1	
20-25 ans	54,9	0,9	0,7; 1,0
26-34 ans	58,7	0,8	0,7; 1,0
35-44 ans	66,6	1,0	0,8; 1,2
45-54 ans	67,4	1,0	0,8; 1,3
55-64 ans	72,1	1,2	1,0; 1,5
65-75 ans	82,1***	2,0***	1,5; 2,6

TABLEAU III SUITE

Opinion vaccination			
Favorable	68,1	1	
Défavorable	51,1***	0,5***	0,4; 0,5
Avoir des enfants			
Oui	71,0	1	
Non	57,0***	0,7***	0,6; 0,8
Situation professionnelle			
Travail	64,1	1	
Études	61,7	0,9	0,8; 1,1
Chômage	62,1	1,0	0,9; 1,1
Retraite	79,4	1,2*	1,0; 1,4
Autres inactifs	70,8***	1,1	1,0; 1,2
Niveau de diplôme			
Inférieur au bac	70,3	1	
Bac à bac + 2	62,5	0,9***	0,8; 0,9
Supérieur à bac + 2	61,3***	0,8***	0,8; 0,9
Situation matrimoniale			
Marié, ou pacsé, ou remarié	70,8	1	
Célibataire	58,2	0,9*	0,8; 1,0
Veuf, ou séparé, ou divorcé	71,8***	0,9	0,8; 1,0
Catégorie d'agglomération			
Moins de 20 000 habitants	68,9	1	
20 000 à 200 000 habitants	68,8	1,0	0,9; 1,1
200 000 habitants et plus	65,1	0,9	0,9; 1,0
Agglomération parisienne	60,9***	0,8***	0,7; 0,9
Délais de la dernière vaccination			
Au cours des cinq dernières années	69,2	1	
Entre cinq et dix ans	61,5	0,7***	0,6; 0,8
Depuis dix ans ou plus	59,1	0,6***	0,5; 0,6
Jamais	71,2	1,2	0,5; 2,7
Ne sait pas	51,0***	0,4***	0,3; 0,6
Consultation homéopathe ou acupuncteur au cours des douze derniers mois			
Oui	62,3	1	
Non	67,4***	1,2***	1,1; 1,3
Consultation généraliste au cours des douze derniers mois			
Oui	66,9	1	
Non	64,8*	1,0	0,9; 1,1
Dépistage hépatite C au cours de la vie			
Oui	66,4	1	
Non	66,8	1,0	0,9; 1,0

* : p<0,05; *** : p<0,001.

(p<0,001), d'habiter en dehors de l'agglomération parisienne (p<0,001), d'avoir une opinion favorable vis-à-vis de la vaccination (p<0,001), d'avoir été vacciné il y a moins de

cinq ans ou de ne jamais avoir été vacciné (p<0,001) et de ne pas se faire soigner par homéopathie ou acupuncture (p<0,001).

RAPPEL DE LA DERNIÈRE VACCINATION

Deux tiers des Français (64,3 %) considèrent qu'ils sont à jour dans leurs vaccins « avec certitude », 19,8 % « probablement », 7,1 % « probablement pas », 8,8 % « certainement pas », sans différence significative entre les hommes et les femmes. Ce sont les individus âgés de 15 à 19 ans qui déclarent le plus souvent être à jour « avec certitude » (70,7 % vs 63,7 % pour le reste de la population interrogée ; $p < 0,001$). En revanche,

ceux de 55 à 64 ans sont moins nombreux en proportion à le déclarer (59,3 %).

Une analyse multivariée a été réalisée à partir des facteurs discriminants statistiquement significatifs par rapport au fait « de se considérer à jour dans ses vaccinations » [tableau IV].

En dehors de l'âge ($p < 0,001$), les facteurs qui apparaissent le plus influencer sur le fait de se considérer comme bien couvert sur le plan vaccinal sont le fait de vivre en dehors de l'Île-de-France, de ne pas être chômeur ou inactif ($p < 0,001$), d'avoir un plus faible niveau d'études ($p < 0,001$) mais de se déclarer

TABLEAU IV

OR ajustés au fait d'être à jour dans ses vaccinations « avec certitude », en 2005 (n=19 587)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme	64,4	1	
Femme	64,2	0,9	0,9 ; 1,0
Âge			
15-19 ans	70,7	1	
20-25 ans	63,6	0,9	0,7 ; 1,2
26-34 ans	63,7	0,8	0,6 ; 1,1
35-44 ans	67,5	0,9	0,6 ; 1,1
45-54 ans	64,0	0,8	0,6 ; 1,0
55-64 ans	59,3	0,6***	0,4 ; 0,8
65-75 ans	61,7***	0,6**	0,4 ; 0,8
Avoir des enfants			
Oui	64,5	1	
Non	63,9	1,0	0,9 ; 1,2
Zone géographique			
Île-de-France	58,7	1	
Nord-Ouest	68,7	1,8***	1,4 ; 2,3
Nord-Est	67,2	1,6**	1,2 ; 2,1
Sud-Est	62,0	1,4*	1,1 ; 1,8
Sud-Ouest	64,7***	1,5**	1,1 ; 2,0
Situation professionnelle			
Travail	66,0	1	
Études	66,5	0,9	0,8 ; 1,1
Chômage	59,3	0,7***	0,7 ; 0,9
Retraite	61,9	1,0	0,8 ; 1,1
Autres inactifs	59,3***	0,7***	0,6 ; 0,8
Revenu mensuel par unité de consommation			
Moins de 900 euros	65,1	1	
De 900 à 1500 euros	65,9	1,0	0,9 ; 1,1
Plus de 1500 euros	61,0***	0,9	0,8 ; 1,0

TABLEAU IV SUITE

Niveau de diplôme			
Inférieur au bac	66,8	1	
Bac à bac + 2	54,5	0,9	0,9; 1,0
Supérieur à bac + 2	57,2***	0,7***	0,6; 0,8
Situation matrimoniale			
Marié, ou pacsé, ou remarié	65,9	1	
Célibataire	63,6	0,8***	0,7; 0,9
Veuf, ou séparé, ou divorcé	58,7***	0,8***	0,7; 0,9
Catégorie d'agglomération			
Moins de 20 000 habitants	67,3	1	
20 000 à 200 000 habitants	65,2	0,9	0,8; 1,0
200 000 habitants et plus	62,4	0,9**	0,8; 0,9
Agglomération parisienne	58,5***	1,2	0,9; 1,6
Niveau d'information sur la vaccination			
Bien informé	71,8	1	
Mal informé	49,5***	0,4***	0,3; 0,4
Consultation homéopathe ou acupuncteur au cours des douze derniers mois			
Oui	61,6	1	
Non	64,8***	1,1	1,0; 1,2
Consultation généraliste au cours des douze derniers mois			
Oui	65,3	1	
Non	58,0***	0,7***	0,6; 0,8
Dépistage sida au cours des douze derniers mois			
Oui	68,7	1	
Non	63,6***	0,9*	0,8; 1,0
Dépistage hépatite C au cours de la vie			
Oui	70,3	1	
Non	62,9***	0,7***	0,6; 0,8
Atteint d'une maladie chronique			
Oui	60,8	1	
Non	65,3***	1,1*	1,0; 1,2

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

comme étant bien informé sur la vaccination ($p<0,001$), d'être marié ou de vivre en couple ($p<0,001$), de consulter plus souvent un généraliste ($p<0,001$), d'avoir pratiqué récemment un test de dépistage du VIH ($p<0,001$) ou de l'hépatite C ($p<0,001$), et de ne pas avoir de maladie chronique ($p<0,05$).

En résumé, les plus jeunes semblent considérer qu'ils ont un meilleur statut vaccinal. Si la pratique de l'homéopathie et l'absence d'enfants ne sont pas identifiées comme des facteurs discriminants, un faible niveau d'études et une habitation dans le nord de la France seraient plus propices à une bonne

couverture vaccinale, de même qu'une certaine médicalisation (tests de dépistage et consultations médicales). En revanche, il est surprenant que les sujets atteints d'affections chroniques apparaissent moins bien vaccinés alors qu'ils sont une population prioritaire, par exemple pour la grippe [6].

Le dernier vaccin en date

Plus des deux tiers (67,8 %) des sujets interrogés ont eu leur dernière injection au cours des cinq dernières années, 21,0 % entre cinq et dix ans et 10,1 % au-delà de dix ans (0,9 %

ne savent pas à quand remonte leur dernière vaccination et 0,2 % déclarent ne jamais avoir été vacciné). Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à avoir été vaccinés au cours des cinq dernières années (69,8 % vs 65,9 % ; $p < 0,001$). En proportion, le nombre d'individus à avoir été vacciné au cours des cinq dernières années a diminué depuis 2000, passant de 71,6 % à 67,8 % en 2005 ($p < 0,001$).

La date du dernier vaccin s'avère fortement liée à l'âge puisque 91,8 % des 15-19 ans ont été immunisés au cours des cinq dernières années, alors qu'ils ne sont que 57,0 % parmi

les 55-64 ans. En revanche, ce pourcentage augmente légèrement pour les individus entre 65 et 75 ans (65,2 %). La même tendance est observée depuis 2000. Cette progression est certainement liée à la vaccination antigrippale, qui est recommandée pour cette tranche d'âge à risques [figure 2] [6].

Une analyse multivariée a été réalisée à partir des facteurs discriminants statistiquement significatifs par rapport au fait d'« avoir effectué une vaccination au cours des cinq dernières années » [tableau V].

En dehors du sexe ($p < 0,001$) et de l'âge ($p < 0,001$), les facteurs qui semblent influencer

FIGURE 2

Vaccination au cours des cinq dernières années, suivant le sexe et l'âge (en pourcentage)

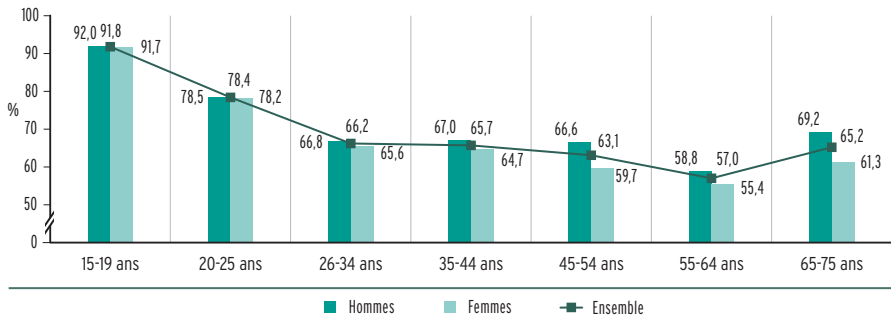


TABLEAU V

OR ajustés au fait avoir effectué une vaccination au cours des cinq dernières années, en 2005 (n=22 623)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme	69,8	1	
Femme	65,9***	0,9***	0,8 ; 0,9
Âge			
15-19 ans	91,8	1	
20-25 ans	78,4	0,4***	0,2 ; 0,5
26-34 ans	66,2	0,2***	0,1 ; 0,3
35-44 ans	65,7	0,2***	0,1 ; 0,3
45-54 ans	63,1	0,2***	0,1 ; 0,3
55-64 ans	57,0	0,1***	0,1 ; 0,2
65-75 ans	65,2***	0,2***	0,1 ; 0,3

TABLEAU V SUITE

Avoir des enfants			
Oui	63,5	1	
Non	76,6***	1,2***	1,1 ; 1,3
Zone géographique			
Ile-de-France	67,9	1	
Nord-Ouest	68,9	1,1	0,9 ; 1,5
Nord-Est	69,2	1,2	0,9 ; 1,5
Sud-Est	65,6	1,0	0,8 ; 1,3
Sud-Ouest	67,4**	1,1	0,8 ; 1,4
Situation professionnelle			
Travail	67,1	1	
Études	85,8	1,3*	1,0 ; 1,6
Chômage	64,0	0,8**	0,7 ; 0,9
Retraite	62,6	0,8**	0,7 ; 0,9
Autres inactifs	55,7***	0,7***	0,8 ; 1,4
Niveau de diplôme			
Inférieur au bac	68,6	1	
Bac à bac + 2	68,3	1,0	0,9 ; 1,1
Supérieur à bac + 2	64,9***	0,9	0,9 ; 1,2
Religion			
Pas de religion	69,8	1	
Ne pratique pas	65,0	1,0	0,9 ; 1,0
Pratique de temps en temps	67,7	1,0	0,9 ; 1,1
Pratique régulièrement	67,8***	1,1	0,9 ; 1,2
Situation matrimoniale			
Marié, ou pacsé, ou remarié	64,7	1	
Célibataire	74,3	0,9**	0,8 ; 0,9
Veuf, ou séparé, ou divorcé	61,3***	0,9	0,8 ; 1,0
Catégorie d'agglomération			
Moins de 20 000 habitants	69,5	1	
20 000 à 200 000 habitants	66,2	0,9**	0,8 ; 0,9
200 000 habitants et plus	66,2	0,8***	0,8 ; 0,9
Agglomération parisienne	67,8***	1,0	0,7 ; 1,3
Niveau d'information sur la vaccination			
Bien informé	70,7	1	
Mal informé	62,2***	0,6***	0,6 ; 0,7
Consultation homéopathe ou acupuncteur au cours des douze derniers mois			
Oui	64,3	1	
Non	68,4***	1,1*	1,0 ; 1,2
Consultation généraliste au cours des douze derniers mois			
Oui	69,0	1	
Non	60,3***	0,6***	0,5 ; 0,7
Dépistage sida au cours des douze derniers mois			
Oui	71,8	1	
Non	66,1***	1,0	0,9 ; 1,1
Dépistage hépatite C au cours de la vie			
Oui	71,3	1	
Non	66,9***	0,8***	0,7 ; 0,8
Atteint d'une maladie chronique			
Oui	65,1	1	
Non	68,6***	1,0	0,9 ; 1,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

sur le fait de s'être fait vacciner au cours des cinq dernières années sont : ne pas avoir d'enfant ($p < 0,01$), mais aussi faire des études ($p < 0,05$) et être célibataire ($p < 0,001$), se déclarer bien informé sur la vaccination ($p < 0,001$), ne pas avoir consulté un homéopathe ou un acupuncteur au cours des douze derniers mois ($p < 0,001$), avoir consulté un généraliste ($p < 0,001$) et avoir pratiqué récemment un test de dépistage de l'hépatite C ($p < 0,001$).

En résumé, pour cette régression logistique (mais aussi concernant une autre régression portant sur les vaccinations au cours des dix dernières années en 2005 ; non présentée ici car les résultats sont quasi identiques), il est retrouvé bon nombre de facteurs discriminants identifiés dans les deux précédentes analyses 2005 sur les items suivants : « être défavorable à la vaccination en général » ou « se considérer à jour dans ses vaccinations ».

Dans les Baromètres santé 1995/1996 et 2000, les régressions logistiques s'appliquaient à une question qui portait sur le fait d'avoir pratiqué ou non une vaccination au cours des dix dernières années, respectivement pour les tranches d'âge 18-75 ans et 20-75 ans. Beaucoup de facteurs associés

retrouvés en 2005 étaient déjà présents dans ces deux enquêtes antérieures, comme le fait d'être un homme, d'être plus jeune, de ne pas être marié, de ne pas avoir d'enfant, d'avoir une opinion favorable à la vaccination, d'avoir réalisé un test hépatite C et d'avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois.

La nature du dernier vaccin

Concernant la nature du dernier vaccin, le tétanos est cité près d'une fois sur deux (48,2 %), combiné ou non avec la poliomyélite et la diphtérie. Viennent ensuite la grippe (9,3 %), qui concerne davantage les hommes (10,3 % vs 8,3 % des femmes ; $p < 0,001$), mais surtout les individus entre 55 et 75 ans (25,4 % vs 3,9 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$), et l'hépatite B (9,8 %) qui a connu une baisse sensible depuis l'enquête menée en 2000 (18,1 % ; $p < 0,001$) [tableau VI].

Environ un quart des 15-75 ans (26,3 %) ne savent pas quel était ce vaccin, ce pourcentage étant très élevé parmi les plus jeunes : la moitié (49,7 %) des 15-25 ans sont dans cette situation d'ignorance (vs 19,9 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$).

TABLEAU VI

Principales évolution de la nature du dernier vaccin selon le sexe (en pourcentage)

	Baromètre santé 2000	Baromètre santé 2005	Hommes 2005	Femmes 2005
BCG	4,6	4,0**	3,5	4,6**
DTP	15,9	21,1***	18,7	23,5***
Fièvre jaune	3,0	3,0	3,5	2,6***
Grippe	11,6	9,3***	10,3	8,3***
Hépatite A	1,5	1,4	1,3	1,4
Hépatite B	18,1	9,8***	8,7	10,8***
Pentacoq	1,0	1,7***	1,5	1,9*
Tétanos	28,2	24,2***	26,1	22,5***
TP	2,1	2,9***	2,7	3,1
Ne sait pas	19,3	26,3***	27,5	25,1**

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Origine de la décision de la dernière vaccination

Dans près de la moitié des cas (43,7 %), c'est le sujet lui-même qui est à l'origine de sa dernière vaccination (41,4 % pour les hommes vs 45,8 % pour les femmes; $p < 0,001$).

Comme « initiateur » du geste vaccinal, le médecin de famille est cité par 28,3 % des personnes interrogées (26,1 % pour les hommes vs 30,1 % pour les femmes; $p < 0,001$), plus particulièrement par les individus âgés (30,0 % pour les 55 à 75 ans, vs 17,9 % pour le reste de la population; $p < 0,001$). C'est ensuite le médecin du travail (16,9 % : 18,7 % pour les hommes, vs 15,1 % pour les femmes; $p < 0,001$). Globalement, 51,3 % des dernières vaccinations ont été le fait d'une initiative médicale : médecin de famille, scolaire, du travail, de l'armée, ou autres médecins. Enfin, dans 4,3 % des cas, les dernières vaccinations sont motivées par un proche ou un parent.

Entre 2000 et 2005, il apparaît que la place du médecin s'est renforcée pour favoriser la décision vaccinale (41,3 % en 2000 vs 51,3 % en 2005; $p < 0,001$), au détriment de l'initiative personnelle.

LA VACCINATION ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE

Avoir fait vacciner ses enfants de moins de 16 ans

Pour les parents qui ont des enfants âgés de moins de 16 ans, plus des trois quarts (78,3 %) les ont tous fait vacciner (2000 : 77,9 %), 8,8 % certains (2000 : 7,3 %), 7,6 % n'en ont fait vacciner aucun (2000 : 9,8 %) et 5,3 % ne savent pas (2000 : 5,0 %). La tendance est restée stable depuis l'enquête menée en 2000.

Une analyse plus spécifique permet de différencier les enfants de 1 à 6 ans et ceux de 7 à 15 ans :

Pour la première tranche d'âge (1-6 ans)

et en 2005, 81,2 % des parents déclarent avoir fait vacciner tous leurs enfants (2000 : 82,6 %), 4,9 % certains de leurs enfants (2000 : 3,5 %), 7,8 % aucun (2000 : 8,7 %) et 6,1 % ne savent pas (2000 : 5,3 %). La vaccination pour cette classe d'âge est restée quasiment identique entre 2000 et 2005.

Pour les 7-15 ans et en 2005, 86,8 % des parents déclarent avoir fait vacciner tous leurs enfants (2000 : 84,5 %), 1,8 % certains de leurs enfants (2000 : 2,3 %), 5,3 % aucun (2000 : 7,9 %) et 6,1 % ne savent pas (2000 : 5,2 %). La vaccination pour cette classe d'âge semble plus systématique en 2005 qu'en 2000, et les « non » étaient plus importants en 2000 qu'en 2005.

Parmi les parents d'enfants de moins de 16 ans n'ayant pas réalisé la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, 58,4 % ont l'intention de faire le vaccin pour tous leurs enfants (en baisse sensible par rapport à 2000 : 65,0 %; $p < 0,001$), 1,9 % pour certains, 22,0 % n'ont pas l'intention de le faire et 17,7 % ne savent pas ou ne se prononcent pas.

Globalement, chez les enfants de moins de 16 ans, la situation a peu évolué depuis 1993 [tableau VII], avec une baisse sensible de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, au plus fort de la crise liée à la vaccination hépatite B (deuxième partie des années 1990).

Pour les enfants de 1 à 6 ans [tableau VIII], les proportions sont constantes depuis 1993, sauf en ce qui concerne « les intentions de faire vacciner » qui baissent entre 2000 et 2005.

Enfin, dans la tranche d'âge 7-15 ans [tableau IX], le taux de vaccinations effectuées a augmenté entre 2000 et 2005, vraisemblablement en raison d'une politique d'encouragement au rattrapage.

La deuxième dose de vaccination rougeole-oreillons-rubéole

Parmi les parents qui ont au moins un enfant âgé de moins de 7 ans, seulement un peu

TABLEAU VII

Évolution de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole des enfants âgés de moins de 16 ans depuis 1993 (population des parents de 18 ans et plus) (en pourcentage)

	1993 (n=455)	1995 (n=681)	2000 (n=3 955)	2005 (n=7 113)	Signif. 1993-2005	Signif. 2000-2005
A fait vacciner au moins un enfant	87,8	83,2	85,2	87,1	ns	p<0,01
A fait vacciner tous ses enfants	80,9	75,2	77,9	78,3	ns	p<0,001
A l'intention de le faire	53,0	42,2	66,0	60,3	ns	p<0,001

TABLEAU VIII

Évolution de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole des enfants âgés de 1 à 6 ans depuis 1993 (population des parents de 18 ans et plus) (en pourcentage)

	1993 (n=377)	1995 (n=378)	2000 (n=2 220)	2005 (n=3 509)	Signif. 1993-2005	Signif. 2000-2005
A fait vacciner au moins un enfant	85,2	80,7	86,0	86,1	ns	ns
A fait vacciner tous ses enfants	80,4	75,6	82,5	81,2	ns	ns
A l'intention de le faire	62,5	67,7	69,5	63,4	ns	p<0,001

TABLEAU IX

Évolution de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole des enfants âgés de 7 à 15 ans depuis 1993 (population des parents de 18 ans et plus) (en pourcentage)

	1993 (n=173)	1995 (n=464)	2000 (n=2 467)	2005 (n=4 187)	Signif. 1993-2005	Signif. 2000-2005
A fait vacciner au moins un enfant	89,2	83,5	86,8	88,6	ns	p<0,01
A fait vacciner tous ses enfants	83,7	79,1	84,5	86,8	ns	p<0,001
A l'intention de le faire	26,0	18,1	33,5	32,5	ns	ns

plus d'un tiers (36,5 %) savent qu'une revaccination est nécessaire entre 3 et 6 ans, les mères étant en proportion plus nombreuses que les pères (23,7 % vs 47,4 % ; p<0,001). Ce pourcentage apparaît en légère baisse par rapport à 2000 (41,5 % ; p<0,001).

Pour ceux qui savent que cette deuxième dose est nécessaire, 34,3 % l'ont déjà fait pratiquer, 50,6 % ont l'intention de la faire, 7,5 % n'ont pas l'intention de le faire et 7,6 % ne savent pas ou ne se prononcent pas.

Entre 2000 et 2005, il y a une progression significative de la part des parents qui déclarent avoir déjà fait pratiquer cette deuxième

dose auprès d'au moins un de leurs enfants âgés de 3 à 6 ans (2000 : 25,2 % vs 2005 : 34,3 % ; p<0,001).

Les raisons de la non-vaccination rougeole-oreillons-rubéole

Lorsque l'on effectue quatre régressions logistiques où la variable dépendante est de « ne pas avoir fait vacciner son enfant de moins de 16 ans, de 1 à 6 ans, de 7 à 15 ans par la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, et de ne pas avoir fait la deuxième dose », les principaux facteurs qui influencent ce comporte-

ment sont le fait d'être un homme, d'avoir des revenus par unité de consommation inférieurs à 900 euros, d'avoir un niveau d'études équivalent ou supérieur au bac (facteur moins prédominant et peu cohérent avec le précédent), de se déclarer mal informé sur la vaccination, d'avoir consulté et d'avoir effectué un dépistage du sida au cours des douze derniers mois. En revanche, la zone géographique d'habitation au sein du territoire français n'est pas un facteur statistiquement significatif lors de ces analyses multivariées [tableau X].

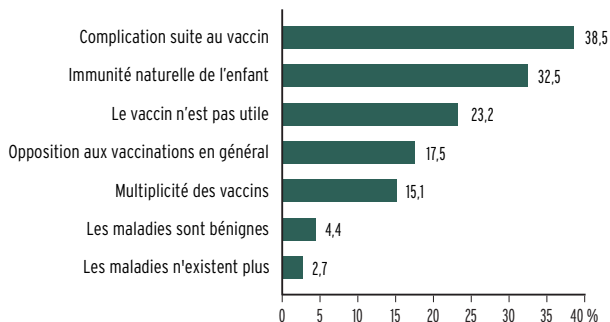
Parmi les personnes qui n'ont pas fait vacciner un de leurs enfants et qui n'ont pas l'intention de le faire (4,8 % des parents interrogés), 17,0 % déclarent que le médecin ne l'a pas proposé (20,4 % pour les hommes vs

14,5 % pour les femmes ; $p < 0,05$). Viennent ensuite la contre-indication posée par le médecin (9,0 %), le refus après la proposition du médecin (8,9 %), l'oubli de faire le vaccin (7,0 %) et le fait de ne pas avoir rencontré son médecin à ce sujet (6,2 %).

Parmi les motifs principaux de refus évoqués par les parents (malgré la proposition du médecin), c'est la crainte des complications liées au vaccin qui arrive en tête (38,5 %). Puis vient le fait de favoriser l'immunité naturelle de l'enfant (32,5 %), de ne pas juger le vaccin utile (23,2 %), d'être opposé à toute vaccination en général (17,5 %) et, enfin, la multiplicité des vaccins (15,1 %) [figure 3]. Aucune différence significative n'a été retrouvée pour ces réponses suivant le sexe et l'âge des parents.

FIGURE 3

Motifs de refus de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole évoqués par les parents



DISCUSSION

L'opinion publique semble aujourd'hui ambivalente vis-à-vis des questions liées aux pathologies infectieuses et cela pour plusieurs raisons.

D'une part, le triomphe des antibiotiques est maintenant relativisé par le développement de souches résistantes. L'impact de la récente campagne — « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* » — montre bien que,

sur ce sujet sensible, le grand public comme les professionnels de santé commencent à prendre conscience des limites de ces thérapeutiques lorsqu'elles sont utilisées de façon mal contrôlée [7].

D'autre part, le sida a permis de souligner que, face à de nouveaux risques émergents, il est difficile de contrôler l'évolution et la prise en charge de certaines maladies infec-

TABLEAU X

OR ajustés au fait de ne pas avoir fait pratiquer sur son enfant de moins de 16 ans, de 1 à 6 ans, de 7 à 15 ans la vaccination rougeole-oreillons-rubéole et de ne pas avoir effectué la 2^e vaccination rougeole-oreillons-rubéole (Ror)

	Ne pas avoir fait vacciner son enfant de			Ne pas avoir fait la 2 ^e dose ROR (n=1032)
	moins de 16 ans (n=5 857)	7 à 15 ans (n=3 560)	1 à 6 ans (n=3 307)	
Sexe				
Homme	1	1	1	1
Femme	0,7***	0,7**	0,9	1,2
Zone géographique				
Ile-de-France	1	1	1	1
Nord-Ouest	0,9	0,9	0,7	0,8
Nord-Est	1,0	1,0	0,7	0,8
Sud-Est	1,1	1,3	0,9	0,9
Sud-Ouest	1,1	1,3	0,9	0,8
Revenus par unité de consommation				
Moins de 900 euros	1	1	1	1
De 900 à 1500 euros	0,8*	0,8	0,8	0,7*
1500 euros ou plus	0,7**	0,9	0,7*	1,1
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac	1	1	1	1
Bac à bac + 2	1,3**	1,1	1,1	0,9
Supérieur à bac + 2	1,5**	1,2	1,3	0,7
Religion				
Pas de religion	1	1	1	1
Ne pratique pas	1,1	1,0	1,2	0,9
Pratique de temps en temps	1,0	0,8	1,2	0,9
Pratique régulièrement	1,0	1,3	1,1	1,4
Catégorie d'agglomération				
Moins de 20 000 habitants	1	1	1	1
20 000 à 200 000 habitants	0,8**	0,8	0,9	1,2
200 000 habitants et plus	0,8*	0,7	0,7*	0,9
Agglomération parisienne	0,8	0,6	0,6	0,8
Niveau d'information sur la vaccination				
Bien informé	1	1	1	1
Mal informé	1,2*	1,3	1,1	1,3
Consultation homéopathe ou acupuncteur au cours des douze derniers mois				
Oui	1	1	1	1
Non	0,6***	0,3***	0,7**	0,8
Consultation généraliste au cours des douze derniers mois				
Oui	1	1	1	1
Non	1,1	1,6*	0,8	1,2
Dépistage du sida au cours des douze derniers mois				
Oui	1	1	1	1
Non	0,4***	1,1	0,7*	1,0
Dépistage de l'hépatite C au cours de la vie				
Oui	1	1	1	1
Non	1,1	1,2	1,4*	1,2
Atteint d'une maladie chronique				
Oui	1	1	1	1
Non	1,2	1,2	1,1	0,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

tieuses. En réponse à ce défi, la vaccination vis-à-vis du VIH était attendue; elle n'est toujours pas là. En fait, ce sont les antivi- raux et le préservatif qui ont constitué les réponses thérapeutiques et préventives à cette épidémie.

Enfin, les risques liés à la grippe aviaire ont mis au grand jour une question préoccupant les infectiologues depuis de nombreuses années. Comment pourra-t-on faire face demain à une pandémie grippale ou à d'autres menaces de ce type? Les difficultés à apporter des réponses programmées et cohérentes ont activé l'inquiétude de la population des pays riches [8]. Celle-ci ne comprend pas pourquoi la maîtrise de ces risques potentiels est si complexe à obtenir dans une société qui fait justement son credo du risque zéro. Par ailleurs, sida et grippe aviaire donnent une dimension planétaire aux questions de santé, déstabilisant les habitants des pays les plus riches dont le système de santé, toujours plus coûteux, semblait garantir jusqu'à présent une solide protection sanitaire [1].

Les années 1990 ont vu le déploiement d'une politique de santé publique ambitieuse et structurée. Le Haut Comité de la santé publique (HCSP) a été créé, la conférence nationale et les conférences régionales de santé ont été mises en place, plusieurs agences de santé ont été installées et des centaines de programmes régionaux de santé (PRS) déployés [9]. L'examen de l'ensemble de ces initiatives, quelques années plus tard (la durée d'un PRS était de cinq ans), montre qu'aucune d'entre elles ne concernait la vaccination. Ce constat est très illustratif de la « non-priorisation » de ce sujet, tant au niveau régional que national.

Pourtant, la loi de santé publique de 2004 semblait redonner une place plus significative à la lutte contre les maladies infectieuses en général et à la vaccination en particulier [10]. L'installation des nouvelles conférences régionales de santé et l'adoption des

plans régionaux de santé publique [2006] ne se sont pas traduites, pour le moment, par une forte appropriation de ce thème.

Au cours des trente dernières années, les seules initiatives établies dans la durée ont été, d'une part, les campagnes rougeole-oreillons-rubéole et grippe promues par plusieurs institutions nationales dont l'Assurance Maladie et l'INPES [6, 11] et, d'autre part, l'actualisation annuelle du calendrier vaccinal (publié dans le BEH) [12], accompagnée d'une réédition du guide des vaccinations [13], sous la responsabilité du Comité technique des vaccinations et l'autorité du ministère de la Santé. Par ailleurs, l'INPES a édité plusieurs documents sur le thème des vaccinations, comme le guide destiné aux médecins, *Vaccinations, ouvrons le dialogue* [14].

La mobilisation des professionnels de santé semble essentielle pour la réussite de tels programmes. La promotion des recommandations de bonnes pratiques est nécessaire (d'autant plus qu'elles sont réajustées chaque année), mais insuffisante. Le contact direct avec tous les généralistes, une information régulière par la presse et à travers des documents supports sont des démarches indispensables pour la réussite du processus. Elles doivent s'installer dans la durée et la confiance. C'est ce que montre le programme pilote mis en place depuis plusieurs années en Franche-Comté [15]. L'instauration du médecin traitant devrait faciliter l'implication des professionnels de santé pour le suivi individuel et dans la durée de chaque patient [16]. Les accords conventionnels récents, qui mettent l'accent sur la prévention, pourraient renforcer cette approche.

Le Baromètre santé médecins-pharmaciens 2003 [5] donnait quelques éléments d'évolution des opinions et des pratiques des professionnels de santé dans un sens plus favorable à la vaccination que ceux présentés ici, en particulier pour la vaccina-

tion rougeole-oreillons-rubéole, ainsi que l'hépatite B (principalement chez les nourrissons, même si la couverture reste encore beaucoup trop faible dans cette population). Ces résultats ne semblent pas totalement se confirmer en 2005 dans le grand public, même si l'on note quelques « frémissements » qui vont dans le sens d'une meilleure couverture vaccinale. Par exemple, malgré une méconnaissance (déclarée par les parents) de la deuxième dose pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, cette pratique est en progression [17].

Parmi l'ensemble des facteurs qui favorisent ou freinent la vaccination à travers les principales régressions logistiques opérées, le fait de se faire soigner par l'homéopathie et/ou l'acupuncture est un facteur de poids qui est toujours très prédominant. L'autre élément majeur est l'âge des personnes interrogées, avec des populations jeunes mieux vaccinées et plus ouvertes que leurs aînés sur cette pratique de prévention. Un suivi médical régulier et une bonne information sur le sujet semblent aussi témoigner d'une attitude plus favorable au geste vaccinal. En revanche, le statut de femme et le fait d'avoir des enfants se trouvent associés à une certaine méfiance vis-à-vis de la vaccination, ce qui peut paraître surprenant alors qu'en général les femmes sont plus ouvertes à la prévention pour elles-mêmes et leur famille. Deux déterminants retrouvés classiquement dans ce type d'analyses ne ressortent pas ici de façon claire. D'une part, le niveau d'études et/ou de revenus : en général, les publics ayant un niveau d'études et/ou de revenus moyens ou élevés sont plus réticents vis-à-vis de la vaccination. D'autre part, le territoire d'habitation : les populations du sud de la France se vaccinent moins facilement. Il est possible de faire l'hypothèse que ces deux déterminants se sont estompés au fil des années.

Assez curieusement, il semble se maintenir une certaine opposition vis-à-vis du vaccin

antigrippal (même si elle a baissé depuis 2000). Pourtant, cette pratique reste largement répandue parmi les sujets de plus de 70 ans [6]. Une des hypothèses pourrait être les menaces liées à la grippe aviaire [8]. En effet, la population la perçoit comme relativement mal maîtrisée, avec un vaccin qui aujourd'hui n'est pas en capacité de prévenir une pandémie.

Une information de base sur la vaccination ainsi que des outils de suivi individuel de l'état vaccinal paraissent être une vraie nécessité. En effet, nombre de personnes, en particulier parmi les jeunes, ne savent pas à quel type de vaccin correspond la dernière dose qu'ils ont reçue. La mise en place du dossier médical personnel devrait faciliter, d'une part, la tenue d'un carnet de vaccination actualisé et informatisé, d'autre part, le partage de l'information entre le praticien et le consultant sur un sujet (les maladies infectieuses et ses risques) [16].

Enfin, une réflexion plus globale devrait être engagée autour d'un programme et d'une organisation qui pourraient intégrer l'ensemble des acteurs de la lutte contre les maladies infectieuses. La mobilisation récente autour du risque de pandémie lié à la grippe aviaire, les questions récurrentes de veille et d'alerte sanitaire (qui, dans un certain nombre de cas, débordent le seul thème des pathologies infectieuses), les infections nosocomiales et de façon plus générale la résistance à certains antibiotiques, l'hygiène hospitalière et celle des cabinets médicaux, la lutte contre le VIH et le VHC sont autant de sujets liés directement ou indirectement à l'inféctiologie. Ils font tous intervenir des organisations et des acteurs très proches les uns des autres. Dans un souci de cohérence et d'efficacité, la mise en œuvre d'une politique active dans le domaine de la vaccination pourrait donc y trouver utilement sa place.

Bibliographie

- [1] Kourilsky P.
Optimiser l'action de la France pour l'amélioration de la santé mondiale : « Le cas de la surveillance et de la recherche sur les maladies infectieuses ».
Paris : La Documentation française, 2007 : 320 p.
En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000174/index.shtml>
- [2] Baudier F., Allemant H., Lancry P.-J.
Menaces sur la vaccination ?
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2002 ; 50 : 505-8.
- [3] Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie.
Assurance Maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs.
Paris : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 2004 : 40 p.
En lien : http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/hcaam/avis_151104.pdf
- [4] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Vaccination contre le virus de l'hépatite B : texte des recommandations de la réunion de consensus (Paris, 10 et 11 septembre 2003).
Documents pour le Médecin du Travail 2004 ; 97 : 95-101.
En ligne : http://www.inrs.fr/hm/vaccination_contre_virus_hepatite_b_texte.html
- [5] Baudier F., Balinska M.
La vaccination, un geste à consolider. In : Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2005 : 84-99.
- [6] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).
L'Assurance Maladie lance la campagne de vaccination antigrippale 2006 [dossier de presse].
Paris : Cnamts, 2006 : 14 p.
En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp20102006_01.pdf
- [7] Lecadet J., Vialaret K., Vidal P., Baris B., Fender P.
Mesure à l'échelle d'une région des effets d'un programme national d'information sur le bon usage des antibiotiques.
Revue médicale de l'Assurance Maladie 2004 ; 35 (2) : 81-9.
En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bon_usage_des_antibiotiques.pdf
- [8] Ministère de la Santé et des Solidarités.
Grippes : grippe aviaire, préparation à une pandémie grippale et grippe saisonnière [en ligne].
2007 : http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/grippe/index_pandemie.htm
- [9] Bréchat P.H., Demeulemeester R. (sous la dir.).
Politiques et programmes régionaux de santé.
Actualité et dossier en santé publique 2004 ; 46 : 13-76.
- [10] France.
Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
J.O. du 11 août 2004 : p. 14277.
- [11] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).
« N'attendez pas que ça devienne méchant. Vaccinez votre enfant maintenant. » : campagne d'information de l'Assurance maladie sur la vaccination Rougeole, Oreillons, Rubéole [dossier de presse].
Paris : Cnamts, 2006 : 22 p.
En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp10112005-vaccination_rougeole_oreillons_rubeole.pdf
- [12] Conseil supérieur d'hygiène publique.
Calendrier vaccinal 2006 et autres avis du Conseil supérieur d'hygiène publique relatifs à la vaccination.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2006 ; 29-30 : 211-26.
En ligne : www.invs.sante.fr/beh/2006/29_30/beh_29_30_2006.pdf
- [13] Direction générale de la Santé (DGS), Comité technique des vaccinations.
Guide des vaccinations : édition 2006.
Saint-Denis : INPES, coll. Dossiers Varia, 2006 : 364 p.
- [14] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).
Vaccinations : guide pratique pour le médecin.
Saint-Denis : INPES, 2006 (2^e éd.) : 40 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/vaccination2006/Livret%20medecin.pdf>
- [15] Baudier F., Tarrapey F., Leboube G.
Une campagne pilote de promotion de la vaccination : description et premiers résultats d'un programme régional.
Médecine et maladies infectieuses 2007 ; 37 (6) : 331-6.
- [16] France.
Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.
J.O. du 17 août 2004 : p. 14598.
- [17] Institut de veille sanitaire (InVS).
Mesure de la couverture vaccinale en France : bilan des outils et méthodes en l'an 2000.
Saint-Maurice : InVS, 2001 : 56 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/couverture_vaccinale/index.htm

L'essentiel

Le cancer vient en deuxième position des risques et maladies les plus redoutés par les Français, après les accidents de la circulation. Ce sentiment, plus présent chez les femmes que chez les hommes, a tendance à diminuer de façon significative depuis dix ans.

Cancer du sein

Près de 60 % des femmes de 18 à 74 ans ont déjà passé une mammographie au cours de leur vie. C'est parmi les 50-69 ans que ce pourcentage est le plus élevé (94,7 %). Dans la majorité des situations, c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen (54,9 %), mais une fois sur cinq (20,1 %) c'est la patiente qui en a fait la demande. Quand le médecin est le promoteur de la mammographie, cette pratique s'inscrit le plus souvent (72,7 %) dans le cadre d'un suivi régulier. Lorsque c'est la femme, c'est aussi le suivi régulier qui s'avère prédominant (47,3 %). La prévalence des femmes ciblées par

le dépistage organisé ayant réalisé « une mammographie dans les deux dernières années » évolue de façon très positive depuis 1995 (43,8 % en 1995, 52,2 % en 2000 et 65,4 % en 2005). De plus, ce gain est à son maximum parmi les femmes aux revenus les plus modestes.

Cancer du col de l'utérus

Une très forte majorité (87,9 %) des femmes de 18 à 75 ans ont déjà effectué un frottis. C'est parmi les 30-59 ans que cette proportion est la plus élevée. Plus de trois fois sur quatre, c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen et, dans 18,5 % des cas, c'est la consultante. Dans ces deux circonstances, c'est le suivi régulier qui est la principale motivation (respectivement 91,0 % et 81,2 %). La comparaison avec 2000 montre, d'une part, une stabilité de la pratique du frottis au cours des trois dernières années pour les femmes de 25 à 65 ans (83,3 % vs 83,2 %), et, d'autre part, que l'écart

entre les femmes financièrement les plus aisées et les plus modestes s'est significativement accru.

Cancer colorectal

Plus d'une personne sur cinq (22,4 %) de 40 à 75 ans déclare avoir déjà réalisé le test Hemocult®. La pratique de cet examen est principalement liée au fait que la personne a été sollicitée dans le cadre d'une campagne (34,9 %). Pourtant, un pourcentage non négligeable de sujets en ont pris eux-mêmes l'initiative (20,4 %). Lorsque c'est le médecin qui a initié ce test, le suivi régulier et les symptômes sont les deux causes principales (respectivement 40,1 % et 38,9 %). La réalisation d'un Hemocult® dans les deux dernières années a beaucoup progressé entre 2000 et 2005 dans la tranche d'âge ciblée par le dépistage organisé (50-74 ans) : progression de près de 10 points (7,8 % en 2000 vs 16,6 % en 2005), et cela quel que soit le niveau de diplôme.

Le dépistage des cancers : entre organisation et libre choix

FRANÇOIS BAUDIER
CLAUDE MICHAUD

INTRODUCTION

Chaque année, en France, le cancer est responsable du décès de plus de 90 000 hommes et de 60 000 femmes, c'est-à-dire 30 % de la mortalité générale tous âges confondus. Principale cause de mortalité chez les hommes (avant les maladies de l'appareil circulatoire responsables de 69 000 décès), elle est la deuxième cause de décès chez les femmes (après les maladies de l'appareil circulatoire : 78 000 décès) [1].

Pour lutter contre ce fléau, quatre types d'interventions préventives sont possibles [2] :

- des programmes de prévention primaire, destinés à éviter l'apparition de nouveaux cas dans la population ;

- des initiatives de type prévention secondaire, visant à repérer le plus précocement possible les cancers naissants chez des individus apparemment sains ;

- des actions de prévention tertiaire, permettant aux patients atteints de cancers avérés

- d'éviter des complications et/ou de bénéficier des soins les plus appropriés ;

- des interventions de prévention quaternaire, permettant aux patients cancéreux en fin de vie de bénéficier de soins palliatifs.

Les actions de dépistage des cancers se rangent parmi les actions de prévention secondaire. Elles relèvent soit de l'initiative individuelle (du médecin ou du patient), soit d'une organisation collective territoriale et/ou nationale ; le dépistage est alors qualifié d'« organisé ». Depuis la fin des années quatre-vingt, des programmes de dépistage de ce type ont été mis en place en France. Ils s'intéressent à plusieurs pathologies d'importance [3, 4] :

- sein, 12 000 décès et 42 000 nouveaux cas chaque année ; augmentation de l'incidence de 60 % entre 1980 et 2000 ;

- col de l'utérus, 1 000 décès et 3 400 nouveaux cas chaque année, diminution de l'incidence de 30 % entre 1980 et 2000 ;

– colorectal, 16 000 décès et 36 000 nouveaux cas chaque année, augmentation de l'incidence de 50 % entre 1980 et 2000.

Pour ces trois cancers, des méthodologies de dépistage ont été validées par les autorités de santé (Anaes, maintenant Haute Autorité de santé, ou Institut national du cancer) [5]. Le déploiement de ces programmes s'est fait tout d'abord sur un mode expérimental ; certains d'entre eux évoluent vers la généralisation. C'est le cas du dépistage du cancer du sein, qui est mis en œuvre maintenant sur l'ensemble du territoire français [4, 6]. Pour le col de l'utérus, les zones d'expérimentation (cinq territoires) sont, pour la plupart d'entre elles, plus anciennes et limitées, sans perspectives précises de généralisation sur un mode organisé. En revanche, le dépistage individuel est largement répandu [4, 7, 8]. Enfin, en ce qui concerne le cancer colorectal, après l'arrêt des expérimentations au cours des années quatre-vingt-dix, en raison d'un trop faible taux de participation, la généralisation du dépistage a été annoncée en 2005 et programmée pour la fin de l'année 2007. L'ensemble de cette

politique est conduit dans le cadre du Plan cancer [3, 4].

Le Baromètre santé 2005 s'est intéressé aux trois cancers pour lesquels le dépistage est possible grâce à des techniques spécifiques dont la fiabilité est reconnue :

- la mammographie pour le sein ;
- le frottis pour le col utérin ;
- le test Hemocult® de recherche de sang dans les selles pour le colorectal.

Ce chapitre permet d'abord de situer la pathologie cancéreuse dans la hiérarchie des craintes individuelles vis-à-vis des maladies. Il décrit ensuite les pratiques de dépistage (et donc la réalisation effective de ces trois tests) pour l'ensemble de la population interrogée (18-75 ans), et plus spécifiquement concernant les sujets ciblés par chacune de ces trois approches préventives.

Il vient utilement compléter les résultats du Baromètre cancer qui portaient essentiellement sur la perception des Français face à cette maladie, de sa prise en charge médicale (soins et malades), de ses causes présumées et de ses facteurs de risque (tabac, alcool, exposition au soleil...) [9].

RÉSULTATS ET DISCUSSION

CRAINTE INDIVIDUELLE DU CANCER

Le cancer se place en deuxième position parmi les risques et maladies les plus redoutés des Français (après les accidents de la circulation). Plus de la moitié des personnes interrogées (54,5 %) déclarent craindre « *pas mal* » ou « *beaucoup* » le cancer [tableau I].

Cette crainte s'exprime de façon très contrastée en fonction des caractéristiques des personnes. C'est ainsi que les femmes forment davantage que les hommes la crainte du cancer (60,0 % vs 49,6 % ; $p < 0,001$). Ce sentiment croît avec l'âge : il

atteint ses chiffres les plus élevés entre 45 et 64 ans pour l'ensemble de la population des 12-75 ans. Il est plus précoce chez les femmes (il est déjà élevé dans la tranche d'âge 26-34 ans) et à son maximum chez les 45-54 ans. Parmi les hommes, ce sont ceux de 55-64 ans qui expriment leurs craintes de la façon la plus marquée [figure 1].

Une analyse multivariée (en complément de l'âge et du sexe) permet d'identifier plusieurs facteurs complémentaires. C'est ainsi que la crainte est plus forte :

- dans les foyers ayant des revenus mensuels supérieurs à 900 euros par unité de consommation (OR=1,2 ; IC=1,1-1,3) ;

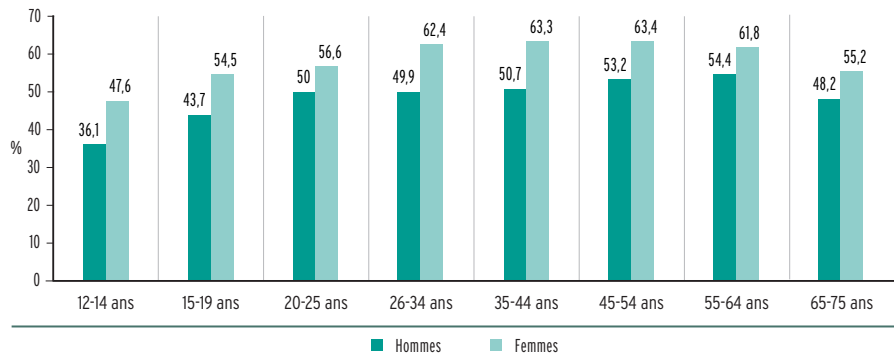
TABLEAU I

Crainces individuelles des risques et maladies chez les 12-75 ans (en pourcentage)

	Crainces	« Beaucoup »	« Pas mal »	« Peu »	« Pas du tout »	NSP
Accidents de la circulation	58,0	27,4	30,6	30,8	11,0	0,2
Cancers	54,5	28,7	25,8	30,5	14,4	0,1
Aliments transformés ou pollués	42,4	20,2	22,2	34,4	22,6	0,6
Maladies cardiaques	36,6	16,0	20,6	37,2	25,8	0,3
Alzheimer	35,8	18,0	17,8	33,0	29,7	1,5
Maladies liées au tabac	28,3	15,6	12,7	18,2	53,2	0,3
Nouvelles épidémies	27,4	11,8	15,6	38,9	32,9	0,1
Accidents de la vie domestique	24,8	7,8	17,0	47,9	27,1	0,2
Sida	20,4	12,9	7,5	21,7	57,7	0,3
Infections sexuellement transmissibles	18,0	9,9	8,1	23,1	58,5	0,3
Maladies liées à l'alcool	12,6	6,6	6,0	19,9	67,3	0,2

FIGURE 1

Crainte du cancer, suivant le sexe et l'âge



– parmi les personnes ayant consulté, au cours des douze derniers mois, deux fois leur généraliste (OR=1,3; IC=1,1-1,4) et trois fois ou plus (OR=1,5; IC=1,3-1,6);

– parmi les personnes déclarant une religion mais qui ne pratiquent pas (OR=1,2; IC=1,1-1,3) ou de temps en temps (OR=1,3; IC=1,2-1,5).

La crainte est plus faible (OR=0,9; IC=0,8-1,0) lorsque les personnes interrogées ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat.

Évolutions majeures

Les comparaisons effectuées avec les Baromètres précédents, parmi les 18-75 ans, montrent que cette crainte a tendance à diminuer de façon significative ($p < 0,001$) depuis dix ans (63,5 % en 1995, 57,8 % en 2000, 55,9 % en 2005). Cela est vrai chez les hommes (moins 8 points), comme chez les femmes (moins 7 points). C'est parmi les plus de 35 ans que cette baisse s'avère la plus sensible [tableau II].

TABLEAU II

Craintes du cancer («pas mal» et «beaucoup») chez les 18 ans et plus (en pourcentage). Évolution entre 1995 et 2005.

		1995 (n=1985)	2000 (n=12 530)	2005 (n=24 115)
Ensemble	***	63,5	57,8	55,9
Sexe				
Homme	***	58,6	52,2	50,6
Femme	***	68,1	63,1	61,0
Âge				
18-25 ans	ns	53,4	51,5	51,6
26-34 ans	ns	58,5	54,0	56,4
35-44 ans	***	64,3	61,2	57,5
45-54 ans	***	71,8	63,9	58,4
55-64 ans	***	72,4	62,7	58,2
65-75 ans	**	62,4	50,9	51,7

** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.
Tests effectués sur les trois années.

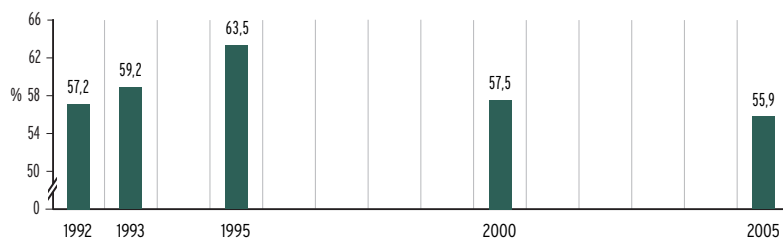
Discussion

Si la crainte du cancer occupe toujours la deuxième position parmi les préoccupations de santé des personnes interrogées, le Baromètre santé 2005 montre une diminution de l'importance de cette crainte en regard des années précédentes [figure 2], avec une situation actuelle qui se rapproche de celle constatée en 1992 (57,2 %). D'autres sujets d'inquiétude (concernant l'alimentation et la maladie d'Alzheimer), qui ont été largement médiatisés ces dernières

années, viennent prendre une place significative dans ces craintes et pourraient expliquer en partie cette observation. Ces résultats confirment les constats faits lors de précédents Baromètres santé d'une discordance entre la hiérarchie des craintes individuelles et celle de la fréquence des causes de mortalité. La grande importance affectée au risque de consommation d'aliments pollués ou transformés est, par exemple, sans commune mesure avec la mortalité attribuable à ces déterminants environnementaux. *A contrario*, la faible portée attachée à la

FIGURE 2

Évolution des craintes du cancer dans les années 1990 et 2000 parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans



prise d'alcool est régulièrement notée dans un pays qui est un des plus gros consommateurs de ce produit.

La crainte est donc une construction complexe qui dépasse la notion d'exposition réelle au risque [10]. Il sera intéressant d'observer si la baisse dans le champ du cancer s'accroît lors du prochain Baromètre santé. En effet, sous l'impulsion de la communication grand public récente, valorisant la notion de guérison des cancers, il est possible de faire l'hypothèse d'une accentuation de cette tendance [11]. Dans le Baromètre cancer 2005 (centré sur cette pathologie, ce qui peut introduire un biais relatif dans les réponses), le cancer demeure encore aujourd'hui la maladie grave par excellence : 92,3 % des personnes interrogées le mentionnent parmi les trois pathologies qu'ils jugent la plus grave, devant le sida (65,2 %) et les affections cardio-vasculaires. L'environnement apparaît potentiellement chargé de facteurs cancérigènes. Ainsi, quel que soit le facteur proposé (aussi improbable qu'il puisse paraître), au moins quatre personnes sur dix estiment qu'il est certainement ou probablement cancérigène [9].

CANCER DU SEIN

Le dépistage du cancer du sein est recommandé pour toutes les femmes entre 50 et

74 ans. Il leur est demandé de pratiquer une mammographie avec double incidence tous les deux ans. Cet examen s'inscrit dans un protocole très précis (cahier des charges), qui garantit la qualité du test sur l'ensemble du territoire national (formation des lecteurs, normes pour les mammographes, évaluation...) [12].

Près de six femmes de 18-75 ans sur dix (59,5 %) déclarent avoir déjà passé, au cours de leur vie, une mammographie (de dépistage ou de diagnostic). C'est dans la tranche d'âge 50-69 ans que ce pourcentage est le plus élevé (94,7 %), ce qui peut s'expliquer par des recommandations pour le dépistage qui, pendant de nombreuses années, s'appliquaient uniquement à cette population (l'extension aux 70-74 ans n'est intervenue qu'assez récemment) [figure 3].

Initiative de la mammographie

Dans la majorité des situations, c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen (54,9 %), mais une fois sur cinq (20,1 %) c'est la patiente qui en a fait la demande. Pour les 50-74 ans, dans plus d'un tiers des cas (34,0 %), la raison de l'examen est liée à une invitation reçue par courrier [figure 4]. Chez les plus âgées (70-74 ans), c'est principalement le courrier adressé par la structure de dépistage qui déclenche la réalisation du

FIGURE 3

Prévalence de la mammographie au cours de la vie entre 1995 et 2005, suivant l'âge

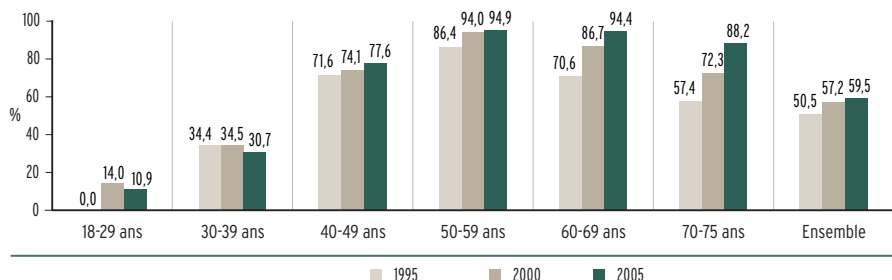
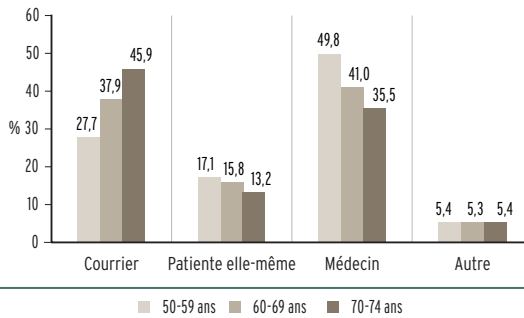


FIGURE 4

Initiative de la mammographie, selon l'âge



test ; chez les plus jeunes (50-59 ans), c'est plutôt le médecin qui est à l'initiative de cet examen.

Parmi celles qui ont déjà passé une mammographie, le test date, deux fois sur trois (62,3 %), de moins de deux ans. Le caractère récent (donc la fréquence) de la mammographie augmente avec l'âge sauf pour la tranche 70-74 ans (64,6 %). Concernant la période ciblée par le dépistage (50-74 ans), 70,0 % des femmes ont eu au moins une mammographie durant les deux dernières années (vs 52,3 % pour les femmes de moins de 50 ans ; $p < 0,001$). Par ailleurs, une fois sur quatre (24,1 %), cet examen a été pratiqué dans les deux à quatre ans précédant l'enquête.

Quand le médecin est à l'origine de la réalisation de la mammographie, cette pratique s'inscrit le plus souvent (72,7 %) dans le cadre d'un suivi régulier (on peut formuler ici l'hypothèse que c'est un acte de dépistage). Ce constat est surtout fait pour les femmes de 40 à 74 ans (80,7 % vs 34,3 % pour le reste des femmes dépistées ; $p < 0,001$). Il est à noter que ce suivi régulier est aussi présent chez les 18-39 ans (34,3 %), sans raison très probante. D'ailleurs, pour cette tranche d'âge, la mammographie diagnostic (suite à des symptômes) est logiquement l'indication médicale la plus fréquente (environ une fois sur deux : 48,5 %). Le caractère familial,

qui motive la prescription d'une mammographie, est retrouvé un peu plus d'une fois sur dix (11,0 %).

Lorsque la femme est à l'origine de la demande, c'est aussi la notion de suivi régulier qui prédomine (près d'une fois sur deux : 47,3 %), surtout à partir de 40 ans et avec un maximum dans la tranche d'âge 50-74 ans (66,8 % vs 31,3 % pour les femmes de moins de 50 ans ; $p < 0,001$). Les symptômes (comme motivation de la consultante) arrivent en deuxième position (23,8 %), avec une prédominance parmi celles qui sont âgées de 18 à 39 ans (48,7 %). La notion de cancer dans la famille est retrouvée plus fréquemment (par rapport aux médecins) lorsque la femme est à l'origine de la demande (près d'une fois sur cinq : 18,5 %), surtout parmi les plus jeunes (18-39 ans : 30,1 % vs 15,0 % pour les plus de 39 ans ; $p < 0,001$). En revanche, l'information (campagne, lecture, etc.), le conseil d'une personne ou un cancer d'un(e) ami(e) semblent avoir moins de poids (respectivement 7,2 %, 2,5 % et 4,1 %).

Raisons de non-réalisation

Pour les femmes qui n'ont jamais réalisé de mammographie, les raisons de ce renoncement diffèrent beaucoup suivant l'âge. Pour les plus jeunes (18-39 ans), c'est logiquement

(84,0 % des cas) parce qu'elles ne s'estiment pas assez âgées ou qu'elles pensent ne pas en avoir besoin. En revanche, près d'une femme de 50 à 74 ans sur deux (49,4 % – parmi celles qui n'ont jamais pratiqué de mammographie) déclare aussi qu'elle n'a pas besoin de cet examen, ce pourcentage étant particulièrement élevé dans la tranche d'âge 70-74 ans (57,9 %). Le manque de temps est surtout mis en avant par les 50-59 ans (31,8 %) alors que les notions de coût ou d'éloignement géographique du cabinet de radiologie ne sont pratiquement pas évoquées (respectivement 0,9 % et 0,3 %).

Lorsque l'on analyse de façon concomitante toutes les variables, les facteurs les plus discriminants favorisant le fait d'avoir réalisé une mammographie dans les deux dernières années sont pour les femmes âgées de 50 à 74 ans : l'existence d'un programme de dépistage organisé dans leur département avant 2004, un revenu supérieur à 1 500 euros par unité de consommation, au

moins une visite chez un généraliste ou au moins une chez le gynécologue au cours des douze derniers mois [tableau III].

Parmi les raisons qui ont poussées les femmes âgées de 18 à 49 ans (donc théoriquement non concernées par le dépistage organisé) à demander elles-mêmes une mammographie, deux facteurs ressortent : l'existence d'un dépistage organisé dans le département avant 2004 (OR=1,1 ; IC=0,9–1,3 ; p<0,001) et la crainte du cancer (OR=1,3 ; IC=1,1–1,6 ; p<0,05). Il est possible de faire l'hypothèse que la mise en place d'un dépistage organisé dans un département a, par un phénomène de « halo », un effet incitatif pour les plus jeunes femmes, et particulièrement pour celles qui ont une inquiétude vis-à-vis du cancer.

Évolutions majeures

La comparaison avec 2000 montre une progression significative de la pratique de la mammographie au cours des deux dernières

TABEAU III

OR ajustés pour la réalisation d'une mammographie dans les deux dernières années, parmi les femmes de 50-74 ans concernées par le dépistage organisé (n=4 829)

	Effectif	OR	IC à 95 %
Existence d'un dépistage organisé dans le département			
À partir de 2004	1 747	1	
Avant 2004	3 082	1,2 *	1,0 ; 1,4
Revenu mensuel par unité de consommation			
Moins de 900 euros		1	
De 900 à moins de 1500 euros		1,2	1,1 ; 1,4
1500 euros et plus		1,2 *	1,0 ; 1,5
Nombre de visites chez le généraliste			
0	474	1	
1	574	1,4 *	1,0 ; 1,8
2	690	1,7 ***	1,3 ; 2,2
3 ou plus	3 091	2,0 ***	1,6 ; 2,5
Nombre de visites chez le gynécologue			
0	2 251	1	
1	1 727	3,2 ***	2,7 ; 3,7
2	701	4,5 ***	3,6 ; 5,8
3 ou plus	150	3,1 ***	2,0 ; 4,8

* : p<0,05 ; *** : p<0,001.

années (tous âges confondus), passant de 31,0 % en 2000 à 36,8 % en 2005. Elle est particulièrement marquée parmi les femmes de 60 à 74 ans : 42,3 % en 2000 à 63,2 % en 2005 ($p < 0,001$).

Par ailleurs, le pourcentage des femmes ciblées par le dépistage organisé ayant réalisé « une mammographie dans les deux dernières années » évolue de façon très positive et significative : 43,8 % en 1995 ; 52,2 % en 2000 et 65,4 % en 2005, alors que la réalisation de mammographies chez les moins de 49 ans s'est stabilisée entre 2000 et 2005. Un gain de 26,6 points est observé parmi les 60-69 ans et de 31,3 parmi les 70-74 ans, en dix ans (entre 1995 et 2005). De plus, la progression (+ 16,4 points) est maximale parmi les femmes à revenus modestes (moins de 900 euros) entre 2000 et 2005, et l'écart entre les plus modestes et les plus aisées a régressé (17,8 % vs 9,4 %) durant la même période.

Au fil du temps, le courrier adressé par la structure de gestion tient une place de plus en plus importante pour favoriser cette démarche. En 2000, seulement 19,2 % des femmes de 50-74 ans avaient été invitées dans ce cadre ; en 2005, elles étaient plus d'un tiers (34,0 % ; $p < 0,001$) [tableau IV].

Discussion

La généralisation effective à l'ensemble du territoire français du dépistage du cancer du sein [figure 5], dans le contexte du Plan cancer, est probablement à la base des évolutions importantes observées dans cette étude [3, 4]. La communication sociale développée lors de cette extension, ainsi que le relais des professionnels de santé (principalement généralistes, radiologues et gynécologues) a sans doute eu un effet incitatif sur la participation des femmes à ce dépistage. Comme les pouvoirs publics l'ont

TABLEAU IV

Évolution entre 1995 et 2005 de la pratique de la mammographie chez les femmes de 50-74 ans concernées par le dépistage organisé (en pourcentage)

	p	1995	2000	2005
Initiative de la mammographie				
Courrier	***	11,1	19,2	34,0
Patiente elle-même	**	23,0	17,7	16,1
Médecin	***	57,1	53,3	44,6
Autre	***	8,8	9,8	5,3
Avoir fait une mammographie dans les deux ans selon l'âge				
18-29 ans	ns	5,4	5,5	4,5
30-39 ans	ns	11,8	12,5	11,1
40-49 ans	ns	41,3	43,7	46,9
50-59 ans	***	54,2	62,6	67,6
60-69 ans	***	39,5	49,2	66,2
70-74 ans	***	25,1	31,4	56,4
selon les revenus mensuels par unité de consommation				
Moins de 900 euros	***	–	44,4	60,8
De 900 à moins de 1500 euros	***	–	57,3	66,3
1500 euros et plus	***	–	62,2	70,2

** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.
Tests effectués sur les trois années.

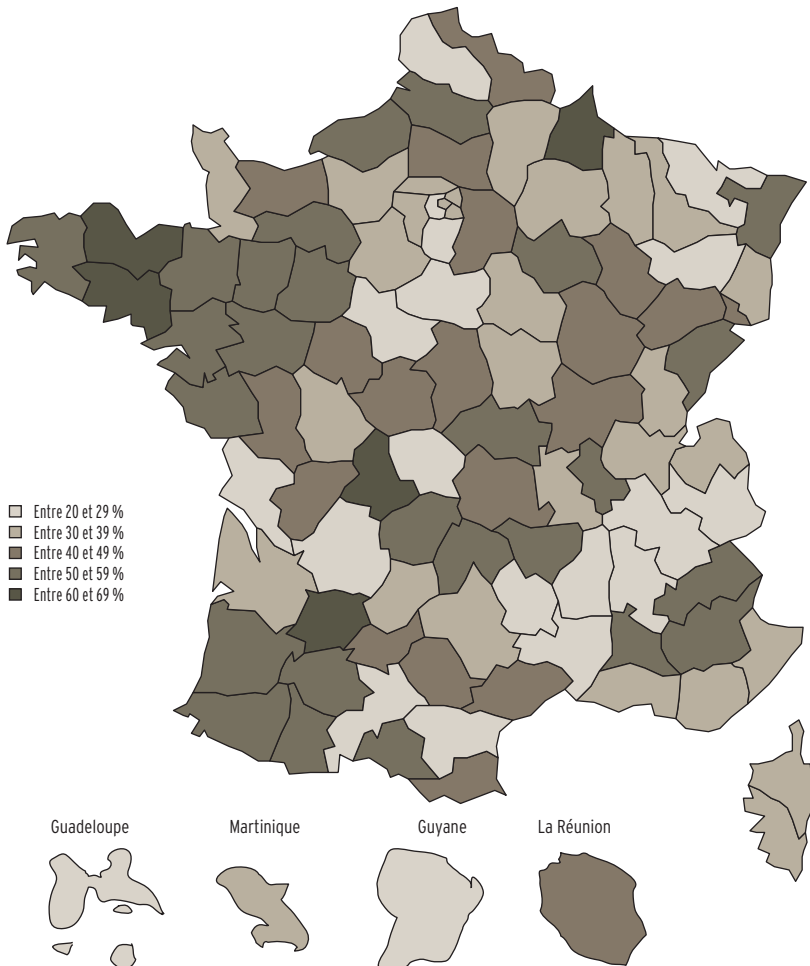
souhaité, ce dépistage profite en priorité aux femmes de plus de 50 ans. Si le pourcentage des plus jeunes femmes le réalisant est en régression, il n'en est pas de même dans la tranche d'âge des 40-49 ans, pour laquelle le dépistage n'est pas recommandé [13].

Si, globalement, ces évolutions sont encourageantes, le niveau de participation

souhaité (80 % des femmes de 50-74 ans réalisant une mammographie) n'est pas encore atteint. Seul ce taux de participation devrait permettre d'observer un vrai bénéfice en matière de santé publique, à savoir une réduction effective et significative de la mortalité par cancer du sein. Cette étude semble montrer que les femmes issues de milieux

FIGURE 5

Taux de participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein par département en 2004 (taux Insee)



Source : Inca [4].

à revenus modestes profitent davantage de cette évolution que le reste de la population. Pourtant, il est nécessaire de rester attentif à prioriser cette population qui présente une prévalence (dans sa pratique de la mammographie) encore inférieure de 10 points à celle observée chez les plus favorisées [14, 15].

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le dépistage du cancer du col utérin en France reste, pour le moment, essentiellement individuel. Il existe des recommandations pour la pratique clinique qui conseillent aux femmes de 25 à 65 ans d'effectuer un frottis tous les trois ans après deux frottis annuels normaux [3, 7, 8].

Pratiquement l'ensemble (87,9 %) des femmes de 18-75 ans ont déjà eu un frottis [figure 6]. C'est parmi les 35-54 ans que cette proportion est la plus élevée.

Trois quarts des femmes (75,8 %) ont effectué cet examen dans les trois dernières années. Pour la tranche 25-65 ans, où cet examen est recommandé tous les trois ans, elles sont 83,2 % (vs 51,5 % pour les autres ; $p < 0,001$) à avoir réalisé un frottis durant les trois dernières années. La date du dernier frottis (plus ou moins récente) est fortement liée à l'âge : 66,8 % de 18-29 ans l'ont fait depuis moins de deux ans, alors qu'elles

ne sont que 41,6 % dans ce cas entre 70 et 75 ans.

Lorsque l'on analyse concomitamment toutes les variables, les facteurs les plus discriminants favorisant le fait d'avoir réalisé un frottis dans les trois dernières années sont, pour les femmes âgées de 25 à 65 ans : appartenir à la tranche d'âge 35-44 ans, disposer de revenus mensuels égaux ou supérieurs à 900 euros par unité de consommation, avoir consulté un généraliste au moins une fois dans l'année, avoir fait au moins une visite chez le gynécologue au cours des douze derniers mois, avoir déjà fait un dépistage de l'hépatite C, craindre le cancer (et être agnostique) [tableau V].

Initiative du frottis

Plus de trois fois sur quatre (77,0 %), c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen et, dans 18,4 % des cas, c'est la consultante. Lorsque le praticien initie un frottis, cela s'inscrit essentiellement (91,0 %) dans un suivi régulier. La motivation est rarement un symptôme (4,5 %) ou un cancer dans la famille (1,6 %). L'indication pour « *signe clinique* » est significativement plus fréquente (10,2 % vs 4,2 % pour les moins de 70 ans ; $p < 0,001$) chez les personnes âgées de 70-75 ans.

FIGURE 6

Évolution 2000/2005 de la prévalence du frottis au cours de la vie, selon l'âge

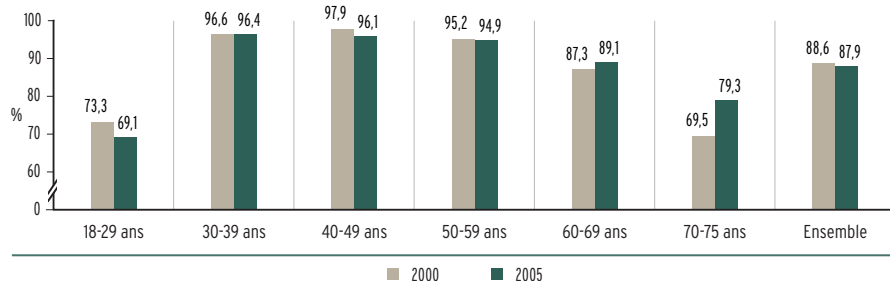


TABLEAU V

OR ajustés pour la réalisation d'un frottis dans les trois dernières années, parmi les femmes de 25-65 ans concernées par le dépistage organisé (n=9 153)

	N	OR	IC à 95 %
Âge			
25-34 ans	2 491	1	1,2 ; 1,9
35-44 ans	2 416	1,5***	0,9 ; 1,4
45-54 ans	2 127	1,1	0,9 ; 1,4
55-65 ans	2 119	0,6***	0,5 ; 0,8
Revenu mensuel par unité de consommation			
Moins de 900 euros	2 636	1	
De 900 à moins de 1500 euros	3 328	1,5***	1,3 ; 1,7
1500 euros et plus	3 189	2,0***	1,6 ; 2,4
Diplôme			
Aucun	653	1	
Inférieur au bac	3 514	1,4**	1,1 ; 1,8
Baccalauréat	1 641	1,4*	1,1 ; 1,9
Bac + 2	1 356	1,6**	1,1 ; 2,1
Bac + 3, bac + 4	1 284	1,6**	1,1 ; 2,1
Bac + 5 et plus	705	1,3	0,9 ; 1,9
Religion			
Pas de religion	3 443	1	
Religion, mais ne pratique pas	2 659	0,8**	0,6 ; 0,9
Religion pratiquée de temps en temps	2 350	0,8*	0,7 ; 1,0
Religion pratiquée régulièrement	701	0,6***	0,5 ; 0,8
Nombre de visites chez le généraliste			
0	1 048	1	
1	1 443	1,5**	1,2 ; 1,9
2	1 717	1,5**	1,2 ; 1,9
3 ou plus	4 935	1,2	1,0 ; 1,5
Nombre de visites chez le gynécologue			
0	2 745	1	
1	3 701	7,2***	6,1 ; 8,5
2	1 707	8,6***	6,8 ; 10,9
3 ou plus	1 000	5,6***	4,3 ; 7,3
Dépistage de l'hépatite C			
Non	6 973	1	
Oui	2 180	1,3*	1,1 ; 1,5
Crainte du cancer			
Non	3 434	1	
Oui	5 719	1,4***	1,2 ; 1,6

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Quand c'est la femme qui a demandé l'examen, les motivations sont très proches des précédentes (demande du médecin) avec principalement « le suivi régulier » (81,2 %) ou « à la suite d'un

symptôme » (6,5 %) et, de façon plus marginale, « sensibilisé par une action d'information » (4,3 %), « cancer dans la famille » (3,7 %), « conseil d'une personne » (3,0 %), « cancer d'un ami » (1,2 %). Là aussi, les

signes d'appel sont plus souvent déclencheurs d'examen parmi les sujets les plus âgés (11,6 % pour les individus âgés de 70 à 75 ans vs 6,1 % pour les autres ; $p < 0,001$). Ce constat est en cohérence avec le fait qu'à cet âge (plus de 65 ans), le frottis de dépistage n'est pas recommandé [3, 7, 8].

Raisons de non-réalisation

Les femmes qui n'ont jamais eu de frottis sont peu nombreuses. La principale raison qu'elles avancent est qu'elles n'en ont pas besoin (53,1 %), ensuite qu'elles sont trop jeunes (17,1 % pour l'ensemble de la population et 24,1 % parmi les 18-29 ans), et enfin qu'elles n'ont pas le temps (12,8 % avec un maximum chez les 40-49 ans : 19,8 %). Lorsque l'on interroge les femmes qui déclarent n'avoir pas pratiqué cet examen depuis longtemps, la hiérarchie s'avère pratiquement identique.

Évolutions majeures

La comparaison avec 2000 montre une stabilité de la pratique du frottis au cours des trois dernières années (83,3 % vs 83,2 % en 2005 ; ns) pour les femmes de 25-65 ans, et cela quelle que soit la tranche d'âge considérée. L'évolution selon les revenus observée pour ces mêmes femmes montre que seules celles disposant des revenus les plus élevés (1 500 euros ou plus) ont augmenté leur fréquence de réalisation du frottis (86,4 % en 2000 vs 89,4 % en 2005 ; $p < 0,01$) dans le rythme conseillé des trois ans. Enfin, l'écart entre les femmes financièrement les plus aisées et les plus modestes s'est accentué (9,6 points en 2000 et 11,7 points en 2005).

Le pourcentage de femmes de 18-75 ans ayant déjà effectué un frottis au cours de leur vie est, lui aussi, relativement stable depuis 1992. Une diminution s'observe toutefois depuis 2000 parmi les 25-34 ans (passant de 94,0 % en 2000 à 89,7 % en 2005 ; $p < 0,001$), alors que l'on constate une

progression significative chez les 66-75 ans (78,1 % en 2000 vs 81,6 % en 2005 ; $p < 0,05$), dans une tranche d'âge où ce test de dépistage n'est pas recommandé.

Discussion

Le pourcentage de femmes déclarant avoir fait un frottis dans les trois dernières années était déjà élevé en 2000 (plus de huit femmes sur dix).

La stabilité de la prévalence observée en 2005 n'est donc pas très étonnante, dans la mesure où les femmes n'ont pas été soumises à plus de sollicitations que dans les années antérieures (à l'inverse de ce qui s'est produit pour le cancer du sein). En effet, entre 2000 et 2005, aucune initiative particulière n'a été prise au niveau national quant à la mise en œuvre d'un dépistage organisé. Ce dernier continue à être expérimenté (uniquement dans cinq territoires), mais l'apparition de nouvelles techniques ainsi que la commercialisation d'un vaccin à visée préventive rendent la situation actuelle relativement confuse. Par ailleurs, un dépistage important perdure dans la tranche d'âge 18-24 ans (plus d'une jeune femme sur deux) *a priori* hors des recommandations [3, 7, 8]. À la décharge des praticiens et des femmes elles-mêmes, il existe encore beaucoup d'informations contradictoires quant aux recommandations relatives aux âges de début (20 ou 25 ans ?) et de fin (65 ou 69 ans ?). Ce contexte peu clair se fait certainement au détriment des femmes les plus fragiles [16].

CANCER COLORECTAL

Le dépistage organisé du cancer colorectal est préconisé tous les deux ans pour les personnes de 50 à 74 ans. Il s'effectue par la recherche de sang occulte dans les selles à l'aide d'un test de type Hemoccult®. Alors que la réalisation du frottis est prônée dans le cadre d'une démarche individuelle, cette

recherche de sang par test Hemocult® n'est aujourd'hui recommandée que dans un cadre organisé. Si l'expérimentation de ce dépistage a été engagée depuis 2004 dans vingt-trois départements [3, 4], elle ne concernait au moment de l'enquête qu'un nombre très limité de territoires (un peu plus de dix) et donc de personnes. De plus, le taux de participation est encore aujourd'hui très variable [3, 4, 17]. Par ailleurs, dans le cadre des bilans de santé proposés par l'Assurance Maladie dans ses centres d'examen de santé (environ 600 000 chaque année), l'Hemocult® est proposé systématiquement aux populations ciblées par le dépistage.

Plus d'une personne sur cinq (22,4 %) de 40 à 75 ans déclare avoir déjà réalisé cet examen au cours de sa vie (24,7 % des hommes *vs* 20,3 % des femmes ; $p < 0,001$) [figure 7].

Depuis 2000, il est à noter une légère augmentation du recours à cet examen au cours de la vie parmi les personnes de 40-75 ans interrogées (20,0 % en 2000 *vs* 22,4 % en 2005 ; $p < 0,001$).

Cette pratique de l'Hemocult® concerne environ un homme et une femme âgés de 60 ans et plus sur trois (35,7 % pour cette tranche d'âge *vs* 15,8 % pour le reste de la population interrogée ; $p < 0,001$). Pour 43,1 % d'entre eux, ce test a eu lieu au cours des deux dernières années.

Initiative de la recherche de sang dans les selles

La pratique de cet examen est principalement liée au fait que la personne a été sollicitée dans le cadre d'une campagne (34,9 %). Pourtant, un pourcentage non négligeable de sujets de 40 à 75 ans en ont pris eux-mêmes l'initiative (20,4 %). Parmi ces derniers, plus de la moitié déclarent ne pas être passés par leur médecin. Enfin, dans plus d'un tiers des cas (37,0 %), c'est le médecin qui les a incités à s'engager dans cette démarche.

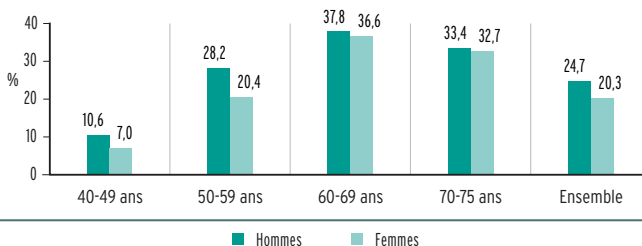
Si la personne a effectué ce test de sa propre initiative, c'est principalement dans le cadre d'un suivi régulier pour 32,7 % des individus interrogés. Viennent ensuite l'inquiétude à propos de symptômes (25,0 %), la présence d'un individu ayant eu un cancer colorectal au sein de sa famille (14,6 %) et la sensibilisation à une campagne (14,1 %).

Si la personne a fait cette demande au praticien, c'est plus d'une fois sur trois dans le cadre d'un suivi régulier (36,0 %) ou en raison de symptômes (44,1 %). Plus d'une fois sur dix (14,5 %), c'est un cancer dans la famille qui en était la cause.

Lorsque c'est le médecin qui a initié ce test, le suivi régulier et les symptômes sont les deux principales causes (respectivement 40,1 % et 38,9 %) ; arrive ensuite le fait d'avoir eu un cancer dans la famille (11,6 %).

FIGURE 7

Prévalence du test Hemocult® au cours de la vie, suivant le sexe et l'âge



Lorsque l'on analyse concomitamment les variables dont les modalités semblent significativement différentes entre elles en mode univarié, les facteurs les plus discriminants liés au fait d'avoir réalisé un test de type Hemocult® dans les deux dernières années sont pour les personnes âgées de 50 à 74 ans, être un homme, appartenir à la tranche d'âge 60-74 ans, habiter dans un département où le dépistage du cancer colorectal est organisé, avoir consulté le généraliste au moins une fois dans l'année, avoir fait un dépistage de l'hépatite C et craindre le cancer [tableau VI].

Évolutions majeures

Le niveau de réalisation d'un test de type Hemocult® dans les deux dernières années a beaucoup augmenté entre 2000

et 2005 dans la tranche d'âge ciblée par le dépistage organisé (50-74 ans) : progression de près de 10 points correspondant à un doublement (7,8 % en 2000 vs 16,6 % en 2005; $p < 0,001$) aussi bien chez les hommes (9,6 % vs 17,6 %; $p < 0,001$) que chez les femmes (6,1 % vs 15,7 %; $p < 0,001$) et dans toutes les tranches d'âge [figure 8].

Cette progression est également observée quel que soit le niveau de revenus du foyer (+ 9,2 % dans les foyers avec moins de 900 euros par UC; + 9,3 % dans les foyers entre 900 et 1 500 euros; + 8 % dans les foyers avec 1 500 euros et plus) et le niveau de diplômes.

Discussion

La recherche de sang dans les selles est une pratique en progression significative de

TABLEAU VI

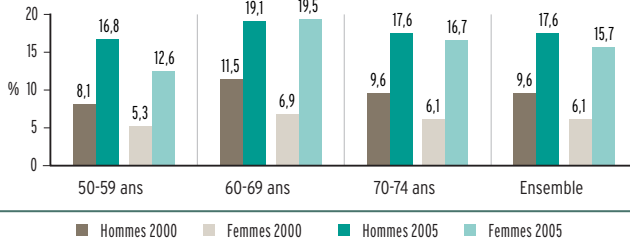
OR ajustés pour la réalisation d'un test de type Hemocult® dans les deux dernières années, dans la population de 50-74 ans concernée par le dépistage organisé (n=9 207)

	N	OR	IC à 95 %
Sexe			
Homme	3 719	1	
Femme	5 488	0,9*	0,2; 1,0
Âge			
50-59 ans	4 579	1	
60-69 ans	3 292	1,4***	1,3; 1,7
70-74 ans	1 336	1,2*	1,0; 1,5
Existence d'un dépistage organisé dans le département			
Non	6 427	1	
Oui	2 780	2,9***	2,6; 3,3
Nombre de visites chez le généraliste			
0	1 055	1	
1	1 328	1,6**	1,2; 2,2
2	1 405	2,0***	1,5; 2,5
3 ou plus	5 419	2,1***	1,6; 2,7
Dépistage de l'hépatite C			
Non	7 827	1	
Oui	1 380	1,8***	1,5; 2,1
Crainte du cancer			
Non	3 967	1	
Oui	5 240	1,2*	1,1; 1,4

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

FIGURE 8

Évolution 2000/2005 de la réalisation du test de type Hemocult® dans la population concernée par le dépistage, dans les deux dernières années, suivant le sexe et l'âge



presque 10 points en cinq ans (entre 2000 et 2005), sans raison très précise en dehors de l'effet incitatif que peut produire l'annonce

récurrente de généralisation du dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire français.

CONCLUSION

Concernant le dépistage recommandé des trois cancers, la situation apparaît très variable en termes de stratégie de santé publique.

Pour le sein, il y a une généralisation organisée qui aujourd'hui est déployée sur l'ensemble du pays.

Pour le col de l'utérus, cohabitent un dépistage organisé (ancien et marginal) et des pratiques individuelles relativement peu encadrées.

Pour le cancer colorectal, la phase d'expérimentation s'achève et la généralisation est en cours [figure 9].

Les résultats présentés dans ce document sont en cohérence avec, d'une part, ces situations diversifiées suivant le type de dépistage et, d'autre part, les analyses déjà réalisées au cours de l'exploitation du Baromètre santé, médecins/pharmaciens 2003 [18].

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, il se déroule aujourd'hui et pour la majorité des femmes, dans un contexte de plus en plus organisé, même si de trop nombreux tests sont pratiqués dans un

cadre individuel et parfois en dehors des tranches d'âge recommandées [13].

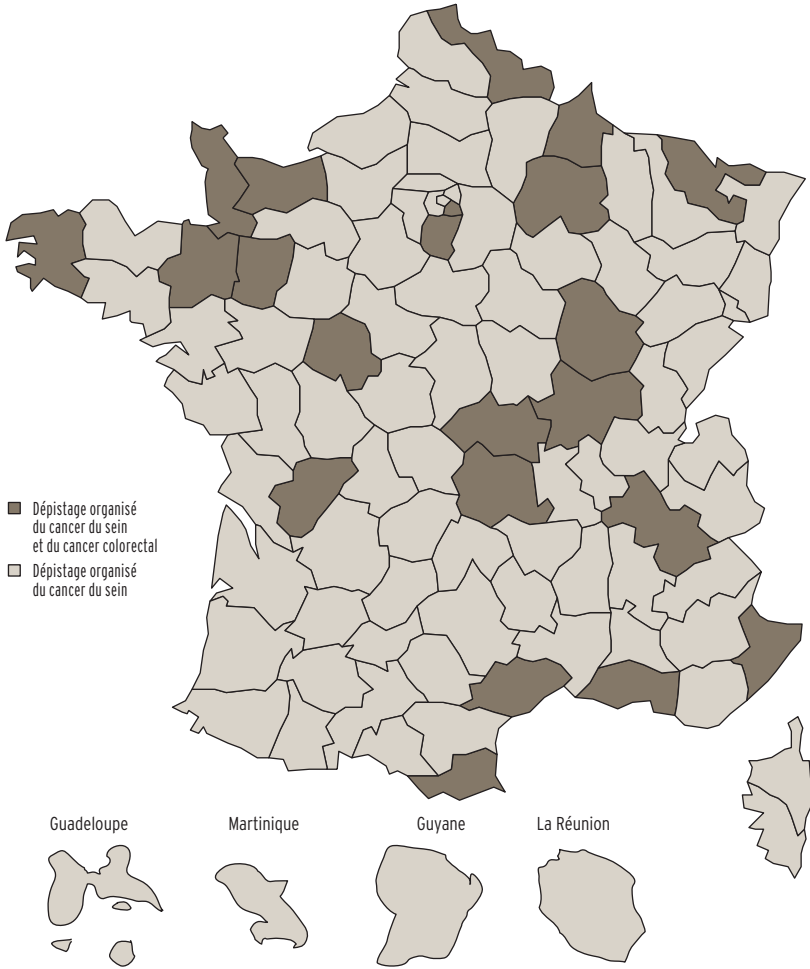
Pour le col de l'utérus, la situation semble avoir peu évolué au fil des ans, avec sans doute la nécessité pour les autorités de santé d'envisager un éclaircissement du cadre organisationnel et de mieux faire connaître l'évolution souhaitée des pratiques (notamment l'analyse du frottis cervico-vaginal complété par le test de recherche de l'infection à papillomavirus, dit test HPV), ainsi que les conditions de mise en œuvre de la vaccination [4].

Pour le dépistage du cancer colorectal, la situation semble relativement confuse au regard des résultats du présent travail. Comme dans le Baromètre médecins/pharmaciens 2003, cette pratique apparaît comme largement répandue sur une base individuelle (et en progression depuis 2000), alors que les recommandations actuelles ne vont pas dans ce sens.

Par ailleurs, les résultats récents publiés dans le Baromètre cancer 2005 semblent confirmer les principaux constats et tendances relevés dans ce travail, mais aussi l'hypothèse d'une

FIGURE 9

Répartition des départements selon le type de dépistage organisé proposé au 1^{er} janvier 2006



Source : Inca [4].

surestimation déclarative des pratiques de dépistage liée à la méthodologie utilisée [9].

Un des objectifs de la politique de dépistage entreprise est de mieux rejoindre les populations qui sont les moins touchées par cette démarche préventive, à savoir les publics défavorisés. Ce Baromètre santé apporte des éléments de réponse à deux

questions essentielles relatives à ces inégalités sociales de santé :

- le niveau de revenus du foyer influence-t-il toujours la réalisation des tests de dépistage?;
- les évolutions observées entre 2000 et 2005 vont-elles dans le sens de la réduction de ces inégalités?

Sur le premier point, ces observations montrent que la pratique de la mammographie et du frottis chez les femmes issues de milieux économiquement modestes est encore inférieure à celle observée chez les femmes de milieux plus aisés.

Sur le second point, les femmes les plus modestes ont bénéficié plus que les autres de l'accès à la mammographie dans le cadre du dépistage organisé, puisque l'écart de fréquence de réalisation de ce test se comble progressivement. Pourtant, la pratique de la mammographie des femmes à revenus modestes reste encore en deçà du niveau observé en 2000 chez les femmes de milieux aisés. Le constat est moins favorable en ce qui concerne le frottis, où le différentiel s'est

accru, en cinq ans, entre les plus modestes et les plus aisées.

Ces évolutions contrastées justifient la poursuite des efforts déployés actuellement par les structures de gestion des dépistages pour rejoindre les femmes de milieux économiquement modestes.

Enfin, les polémiques récentes concernant l'efficacité de certains dépistages [19-22], ainsi que sur leurs éventuels effets délétères, conduiront sans doute les pouvoirs publics à adopter un discours scientifique clair auprès des professionnels et de la population. Il doit aussi s'accompagner d'un dispositif organisationnel et d'orientation précis sur le pilotage et le déploiement de ces dépistages.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] CépidC - IFR69.
Interrogation des données sur les causes de décès 2004 [Banque de données en ligne].
Le Vésinet : Inserm ; dernière mise à jour 18 juin 2007.
En ligne : <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>
- [2] Elsing F.
Le dépistage du risque.
Actualité et dossier en santé publique 2005 ; 51 : 47-9.
- [3] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.
La dynamique du Plan Cancer. Un an d'actions et de résultats : Rapport annuel 2004-2005 de la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.
Paris : Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2005 : 214 p.
En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000243/index.shtml>
- [4] Institut national du cancer.
Plan Cancer 2003-2006 : ce qui a changé.
Paris : Inca, 2006 : 382 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-presse/op_1-ta_1-it_348-id_972-la_1-ve_1.html
- [5] Sancho-Garnier H.
Quels cancers dépister ? Une démarche de santé publique, distincte du diagnostic précoce individuel.
Concours médical 2006 ; 128 (19-20) : 793-9.
- [6] Paty A.C., Ancelle-Park R., Bloch J.
Évaluation de l'application du nouveau cahier des charges du dépistage du cancer du sein.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 36 : 177-9.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2005/36/beh_36_2005.pdf
- [7] Bergeron C., Cartier I., Guldner L., Lassal M., Savignoni A., Asselain B.
Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 2 : 5-6.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2005/02/beh_02_2005.pdf
- [8] Boulanger J.-C.
Organisation du dépistage du cancer du col : que faut-il changer ?
Revue du praticien gynécologie obstétrique 2006 ; 104 : 27-34.
- [9] Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre cancer 2005.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 208 p.
- [10] Sjöberg L.
Factors in risk perception.
Risk Analysis 2000 ; 20(1) : 1-11.
- [11] Inserm.
Cancers : pronostics à long terme.
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2006 : 293 p.
En ligne : <http://ist.inserm.fr/basisrapports/cancer-pronostic.html>
- [12] Ancelle-Park R.
Dépistage organisé du cancer du sein : convaincre de sa qualité.
Concours médical 2005 ; 127 (31) : 1740-2.
- [13] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
Opportunité d'étendre le programme national de

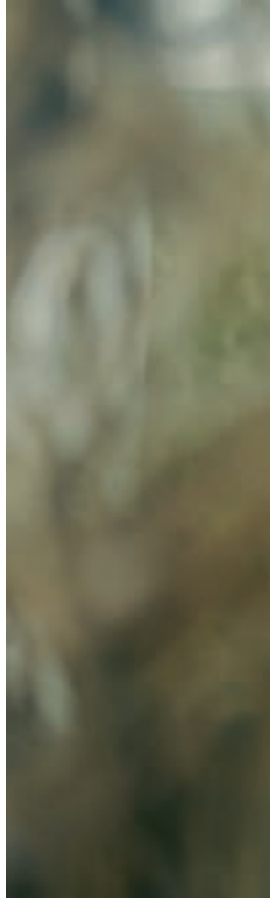
- dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans : actualisation.**
Paris : Anaes, mars 2004 : 96 p.
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Cancer_sein_prog_depitage_Synth.pdf
- [14] Mansour K., Fleur L., Saugeron A.-M., Mérie N., Marquis D., Lucas C.
Dépistage organisé du cancer du sein en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : communication auprès des femmes de statut précaire et/ou isolées.
Santé Publique 2005 ; 17 (4) : 539-49.
- [15] Flamant C., Gauthier E., Clavel-Chapelon F.
Profil des femmes ne respectant pas les recommandations sur le dépistage du cancer du sein par mammographie : résultats de la cohorte E3N.
Revue médicale de l'assurance maladie 2005 ; 36 (1) : 15-22.
En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Depistage_du_cancer_du_sein.pdf
- [16] Chan Chee C., Begassat M., Kovess V.
Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2005 ; 53 (1) : 69-75.
- [17] Goulard H., Ancelle-Park R., Julien M., *et al.*
Le cancer colorectal en France : évaluation 2002 à 2004.
Saint-Maurice : InVS ; 2006 : 8 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_colorectal/cancer_colorectal.pdf
- [18] Baudier F.
Dépistage des cancers : des pratiques contrastées. In : Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé médecins pharmaciens 2003.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2005 : 192-204.
- [19] Junod B., Massé R.
Dépistage du cancer du sein et médicalisation en santé publique.
Santé publique 2003 ; 15 (2) : 125-9.
- [20] **Les effets indésirables des mammographies de dépistage des cancers du sein.**
Prescrire 2006 ; 26 (271) : 269-75.
- [21] **Mammographie et dépistage des cancers du sein.**
Prescrire 2006 ; 26 (272) : 349-74.
- [22] Coisne S., Lemarchand F.
Cancer du sein : les illusions du dépistage.
La recherche 2006 ; 395 : 44-8.

















que de product



L'essentiel

L'âge d'entrée dans la sexualité est resté stable dans les générations nées entre 1965 et 1985, chez les hommes comme chez les femmes, et un léger rajeunissement semble enregistré pour les femmes des plus jeunes générations. Les hommes déclarent démarrer leur activité sexuelle un peu plus tôt que les femmes, 54,0 % des hommes de 15-19 ans se disant sexuellement actifs *versus* 46,0 % des femmes de cette même classe d'âge.

Le recours au préservatif lors du premier rapport a régulièrement et fortement augmenté entre 1987 et 1995, pour atteindre un seuil qui, depuis, se maintient à un niveau élevé. Ainsi, 87,6 % des hommes et 84,2 % des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2000 et 2005 ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de ce premier rapport. Cette norme préventive, fortement intégrée par les plus jeunes générations, ne semble toutefois pas toucher tous les milieux sociaux de la même façon, l'usage du préservatif au premier rapport étant moins fréquent parmi les femmes moins diplômées et parmi celles qui accordent une grande importance à la religion.

Le multipartenariat dans les douze derniers mois concerne 16,3 % des

hommes et 6,5 % des femmes de 15 à 49 ans. Celui-ci est plus souvent déclaré par les jeunes vivant seuls. Les personnes qui ont eu plusieurs partenaires utilisent plus souvent le préservatif et se font plus souvent dépister pour le VIH.

Une faible proportion des personnes sexuellement actives rapportent un antécédent d'infection sexuellement transmissible (IST). L'incidence cumulée de ces infections (virales, bactériennes ou parasitaires), sur les cinq dernières années, est de 2,3 % chez les femmes et de 1,3 % chez les hommes. Ces taux ne constituent pas un indicateur de la prévalence de ces infections qui, pour la plupart, restent asymptomatiques et non diagnostiquées. La faiblesse de ces taux, comparativement aux données des enquêtes de dépistage systématique, déjà observée dans l'enquête Baromètre santé 2000, confirme l'hypothèse d'une insuffisance de dépistage précoce de certaines IST en France, déjà soulignée en 2000.

L'enquête Baromètre santé 2005 semble enfin indiquer une stabilisation des pratiques contraceptives en France, après une période de progression continue de la pilule au

cours des quatre décennies précédentes. Cette pratique atteint un niveau de médicalisation parmi les plus élevés au monde : 86 % des femmes concernées par la contraception utilisent une méthode médicale (57 % la pilule, 25 % le stérilet), tandis que 3 % se déclarent sans contraception. Ces proportions sont respectivement de 79 % et 6 % chez les hommes, s'agissant de la pratique contraceptive de leur partenaire. Certains groupes sociaux (en particulier les femmes au chômage ou inactives) restent encore à l'écart de cette médicalisation de la contraception.

En cas de rapports sexuels non ou mal protégés, de plus en plus de femmes ont recours à la contraception d'urgence. On est ainsi passé de 9,8 % d'utilisatrices en 1999, date de sa mise à disposition sans ordonnance en pharmacie, à 16,9 % en 2005 parmi les femmes de 15 à 49 ans. Cette augmentation est plus marquée chez les moins de 25 ans qui, en 2005, sont près d'un tiers à avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois. Cette utilisation est le plus souvent ponctuelle et fait majoritairement suite à une erreur d'utilisation de la contraception régulière (seules 22 % étaient sans contraception au moment de la prise).

Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée

CAROLINE MOREAU
NATHALIE LYDIÉ
JOSIANE WARSZAWSKI
NATHALIE BAJOS

CONTEXTE

Au cours de cette dernière décennie, le contexte épidémiologique des infections sexuellement transmissibles (IST) s'est sensiblement modifié. Les données françaises les plus récentes [1, 2] attestent d'une moindre sensibilisation aux enjeux préventifs actuels de l'épidémie VIH et d'un relâchement des comportements de prévention, en particulier chez les homosexuels masculins. Ces données sont confirmées par une recrudescence de certaines IST, constatée depuis 1997-1998 en France [3, 4] comme dans d'autres pays européens [5]. L'épidémie touche aujourd'hui de plus en plus les femmes et les populations précarisées socialement et économiquement, en particulier les populations migrantes : une séropositivité sur trois concerne une personne originaire d'Afrique sub-saharienne, et les femmes représentent la majorité des cas enregistrés [6].

Les risques liés à l'activité sexuelle concernent également la survenue de grossesses

non prévues, dont la majorité se terminent par une interruption volontaire de grossesse. L'évolution récente du paysage contraceptif français, marqué à la fois par la poursuite, certes moins accentuée, du processus de médicalisation [7] et par la diffusion du préservatif parmi les plus jeunes générations, invite à s'interroger sur les liens complexes entre pratiques préventives vis-à-vis des IST et pratiques contraceptives, et sur les possibilités qu'offre la contraception d'urgence (CU) de pallier des échecs de contraception qui restent fréquents.

Ces différentes modifications surviennent dans un contexte social dont l'évolution au cours de ces dernières décennies se caractérise, entre autres, par une diversification des biographies affectives et sexuelles, ainsi que par une précarisation de certains groupes sociaux, affectés par le chômage et les difficultés de la vie quotidienne. Ces évolutions sociales ne sont pas sans effets sur les prati-

ques sexuelles et *a fortiori* sur les prises de risques, comme en atteste une enquête récente réalisée en Grande-Bretagne [8].

Si les enquêtes Baromètres santé ne permettent ni une analyse fine des pratiques sexuelles et préventives de la population, ni une mise en perspective de ces pratiques avec les conditions sociales d'exercice de la sexualité, elles fournissent néanmoins des indicateurs de pratiques sexuelles et préventives dont il est important de suivre l'évolution au cours du temps.

La première partie de ce chapitre est consacrée à l'analyse de quelques indicateurs d'activité sexuelle : l'âge au premier rapport sexuel, l'utilisation du préservatif lors de ce premier rapport, et le nombre de partenaires au cours de l'année écoulée. Nous nous intéresserons ensuite à l'évolution de l'incidence des IST déclarées ainsi qu'à celle de la pratique de dépistage du

VIH de la population française au cours des cinq dernières années. L'étude des pratiques contraceptives sera ensuite abordée en portant une attention particulière à l'utilisation de la contraception d'urgence, disponible sans ordonnance en France depuis mai 1999¹. Les données des deux dernières enquêtes Baromètre santé permettent en particulier d'éclairer le débat sur les liens entre pratiques contraceptives régulières et contraception d'urgence, en mettant en perspective l'évolution du recours à la contraception d'urgence entre 2000 et 2005 avec les changements des pratiques contraceptives survenues au cours de la même période.

1. Dans la continuité de cette première décision, une série de mesures facilitant l'accès à la méthode ont été adoptées : délivrance par les infirmières scolaires en mars 2001, remboursement de la contraception d'urgence prescrite en août 2001 et accès gratuit en pharmacie pour les mineures en janvier 2002.

POPULATION ET MÉTHODE

Les analyses portent sur la population âgée de 15-49 ans, avec une attention particulière pour les groupes d'âges les plus jeunes, et notamment les 15-19 ans pour lesquels on ne dispose par ailleurs que de très peu de données, à l'exception de l'enquête sur les comportements sexuels des jeunes [9]. Les données portent sur les personnes ayant un téléphone fixe, les questions sur la sexualité et la contraception n'ayant pas été posées aux personnes n'ayant qu'un téléphone mobile. Des comparaisons entre les données de l'enquête 2000 et 2005 sont proposées lorsque les questions sont communes.

Les analyses font appel aux modèles statistiques classiques : test du khi-deux pour la comparaison de pourcentages et régression logistique pour les analyses multivariées. Les résultats sont présentés en rapportant systématiquement les effectifs des personnes réellement interrogées et les estimations de pourcentages ou d'odds ratios pondérées de manière à tenir compte des probabilités d'inclusions inégales et du redressement de l'échantillon sur les principales caractéristiques de la population française issue du recensement de 1999.

RÉSULTATS

L'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ ET L'ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

Les conditions d'entrée dans la sexualité sont particulièrement importantes à étudier, cet événement apparaissant très révélateur de la manière dont se construisent les biographies sexuelle et préventive des individus [10, 11].

Âge au premier rapport sexuel

À 15 ans, 17,7 % des hommes interrogés avaient déjà eu des rapports sexuels; ils étaient 89,7 % à 20 ans et 92,3 % à 25 ans. L'âge médian² au premier rapport sexuel est resté stable pour les générations nées après 1965 et se situe autour de 17,5 ans.

Les mêmes tendances sont observées chez les femmes avec un léger décalage dans le temps, celles-ci déclarant démarrer leur activité sexuelle un peu plus tard que les hommes. Ainsi, à 15 ans, elles sont 15,8 % à avoir déjà eu des rapports sexuels, 79,0 % à 20 ans et 93,7 % à 25 ans. L'âge médian des femmes au premier rapport sexuel est également stable dans les générations nées après 1965 (près de 18 ans). Un léger rajeunissement est enregistré pour les plus

jeunes générations nées entre 1985 et 1987 [figure 1].

Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel

S'il n'y a pas eu d'évolution marquée dans le sens d'une précocité au premier rapport sexuel, d'autres traits de cet événement se sont modifiés, comme la place qu'occupe le préservatif masculin depuis maintenant plusieurs années. Les données montrent une augmentation régulière et significative de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel entre 1988 et 1995, puis un maintien à un niveau élevé après cette date (supérieur à 80 %). Chez les hommes, le pourcentage d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est ainsi passé de 18,1 %, lorsque le premier rapport a eu lieu avant 1988, à 84,2 % lorsque ce premier rapport a eu lieu entre 2002 et 2005 [figure 2]. Pour les femmes, ces pourcentages sont respectivement de 12,1 % et 87,6 %.

2. L'âge médian a été calculé selon la méthode proposée par Isabelle Robert-Bobée (Calendriers de constitution des familles et âge de fin des études. N° F0308. Document de travail, Insee, décembre 2003, http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/F0308.pdf)

FIGURE 1

Âge médian des hommes et des femmes au premier rapport sexuel, selon la génération

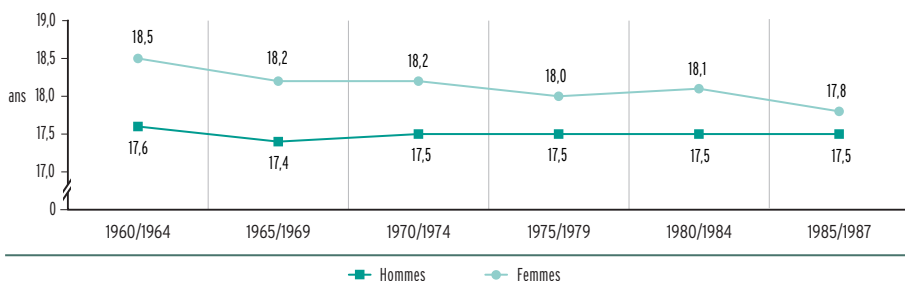
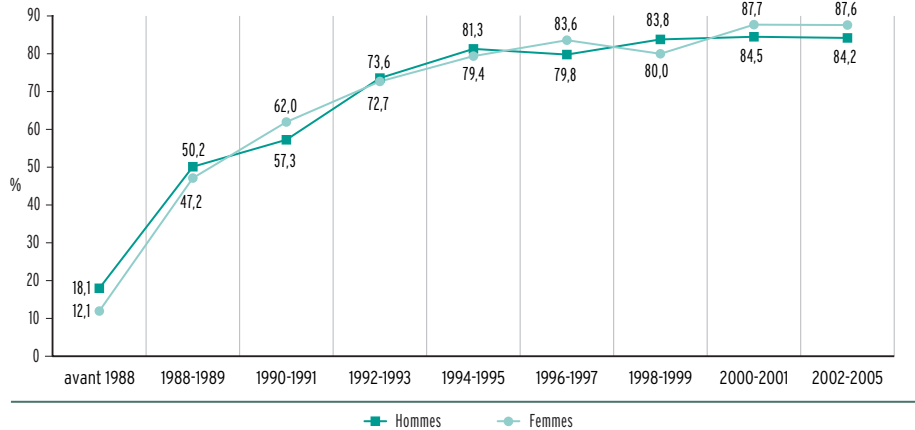


FIGURE 2

Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année à laquelle il a eu lieu, par sexe



Il semble que l'on ait atteint aujourd'hui (depuis 2000) une phase de seuil d'utilisation, à un niveau très élevé. Une telle évolution sur une période de temps aussi restreinte atteste de l'efficacité des politiques de prévention. Il importe toutefois de caractériser les populations qui restent à l'écart de ce mouvement.

Facteurs associés à l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel

L'évolution des facteurs associés à l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel a été analysée en comparant les caractéristiques des personnes ayant eu leur premier rapport entre 1994 et 1999 à celles l'ayant eu entre 2000 et 2005. En l'absence d'informations concernant la situation des personnes au moment du premier rapport sexuel, nous avons fait le choix d'introduire dans ces modèles des variables reflétant les caractéristiques des personnes au moment de l'enquête. Il se pose un problème de temporalité – les facteurs étudiés étant postérieurs à

l'événement –, mais le laps de temps relativement court (maximum cinq ans)³ qui sépare la date du premier rapport de celle de l'enquête nous conduit à faire l'hypothèse d'une stabilité de certaines variables (religion, zone d'habitation). Nous avons par ailleurs considéré que le niveau de diplôme, qui a certes pu évoluer au cours des cinq dernières années, en particulier chez les jeunes, était un indicateur du capital socioculturel des individus au moment de leur premier rapport sexuel.

L'âge au premier rapport sexuel constitue le facteur le plus discriminant pour les deux sexes, et ce quelle que soit la période considérée. Le recours au préservatif est ainsi toujours moins fréquent lorsque ce premier rapport a eu lieu à un âge tardif [figure 3] : 85,0 % des hommes ayant eu leur premier rapport sexuel à 15 ans ou moins au cours de la période 2000-2005 ont utilisé un préser-

3. 40,4 % des personnes interrogées dans le cadre du Baromètre santé 2005 et incluses dans l'analyse avaient eu leur premier rapport sexuel entre 2003 et 2005 (860/2 131) alors que 46,8 % (579/1 236) des personnes interrogées dans le cadre du Baromètre santé 2000 et incluses dans l'analyse avaient eu leur premier rapport sexuel entre 1997 et 1999.

vatif, *versus* seulement 62,2 % de ceux qui ont eu leur premier rapport à 20 ans ou plus. Ces pourcentages sont respectivement de 92,6 % et 71,6 % ($p < 0,001$) pour la période 1994-1999. Les mêmes tendances s'observent chez les femmes, les différences étant plus marquées pour la période 2000-2005 : 94,8 % des celles qui ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans ou moins entre 2000 et 2005 ont utilisé un préservatif, *versus* moins de la moitié (49,1 %) de celles qui ont eu leur premier rapport à 20 ans ou plus ($p < 0,001$). Les analyses multivariées confirment le rôle central de l'âge tardif à l'initiation sexuelle parmi les facteurs liés à un moindre usage du préservatif au premier rapport sexuel au cours des deux périodes étudiées [tableaux I et II].

Pour les hommes comme pour les femmes, l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est associée à la pratique religieuse, dans le sens d'une moindre utilisation en cas de pratique régulière déclarée [tableaux I et II]. Cette tendance apparaît toutefois plus marquée chez les femmes au cours de la période la plus récente (2000-2005). Cela résulte à la fois d'une augmentation de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport parmi celles qui se déclarent sans religion (92,2 % d'utilisation du préservatif en 2005 *vs* 85,9 % en 2000; $p < 0,001$) et, au contraire, d'une diminution de cette pratique parmi

celles qui déclarent pratiquer une religion régulièrement (42,5 % en 2005 *vs* 70,4 % en 2000; $p = 0,002$).

Pour les femmes, d'autres facteurs apparaissent liés à l'utilisation du préservatif au premier rapport. C'est en particulier le cas du niveau d'éducation, qui joue dans le sens d'un moindre recours au préservatif chez les moins diplômées [tableau II]. Les femmes ne déclarant aucun diplôme ont ainsi une probabilité au moins trois fois moins importante d'utiliser un préservatif au premier rapport sexuel que celles déclarant un diplôme d'études supérieures.

Enfin, pour les femmes, l'usage du préservatif au premier rapport dépend de leur lieu de résidence. Celles qui vivent en zone urbaine ont ainsi davantage déclaré avoir utilisé un préservatif que celles qui résident en milieu rural. Cette différence n'est toutefois statistiquement significative que pour les femmes vivant en zone urbaine hors Ile-de-France pour la période 1994-1999, tandis que le différentiel concerne les femmes résidant en Ile-de-France pour la période 2000-2005.

Multipartenariat dans les douze derniers mois

Le nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois est un indicateur

FIGURE 3

Proportion de personnes ayant utilisé un préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'âge, le sexe et la période à laquelle ce premier rapport a eu lieu

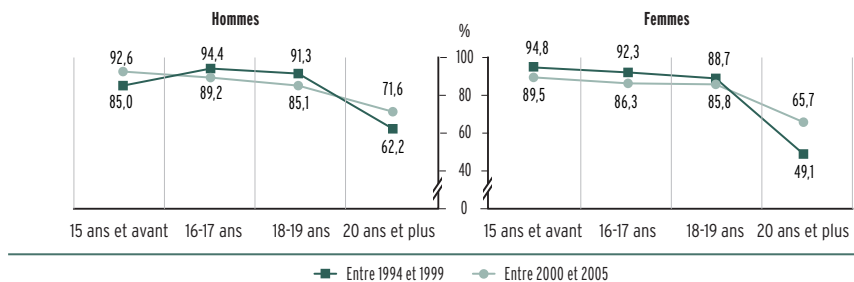


TABLEAU I

Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel chez les hommes; distinction selon la période de survenue du premier rapport : 1994-1999 (Baromètre santé 2000, n=486)/2000-2005 (Baromètre santé 2005, n=736)

	1994-1999 (Baromètre 2000)			2000-2005 (Baromètre 2005)		
	N	OR ajusté	IC à 95 %	N	OR ajusté	IC à 95 %
Âge au premier rapport sexuel						
15 ans et moins	90	5,0***	2,0; 12,5	165	3,8***	2,1; 7,2
16-17 ans	200	3,0***	1,5; 5,9	313	10,0***	5,6; 17,9
18-19 ans	106	2,0*	1,0; 4,1	150	6,4***	3,5; 11,5
20 ans et plus	90	1		108	1	
Diplôme						
Aucun diplôme	39	1		64	1	
Inférieur au bac	190	1,6	0,6; 4,0	324	1,6	0,8; 3,0
Bac/Niveau bac	143	1,5	0,5; 3,8	216	1,6	0,8; 3,3
Supérieur au bac	114	1,6	0,6; 4,3	132	1,8	0,8; 3,9
Religion et pratique						
Pas de religion	276	2,9**	1,3; 6,6	447	1,9*	1,0; 3,6
Religion, mais ne pratique pas	104	2,1	0,9; 5,1	139	1,8	0,8; 3,6
Religion et pratique occasionnelle	79	2,3	0,9; 5,7	111	1,7	0,8; 3,5
Religion et pratique régulière	27	1		39	1	
Zone d'habitation						
Rurale	120	1		187	1	
Urbaine (hors Ile-de-France)	300	0,7	0,4; 1,4	448	0,7	0,4; 1,2
Ile-de-France	66	0,6	0,3; 1,5	104	0,9	0,5; 1,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

parmi d'autres de la diversité de l'activité sexuelle des individus. Cet indicateur, appelé « multipartenariat », apparaît statistiquement lié dans de nombreuses enquêtes à la prise de risques; il est toutefois important de rappeler que le nombre de partenaires n'est pas un facteur de risques en lui-même, mais bien un indicateur de risques. En effet, la prise de risques peut être moins importante chez un « multipartenaire » qui protège chaque rapport sexuel que chez un « monopartenaire » qui a des rapports non protégés.

En 2005, parmi les personnes âgées de 15 à 49 ans sexuellement actives, une même proportion d'hommes et de femmes (93,4 %) a déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête. Ces proportions étaient

respectivement 94,1 % et 93,8 % en 2000 (différence non significative).

Le multipartenariat récent (c'est-à-dire au moins deux partenaires sexuels dans l'année — simultanément ou successivement) est plus fréquemment rapporté par les hommes que par les femmes (16,3 % vs 6,5 %; p<0,001). Pour les hommes comme pour les femmes, c'est un phénomène qui concerne essentiellement les moins de 30 ans [figure 4], et plus particulièrement ceux qui n'étaient pas en couple au moment de l'enquête. Ainsi plus de quatre multipartenaires hommes sur cinq (84,2 %) âgés de 15 à 49 ans n'étaient pas en couple au moment de l'enquête; (c'est le cas de 94,1 % des 15-29 ans). Ces proportions sont très similaires pour les femmes, respectivement 84,3 % et 92,6 %.

TABLEAU II

Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel chez les femmes; distinction selon la période de survenue du premier rapport : 1994-1999 (Baromètre santé 2000, n=623)/2000-2005 (Baromètre santé 2005, n=868)

	1994-1999 (Baromètre 2000)			2000-2005 (Baromètre 2005)		
	N	OR ajusté	IC à 95 %	N	OR ajusté	IC à 95 %
Âge au premier rapport sexuel						
15 ans et moins	82	5,8***	2,4; 13,9	163	18,8***	8,1; 43,5
16-17 ans	232	4,0***	2,2; 7,3	327	9,3***	5,2; 16,5
18-19 ans	157	3,3***	1,7; 6,1	221	5,8***	3,4; 9,8
20 ans et plus	152	1		157	1	
Diplôme						
Aucun diplôme	41	1		54	1	
Inférieur au bac	207	1,6	0,7; 3,8	357	2,1	0,9; 4,5
Bac/Niveau bac	200	2,1	0,8; 5,0	271	2,7**	1,2; 6,2
Supérieur au bac	175	3,6**	1,4; 9,3	186	3,9**	1,7; 9,3
Religion et pratique						
Pas de religion	295	1,5	0,7; 3,1	504	5,7***	2,9; 11,0
Religion, mais ne pratique pas	137	1,3	0,6; 2,9	163	4,1***	1,9; 8,5
Religion et pratique occasionnelle	143	0,9	0,4; 2,0	141	2,4**	1,2; 4,6
Religion et pratique régulière	48	1		60	1	
Zone d'habitation						
Rurale	145	1		195	1	
Urbaine (hors Ile-de-France)	381	0,5*	0,2; 0,9	538	0,6	0,3; 1,1
Ile-de-France	97	0,5	0,2; 1,1	135	0,4**	0,2; 0,8

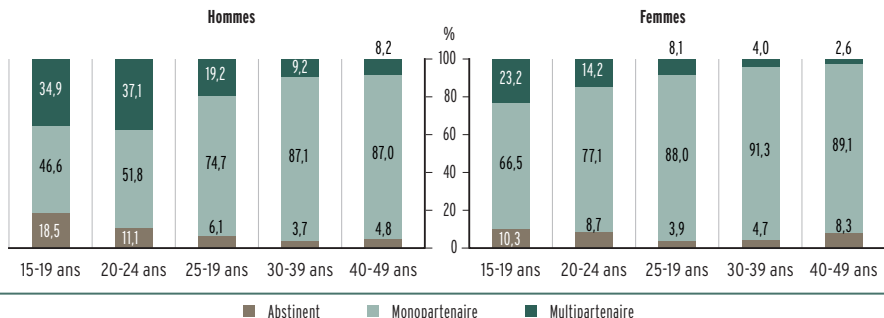
* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Compte tenu de cette distribution, les analyses suivantes ont été réduites aux jeunes âgés de moins de 30 ans qui n'étaient

pas en couple au moment de l'enquête (n=1 258 hommes et 1 260 femmes). Les résultats de l'analyse multivariée pour les

FIGURE 4

Nombre de partenaires déclarés dans les douze mois précédant l'enquête, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



hommes montrent que le multipartenariat est d'autant plus fréquent que le premier rapport sexuel est intervenu tôt dans la vie. Ainsi, 42,4 % des hommes qui ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans ou moins ont déclaré plusieurs partenaires dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, *versus* seulement 7,9 % parmi ceux qui ont eu leur première expérience sexuelle à 20 ans ou plus. La même analyse conduite chez les femmes donne des résultats similaires. Ainsi, les femmes qui débute leur vie sexuelle avant l'âge de 15 ans déclarent plus souvent que les autres avoir eu plus d'un partenaire dans l'année (31,3 % *vs* 19,0 %; $p < 0,001$).

Discussion

Les mesures répétées dans le temps de quelques indicateurs clés de l'activité sexuelle explorés dans les enquêtes Baromètre santé, notamment auprès d'un groupe d'âges pour lequel on ne dispose par ailleurs que de peu de données (les 15-19 ans), permet de montrer la permanence de certains phénomènes. Ainsi, l'enquête confirme que le calendrier de l'entrée dans la sexualité adulte a très peu évolué ces dernières années : les garçons continuent d'avoir leur première relation sexuelle peu après leur dix-septième anniversaire, soit quelques mois seulement avant les filles. Le rajeunissement très récent observé chez les filles annonce peut-être des évolutions qui restent à confirmer. À partir du début des années quatre-vingt-dix, le préservatif s'est de plus en plus souvent imposé lors du premier rapport sexuel, mais les caractéristiques associées à son usage ont peu évolué au cours du temps. La moindre utilisation du préservatif reste ainsi associée à une entrée tardive dans la sexualité, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Ce résultat est difficile à interpréter ici en l'absence de données sur le contexte de la relation, mais il est important à souligner dans la mesure où il a été démontré que «*la*

plus ou moins grande précocité sexuelle d'un individu peut être utilisée comme une variable prédisant le comportement sexuel et conjugal ultérieur» [10]. Les individus plus précoces sexuellement ont une plus grande diversité d'expériences et de pratiques, mais aussi plus de partenaires sexuels, comme le confirment les analyses sur le multipartenariat. En 1994, les résultats de l'enquête sur le comportement sexuel des jeunes avaient montré que les attitudes préventives différaient selon la filière de scolarisation (professionnelle ou générale) [9]. Ceux du Baromètre santé confirment que, indépendamment de l'âge au premier rapport sexuel, les femmes les moins diplômées sont aussi celles qui utilisent moins souvent le préservatif au commencement de leur vie sexuelle, aussi bien en 2000 qu'en 2005. Cette association n'est toutefois pas retrouvée chez les hommes. Ces résultats ne tiennent toutefois pas compte du contexte relationnel lors du premier rapport sexuel (non disponibles dans le Baromètre santé), en particulier en termes d'écart d'âge, de situation sociale et d'expérience sexuelle (virginité d'un des partenaires), éléments essentiels à la compréhension des pratiques sexuelles et préventives.

La pratique régulière d'une religion est associée à une moindre utilisation du préservatif au premier rapport chez les femmes, celui-ci intervenant à un âge plus tardif que pour les femmes se déclarant sans religion ou non pratiquantes. Ce résultat conduit à s'interroger sur le renforcement du contrôle social sur la sexualité des jeunes femmes de certains milieux socioculturels au cours de la période la plus récente.

Au total, l'utilisation du préservatif relève aujourd'hui d'une norme préventive fortement intégrée par les plus jeunes, dont restent encore éloignés certains groupes de la population, en particulier les jeunes femmes de certains milieux sociaux (moins diplômées) et celles déclarant pratiquer régulièrement une religion. Ce constat

interroge sur la situation des jeunes qui se trouvent aujourd'hui en dehors du système scolaire ou qui le quittent prématurément, et il plaide pour le renforcement des actions de prévention auprès de ces populations.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent être d'origine virale, parasitaire ou bactérienne. Souvent peu symptomatiques ou asymptomatiques, leur mode d'expression et leurs conséquences varient selon la nature de l'agent pathogène.

L'existence ou non de traitements, qu'ils soient préventifs, curatifs ou uniquement symptomatiques, dépend également de cet agent.

Le recueil des antécédents d'IST dans une enquête en population générale ne permet pas d'estimer leur prévalence, car ces infections passent souvent inaperçues et ne sont pas diagnostiquées. Toutefois, ce recueil, auprès d'une autre source de données que les systèmes de surveillance épidémiologique (déclarations obligatoires ou réseaux de laboratoires), permet de fournir un indicateur dont il est possible de suivre l'évolution au cours du temps. Les études précédentes montrent que ces déclarations

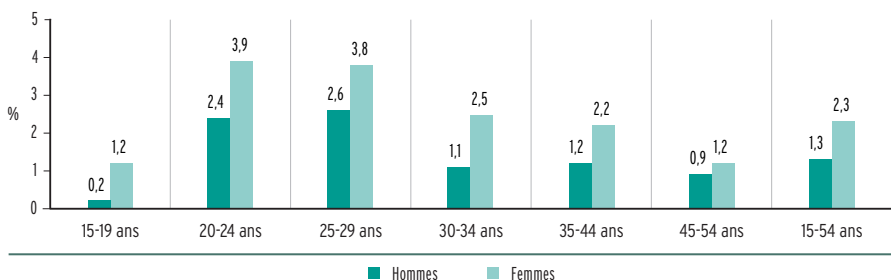
sont cohérentes en termes de distribution des agents infectieux et de sex-ratio avec les données épidémiologiques disponibles en France et en Europe [12].

Fréquence des IST déclarées au cours des cinq dernières années

Les résultats présentés portent sur les répondants âgés de 15 à 54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de leur vie. Parmi ces personnes, 2,8 % des femmes et 1,5 % des hommes déclarent avoir contracté « une maladie qui se transmet sexuellement » au cours des cinq ans qui précèdent l'enquête. Cet écart entre les hommes et les femmes s'explique en partie par une déclaration différentielle des mycoses, plus souvent citées par les femmes que par les hommes (0,5 % vs 0,1 %). Par la suite, les personnes ayant uniquement déclaré un antécédent de mycose (n=59) ont été exclues de l'analyse, la transmission sexuelle de cette infection n'étant pas le mode d'acquisition prédominant chez les femmes et ses conséquences restant limitées à des symptômes gênants. Les incidences cumulées de ces infections dans les cinq dernières années sont maximales dans la tranche d'âge 20-24 ans chez les femmes (3,9 %), et dans la tranche d'âge 25-29 ans

FIGURE 5

Incidence cumulée des IST déclarées dans les cinq dernières années, par sexe et par âge



chez les hommes (2,6 %) [figure 5]. Pour 32,2 % des femmes et 25,8 % des hommes, il s'agissait d'une infection diagnostiquée au cours des douze mois précédant l'enquête.

La majorité des IST déclarées sont de nature virale (44,3 % chez les hommes et 41,9 % chez les femmes) [figure 6]. Ces résultats doivent toutefois se lire avec précaution, plus d'un répondant sur cinq (22,8 %) n'ayant pas pu préciser le nom de l'infection contractée. L'herpès génital est l'agent pathogène le plus souvent cité par les femmes (0,5 %) et les hommes (0,2 %), suivi du papillomavirus (0,4 %) et du mycoplasme (0,4 %) pour les femmes, et du VIH pour les hommes (0,2 %) [figure 7]. Seuls 0,2 % de femmes et 0,1 % des hommes déclarent une infection à *Chlamydia trachomatis*, dont aucune avant l'âge de 20 ans.

Discussion

Étant donné le caractère majoritairement asymptomatique des IST, la déclaration d'antécédents récents de ces infections dans les enquêtes Baromètre santé ne reflète pas leur incidence réelle. Toutefois, la faible prévalence de ces infections dans ces enquêtes suggère fortement une insuf-

fisance de dépistage en France, insuffisance déjà soulignée dans la dernière enquête Baromètre santé en 2000 [13]. En dehors d'un dépistage systématique actif, c'est souvent les complications ou les séquelles de ces IST qui constituent leur mode de révélation, comme une stérilité ou une grossesse extra-utérine.

À la différence d'autres pays européens, il n'existe pas en France, en dehors du cadre des dispensaires antivénéériens ou des centres de planification familiale, de recommandations nationales concernant le dépistage systématique de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la plus fréquente des infections bactériennes. Dans ce contexte, l'absence de déclaration de cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* avant l'âge de 20 ans dans le Baromètre santé 2005 ne doit pas conduire à considérer que leur prévalence serait plus faible chez celles-ci que chez les personnes plus âgées. En effet, les données disponibles à partir d'enquêtes de dépistage systématique par des prélèvements génitaux ou urinaires en population générale en Grande-Bretagne [14] ou aux Pays-Bas [15], ou dans des clientèles médicales en région parisienne [16], montrent une prévalence d'autant plus élevée que les femmes sont plus jeunes. Ces

FIGURE 6

Type d'IST déclaré au cours des cinq dernières années, selon le sexe

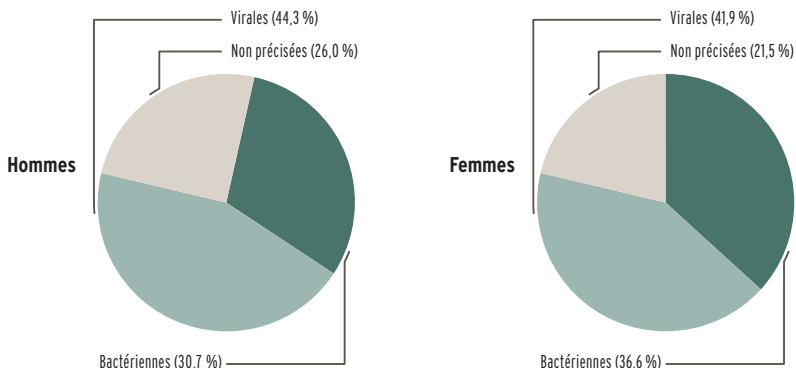
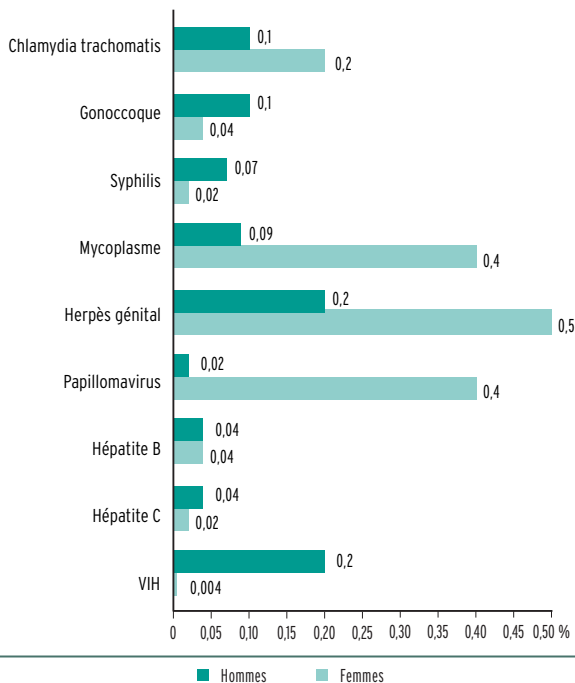


FIGURE 7

Incidence cumulée des antécédents d'IST dans les cinq ans, par sexe, selon le type d'agent pathogène



prévalences sont largement supérieures à celles rapportées dans l'enquête Baromètre santé 2005, allant de 2,5 % parmi les femmes de 15-29 ans aux Pays-Bas [15] à 6,2 % parmi les femmes de moins de 25 ans en Grande-Bretagne [14]. Au-delà de l'estimation de la fréquence des infections, de telles enquêtes permettent d'identifier les sous-groupes de la population les plus touchés, et ainsi orienter le choix des politiques de prévention, en particulier autour de la question du dépistage systématique et/ou ciblé de la population. L'enquête nationale sur le contexte de la sexualité en France (2006) permettra pour la première fois d'estimer la prévalence de l'infection *Chlamydia trachomatis* en population générale grâce à des autoprélèvements réalisés à domicile. Ces résultats devraient

apporter des éléments permettant de guider les stratégies de prévention nationales encore peu développées en France.

TEST DE DÉPISTAGE DU VIH ET DU VIRUS DE L'HÉPATITE C

Évolution du dépistage du VIH au cours des douze derniers mois

Parmi les personnes de 15-54 ans sexuellement actives, la pratique du dépistage du VIH dans les douze mois précédant l'enquête est restée remarquablement stable entre 2000 et 2005, aussi bien chez les femmes (15,0 % en 2000 vs 14,3 % en 2005; différence non significative) que chez les hommes (11,6 % en 2000 et 11,6 % en 2005; différence non

significative), et ce quelle que soit la classe d'âge considérée [figures 8 et 9]. En 2005, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir réalisé un test VIH dans l'année (14,3 % vs 11,6 % ; $p < 0,001$), un écart qui n'est toutefois significatif que chez les 15-19 ans (19,5 % pour les femmes vs 10,2 % pour les hommes ; $p = 0,05$) et les 25-34 ans (21,7 % pour les femmes vs 15,0 % pour les hommes ; $p < 0,001$).

Les facteurs associés au dépistage du VIH en 2005

La pratique d'un dépistage VIH est liée au type d'activité sexuelle [tableau III]. Le

test est ainsi plus souvent rapporté par les personnes déclarant plusieurs partenaires dans l'année. Le dépistage semble toutefois largement correspondre à un examen proposé de manière systématique dans le cadre d'une surveillance de grossesse pour les femmes : 60 % des femmes enceintes au moment de l'enquête ont effectué une sérologie VIH dans les douze derniers mois versus 13 % de celles qui ne sont pas enceintes ($p < 0,001$). On note également une augmentation de la pratique de ce test chez les hommes dont la partenaire est enceinte. Les personnes déclarant un antécédent d'IVG sont également plus nombreuses à avoir réalisé un test VIH dans l'année. Le recours

FIGURE 8

Proportion d'hommes sexuellement actifs, âgés de 15 à 54 ans, ayant réalisé un test VIH au cours des douze derniers mois, en 2000 et 2005

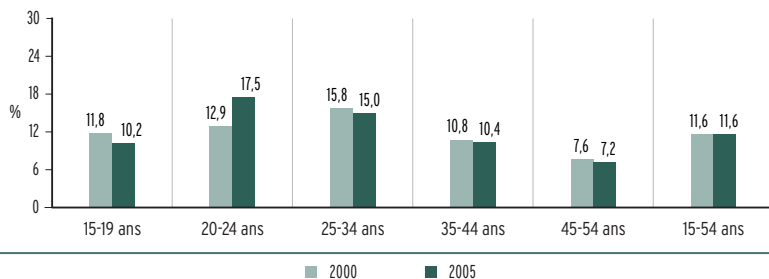
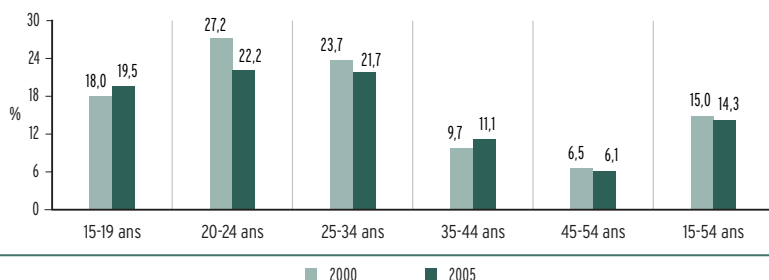


FIGURE 9

Proportion de femmes sexuellement actives, âgées de 15 à 54 ans, ayant réalisé un test VIH au cours des douze derniers mois, en 2000 et 2005



au dépistage varie selon le lieu de résidence et l'activité professionnelle, ce dépistage étant plus souvent effectué par les personnes résidant dans l'agglomération parisienne et

par les personnes se déclarant inactives au moment de l'enquête. Les liens entre antécédent d'IST (dans les cinq ans) et la pratique d'un test VIH sont complexes. En effet, ce

TABLEAU III
Caractéristiques associées à la pratique d'un dépistage VIH dans les douze mois précédant l'enquête, parmi les hommes et les femmes âgés de 15 à 54 ans sexuellement actifs

	Hommes (n=6 878)				Femmes (n=9 349)			
	n	Uni-varié	Régression logistique		n	Uni-varié	Régression logistique	
%		OR ajusté	IC à 95 %	%		OR ajusté	IC à 95 %	
Ensemble		11,6				14,3		
Âge								
15-19 ans	429	10,2	1		460	19,5	1	
20-24 ans	616	17,5	1,6	1,0; 2,7	765	22,2	1,0	0,7; 1,5
25-34 ans	2 024	15,0	1,7	1,0; 2,8	2 794	21,7	0,9	0,6; 1,3
35-44 ans	2 077	10,4	1,2	0,7; 2,0	2 829	11,1	0,4***	0,3; 0,7
45-54 ans	1 886	7,2	0,8	0,5; 1,4	2 621	6,1	0,2***	0,2; 0,4
Nombre de partenaires dans les douze mois								
0	541	6,3	1		931	8,9	1	
1	5 341	9,6	1,5	0,9; 2,3	7 872	13,6	1,3	0,9; 1,8
2 et plus	1 150	24,4	4,1***	2,6; 6,4	666	31,5	3,4***	2,3; 4,9
Enceinte (ou partenaire enceinte) au moment de l'enquête								
Non	6 906	11,4	1		9 223	13,1	1	
Oui	126	20,2	2,0**	1,2; 3,2	246	59,8	7,7***	5,8; 10,3
A déjà eu une IVG (ou partenaire)								
Non	5 971	11,1	1		7 834	13,9	1	
Oui	953	13,8	1,3*	1,0; 1,6	1 607	16,0	1,4***	1,1; 1,6
IST déclarée dans les cinq ans								
Non	6 936	11,3	1		9 245	14,1	1	
Oui	96	32,0	2,8***	1,6; 4,9	224	22,2	1,3	0,9; 1,9
Zone d'habitation								
Moins de 20 000 habitants	3 161	9,4	1		4 190	11,5	1	
20 000 à 200 000 habitants	1 252	12,0	1,3*	1,0; 1,7	1 792	13,2	1,1	1,0; 1,5
200 000 habitants et plus	1 629	12,0	1,2	0,9; 1,5	2 260	16,2	1,4***	1,1; 1,6
Agglomération parisienne	955	15,7	1,4**	1,1; 1,8	1 163	20,0	1,8***	1,0; 1,6
Niveau de diplôme								
Inférieur au bac	3 181	10,6	1		3 836	12,6	1	
Baccalauréat	1 242	10,8	0,8	0,6; 1,0	1 883	14,9	1,0	0,8; 1,2
Bac + 2	1 041	12,7	1,0	0,8; 1,3	1 551	15,2	1,0	0,8; 1,2
Supérieur à bac + 2	1 469	13,4	1,0	0,8; 1,3	2 087	16,6	1,0	0,8; 1,2
Non spécifié	99	15,6	1,5	0,8; 2,8	112	12,6	1,0	0,5; 2,1
Situation professionnelle au moment de l'enquête								
Travail	5 472	11,0	1		6 303	13,1	1	
Études	772	12,7	1,0	0,7; 1,4	995	17,7	0,8	0,6; 1,0
Chômage	567	14,9	1,1	0,8; 1,4	963	18,1	1,2	0,9; 1,5
Inactifs	205	13,8	1,9*	1,2; 3,1	1 196	14,2	1,2*	1,0; 1,5

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

test peut intervenir suite au diagnostic d'une IST (en particulier lorsqu'elle est symptomatique) ou, au contraire, s'intégrer dans une stratégie de dépistage systématique des IST. Si les hommes qui déclarent une IST dans les cinq ans sont plus nombreux à avoir pratiqué un test VIH, ce n'est pas le cas des femmes, pour lesquelles la relation entre IST et dépistage VIH n'est pas significative.

En 2005, 24,6 % des femmes et 23,1 % des hommes âgés de 15 à 54 ans sexuellement actifs déclarent avoir pratiqué un dépistage de l'hépatite C au cours de leur vie, proportions qui sont en légère augmentation par rapport à 2000 (22,2 % de dépistage VHC rapporté par les femmes et 20,2 % par les hommes).

Discussion

Les campagnes de prévention VIH ont indéniablement eu un impact majeur sur les pratiques de dépistage. Au cours des douze derniers mois, une personne sur dix a réalisé un test, un pourcentage qui reste stable par rapport à la dernière enquête Baromètre santé réalisée en 2000 et qui est semblable à celui enregistré dans la dernière enquête KABP réalisée en 2004 [1]. Si le nombre de sérologies effectuées en France, rapporté à la population, est plus élevé que dans les autres pays d'Europe de l'Ouest pour lesquels des données sont disponibles [17], il est important de souligner la nécessité de poursuivre les campagnes d'incitation au dépistage dans la mesure où 47 % des personnes chez qui un diagnostic de sida a été posé en 2003-2004 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic, les privant ainsi d'une prise en charge précoce. Ces efforts doivent en priorité s'adresser aux personnes en situation de grande vulnérabilité sociale (en particulier les populations migrantes), qui sont aujourd'hui parmi les plus touchées par l'épidémie. Si l'enquête Baromètre santé ne permet pas de rendre compte des pratiques de dépistage de ces populations, mal

représentées dans les enquêtes en population générale, elle permet toutefois de saisir la diversité des logiques qui structurent le recours au dépistage. Celles-ci relèvent à la fois du type d'activité sexuelle (multipartenariat), de l'appartenance sociale, mais aussi des logiques médicales de prise en charge (dépistage systématique des femmes enceintes ou ayant eu recours à une IVG, ainsi que des hommes déclarant une IST récente). Le dépistage suit également la distribution géographique de l'épidémie en France ; il est plus souvent pratiqué dans les grandes agglomérations qui regroupent le plus grand nombre de personnes séropositives.

LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES

L'apparition des méthodes de contraception médicales à la fin des années 1960 a profondément transformé le paysage contraceptif français, avec un recul continu des méthodes naturelles au profit des méthodes médicales réversibles, utilisées par 82 % des femmes en 2000 *versus* 52 % en 1978 [18]. La maîtrise de la fécondité soulève pourtant toujours de nombreuses questions, eu égard à la fréquence des échecs contraceptifs (33 % des grossesses sont qualifiées de non prévues et le recours à l'IVG concernerait 40 % des femmes au cours de leur vie reproductive) [18, 19].

La fréquence élevée des échecs d'une part, et les modifications récentes de l'offre contraceptive (implants, patchs, contraception d'urgence accessible sans prescription, etc.) d'autre part invitent à suivre attentivement l'évolution des pratiques contraceptives ainsi que la place de la contraception d'urgence (CU), méthode de rattrapage contraceptif efficace [20] et sans danger pour les femmes [21], dans ce nouveau paysage contraceptif. L'impact de la démedicalisation d'accès à la CU sur les pratiques contraceptives régulières, question largement débattue dans la littérature internationale [22], est

particulièrement intéressant à explorer dans le contexte français, premier pays à autoriser son accès sans ordonnance.

Évolution du paysage contraceptif au cours des cinq dernières années

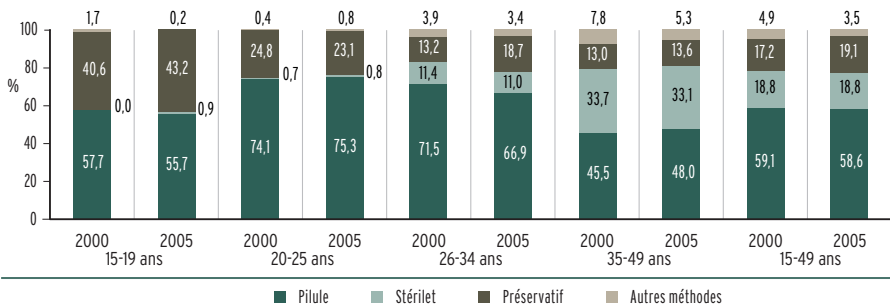
La comparaison des pratiques contraceptives déclarées lors des deux dernières

enquêtes Baromètre santé (2000 et 2005) permet de suivre l'évolution du paysage contraceptif au cours des cinq dernières années [figures 10 et 11].

Les résultats montrent une remarquable stabilité des pratiques contraceptives des femmes au cours de la période récente, et ce quel que soit l'âge. La tendance vers une progression du recours au stérilet observée parmi les femmes âgées de 35 à 49 ans

FIGURE 10

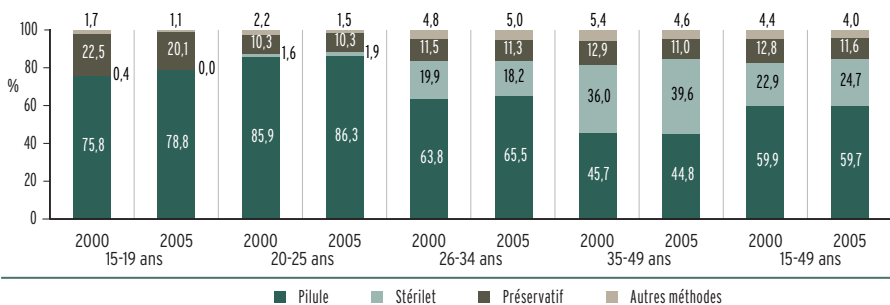
Principales méthodes contraceptives utilisées par les hommes (15-49 ans) concernés^a par la contraception et déclarant utiliser une méthode : comparaison par âge 2000/ 2005



a. Les personnes concernées par la contraception sont définies comme étant sexuellement actives dans les douze mois précédant l'enquête, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête et déclarant utiliser un moyen contraceptif (stérilisation exclue).

FIGURE 11

Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes (15-49 ans) concernées^a par la contraception et déclarant utiliser une méthode : comparaison par âge 2000/2005



a. Les personnes concernées par la contraception sont définies comme étant sexuellement actives dans les douze mois précédant l'enquête, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête et déclarant utiliser un moyen contraceptif (stérilisation exclue).

(36,0 % en 2000 vs 39,6 % en 2005) n'est toutefois pas statistiquement significative ($p=0,07$).

La même stabilité s'observe chez les hommes, pour lesquels la seule évolution enregistrée concerne les 26-34 ans qui déclarent en 2005 moins d'utilisation de la pilule par leur partenaire (66,9 % vs 71,5 % ; $p=0,01$) et au contraire un recours plus fréquent au préservatif (18,7 % vs 13,2 % ; $p=0,003$).

Couverture contraceptive en 2005

Parmi les femmes de 15 à 54 ans qui disent avoir eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, 73 % déclarent utiliser un moyen pour éviter une grossesse au moment de l'enquête (72,0 % systématiquement), proportion en légère augmentation par rapport à celle enregistrée en 2000 (70,5 %).

Parmi les 26,2 % de femmes qui déclarent n'utiliser aucune méthode pour éviter une grossesse, la majorité (91 %) n'est pas concernée par la contraception pour les raisons suivantes : 53,1 % déclarent qu'elles ne peuvent pas ou plus avoir d'enfants, 31,0 % attendent ou souhaitent un enfant, 4,7 % se disent sans partenaire ou n'ont pas de rapports sexuels au moment de l'enquête et 2,0 % ont des rapports exclusivement avec des femmes. Dans 6,3 % des cas, les raisons de non-utilisation de la contraception ne sont pas spécifiées.

Au final, 3,2 % des femmes concernées par une grossesse non prévue⁴ se déclarent sans contraception au moment de l'enquête. Cette proportion augmente avec l'âge ($p=0,01$) : elle est moins élevée parmi les 20-24 ans (0,2 %), et en revanche plus élevée parmi les 45-54 ans (5,8 %).

Les réponses des hommes sont similaires à celles des femmes. Ils sont ainsi 26,6 % à déclarer qu'aucun des deux partenaires n'uti-

lise de moyen pour éviter une grossesse, parmi lesquels 82 % ne sont pas concernés par la contraception (39,5 % déclarent ne pas pouvoir avoir d'enfants, 29,2 % attendent ou souhaitent un enfant, 8,7 % n'ont pas de rapports sexuels au moment de l'enquête et 4,2 % ont des rapports exclusivement homosexuels). Les hommes susceptibles d'être confrontés à une grossesse non prévue sont toutefois plus nombreux que les femmes à déclarer qu'aucun des deux partenaires n'utilise de contraception (6,3 % vs 3,2 % ; $p<0,001$). Comme pour les femmes, cette proportion croît avec l'âge, passant de 3,9 % chez les 20-24 ans à 10,8 % chez les 45-54 ans.

Méthodes contraceptives utilisées en 2005

Parmi les femmes concernées par une grossesse non prévue et qui déclarent utiliser un moyen pour éviter une grossesse, une large majorité d'entre elles (85,8 %) rapportent avoir recours à une méthode contraceptive médicale (pilule, stérilet, implant ou stérilisation tubaire) [tableau IV].

La pilule est la méthode la plus utilisée en France en 2005 (57,4 %), quel que soit l'âge (sauf pour les femmes de 45-54 ans, qui déclarent plus souvent être porteuses d'un stérilet). La fréquence maximale de recours à la pilule contraceptive est enregistrée parmi les femmes de 20 à 24 ans, qui sont 87,8 % à l'utiliser. Son utilisation décline à partir de 35 ans (42,1 % vs 73,4 % avant 35 ans), au profit d'une augmentation du recours au stérilet. Le stérilet occupe la deuxième place des méthodes contraceptives (24,2 %). Son utilisation reste toutefois marginale avant 30 ans (4,3 %), progressant rapidement

4. Personnes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête. Ce groupe n'inclut pas les femmes pour lesquelles les raisons de la non-utilisation d'un moyen contraceptif ne sont pas spécifiées.

TABLEAU IV

Pratiques contraceptives en 2005 parmi les personnes^a déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	Ensemble	15-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans
Femmes						
	(n=6 055)	(n=367)	(n=610)	(n=2 026)	(n=2 068)	(n=984)
Contraception médicalisée	85,8	79,6	89,8	85,8	87,2	83,0
Pilule (n=3 472)	57,4	78,8	87,8	66,8	46,5	33,1
Stérilet (n=1 443)	24,8	0,0	1,1	16,9	36,5	41,8
Implant (n=78)	1,3	0,8	0,9	1,8	1,4	0,3
Stérilisation (n=126)	2,3	0,0	0,0	0,2	2,7	7,8
Contraception non médicalisée	14,2	20,4	10,2	14,2	12,8	17,0
Préservatif (n=764)	11,4	20,1	9,7	11,4	9,7	12,5
Méthodes locales ou naturelles (n=172)	2,8	0,2	0,5	2,8	3,1	4,5
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hommes						
	(n=4 476)	(n=280)	(n=452)	(n=1 375)	(n=1 460)	(n=909)
Contraception médicalisée	78,8	56,6	77,8	78,1	83,4	81,5
Pilule (n=2 551)	57,2	55,7	76,6	66,9	50,0	43,0
Stérilet (n=814)	19,5	0,9	0,8	10,0	29,8	35,5
Implant (n=48)	0,9	0,0	0,4	0,9	1,9	0,4
Stérilisation (n=52)	1,2	0,0	0,0	0,3	1,7	2,6
Contraception non médicalisée	21,2	43,4	22,2	21,9	16,6	18,5
Préservatif (n=888)	18,5	43,2	21,6	19,8	13,0	14,1
Méthodes locales ou naturelles (n=123)	2,7	0,2	0,7	2,1	3,6	4,4
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

a. Personnes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête.

ensuite (22,2 % entre 30 et 34 ans, 38,2 % entre 35 et 54 ans). De même, l'usage du stérilet est fortement associé au fait d'avoir déjà eu des enfants, puisque celui-ci n'est rapporté que par 2,4 % des femmes se déclarant sans enfant *versus* 34,4 % de celles qui en ont déjà. Enfin, l'implant fait son apparition en 2005, son utilisation ne concernant toutefois que 1,3 % des répondantes.

Le recours à une méthode liée à l'acte sexuel concerne 14,1 % des femmes interrogées, le préservatif représentant 80,5 % de cette catégorie. L'usage du préservatif dépend avant tout de l'âge, avec un maximum observé entre 15 et 19 ans (20,1 %). Le recours aux méthodes traditionnelles (calendrier ou *coitus interruptus*)

concerne 2,8 % des femmes, avec une fréquence plus importante aux âges les plus élevés (4,5 % parmi les 45-54 ans). Une très large majorité des utilisatrices des méthodes liées à l'acte (94,2 %) déclarent utiliser leur méthode « *systématiquement* » : 4,1 % des utilisatrices du préservatif et 2,5 % de celles ayant recours aux méthodes traditionnelles rapportent une utilisation non systématique de ces méthodes.

Les hommes sont moins nombreux que les femmes à déclarer que leur partenaire utilise une contraception médicale (78,8 % *vs* 85,8 % ; $p < 0,001$). Ils rapportent en particulier un usage moins fréquent du stérilet entre 35 et 44 ans. Au contraire, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer

le préservatif comme étant leur méthode contraceptive principale (18,4 % vs 11,4 %), cette différence étant plus marquée chez les jeunes de 15 à 19 ans (43,2 % de recours au préservatif chez les hommes et 20,1 % pour les femmes).

Facteurs de recours aux méthodes contraceptives non médicales en 2005

Le recours aux méthodes non médicales diffère selon la position des femmes dans le cycle de vie et selon leur situation affective, leur utilisation étant plus fréquente parmi celles qui vivent seules, sans enfant, ou qui

déclarent plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois. Au contraire, les jeunes de 20 à 24 ans sont significativement moins nombreuses à recourir à une méthode non médicale [tableau V].

Le niveau de médicalisation varie selon la région d'habitation, l'utilisation des méthodes non médicales étant plus souvent rapportée par les femmes vivant dans des grandes agglomérations. La situation sociale des femmes paraît aussi influencer les pratiques, la contraception étant moins médicalisée parmi les femmes au chômage et les femmes inactives. Paradoxalement, les femmes les plus diplômées sont plus nombreuses à utiliser une méthode non

TABLEAU V

Caractéristiques associées à l'utilisation d'une méthode contraceptive non médicale (préservatif ou autres méthodes locales) en 2005 parmi les personnes^a déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse

	Femmes (n=5 929)				Hommes (n=4 330)			
	n	Uni-varié %	Régression logistique OR ajusté	IC à 95 %	n	Uni-varié %	Régression logistique OR ajusté	IC à 95 %
Ensemble	6 055	14,2			4 476	21,2		
Âge								
15-19 ans	367	20,4	1		280	43,4	1	
20-24 ans	610	10,2	0,4***	0,2; 0,6	452	22,2	0,4***	0,2; 0,6
25-34 ans	2 026	14,2	0,7	0,5; 1,2	1 375	21,9	0,8	0,5; 1,3
35-44 ans	2 068	12,8	0,8	0,5; 1,4	1 460	16,6	0,9	0,6; 1,5
45-54 ans	984	17,0	1,3	0,8; 2,1	909	18,5	1,0	0,6; 1,7
En couple au moment de l'enquête								
Oui	4 149	12,3	1		2 921	15,4	1	
Non	1 902	19,3	1,4**	1,1; 1,7	1 555	34,9	2,1***	1,7; 2,6
A déjà eu des enfants								
Oui	4 132	12,8	1		2 674	15,4	1	
Non	1 919	17,6	1,6***	1,2; 2,0	1 798	30,4	1,4**	1,1; 1,8
Niveau de diplôme								
Inférieur au bac	2 240	12,9	1		1 897	19,7	1	
Baccalauréat	1 262	13,2	1,1	0,9; 1,4	805	21,8	1,0	0,8; 1,3
Bac + 2	1 086	13,4	1,3*	1,0; 1,6	714	22,8	1,3	1,0; 1,6
Supérieur à bac + 2	1 403	17,6	1,5***	1,2; 2,0	1 003	23,0	1,2	1,0; 1,6
Situation professionnelle au moment de l'enquête								
Travail	3 995	13,4	1		3 542	18,2	1	
Études	774	15,2	0,8	0,6; 1,2	533	34,6	1,3	0,9; 1,8
Chômage	582	17,6	1,4*	1,1; 1,9	318	27,2	1,2	0,9; 1,7
Inactifs	700	14,3	1,4*	1,1; 1,8	75	24,1	1,2	0,6; 2,6

TABLEAU V SUITE

Zone d'habitation								
Moins de 20 000 habitants	2 741	11,5	1		1 975	18,6	1	
20 000 à 200 000 habitants	1 104	14,3	1,2	0,9; 1,5	798	16,9	0,9	0,7; 1,1
200 000 habitants et plus	1 434	16,7	1,3*	1,1; 1,6	1 056	25,2	1,2	1,0; 1,5
Agglomération parisienne	741	17,4	1,3	1,0; 1,6	630	25,4	1,3	1,0; 1,6
Pratique une religion								
Pas de religion	2 803	13,7	1		2 339	19,7	1	
Religion, mais ne pratique pas	1 618	13,9	1,0	0,8; 1,2	1 243	19,5	1,1	0,9; 1,3
Religion et pratique de temps en temps	1 299	14,3	1,1	0,9; 1,4	715	26,0	1,5**	1,2; 1,9
Religion et pratique régulièrement	325	18,9	1,6**	1,2; 2,3	175	30,3	1,7*	1,1; 2,6
Nombre de partenaires dans les douze mois								
0	5 528	12,9	1		3 662	17,7	1	
2	318	25,6	1,9***	1,4; 2,7	352	36,9	1,7***	1,3; 2,3
Plus de 2	209	36,4	3,2***	2,2; 4,7	462	40,4	2,0***	1,5; 2,6
A déjà eu une IVG								
Non	5 060	13,4	1		3 802	21,1	1	
Oui	989	17,9	1,4**	1,1; 1,7	638	20,9	1,0	0,8; 1,3
Se dit informé(e) sur la contraception								
Très bien	2 879	13,3	1		1 369	19,8	1	
Bien	2 610	14,7	1,1	0,9; 1,3	2 328	21,2	1,1	0,9; 1,3
Mal	425	16,0	1,2	0,9; 1,6	543	23,5	1,0	0,8; 1,4
Très mal	134	17,3	1,3	0,8; 2,1	213	25,9	1,4	1,0; 2,2

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Personnes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête.

médicale que les autres. Cette relation dépend toutefois de l'âge des répondantes. Ainsi, avant l'âge de 25 ans, les femmes les plus diplômées sont significativement moins nombreuses que les autres à déclarer l'utilisation d'une méthode non médicale, tandis que la relation s'inverse au-delà de 25 ans.

La religion semble également influencer les pratiques, les femmes qui pratiquent régulièrement une religion ayant plus souvent recours à une méthode non médicale que les autres. On remarque enfin une moindre médicalisation de la contraception parmi les femmes qui déclarent avoir eu recours à une IVG dans le passé.

Comme pour les femmes, le recours aux méthodes non médicales est lié à la position des hommes dans le cycle de vie et à leur

situation affective (célibataire, sans enfant et multipartenariat), ainsi qu'à leur pratique religieuse. En revanche, la médicalisation de la contraception chez les hommes ne dépend pas de leur position sociale.

Contraception d'urgence

Connaissance de la contraception d'urgence

La grande majorité des 15-54 ans (99,4 %) ont entendu parler de la contraception d'urgence en 2005 [tableau VI].

Savoir que la méthode existe ne préjuge pas de la connaissance effective que les personnes en ont. Si trois personnes sur quatre (75,1 % des femmes et 74,5 % des hommes) savent que la contraception

TABLEAU VI

**Connaissances relatives à la contraception d'urgence en 2005,
par sexe et par âge (en pourcentage)**

	Connaît la contraception d'urgence		Sait qu'une ordonnance n'est pas nécessaire pour l'achat		Connaît le délai maximum d'efficacité de 72 heures	
	Femmes (n=9 450)	Hommes (n=6 859)	Femmes (n=9 428)	Hommes (n=6 783)	Femmes (n=9 315)	Hommes (n=6 698)
15-19 ans	100,0	98,6	96,1	87,7	23,6	9,4
20-24 ans	100,0	99,1	91,1	85,9	18,5	6,1
25-34 ans	99,9	99,2	76,4	76,1	8,6	5,0
35-44 ans	99,8	99,1	70,2	69,6	5,2	2,4
45-54 ans	99,6	98,6	69,0	69,1	3,8	2,1
15-54 ans	99,8	99,0	75,1	74,5	8,1	4,0

d'urgence est disponible sans ordonnance, en revanche, plus d'un tiers des répondants (39,3 %) déclarent ne pas connaître le délai maximal d'efficacité de la contraception d'urgence. De plus, parmi ceux qui déclarent connaître ce délai, une vaste majorité le sous-estime : 63 % donnent un délai inférieur ou égal à 24 heures, 24,6 % un délai inférieur ou égal à 48 heures et seuls 10 % connaissent le délai de 72 heures. On peut noter que seulement 1,5 % des personnes interrogées répondent un délai d'efficacité supérieur à 72 heures. La connaissance du délai maximum d'efficacité est plus élevée chez les moins de 25 ans, en particulier pour les femmes qui de manière générale sont mieux informées de ce délai que les hommes.

Évolution du recours à la contraception d'urgence dans la vie entre 2000 et 2005

La comparaison des données des deux dernières enquêtes Baromètre santé réalisées en 2000 et 2005 montre une augmentation importante du recours à la contraception d'urgence au cours des cinq dernières années parmi les femmes âgées de 15 à 54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, passant ainsi de 8,0 % d'utilisation dans la vie en 2000 à 13,7 % en 2005 [figure 12]. Cette augmentation est plus marquée chez

les 15-24 ans, qui sont près d'un tiers (31,3 %) à avoir utilisé la méthode au moins une fois au début de l'année 2005.

La fréquence du recours à la contraception d'urgence rapportée par les hommes est très similaire à celle des femmes (12,8 % vs 13,7 %; différence non significative).

Les femmes semblent avoir largement intégré la notion d'un accès sans prescription, tendance qui devient très majoritaire en 2005, puisque 85,1 % des femmes ayant utilisé la contraception d'urgence au cours des douze mois précédant l'enquête se sont procuré la méthode sans prescription, directement en pharmacie.

La prise de contraception d'urgence reste le plus souvent unique [figure 13]. La majorité des utilisatrices n'y ont eu recours qu'une fois (67,3 %), une femme sur cinq (21,7 %) rapporte deux épisodes de prise et 11 % déclarent l'avoir utilisée trois fois ou plus. Les femmes de moins de 20 ans sont significativement plus nombreuses à déclarer deux prises, mais aussi nombreuses que les autres à l'avoir utilisé plus de deux fois.

Circonstances d'utilisation et contraception après la prise de contraception d'urgence, en 2005

Au total, 3,4 % des femmes de 15 à 54 ans, sexuellement actives dans les douze

derniers mois, ont déclaré avoir eu recours à la contraception d'urgence dans les douze mois précédant l'enquête. Cette proportion décline rapidement avec l'âge, passant de 19,1 % parmi les moins de 20 ans à 9,4 % chez les 20-24 ans et à 1,7 % au-delà de 25 ans. Parmi ces utilisatrices récentes, une majorité déclarent avoir eu recours à la contraception d'urgence suite à une erreur d'utilisation de leur contraception régulière (oubli de pilule : 30,1 % ; problème avec le préservatif : 30,7 %) [tableau VII]. Une femme sur cinq (22,7 %) se déclarait sans contraception au moment de la prise.

Les circonstances de la prise varient selon l'âge, les problèmes d'utilisation du préservatif étant plus souvent évoqués par les femmes de 15 à 19 ans, tandis que les oublis de pilule sont plus fréquemment rapportés par les femmes de 20 à 24 ans. L'absence de contraception ou l'échec d'utilisation des méthodes naturelles (erreur de date et retrait trop tardif du partenaire) sont plus fréquemment observés après 35 ans.

Après la dernière prise, une vaste majorité des utilisatrices récentes de la contraception d'urgence (85,7 %) protègent leurs rapports jusqu'aux règles suivantes et 85,6 % déclarent

FIGURE 12

Utilisation de la contraception d'urgence dans la vie en 2000 et 2005, parmi les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 54 ans

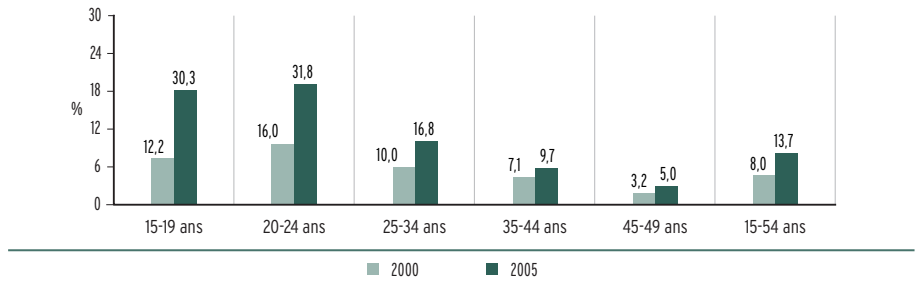


FIGURE 13

Nombre de prises de contraception d'urgence au cours de la vie parmi les femmes de 15-54 ans ayant déclaré l'avoir utilisée au moins une fois

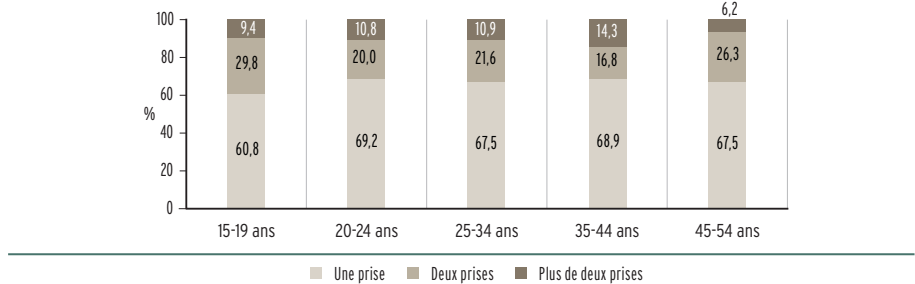


TABLEAU VII

Circonstances du dernier recours à la contraception d'urgence au cours des douze mois précédant l'enquête en 2005, selon l'âge (en pourcentage)

	15-20 ans (n=75)	20-24 ans (n=58)	25-34 ans (n=84)	35-54 ans (n=47)	15-54 ans (n=264)
Oubli de pilule	28,9	42,3	29,0	12,8	30,1
Problème avec le préservatif	40,0	22,4	29,4	27,7	30,7
Rapport sans contraception	22,3	18,0	23,5	29,8	22,7
Erreur dans les dates	3,3	9,9	4,5	14,9	6,3
Retrait du partenaire trop tard	2,2	6,9	10,3	8,5	6,7
Autres raisons ou raisons inconnues	3,4	0,7	3,2	6,4	3,5

rent avoir utilisé une méthode contraceptive au cours du cycle menstruel suivant [tableau VIII]. La pilule est la méthode la plus souvent rapportée avant 25 ans, tandis qu'au-delà de cet âge les femmes ont plus souvent recours au préservatif.

Interruption volontaire de grossesse

Au total, 17,4 % des femmes âgées de 15 à 54 ans ayant eu des rapports sexuels déclarent avoir déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Ce taux

est moins élevé chez les hommes (13,5 % pour leur partenaire), la différence selon le sexe n'étant toutefois significative qu'entre 35 et 44 ans (15,1 % des hommes de cette tranche d'âge déclaraient un antécédent d'IVG, vs 21,3 % des femmes ; $p < 0,001$). Le taux de recours à une interruption volontaire de grossesse augmente de fait avec l'âge, puisqu'il s'agit d'un taux cumulé sur la vie. Chez les femmes, ce taux est de 3,7 % entre 15 et 19 ans et il atteint 21,8 % entre 45 et 54 ans. Ce dernier taux, obtenu chez des femmes en fin de vie reproductive, est toutefois deux fois moins élevé que celui attendu

TABLEAU VIII

Protection des rapports sexuels après la dernière prise de contraception d'urgence (jusqu'aux règles suivantes) et pratiques contraceptives le mois suivant la prise : analyse parmi les utilisatrices récentes (douze derniers mois) de la contraception d'urgence (en pourcentage)

	15-19 ans (n=75)	20-24 ans (n=58)	25-34 ans (n=84)	35-54 ans (n=47)	15-54 ans (n=264)
Femmes ayant des rapports non protégés après la prise de contraception d'urgence jusqu'aux règles suivantes	8,5	17,1	17,1	16,5	14,3
Pratiques contraceptives un mois après la prise de la contraception d'urgence					
Pilule	54,2	61,9	36,4	26,1	47,9
Implant	2,0	0,0	1,2	1,1	1,1
Stérilet	0,0	1,1	0,0	2,0	0,4
Préservatif	32,8	25,9	38,4	43,9	34,0
Méthodes locales	0,0	1,6	4,1	3,4	2,1
Sans contraception, mais non concernée	1,7	1,0	5,6	7,9	3,5
Sans contraception	9,3	8,5	14,3	15,7	10,9

(40 % des femmes auraient recours à une IVG au cours de leur vie reproductive, selon une estimation basée sur les déclarations

obligatoires d'IVG fournies par les professionnels de santé) [18].

DISCUSSION

Les données du Baromètre santé 2005 semblent indiquer une stabilisation des pratiques contraceptives de la population française, après une période de progression continue des méthodes hormonales au cours des quatre décennies précédentes [7]. Cette pratique atteint un niveau de médicalisation élevé, plus de huit femmes sur dix concernées par la contraception se déclarant sous pilule ou stérilet en 2005. Cette médicalisation dépend toutefois du cycle de vie, le choix contraceptif semblant interagir avec la logique de prévention des IST chez les plus jeunes et les multipartenaires. La médicalisation de la contraception reste également socialement marquée chez les femmes (moindre utilisation des méthodes médicales par les femmes au chômage ou inactives), suggérant la persistance d'inégalités d'accès et/ou une plus grande distance sociale vis-à-vis du système de soins, voire une plus faible adhésion au discours médical [23]. La moindre médicalisation de la contraception parmi les femmes diplômées invite à s'interroger sur la relation complexe entre pratiques préventives vis-à-vis des IST et pratiques contraceptives, les jeunes femmes diplômées déclarant, comme on l'a vu, plus souvent utiliser le préservatif au premier rapport que les autres.

Les données 2005 confirment l'influence des normes médicales de prescription du stérilet qui se sont renforcées au cours des vingt dernières années [7], limitant son usage aux femmes de plus de 30 ans, multipares. Le stérilet, dont l'efficacité pratique est supérieure à celle de la pilule [24], peut pourtant être prescrit à toutes les femmes dès lors qu'elles n'ont pas d'infection

sexuellement transmissible au moment de la pose, ce qui en fait une méthode de choix de première intention selon les recommandations de l'OMS [25]. Cet écart entre pratiques et recommandations cliniques s'inscrit dans une réflexion plus générale autour de la nécessité d'introduire plus de souplesse dans la prescription contraceptive, de nombreux échecs de contraception renvoyant à l'inadéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie affectives, sexuelles et sociales des femmes [26]. À cet égard, l'implant contraceptif disponible en France depuis mai 2001 progresse lentement, ne représentant en 2005 que 1 % des méthodes utilisées.

La démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence, disponible sans prescription depuis mai 1999, s'est accompagnée d'une augmentation de 72 % de son utilisation (chez les 15-49 ans) au cours des cinq dernières années, en particulier chez les jeunes, sans que les pratiques contraceptives régulières ne se modifient dans le même temps [27]. Son utilisation, le plus souvent unique, fait d'ailleurs majoritairement suite à une erreur d'utilisation d'une méthode régulière de contraception [28].

Si l'efficacité théorique de la contraception d'urgence conduit à en promouvoir l'utilisation au titre de méthode de rattrapage contraceptif, cette efficacité reste inférieure aux méthodes contraceptives régulières. La diffusion rapide de cette méthode en France sans modification des pratiques de contraception régulière est encourageante, mais semble aujourd'hui encore insuffisante pour observer un effet mesurable sur la prévalence des grossesses non prévues.

CONCLUSION GÉNÉRALE

À travers le suivi de quelques indicateurs clés de l'activité sexuelle et des pratiques préventives qui s'y rattachent, les données des enquêtes Baromètre santé attestent de la complexité des évolutions qui se sont opérées au cours de la période récente, marquée à la fois par la permanence de certains phénomènes (âge au premier rapport sexuel et couverture contraceptive médicale très élevée) et par l'adoption rapide de nouveaux comportements préventifs (préservatif au début des années 1990 et contraception d'urgence plus récemment). Ces changements récents confirment l'effet indéniable des campagnes de prévention qui ont contribué à faire de l'utilisation

du préservatif la norme préventive en début de vie sexuelle. La nouvelle disponibilité de la contraception d'urgence, sans prescription et gratuite pour les mineures, semble également avoir eu un impact significatif sur son recours chez les plus jeunes, sans pour autant modifier les pratiques de contraception régulière. Ces résultats encourageants doivent toutefois être nuancés eu égard aux inégalités sociales des pratiques préventives observées dans l'enquête, qu'il s'agisse de l'utilisation du préservatif au premier rapport ou de la médicalisation de la contraception, moins élevées parmi les femmes socialement les moins favorisées.

Relecteurs

Brigitte Lhomond (CNRS)
Florence Maillolchon (CNRS)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Beltzer N., Lagarde M., Wu Zhou X., Vongmany N., Grémy I. **Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : évolutions 1992-1994-1998-2001-2004.** Paris : Observatoire régional de santé Ile-de-France, 2005 : 176 + XXVIII p.
En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
- [2] Adam P., Hauet E., Caron C. **Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000.** Saint-Maurice : InVS, 2001 : 56 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/rap_press_gay_1101/rapport_presse_gay.pdf
- [3] Herida M., Sednaoui P., Laurent E. Les infections à gonocoque en 2001-2003 : données du réseau Renago. In : **Surveillance nationale des maladies infectieuses 2001-2003.** Saint-Maurice : InVS, 2005 : 13 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/infections_gonocoque.pdf
- [4] Couturier E. La syphilis en France, 2000-2003. In : **Surveillance nationale des maladies infectieuses 2001-2003.** Saint-Maurice : InVS, 2005 : 11 p.
En ligne : <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/syphilis.pdf>
- [5] Fenton K.A., Korovessis C., Johnson A.M., et al. **Sexual behaviour in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalent genital Chlamydia trachomatis infection.** The Lancet 2001; 358(9296): 1851-4.
- [6] Département des maladies infectieuses de l'InVS : unité VIH/sida-IST-VHC. **Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 46-47 : 230-2.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2005/46_47/beh_46_47_2005.pdf
- [7] Léridon H., Oustry P., Bajos N., Équipe Cocon. **La médicalisation croissante de la contraception en France.** Population et Sociétés 2002 ; 381 : 1-4.
En ligne : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/154/publi_pdf_pop_et_soc_francais_381.pdf
- [8] Johnson A.M., Mercer C.H., Erens B., et al. **Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours.** Lancet 2001; 358(9296): 1835-42.

- [9] Lagrange H., Lhomond B. (sous la dir.). **L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida.** Paris : La Découverte, coll. Recherches, 1997 : 464 p.
- [10] Bozon M. **L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes.** Population 1993 ; 5 : 1317-52.
- [11] Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (sous la dir.). **La sexualité aux temps du sida.** Paris : Presses Universitaires de France, coll. Sociologie d'Aujourd'hui, 1998 : 494 p.
- [12] Warszawski J. Self reported sexually transmitted diseases and at risk sexual behaviour. In : Hubert M., Bajos N., Sandfort T. (sous la dir.). **Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe. Comparisons of National Surveys.** London: Taylor & Francis, 1998: 219-41.
- [13] Warszawski J., Bajos N. Activité sexuelle, contraception, maladies sexuellement transmissibles. In : Guibert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.). **Baromètre santé 2000 : résultats (vol. 2).** Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 209-32.
- [14] Macleod J., Salisbury C., Low N., et al. **Coverage and uptake of systematic postal screening for genital Chlamydia trachomatis and prevalence of infection in the United Kingdom general population: cross sectional study.** British Medical Journal 2005; 330(7497): 940. En ligne : <http://www.bmj.com/cgi/reprint/330/7497/940.pdf?ijkey=653ffbd39a13433c388cb5e0458ada08fb0da55>
- [15] van Bergen J., Gotz H.M., Richardus J.H., et al. **Prevalence of urogenital Chlamydia trachomatis increases significantly with level of urbanisation and suggests targeted screening approaches: results from the first national population based study in the Netherlands.** Sexually Transmitted Infections 2005; 81(1): 17-23. En ligne : <http://sti.bmj.com/cgi/reprint/81/1/17>
- [16] Warszawski J., Meyer L., Weber P. **Criteria for selective screening of cervical Chlamydia trachomatis infection in women attending private gynecology practices.** European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 1999; 86(1): 5-10.
- [17] Institut de veille sanitaire. **Surveillance du VIH/sida en France : rapport n° 2 ; données au 31 mars 2004.** Saint-Maurice : InVS, 2005 : 27 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/vih_sida_france.pdf
- [18] Bajos N., Moreau C., Léridon H., Ferrand M. **Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis trente ans ?** Population et Sociétés 2004 ; 407 : 1-4. En ligne : www.ined.fr/publications/pop_et_soc/pes407/index.html.
- [19] Bajos N., Léridon H., Goulard H., Oustry P., Job-Spira N., Groupe Cocon. **Contraception: from accessibility to efficiency.** Human Reproduction. 2003; 18(5): 994-9. En ligne : <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/5/994>
- [20] von Hertzen H., Piaggio G., van Look P.F., Kubba A. **Emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation.** Lancet 1998; 352(9144): 1939-40.
- [21] Glasier A. **Safety of emergency contraception.** Journal of the American Medical Women's Association 1998; 53(5 Suppl 2): 219-21.
- [22] Wood A.J.J., Drazen J.M., Greene M.F. **A Sad Day for Science at the FDA.** The New England Journal of Medicine 2005; 353(12): 1197-9.
- [23] Bajos N., Oustry P., Léridon H., et al. **Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France.** Population 2004 ; 59 (3-4) : 479-502. En ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_REVUE=POPUL&ID_NUMPUBLIE=POPUL_403&ID_ARTICLE=POPUL_403_0479
- [24] Trussell J. **Contraceptive failure in the United States.** Contraception 2004; 70(2): 89-96.
- [25] Organisation mondiale de la santé (OMS). **Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (3^e éd.).** Genève : OMS, 2005. En ligne : http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/mec/mec_fr.pdf
- [26] Bajos N., Ferrand M., équipe Giné. **De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues.** Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2002 : 345 p.
- [27] Moreau C., Bajos N., Trussell J. **The Impact of Pharmacy Access to Emergency Contraceptive Pills in France.** Contraception 2006; 73(6): 602-8.
- [28] Moreau C., Trussell J., Bajos N. **The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access.** Contraception 2006; 74(6): 476-82.

L'essentiel

Pour la première fois, le Baromètre santé a évalué les comportements sexuels avec des partenaires de même sexe dans la population française. Les récentes enquêtes de santé se basant sur des échantillons probabilistes d'adultes dans les pays occidentaux montrent de plus hautes prévalences de troubles reliés au stress parmi les minorités sexuelles comparées aux populations hétérosexuelles. Pourtant, les comportements, attitudes et états de santé de ces populations restent grandement méconnus en France.

Ce chapitre a trois objectifs. Premièrement, il vise à établir la proportion des comportements sexuels déclarés avec des personnes de même sexe dans la population française et à décrire cette population sur un ensemble d'indicateurs sociodémographiques. Le deuxième objectif est de comparer les minorités sexuelles déclarées à la population hétérosexuelle sur les prévalences de violence subie et de comportements à risques tels que la consommation d'alcool et de drogues. Le troisième

objectif est de comparer les indicateurs de santé mentale tels que la dépression, des pensées et tentatives de suicide déclarés par les membres de minorités sexuelles avec ceux déclarés par la population hétérosexuelle.

En 2005, la proportion des comportements homosexuels et bisexuels déclarés en France dans la dernière année est de 3,0 % chez les hommes et de 1,3 % chez les femmes, soit 2,2 % de la population sexuellement active, ce qui est comparable aux chiffres disponibles sur différents pays occidentaux. Les personnes déclarant des comportements bisexuels ou homosexuels sont proportionnellement plus nombreuses à appartenir aux catégories d'âge inférieures à 55 ans et moins nombreuses à vivre en couple, à être parent et à n'avoir aucun diplôme que celles qui déclarent des comportements hétérosexuels.

Les résultats montrent que les personnes déclarant des comportements homo- ou bisexuels sont plus

nombreuses en proportion à déclarer avoir eu des relations sexuelles forcées au cours de la vie. Toutefois, contrairement aux résultats de la plupart des enquêtes sur la consommation de substances, aucune différence significative de groupe n'a été mise en évidence dans les proportions de consommation d'alcool et de drogues en fonction de l'orientation sexuelle.

Un des résultats les plus marquants de cette étude concerne les prévalences de dépression et de suicide. Le fait d'avoir déclaré des comportements homo- ou bisexuels plutôt qu'hétérosexuels dans l'année double les chances de vivre un épisode de dépression caractérisé ou d'avoir des pensées suicidaires dans l'année et triple les chances d'avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie. Cette étude montre que la situation de santé mentale d'une proportion importante de personnes ayant des comportements homo- ou bisexuels, tant hommes que femmes, s'avère préoccupante.

Minorités sexuelles : des populations plus exposées que les autres ?

ÉMILIE JOUVIN
DOMINIC BEAULIEU-PRÉVOST
DANIELLE JULIEN

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, les minorités sexuelles¹ sont de plus en plus visibles au sein du monde occidental. En France, des changements législatifs en témoignent, notamment par la dépénalisation complète des actes homosexuels en 1982 et la mise en place du Pacs en 1999 (bien que ce dernier ne leur soit pas uniquement destiné). Alors que les personnes homosexuelles, lesbiennes et bisexuelles représentent entre 1 % et 7 % de la population selon des enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas et en France **[1-3]**, les prévalences, comportements, attitudes et états de santé de cette population restent assez mal connus en France. Pour la première fois en 2005, le Baromètre santé, dans un contexte de lutte contre le sida, a inclus une question sur l'orientation sexuelle des Français. Cela permet d'examiner certains aspects de santé propres aux minorités sexuelles françaises,

identifiées sur la base de techniques d'échantillonnage produisant un échantillon représentatif de la population française.

Les récentes enquêtes de santé se basant sur des échantillons probabilistes d'adultes montrent de plus hautes prévalences de troubles reliés au stress parmi les minorités sexuelles, comparées aux populations hétérosexuelles. Une recension de trente et une études épidémiologiques basées sur vingt-trois échantillons et incluant des mesures comportementales ou d'auto-identification de l'orientation sexuelle fait état de plus grandes prévalences de comportements à risques pour la santé et de troubles

1. « Minorités sexuelles » est un terme générique qui désigne soit les individus qui s'identifient comme lesbienne, gay, bisexuel, transsexuel, transgenre, intersexuel, queer (LGBTTIQ), soit ceux qui ont des relations sexuelles avec des individus de même sexe sans déclarer d'identité spécifique. Sont dites intersexuelles les personnes dont le corps ne correspond pas, aux niveaux génétique et/ou phénotypique, aux normes selon lesquelles les hommes et les femmes sont définis.

chez les membres de minorités sexuelles que parmi la population hétérosexuelle [1, 4]. Ces études ont démontré des prévalences plus élevées de dépendance à l'alcool [5, 6], de dépendance aux drogues illégales [4, 7], de consommation de cigarettes [8, 9], de détresse psychologique [10-12] et de tentatives de suicide [8, 13, 14].

L'effet de la discrimination vécue par ces minorités sexuelles constitue actuellement la principale hypothèse mise en avant pour interpréter le lien entre l'orientation sexuelle et la santé mentale. Les valeurs et manifestations hétérosexistes² et homophobes³ présentes dans la société et ses institutions exposent les minorités sexuelles à une pression qui pourrait expliquer l'apparition de problèmes de santé physique et mentale chez une plus grande proportion de cette population [15-17]. Dans les contextes américain et français, les recherches épidémiologiques montrent des proportions plus élevées de plusieurs formes de stigmatisation sociale (violence physique, agressions sexuelles, discrimination perçue) envers les minorités sexuelles comparées aux populations hétérosexuelles, ce qui conforte cette hypothèse [2, 18-20]. Il est important de mieux connaître la situation de santé des minorités sexuelles en France afin de mieux évaluer leurs besoins.

Avant de présenter les résultats du Baromètre santé 2005, il faut préciser que la mesure de l'orientation sexuelle pose un certain nombre de problèmes. Dans les enquêtes sociales et de santé, l'orientation sexuelle est traditionnellement évaluée par l'une des trois mesures suivantes : l'auto-identification (« je suis gay », « lesbienne », « bisexuel-le »), les comportements sexuels avec des personnes de même sexe, ou encore l'attirance envers les personnes de même sexe. En effet, l'orientation sexuelle

est un construit multidimensionnel et évolutif. Les personnes s'identifiant comme gay, lesbienne ou bisexuel(le) forment une sous-population parmi l'ensemble des individus qui ont des sexualités marginales. Or cette sous-population fréquente des réseaux homo-sociaux denses, qui lui offrent des ressources et du soutien [8, 22, 23]. Par conséquent, différentes mesures de l'orientation sexuelle entraînent des proportions différentes. Afin de rendre les données de la présente étude plus facilement comparables à celles d'autres enquêtes, et d'échantillonner les personnes qui ne s'identifient pas aux communautés homosexuelles ou bisexuelles, la mesure de l'orientation sexuelle utilisée dans le Baromètre santé 2005 se base donc sur les comportements sexuels déclarés.

Ce chapitre a trois objectifs. Premièrement, il vise à établir la proportion des comportements sexuels déclarés avec des personnes de même sexe dans la population française et à décrire cette population sur un ensemble d'indicateurs sociodémographiques. Le deuxième objectif est de comparer les minorités sexuelles déclarées à la population hétérosexuelle sur les proportions de violence subie, ainsi que sur les proportions de comportements à risques tels que la consommation d'alcool et de drogues. Le troisième objectif est de comparer les indicateurs de santé mentale tels que la dépression, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées par les membres de minorités sexuelles avec les indicateurs déclarés par la population hétérosexuelle.

2. L'hétérosexisme est défini comme un système idéologique qui dénie, dénigre et stigmatise toute forme non hétérosexuelle de comportement, d'identité, de relation ou de communauté [16].

3. L'homophobie fait référence à toute « attitude irrationnelle et négative envers les homosexuel(le)s et qui peut se manifester par du harcèlement, de la violence verbale, voire même par de la violence physique » ([21], traduction libre).

MÉTHODE

Seules les données du Baromètre santé recueillies auprès des personnes ayant répondu aux questions de santé mentale (soit un effectif de 16 883) ont été utilisées, dans la mesure où ces questions correspondent aux principales variables de croisement mobilisées dans ce chapitre.

Dans cet échantillon, chaque personne déclarant des comportements homosexuels ou bisexuels participant à l'enquête du Baromètre santé a été appariée à une personne déclarant des comportements hétérosexuels, qui possédait les mêmes caractéristiques sociodémographiques suivantes : groupe d'âge, sexe, niveau de diplôme obtenu, statut relationnel (en couple ou non) et statut parental⁴. L'appariement a été nécessaire car, par rapport à la population des individus déclarant des comportements hétérosexuels, la population des individus déclarant des comportements homosexuels ou bisexuels est différente sur les variables sociodémographiques figurant dans les tableaux II et III, dont on sait qu'elles sont liées à plusieurs indices de santé tels que les abus de substances, la dépression et les tentatives de suicide [24, 25]. Par conséquent, il était nécessaire de contrôler l'effet de ces variables pour assurer une interprétation adéquate des résultats. Pour ce qui est de l'interprétation inférentielle des différences intergroupes, il est donc important de souligner que la population des individus déclarant des comportements homosexuels ou bisexuels n'est pas directement comparée à la population des individus déclarant des comportements hétérosexuels, mais plutôt à une sous-population aux comportements hétérosexuels qui est équivalente par

rapport aux indicateurs sociodémographiques contrôlés.

Étant donné que les différences intersexes pour les indicateurs de santé sont importantes, les analyses principales ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes. Pour des raisons de puissance statistique, les populations d'individus déclarant des comportements homosexuels et d'individus déclarant des comportements bisexuels ont le plus souvent été analysées ensemble. Par contre, des analyses séparées pour ces deux derniers groupes sont aussi présentées lorsque des différences importantes le justifient.

Après appariement, les intervalles de confiance des proportions ont été calculés selon la méthode de Wilson, ceux pour les différences de proportions entre groupes indépendants ont été calculés selon la méthode de Newcombe-Wilson [26], et les intervalles de confiance des différences de proportions entre les groupes appariés ont été calculés selon la méthode de Newcombe-Wilson pour mesures dépendantes [27]. Tous les intervalles de confiance présentés dans ce chapitre correspondent à un risque de première espèce de 5 %.

4. La procédure d'appariement, effectuée sur SPSS, était automatisée et aléatoire. Pour chaque individu déclarant des comportements homosexuels ou bisexuels, l'ensemble des individus déclarant des comportements hétérosexuels et ayant un profil identique par rapport aux caractéristiques sociodémographiques contrôlées (c'est-à-dire groupe d'âges, sexe, niveau de diplôme obtenu, statut relationnel et statut parental) étaient identifiés, puis un de ces individus était assigné aléatoirement à l'individu déclarant des comportements homosexuels ou bisexuels. Les six hommes et les deux femmes déclarant des comportements homosexuels ou bisexuels pour lesquels aucun individu aux comportements hétérosexuels présentant le même profil n'existait dans la base de données n'ont pas été inclus dans l'échantillon apparié.

RÉSULTATS

ORIENTATION SEXUELLE

Les groupes de comparaison ont été formés sur la base de l'orientation sexuelle. L'orientation sexuelle des participants a été évaluée à l'aide de la question suivante : « *Au cours de la dernière année, lorsque vous avez eu des relations sexuelles, était-ce...*

Toujours avec un/des homme(s)

Toujours avec une/des femme(s)

Plus souvent avec un/des homme(s)

Plus souvent avec une/des femme(s) ».

Parmi les répondants, 80,4 % ont déclaré avoir eu des relations sexuelles durant l'année (1,0 % des répondants n'a pas voulu répondre à la question ou a déclaré ne pas savoir). Pour les hommes, 1,5 % de ceux disant avoir eu des relations sexuelles durant l'année ont déclaré avoir eu des relations exclusivement avec des personnes du même sexe et 1,5 % a déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des personnes des deux sexes [tableau I]. Pour les femmes, 0,5 % de celles disant avoir eu des relations sexuelles durant l'année a déclaré avoir eu des relations exclusivement avec des personnes du même sexe et 0,8 % a déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des personnes des deux sexes. Selon cette définition de l'orientation sexuelle, la proportion des minorités sexuelles dans la population française sexuellement active peut donc être estimée à 3,0 % (IC=2,6 % -3,5 %) pour les

hommes et à 1,3 % (IC=1,1 % -1,7 %) pour les femmes.

Au total, l'échantillon apparié comprend 300 paires de répondants, c'est-à-dire 199 hommes déclarant des comportements exclusivement homosexuels (hommes CHo) ou bisexuels (hommes CBi) jumelés à 199 hommes déclarant des comportements exclusivement hétérosexuels (hommes CHe) et 101 femmes déclarant des comportements exclusivement homosexuels (femmes CHo) ou bisexuels (femmes CBi) jumelées à 101 femmes déclarant des comportements exclusivement hétérosexuels (femmes CHe). Les personnes déclarant des comportements homosexuels/bisexuels se répartissent comme suit : 100 hommes CHo (33,3 %), 41 femmes CHo (13,7 %), 99 hommes CBi (33,0 %) et 60 femmes CBi (20,0 %) [tableau I].

VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Tant chez les hommes que chez les femmes, une moins grande proportion des populations CHo/CBi est dans la tranche d'âge de 55 ans à 75 ans, a des enfants ou est en couple, que dans la population CHe [tableaux II et III]. Pour ce qui est du plus haut diplôme obtenu, une plus grande proportion de femmes CHo/CBi que de femmes CHe (près du double) n'en a obtenu aucun. Aucune autre tendance ne se dégage

TABLEAU I

Proportion des comportements hétérosexuels, bisexuels et homosexuels chez les hommes et les femmes sexuellement actifs dans l'année

	Hommes (n=5 925)		Femmes (n=7 241)	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Comportements hétérosexuels	97,0	96,5 ; 97,4	98,7	98,3 ; 98,9
Comportements bisexuels	1,5	1,3 ; 1,9	0,8	0,6 ; 1,1
Comportements homosexuels	1,5	1,2 ; 1,8	0,5	0,4 ; 0,8

TABLEAU II

Données sociodémographiques des hommes CHo/CBi et des hommes CHe (en pourcentage)

	Hommes CHo/CBi (n=205)	Hommes CHe (n=5720)	IC à 95 %
Âge			
15 à 25 ans	19,6	15,2	-0,6 ; 10,5
26 à 54 ans	66,0	59,9	-0,8 ; 12,4
55 à 75 ans	14,4	24,9	-14,8 ; -4,9*
Statut parental			
Oui	37,9	69,0	-37,6 ; -24,2*
Statut relationnel			
En couple	52,2	75,3	-30,0 ; -16,2*
Diplôme			
Aucun	8,8	7,6	-2,0 ; 6,0
Brevet ou certificat	36,6	43,0	-12,8 ; 0,5
Bac	17,1	16,6	-4,2 ; 6,4
Bac + 2	16,1	12,7	-1,1 ; 9,1
Bac + 3 ou 4	10,7	8,6	-1,5 ; 7,2
Bac + 5 et plus	10,7	11,5	-4,4 ; 4,3
Revenu mensuel par unité de consommation			
Moins de 900 euros	26,0	25,9	-5,6 ; 6,7
De 900 à moins de 1500 euros	33,1	33,9	-7,0 ; 6,1
1500 euros et plus	40,9	40,1	-5,9 ; 7,8

* : p<0,05.

TABLEAU III

Données sociodémographiques des femmes CHo/CBi et des femmes CHe (en pourcentage)

	Femmes CHo/CBi (n=103)	Femmes CHe (n=7138)	IC à 95 %
Âge			
15 à 25 ans	19,3	14,1	-1,7 ; 14,6
26 à 54 ans	70,5	66,9	-6,6 ; 12,1
55 à 75 ans	10,2	19,0	-13,6 ; -0,7*
Statut parental			
Oui	55,7	76,2	-30,9 ; -10,6*
Statut relationnel			
En couple	58,0	78,0	-30,4 ; -10,2*
Diplôme			
Aucun	12,8	6,8	0,5 ; 14,5*
Brevet ou certificat	38,4	39,4	-10,5 ; 9,5
Bac	15,1	19,9	-10,9 ; 4,1
Bac + 2	18,6	14,1	-2,3 ; 13,9
Bac + 3 ou 4	8,1	13,0	-9,1 ; 2,7
Bac + 5 et plus	7,0	6,8	-3,6 ; 7,5
Revenu mensuel par unité de consommation			
Moins de 900 euros	39,8	30,7	-0,5 ; 19,6
De 900 à moins de 1500 euros	30,1	34,9	-13,4 ; 5,5
1500 euros et plus	30,1	34,4	-12,9 ; 6,0

* : p<0,05.

clairement par rapport au niveau de diplôme obtenu. Pour ce qui est du revenu, aucun effet statistiquement significatif n'apparaît.

FACTEURS ASSOCIÉS

Violence physique subie

L'indicateur utilisé pour évaluer la proportion de violence physique subie porte sur le fait d'avoir été frappé dans l'année par une personne ou par un groupe. Aucune différence statistiquement significative par rapport au groupe apparié n'est apparue pour ce qui est de la proportion de violence physique subie, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. En revanche, lorsque l'ensemble des personnes CHO/CBi est comparé globalement au groupe apparié, la proportion de violence physique subie semble plus élevée pour les minorités sexuelles, quoique la tendance s'avère non significative (4,5 % vs 2,1 %; IC=-0,6 % -5,7 %).

Rapports sexuels forcés

Pour la proportion de rapports sexuels forcés, 3,9 % des hommes CHO/CBi et 3,5 % des femmes CHO/CBi déclarent en avoir subi au moins une fois dans leur vie. La différence par rapport au groupe apparié est statistiquement significative pour les hommes (3,9 % vs 0,0 %), mais non pour les femmes (3,0 % vs 0,0 %). La différence est statistiquement significative lorsque l'ensemble des personnes CHO/CBi est comparé au groupe apparié (3,8 % vs 0,0 %; IC=1,7 % -6,7 %; $p < 0,05$).

Alcool

Aucune différence statistiquement significative par rapport au groupe apparié n'est apparue pour la proportion de la consommation abusive d'alcool, telle que définie par un test Deta, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes.

Drogues illicites

La proportion de consommation de drogues dans l'année a été mesurée séparément pour le cannabis, car c'est une drogue régulièrement consommée en France. Une fréquence de consommation de dix fois ou plus par mois a été définie comme une consommation régulière. La proportion de consommation de poppers dans l'année a aussi été mesurée séparément, étant donné les effets du produit dans le cadre de relations sexuelles. La proportion annuelle de consommation des autres drogues (héroïne, cocaïne, crack, LSD, amphétamines, ecstasy, produits à inhaler et champignons) a été mesurée de façon globale.

Pour la proportion de la consommation de poppers, 8,4 % des hommes CHO/CBi déclarent en avoir consommé au moins une fois dans l'année (vs 0,0 % pour le groupe apparié). La différence par rapport au groupe apparié est statistiquement significative. Chez les femmes, la proportion est de 0,0 % pour les deux groupes. Ces résultats confirment le statut particulier de cette drogue chez les hommes CHO/CBi. Ils soulignent aussi la nécessité d'analyser la consommation de poppers séparément des indicateurs globaux de consommation de drogues pour cette population.

Pour la proportion de consommation de cannabis et celle de consommation d'autres drogues dans l'année, aucune différence statistiquement significative par rapport au groupe apparié n'est apparue, tant chez les hommes que chez les femmes. La seule exception est le groupe des hommes CBi qui, lorsqu'il est analysé séparément, montre une proportion plus élevée de consommation occasionnelle de cannabis (17,1 % vs 7,6 %; IC=1,1 % -18,3 %; $p < 0,05$) et une proportion moins élevée de non-consommation que son groupe apparié (79,0 % vs 88,6 %; IC=-18,1 % à -0,2 %; $p < 0,05$). Une tendance similaire, mais statistiquement non significative, apparaît aussi chez les femmes [tableaux IV et V].

INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE

Dépression

La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) à douze mois a été déter-

minée à partir des questions du Cidi-SF (soit la version courte du Cidi développée par l'OMS en 2002) et des critères du DSM-IV-R. La prévalence des EDC à douze mois est de 10,4 % pour les hommes CHO/CBi et de 16,3 % pour les femmes CHO/CBi

TABLEAU IV

Proportion de violence physique reçue, d'abus sexuel et de consommation de substances chez les hommes CHO/CBi, et comparaison au groupe apparié (en pourcentage)

	Hommes CHO/CBi (n=199)	Hommes CHe appariés (n=199)	IC à 95 %
A été frappé dans l'année			
Oui	4,4	2,5	-1,9; 6,1
A eu des rapports sexuels forcés au cours de la vie			
Oui	3,9	0,0	1,3; 7,6*
Consommation abusive d'alcool (test Deta)			
Positif	6,9	8,4	-7,3; 3,2
Consommation de cannabis dans l'année			
Non	83,2	87,1	-9,6; 3,6
Occasionnelle	13,4	8,9	-2,4; 9,4
Régulière	3,5	4,0	-4,6; 3,6
Consommation de poppers dans l'année			
Oui	8,4	0,0	4,4; 12,5*
Consommation d'autres drogues illicites dans l'année			
Oui	3,0	1,0	-1,1; 5,5

* : p<0,05.

TABLEAU V

Proportion de violence physique reçue, d'abus sexuel et de consommation de substances chez les femmes CHO/CBi et comparaison au groupe apparié (en pourcentage)

	Femmes CHO/CBi (n=101)	Femmes CHe appariées (n=101)	IC à 95 %
A été frappée dans l'année			
Oui	5,7	2,3	-3,2; 10,7
A eu des rapports sexuels forcés au cours de la vie			
Oui	3,5	0,0	-0,5; 11,4
Consommation abusive d'alcool (test Deta)			
Positif	5,8	1,2	-1,5; 11,8
Consommation de cannabis dans l'année			
Non	90,6	94,2	-13,8; 4,3
Occasionnelle	8,2	3,5	-2,1; 14,3
Régulière	1,2	2,3	-7,0; 4,3
Consommation de poppers dans l'année			
Oui	0,0	0,0	-4,3; 4,3
Consommation d'autres drogues illicites dans l'année			
Oui	2,3	0,0	-2,3; 8,1

[tableaux VI et VII]. La différence par rapport au groupe apparié est statistiquement significative pour les hommes (10,4 % vs 3,9 %), mais ne l'est pas pour les femmes (16,3 % vs 9,3 %). Lorsque la différence par rapport au groupe apparié est analysée séparément pour les hommes CHo et les hommes CBi, elle est statistiquement significative pour les hommes CHo (15,5 % vs 5,1 % ; IC=1,3 % -19,6 % ; $p<0,05$), mais ne l'est pas pour les hommes CBi (5,7 % vs 2,9 % ; IC=-3,3 % -9,4 %). La différence est statistiquement significative lorsque l'ensemble des personnes CHo/CBi est comparée au groupe apparié (12,5 % vs 5,6 % ; IC=2,0 % -10,7 % ; $p<0,05$).

Suicide

La prévalence des pensées suicidaires durant l'année est de 12,9 % chez les hommes CHo/CBi et 4,7 % chez les femmes CHo/CBi. La différence par rapport au groupe apparié est statistiquement significative pour les hommes (12,9 % vs 6,4 %), mais ne l'est pas pour les femmes (4,7 % vs 3,5 %). La différence est statistiquement significative lorsque l'ensemble des personnes CHo/CBi est comparé au groupe apparié (10,8 % vs 5,6 % ; IC=0,3 % -9,5 % ; $p<0,05$).

Pour la prévalence des tentatives de suicide, 10,0 % des hommes CHo/CBi et 10,5 % des femmes CHo/CBi déclarent en

TABLEAU VI

Prévalence de dépression, pensées suicidaires et tentative de suicide chez les hommes CHo/CBi, et comparaison au groupe apparié (en pourcentage)

	Hommes CHo/CBi (n=199)	Hommes CHe appariés (n=199)	IC à 95 %
Épisode dépressif caractérisé dans l'année			
Oui	10,4	3,9	1,6 ; 12,4*
Pensées suicidaires dans l'année			
Oui	12,9	6,4	0,5 ; 12,5*
Tentative de suicide au cours de la vie			
Jamais	90,0	97,0	-12,7 ; -2,4*
Une	7,5	2,5	0,6 ; 9,7*
Deux ou plus	2,5	0,5	-0,3 ; 5,9

* : $p<0,05$.

TABLEAU VII

Prévalence de dépression, pensées suicidaires et tentative de suicide chez les femmes CHo/CBi, et comparaison au groupe apparié (en pourcentage)

	Femmes CHo/CBi	Femmes CHe appariées (n=101)	IC à 95 %
Épisode dépressif caractérisé dans l'année			
Oui	16,3	9,3	-3,4 ; 17,4
Pensées suicidaires dans l'année			
Oui	4,7	3,5	-5,8 ; 8,3
Tentative de suicide au cours de la vie			
Jamais	89,5	94,1	-12,2 ; 4,9
Une	8,1	4,7	-5,2 ; 10,1
Deux ou plus	2,3	1,2	-4,3 ; 7,0

avoir fait au moins une durant leur vie. La différence par rapport au groupe apparié est statistiquement significative pour les hommes (10,0 % vs 3,0 %), mais ne l'est pas pour les femmes (10,5 % vs 5,9 %). La différence est statistiquement significative lorsque l'ensemble des personnes CHO/CBi est comparé au groupe apparié (10,1 % vs 3,8 %; IC=2,1 %–10,7 %; $p < 0,05$) [tableaux VI et VII].

LIMITES MÉTHODOLOGIQUES ET ANALYSES FINALES

Une des limites de cette étude concerne le manque de puissance statistique des analyses, c'est-à-dire leur incapacité à détecter des effets de plus faible amplitude. En effet, le faible nombre de personnes dans chaque groupe ne permet pas d'inférer les valeurs populationnelles sans une grande marge d'erreur. Cela s'observe directement par l'étendue des différents intervalles de confiance présentés dans ce chapitre, qui est plus grande quand le nombre d'individus comparés est moins élevé. Il est donc important de souligner qu'une absence de signification statistique pour une différence présentée peut simplement correspondre à un manque de puissance statistique (c'est-à-dire un manque de sensibilité des analyses) au lieu de correspondre à une absence de différence importante entre les groupes. Par exemple, bien que la proportion de violence physique subie soit plus de deux fois plus élevée pour l'ensemble de l'échantillon de personnes CHO/CBi que pour le groupe apparié, le manque de puissance statistique ne permet pas d'éliminer l'hypothèse d'une absence de différence dans la population. L'argument de la puissance statistique pourrait d'ailleurs expliquer l'absence de différences statistiquement significatives entre les femmes CHO/CBi, beaucoup moins nombreuses que les hommes CHO/CBi, et leur groupe apparié, malgré des profils de réponses similaires

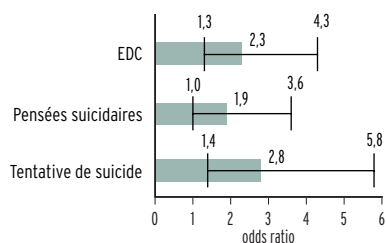
aux hommes CHO/CBi pour plusieurs indicateurs, dont les indicateurs de santé mentale. Les données présentées valent donc plus par leur significativité (qui est assez robuste) que par l'absence de significativité (qui peut provenir de la faiblesse de l'effectif).

Étant donné la similarité des liens observés entre les hommes et les femmes, les données agrégées pour les indicateurs de santé peuvent être considérées comme représentatives pour les deux sexes. Des odds ratios ont donc été calculés avec les données agrégées de chaque indicateur de santé pour représenter l'impact de l'orientation sexuelle (telle que définie dans ce chapitre) sur la santé mentale.

Cette analyse des données agrégées nous permet de dégager un tableau clair de la situation [figure 1] : à groupe d'âge, sexe, niveau de diplôme, statut relationnel et statut parental équivalents, le fait d'appartenir à la population CHO/CBi double les chances d'avoir un épisode de dépression caractérisé ou d'avoir des pensées suicidaires dans l'année, et triple celles d'avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie par rapport à la population CHE. Ces données sont représentatives tant de la réalité des hommes que de celle des femmes.

FIGURE 1

Odds ratio des prévalences d'épisode dépressif caractérisé (EDC) dans l'année, de pensées suicidaires dans l'année et de tentative de suicide au cours de la vie pour l'ensemble des minorités sexuelles par rapport au groupe apparié



DISCUSSION

Pour la première fois en France, le Baromètre santé 2005 a permis d'évaluer la proportion des comportements homosexuels et bisexuels, en les mettant en lien avec des comportements de santé et l'état de santé mentale. La proportion des comportements homosexuels et bisexuels déclarés en France, soit 2,2 % de la population sexuellement active, est comparable à celle déclarée dans d'autres enquêtes avec échantillons représentatifs en France et à l'étranger [1, 3]. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes que chez les femmes ; la proportion des comportements bisexuels déclarés est aussi fréquente que celle des comportements uniquement homosexuels, et ce pour les deux sexes.

Nos analyses montrent que plusieurs caractéristiques sociodémographiques distinguent les personnes déclarant des comportements bisexuels ou homosexuels de celles qui déclarent des comportements hétérosexuels. Comparés aux individus qui déclarent des comportements hétérosexuels, ceux qui déclarent des comportements homo- ou bisexuels sont proportionnellement plus nombreux à appartenir à des catégories plus jeunes d'âge, à être sans enfant et sans conjoint(e). Comme ces variables sont souvent associées à des risques pour la santé, l'utilisation d'un échantillon apparié a permis de contrôler leurs effets qui auraient pu être confondus avec les effets de l'orientation sexuelle.

Les résultats montrent que les personnes déclarant des comportements homo- ou bisexuels sont plus nombreuses en proportion à déclarer des relations sexuelles forcées au cours de la vie. Une tendance à déclarer plus d'incidents de violence physique dans l'année a aussi été remarquée. Ces résultats concordent avec les données obtenues dans d'autres enquêtes, qui dressent un tableau de proportions de violences physiques et sexuelles plus élevées chez les minorités sexuelles que dans la population hétérosexuelle. La

présente enquête ne permet toutefois pas de déterminer si les rapports sexuels forcés ont eu lieu avant ou après la découverte d'une attirance pour les personnes de même sexe puisque la question s'étendait sur toute la vie, ni quel était le sexe de l'agresseur. Il n'est donc pas possible de déterminer si ces agressions ont eu lieu dans un contexte homophobe ou, au contraire, si les comportements homosexuels seraient apparus en partie en réponse à ces agressions. À cet effet, l'enquête nationale Enveff⁵ indique que si les femmes françaises déclarant des comportements homosexuels étaient plus nombreuses à avoir vécu une agression sexuelle au cours de leur vie, elles n'étaient pas significativement plus nombreuses que les femmes aux comportements hétérosexuels à avoir vécu ces agressions avant 18 ans [28]. En revanche, en ce qui concerne les violences physiques, les proportions restent plus élevées parmi les minorités sexuelles que dans la population hétérosexuelle, tant dans l'enfance [29] qu'à l'âge adulte [28].

Nos résultats ne montrent pas de différences concernant l'usage à risques d'alcool et la consommation de drogues en fonction de l'orientation sexuelle, si ce n'est une plus grande consommation de poppers parmi les hommes CHO/CBi. Ces résultats se distinguent de ceux observés dans d'autres recherches épidémiologiques, ce qui pourrait peut-être s'expliquer par l'utilisation d'un échantillon pairé, et donc d'un meilleur contrôle statistique, dans cette étude.

Un des résultats les plus marquants de cette étude concerne les prévalences de dépression et de suicide. En effet, malgré l'utilisation d'un échantillon apparié, les personnes ayant déclaré des comportements homo- ou bisexuels ont deux fois plus

5. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France a été réalisée en 2000.

de risques de présenter un épisode dépressif caractérisé ou des pensées suicidaires, et trois fois plus de risques d'avoir fait au moins une tentative de suicide que les personnes déclarant des comportements exclusivement hétérosexuels. Dans la mesure où le chapitre sur la dépression a mis en évidence que la survenue d'une dépression est fortement liée à une comorbidité somatique, les futures études sur les liens entre les comportements sexuels et la santé devraient également tenir compte des maladies chroniques.

Le Baromètre santé 2005 n'a pas été conçu dans le but d'examiner des problématiques d'exclusion, de discrimination, ni de violence. Cette enquête ne permet donc pas de mettre en lien l'homophobie vécue ou perçue avec les problèmes de santé mentale puisque deux questions seulement sur la violence physique et sexuelle y sont posées et que seuls des liens corrélationnels et non causaux peuvent être mis en évidence. Toutefois, les événements de vie négatifs et le stress chronique dans lequel vivent certains membres des minorités sexuelles semblent affecter leur état de santé, selon différentes études américaines. Plusieurs études auprès de petits échantillons de convenance [30] permettent de mettre en lien la dépression et l'exposition à des incidents de violence physique, de menaces de violence et de violence verbale. De même, deux études menées sur des échantillons aléatoires aux États-Unis et en Suède ont mis en évidence que le fait de percevoir de la discrimination en raison de son orientation sexuelle — comme d'être licencié de son emploi — est également relié à de plus grands risques d'avoir un trouble psychiatrique, une santé mentale moins bonne et de plus hauts niveaux de détresse psychologique [18, 31]. Il est primordial que des enquêtes épidémiologiques se penchent sur les événements de vie négatifs et le stress chronique que subissent ces minorités. Le lien entre cette homophobie et le niveau de santé mentale de ces populations devrait

également être mieux compris afin de cibler plus spécifiquement les besoins de cette population.

Des précautions doivent être prises dans l'interprétation de ces prévalences et des résultats qui en découlent. La mesure utilisée dans cette enquête concerne la déclaration de comportements sexuels et il n'est pas possible d'analyser les résultats comme s'il s'agissait de personnes déclarant des identités gays, lesbiennes ou bisexuelles, car ces dernières constituent un groupe aux caractéristiques particulières parmi l'ensemble des minorités sexuelles. Par exemple, dans une étude préliminaire d'un échantillon aléatoire épidémiologique des États-Unis, G. R. Bauer [32] analyse la situation des femmes ayant eu des comportements sexuels avec d'autres femmes dans l'année. Parmi elles, environ 20 % seulement s'identifiaient comme homosexuelles, environ 30 % s'identifiaient comme bisexuelles, tandis qu'un groupe d'environ 40 % s'identifiaient comme hétérosexuelles, les autres déclinant toute identification sexuelle. Le prochain Baromètre santé et d'autres enquêtes pourraient inclure plusieurs mesures de l'orientation sexuelle, comme l'auto-identification, afin de comprendre les facteurs associés à la déclaration ou non-déclaration d'identités sexuelles.

Dans cette enquête, les personnes déclarant des comportements homosexuels et bisexuels ont été regroupées pour des besoins de puissance statistique. Des études ayant comparé ces deux populations tendent à montrer que la population d'individus ayant des comportements bisexuels est plus vulnérable et davantage susceptible de présenter des problèmes de santé mentale et de consommation de substances que la population d'individus ayant des comportements homosexuels [33]. Dans cette étude, les résultats sont plus nuancés, la proportion de consommation occasionnelle de cannabis, mais non la consommation régulière, étant plus élevée chez les individus déclarant des

comportements bisexuels que chez ceux déclarant des comportements exclusivement homosexuels — et ce particulièrement chez les hommes. Des études futures auprès d'échantillons de plus grande taille permettraient d'analyser séparément les échantillons de personnes déclarant des comportements homosexuels et bisexuels afin d'identifier leurs caractéristiques particulières.

Cette étude a mis en évidence que la situation de santé mentale d'une proportion substantielle de personnes ayant des comportements homo- ou bisexuels, tant hommes que femmes, est préoccupante,

d'autant que ces facteurs de risques vis-à-vis de la dépression peuvent en induire d'autres comme une plus grande prise de risques et le rejet des messages préventifs. Devant ce constat, les professionnels de la santé devraient être attentifs à l'augmentation du risque de détresse psychologique et de suicide chez les membres de minorités sexuelles. Il est également essentiel de mieux comprendre quels facteurs propres aux minorités sexuelles les rendent davantage susceptibles de connaître des troubles de santé mentale et des agressions, afin de mieux prévenir leur apparition.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Julien D., Chartrand É.
Recension des écrits sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles [rapport].
Montréal : Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, 2003.
- [2] Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.-J.
Violence against women and suicide risk: the neglected impact of same-sex sexual behaviour.
Social Science & Medicine 2006; 62(8): 2002-13.
- [3] Agence nationale de recherches sur le sida, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national d'études démographiques.
Premiers résultats de l'enquête CSF « contexte de la sexualité en France » : dossier de presse.
Paris : ANRS, Inserm, Ined, 2007.
En ligne : <http://ist.inserm.fr/basispresse/DP/DP2007/13mars2007.pdf>
- [4] Julien D., Chartrand É.
Recension des écrits utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles.
Psychologie Canadienne 2005; 46 (4) : 235-50.
- [5] Clermont, M., Lacouture, Y. Orientation sexuelle et santé [Sexual orientation and health]. In : Daveluy C., Pica N., Audet R., Courtemanche F., Lapointe F.
Enquête sociale et de santé 1998.
Québec : Institut de la statistique du Québec, 2000 : 219-30.
- [6] Garofalo R., Wolf R.C., Wissow L.S., Woods E.R., Goodman E.
Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth.
Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1999; 153(5): 487-93.
- En ligne : <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/153/5/487>
- [7] Bontempo D.E., d'Augelli A.R.
Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior.
Journal of Adolescent Health 2002; 30(5): 364-74.
- [8] Fergusson D.M., Horwood L.J., Beautrais A.L.
Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?
Archives of General Psychiatry 1999; 56(10): 876-80.
- [9] Garofalo R., Wolf R.C., Kessel S., Palfrey J., DuRant R.H.
The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents.
Pediatrics 1998; 101(5): 895-902.
- [10] Bagley C., Tremblay P.
Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males.
Crisis 1997; 18(1): 24-34.
- [11] Cochran S.D., Mays V.M., Sullivan J.G.
Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003; 71(1): 53-61.
- [12] Sandfort T.G.M., de Graaf R., Bijl R.V., Schnabel P.
Same-sex sexual behavior and psychiatric disorder: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).
Archives of General Psychiatry 2001; 58(1): 85-91.
- [13] Cochran S.D., Mays V.M.
Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from NHANES III.
American Journal of Public Health 2000; 90(4): 573-8.
En ligne : <http://www.ajph.org/cgi/reprint/90/4/573.pdf>





















L'essentiel

Près d'une personne sur dix déclare avoir subi au cours des douze derniers mois au moins un accident suffisamment grave pour avoir entraîné une consultation médicale : les hommes sont 12,1 % dans ce cas, les femmes 7,7 %. Les plus jeunes sont aussi plus nombreux : 15,7 % des 12-25 ans déclarent au moins un accident, contre 8,1 % des 26-75 ans.

Les accidents de la vie courante, regroupant les accidents de sport et de loisirs (2,9 %) et domestiques (2,1 %), sont les plus nombreux ; viennent ensuite les accidents du travail (3,4 % de la population exposée) et de deux-roues à moteur (3,3 % de la population exposée) ; puis les accidents de voiture (1,0 %).

Si les hommes sont d'abord victimes des accidents du travail (4,7 % des actifs), des accidents de deux-roues motorisés (4,2 %), des accidents de sport et de loisirs (4,0 %), puis domestiques (2,0 %), les femmes déclarent en premier lieu des accidents domestiques (2,3 %), ensuite des accidents du travail (2,0 %), des accidents de sport et de loisirs (1,8 %), et en dernier des accidents de deux-roues à moteur (1,5 %).

Le jeune âge conditionne fortement le risque accidentel. Si les personnes plus diplômées ont plus fréquemment des accidents de sport, c'est l'inverse pour les accidents de deux-roues à moteur. Pour les accidents du travail, on retrouve un risque accidentel moindre dans le tertiaire.

En 2000, la fréquence des acci-

dents s'élevait à 13,1 % et était plus importante aussi parmi les hommes. La baisse de la déclaration des accidents concerne les plus jeunes (avant 25 ans), les accidents de sport et de loisirs, et aussi de deux-roues à moteur.

La consommation de médicaments psychotropes entraîne un sur risque accidentel pour les personnes âgées de 26 à 75 ans. De même, la consommation d'alcool expose davantage les femmes de 12 à 75 ans au risque accidentel.

Circonstances du dernier accident

Les personnes ayant subi un accident déclarent essentiellement des chutes (37,4 %) et des chocs (37,0 %). La coupure est le troisième mécanisme accidentel le plus cité (13 %) et la brûlure est déclarée par 1,6 % des victimes.

Les sports d'équipe et de ballon (foot, basket, hand et volley) sont largement représentés parmi les disciplines incriminées dans les accidents de sport.

Les chutes à partir de 40 ans

Près d'une femme sur quatre âgée de 40 à 75 ans (24,1 %) déclare avoir fait au moins une chute au cours de l'année écoulée, 22,1 % parmi les hommes. Parmi ces derniers, la fréquence des chutes diminue avec l'âge alors qu'elle augmente chez les femmes. Enfin, parmi les personnes qui sont tombées, une sur deux a chuté plus d'une fois au cours de l'année.

L'obésité, la consommation de médicaments psychotropes, ainsi que la présence d'une maladie chronique sont associées à un risque de chute chez les femmes uniquement. Chez les hommes, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, le risque de chute apparaît moindre avec l'avancée en âge.

La fréquence de la consultation médicale s'élève à 22,1 % des personnes déclarant avoir fait une chute (26,4 % parmi les femmes et de 17,1 % parmi les hommes), et ces fréquences augmentent avec l'âge. Les résultats sur les troubles déclarés de l'équilibre des chuteurs indiquent, là aussi, une augmentation avec l'âge.

L'utilisation du casque lors de la dernière sortie à vélo

Plus d'une personne sur deux (51,9 %) déclare avoir fait du vélo au cours des douze mois précédant l'enquête.

Le casque est différemment utilisé selon le type de vélo : 19,7 % des personnes ayant pratiqué du VTT déclarent en avoir porté contre 14,7 % parmi les usagers du vélo classique. Les hommes déclarent toujours plus souvent que les femmes en avoir porté. En 2005, la fréquence d'utilisation du casque lors de la dernière sortie à vélo (16,1 %) a doublé par rapport à 2000 (8,2 %). Ce comportement apparaît plus répandu à tous les âges, chez les hommes comme chez les femmes.

Accidents : les plus fréquents sont ceux de la vie courante

HÉLÈNE BOURDESSOL
BERTRAND THÉLOT

INTRODUCTION

Le terme « accident » désigne une grande variété de situations, et fait référence à un événement fortuit et à la blessure éventuelle qui peut en résulter. Selon la terminologie anglo-saxonne, on distingue les traumatismes intentionnels résultant des violences, agressions, faits de guerre, suicides, tentatives de suicide, et les traumatismes non intentionnels qui regroupent les accidents du travail, de la circulation et de la vie courante (AcVC). Les accidents de la vie courante regroupent à leur tour les accidents domestiques, c'est-à-dire qui surviennent au domicile ou à ses abords immédiats (jardin, cours, garage, etc.), les accidents de sport et de loisirs, et les accidents à l'école (dont ceux pouvant survenir au cours du trajet, et tous les accidents se produisant dans l'enceinte de l'établissement scolaire).

Le mot « traumatisme » fait avant tout référence à la conséquence de l'accident, c'est-à-dire aux blessures (fractures, coupures, brûlures, etc.). En outre, parler de « traumatismes intentionnels ou non

intentionnels » permet de lever la notion de fatalité suggérée par le mot « accident ». Ainsi, prévenir les accidents peut s'envisager selon deux axes complémentaires : l'événement en tant que tel, c'est-à-dire éviter qu'il arrive, et les conséquences de cet événement, à savoir éviter les blessures et leur gravité.

En France, les accidents de la vie courante ne constituent pas, pour le grand public, un sujet préoccupant de santé, alors qu'ils demeurent une cause majeure de mortalité prématurée, de morbidité et de handicaps [1-3]. Pour autant, les études menées dans ce domaine montrent qu'il est possible d'agir sur certains facteurs de risque permettant d'éviter les accidents [4].

La mortalité par traumatisme (incluant en premier lieu les accidents de la vie courante) et empoisonnements constitue, avec plus de 40 000 décès chaque année, le troisième groupe de causes de décès en France, après les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers. Avec plus de 20 000 décès en

2002 [5], la mortalité par accident de la vie courante a représenté 3,7 % de la mortalité totale. La même année, les accidents de la circulation ont entraîné 7 242 décès [6].

Les chutes constituent la première cause de mortalité par accident de la vie courante, puisqu'elles sont à l'origine de 64 % de cette catégorie des décès [3, 5]; viennent ensuite les suffocations, responsables de 18 % des décès [5].

Les résultats favorables sur la baisse de la mortalité des enfants par accidents de la vie courante au cours des vingt dernières années montrent qu'il est tout à fait possible d'agir sur ce risque [7]. Depuis quelques années, les programmes de prévention des accidents se sont élargis à la prévention des chutes des personnes âgées, ainsi qu'à la prévention des accidents de sport et de loisirs dans l'ensemble de la population.

Le Baromètre santé traite de la problématique des accidents depuis la naissance de l'enquête en 1992 [8]. Il complète ainsi les connaissances sur les accidents de la vie courante en France. À ce jour, les enquêtes d'envergure nationale et récurrente consacrées à l'observation de ce phénomène sont le Baromètre santé et l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) pilotée par l'Institut de veille sanitaire [9-11]. En outre, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), dans ses enquêtes consacrées à la santé et la protection sociale, a introduit des questions sur les accidents de la vie courante [13]. De même, l'enquête Santé menée par l'Insee en 2002-2003 comporte quelques questions sur le sujet [14]. L'ensemble de ces travaux permet d'estimer entre 4,5 et 5 millions le nombre d'accidents avec recours aux urgences [10, 12]. L'accident constitue ainsi, en 2002, le motif principal de venue aux urgences [15].

La rubrique accidents du Baromètre santé regroupe l'ensemble des situations accidentelles : circulation, travail, vie domestique, loisirs et pratiques sportives. Les accidents

domestiques, de sport et de loisirs retiendront particulièrement notre attention dans le cadre de ce chapitre.

Le Baromètre santé porte sur les personnes âgées de 12 à 75 ans. Aussi, même si l'enquête ne touche pas les publics concernés en premier par les accidents domestiques (qui sont les jeunes enfants et les personnes âgées), elle constitue une base de données pertinente pour les accidents de sport et de loisirs. Nous verrons également que les accidents domestiques demeurent finalement un événement fréquent tout au long de la vie.

Le questionnaire Baromètre santé 2005 sur les accidents a conservé les items du questionnaire du Baromètre santé 2000 (recherche du nombre et du type d'accidents au cours des douze derniers mois ; le port du casque lors de la dernière sortie à deux-roues, motorisé ou vélo) et a intégré de nouvelles questions sur le dernier accident survenu, ainsi que sur les chutes des personnes âgées de 40 à 75 ans.

Le phénomène est décrit de façon globale, puis par type d'accident, au sein de la population enquêtée, ce qui permet de présenter les profils des victimes. Les résultats sont ensuite mis en perspective avec ceux de l'enquête précédente.

La deuxième partie est consacrée au dernier accident survenu. Sur la base de celui-ci, les personnes interrogées ont répondu sur le mécanisme accidentel et le lieu où s'est produit ce dernier accident. En outre, le type de sport pratiqué dans le cas d'un accident de sport est précisé.

Une troisième partie présente les résultats sur les chutes parmi les personnes âgées de 40 à 75 ans. Les chutes sont appréhendées dès 40 ans pour mesurer les fréquences dans la seconde moitié de la vie, comparer leur survenue entre les plus jeunes et les moins jeunes, puis identifier des facteurs comportementaux associés à la chute.

Enfin, une dernière partie vient compléter les données d'évolution des comportements

de prévention en étudiant la fréquence du port du casque lors de la dernière sortie à vélo. La comparaison des résultats avec ceux

du Baromètre santé 2000 permet de juger de l'adoption de ce comportement préventif dans la population.

RÉSULTATS

LES ACCIDENTS ET LEURS VICTIMES

La prévalence des accidents déclarés

Parmi les personnes interrogées, une sur dix (9,8 %) rapporte avoir été victime d'un accident au cours des douze derniers mois : 12,1 % parmi les hommes et 7,7 % parmi les femmes ($p < 0,001$). On observe une différence significative par sexe à tous les âges jusqu'à 54 ans [figure 1].

Les plus jeunes relatent davantage d'accidents que les autres : 15,7 % des 12-25 ans *versus* 8,1 % des 26-75 ans ($p < 0,001$). Parmi les personnes âgées de 56 à 75 ans, 6,5 % déclarent avoir eu un accident au cours des douze derniers mois [tableau 1].

Une grande majorité des victimes déclare un seul accident (81,6 %) ; 13,0 % déclarent deux accidents et 5,4 % des personnes inter-

rogées déclarent trois accidents ou plus au cours de l'année écoulée.

Le nombre moyen d'accidents est de 1,3 et s'avère légèrement supérieur parmi les hommes (1,4 *vs* 1,2 chez les femmes ; $p < 0,01$).

Suivant l'âge, les plus jeunes déclarent un nombre moyen d'accidents supérieur aux plus âgés de l'échantillon, mais globalement le nombre moyen d'accidents évolue peu avec l'âge.

Les jeunes âgés de 12 à 25 ans habitant la région parisienne et l'ouest du Bassin Parisien¹ sont significativement moins nombreux à avoir été victimes d'un accident

1. Région parisienne : Ile-de-France
 Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Haute et Basse-Normandie, Picardie
 Nord : Nord-Pas-de-Calais
 Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes
 Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine
 Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées
 Centre Est : Auvergne, Rhône-Alpes
 Méditerranée : Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

FIGURE 1

Avoir eu au moins un accident au cours des douze derniers mois, par sexe et âge (en pourcentage)

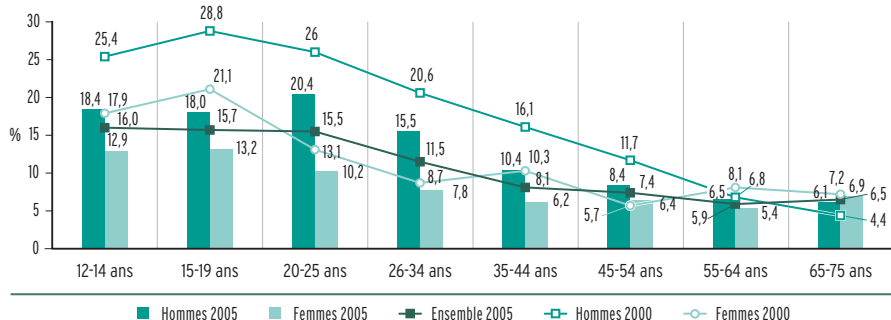


TABLEAU I

Fréquence des accidents (en pourcentage)

	N	Ensemble	Hommes (n=11 188)	Femmes (n=15 484)
Ensemble	26 672	9,8	12,1	7,7
Profession et catégorie socioprofessionnelle				
N	22 097	***	***	
Agriculteurs exploitants	703	8,0	8,6	6,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 619	9,1	10,4	6,1
Cadres et professions libérales supérieures	3 480	8,3	8,8	7,7
Professions intermédiaires	5 872	8,5	11,0	6,5
Employés	6 642	8,1	10,3	7,3
Ouvriers	3 781	11,5	13,2	6,8
Revenu mensuel par unité de consommation				
N	21 611	*	*	
Moins de 900 euros	6 273	9,4	12,6	6,8
Entre 900 et 1500 euros	7 667	10,4	13,0	7,7
Plus de 1500 euros	7 671	9,0	10,4	7,2

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

(respectivement 13,2 % et 11,7 %), contrairement aux jeunes des autres régions de la métropole où les fréquences d'accident varient de 15,0 % en région méditerranéenne à 18,5 % dans le Nord et l'Est. Ces différences régionales ne s'observent pas parmi la population âgée de 26 à 75 ans.

Selon la catégorie professionnelle, les ouvriers regroupent la part la plus importante

des victimes d'accident (11,5 % des personnes interrogées en âge de travailler) [tableau I] : cette fréquence s'élève à 21,8 % des jeunes ouvriers âgés de 16 à 25 ans (ν s 11,5 % parmi les 26-55 ans; $p<0,001$) et à 13,2 % des hommes ouvriers âgés de 26 à 65 ans (ν s 6,8 % parmi les femmes du même âge; $p<0,001$).

En outre, pour toutes les professions exceptées pour les cadres, les jeunes avant

TABLEAU II

Répartition de la fréquence des différents accidents par sexe (en pourcentage)

	N	Ensemble	Hommes	Femmes
Ensemble des accidents	26 672	9,8	12,1	7,7***
Accidents de sport et de loisirs (dont vélo)	26 672	2,9	4,0	1,8***
Accidents domestiques	26 672	2,1	2,0	2,3
Accidents de travail, d'atelier	15 879*	3,4	4,7	2,0***
Circulation/voie publique dont				
Accidents de moto, mobylette, scooter	4 619**	3,3	4,2	1,5**
Accidents de voiture	26 672	1,0	1,0	1,1
Autres accidents sur la voie publique	26 672	0,1	-	0,2*

*: sur la base des actifs âgés de 16 à 65 ans; $p<0,05$.

** : sur la base des personnes déclarant avoir fait de la moto, du scooter ou de la mobylette au cours des douze derniers mois; $p<0,01$.

***: $p<0,001$.

12-25 ans (n=4673)	26-55 ans (n=14682)	56-75 ans (n=7317)
15,7	8,9	6,5
16-25 ans	26-55 ans	56-65 ans
1551**	13849***	1957
30,0	9,3	5,4
16,8	9,6	6,5
7,7	8,8	7,4
16,9	8,2	6,2
14,2	8,1	5,4
21,8	11,5	5,8
15-25 ans	26-55 ans	56-75 ans
2417**	13215**	5979
16,6	7,7	6,7
19,6	9,9	6,5
12,9	9,3	6,3

26 ans sont plus nombreux à déclarer des accidents que leurs aînés.

La fréquence des accidents varie selon les revenus et elle est plus élevée au sein de la tranche moyenne (10,4 %) que dans les tranches inférieure (9,4 %) et supérieure (9,0 %) ($p < 0,05$). Par sexe, ce constat reste significatif pour les hommes et, par âge, les résultats vont dans le même sens pour les plus jeunes (16-25 ans). En revanche, parmi les personnes âgées de 26 à 55 ans, les résultats indiquent une tendance à l'augmentation du nombre de victimes d'accidents avec l'élévation du niveau des revenus.

La fréquence par type d'accident

Les fréquences des accidents de travail et de deux-roues à moteur présentées dans le tableau II sont rapportées aux populations exposées à un risque accidentel.

Sur l'ensemble de l'échantillon et par type d'accident, les accidents de travail ou d'atelier sont les plus répandus (3,4 %). Viennent ensuite les accidents liés à l'utili-

sation de deux-roues motorisés (3,3 % de la population exposée), de sport et de loisirs (2,9 % ; dont 0,6 % pour les accidents de vélo) [tableau IV], les accidents domestiques (2,1 %), puis les accidents de voiture (1,0 %). Les accidents de la vie courante (regroupant au moins les accidents domestiques, de sport et de loisirs) constituent donc la première cause des accidents déclarés.

La hiérarchie des accidents diffère selon le sexe : les hommes sont d'abord victimes des accidents de travail ou d'atelier (4,7 % vs 2,0 % des femmes ; $p < 0,001$) et de deux-roues motorisés (4,2 % vs 1,5 % pour les femmes ; $p < 0,01$), alors que les femmes déclarent en premier avoir été victimes d'accidents domestiques (sans différence significative avec les hommes). Les accidents de travail arrivent en second parmi les femmes.

Enfin, les accidents de sport et de loisirs sont le troisième type d'accidents les plus déclarés.

Les types d'accidents varient de manière importante selon l'âge, particulièrement pour les hommes [figure 2]. Les accidents de sport et de loisirs, puis les accidents liés à l'utilisation des deux-roues motorisés sont prépondérants avant 26 ans. Le pourcentage d'hommes ayant subi un accident de travail décroît avec l'âge. Après 65 ans, les accidents domestiques deviennent les accidents les plus fréquents. On note néanmoins une recrudescence des accidents de deux-roues motorisés entre 55 et 64 ans.

Parmi les femmes [figure 3], la fréquence des accidents de sport et de loisirs est la plus élevée entre 12 et 25 ans. De 26 ans à 54 ans, la répartition des types d'accident selon l'âge est « tassée », mais globalement les accidents domestiques et de travail demeurent les plus fréquents par rapport aux autres accidents, et ce à tous les âges dès 25 ans. À partir de 55 ans, la fréquence de ce type d'accidents augmente. Ainsi, l'âge différencie moins le type d'accidents chez les femmes que chez les hommes.

Les accidents de sport et de loisirs, et les accidents de vélo

Les accidents de sport et de loisirs sont particulièrement fréquents aux jeunes âges [figures 2 et 3]; ils décroissent avec l'âge pour les hommes comme pour les femmes.

Le modèle final d'une régression logistique confirme la diminution du risque sportif avec l'âge [tableau III]. On voit cependant une légère recrudescence des accidents à partir de 65 ans.

Les hommes apparaissent deux fois plus

FIGURE 2

Fréquence des différents accidents déclarés par les hommes, selon l'âge

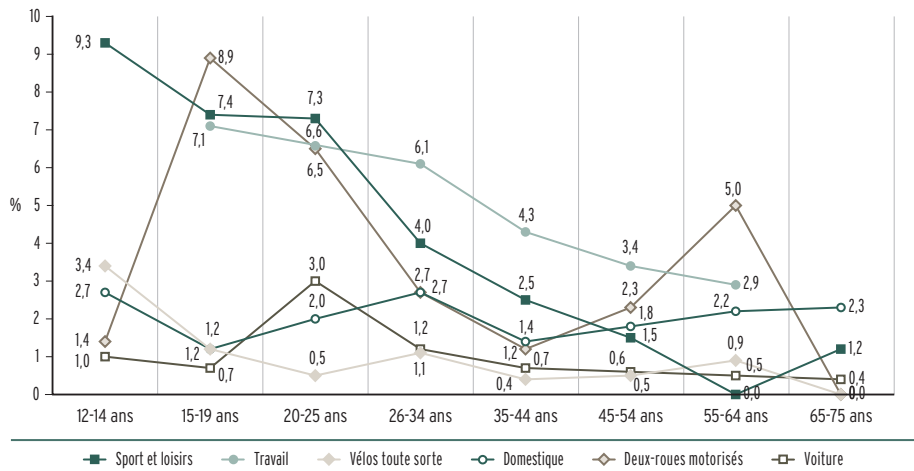
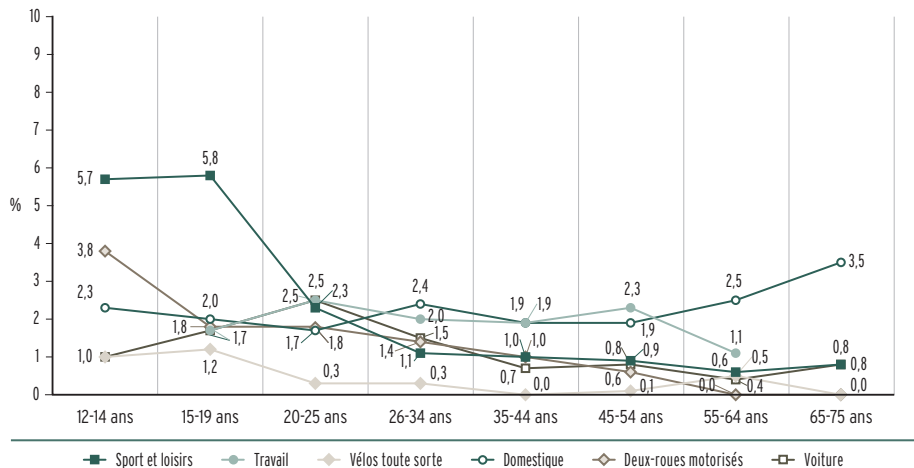


FIGURE 3

Fréquence des différents accidents déclarés parmi les femmes, selon l'âge



exposés aux accidents de sport et loisirs que les femmes [tableau III]. La profession n'apparaît pas discriminante dans la survenue de l'accident mais les personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant au moins trois années d'études supérieures

TABLEAU III

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident de sport et de loisirs parmi les personnes âgées de 15 à 75 ans

	N=21 623	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme	9 251	1	
Femme	12 372	0,4***	0,3 ; 0,6
Âge			
15-25 ans	1 534	1	
26-34 ans	4 239	0,6*	0,4 ; 0,9
35-44 ans	4 715	0,5***	0,3 ; 0,7
45-54 ans	4 172	0,3***	0,2 ; 0,5
55-64 ans	3 845	0,2***	0,1 ; 0,3
65-75 ans	3 118	0,3***	0,2 ; 0,5
Profession et catégorie socioprofessionnelle			
Ouvriers	3 700	1	
Agriculteurs	694	0,7	0,3 ; 1,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 575	0,8	0,4 ; 1,4
Cadres et professions libérales supérieures	3 401	0,9	0,6 ; 1,5
Professions intermédiaires	5 758	1,1	0,7 ; 1,7
Employés	6 495	0,7	0,4 ; 1,1
Diplôme			
Aucun diplôme	1 840	1	
Niveau 5 (certificat d'études/CAP/BEP)	9 076	1,2	0,6 ; 2,4
Niveau 4 (baccalauréat)	3 610	1,6	0,7 ; 3,5
Niveau 3 (bac +2)	2 818	2,1	0,9 ; 4,5
Niveaux 2 et 1 (bac + 3 et plus)	4 279	2,6*	1,2 ; 5,7

* : p<0,05; *** : p<0,001.

TABLEAU IV

Les accidents de sport et de loisirs (dont de vélo selon le genre) (en pourcentage)

	N	Ensemble	Hommes	Femmes
Accidents de sport et loisirs en dehors du vélo, du roller et du skate	26 672	2,6	3,5	1,6***
Accidents de vélo ^a	13 137	0,7	0,9	0,4***
Accidents de VTT ^b	7 979	0,6	0,8	0,3*
Accidents autre vélo (hors VTT et BMX) ^c	8 017	0,1	0,2	0,1
Accidents de roller et/ou de skate ^d	2 445	1,3	1,5	1,0

a. Sur la base des personnes déclarant avoir fait du vélo au cours des douze derniers mois.

b. Sur la base des personnes déclarant avoir fait du VTT au cours des douze derniers mois.

c. Sur la base des personnes déclarant avoir fait du vélo autre que VTT et BMX au cours des douze derniers mois.

d. Sur la base des personnes déclarant avoir fait du roller ou du skate au cours des douze derniers mois.

* : p<0,05; *** : p<0,001.

ont, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité plus élevée d'être victimes de tels accidents (OR=2,9; $p<0,01$).

Les accidents de vélo concernent surtout les garçons et davantage aussi les plus jeunes : c'est entre 12 et 14 ans qu'ils sont les plus fréquents (3,4 %). Chez les femmes, la fréquence est plus élevée entre 15 et 19 ans (1,2 %) **[tableau IV, figures 2 et 3]**.

Les accidents domestiques

La courbe de fréquences des accidents domestiques selon l'âge est globalement constante, bien qu'elle remonte légèrement aux extrêmes **[figures 2 et 3]**. La fréquence des accidents domestiques parmi les femmes âgées de 65 à 75 ans (3,5 %) est en effet la plus élevée. À l'inverse des autres accidents, pour lesquels les fréquences les plus élevées s'observent aux jeunes âges pour baisser ensuite, la fréquence des accidents domestiques tend à augmenter avec l'âge.

Néanmoins, quand l'effet d'autres facteurs est contrôlé (situation professionnelle, diplôme), l'âge n'apparaît pas comme un facteur associé à l'accident domestique.

Ainsi, entre 15 et 75 ans, ce type d'accidents concerne de façon très homogène toute la population.

Les accidents du travail ou d'atelier parmi les personnes actives

Le pourcentage d'individus ayant subi un accident de travail ou d'atelier au cours des douze derniers mois décroît régulièrement selon l'âge chez les hommes **[figure 2]**. Concernant les femmes, la fréquence des accidents du travail selon l'âge est plus constante et inférieure à celle des hommes quel que soit l'âge **[figure 3]**.

L'effet sexe est important dans la probabilité d'avoir un accident du travail **[tableau V]** : les hommes sont deux fois plus exposés à ce type d'accidents (OR femmes=0,5; $p<0,001$).

Concernant la catégorie socioprofessionnelle (PCS), les ouvriers, les agriculteurs et les artisans ont un risque plus élevé d'avoir subi ce type d'accident au cours des douze derniers mois que les cadres, les professions libérales, les professions intermédiaires ou les employés.

Enfin, les individus déclarant un diplôme de niveau 1 (bac + 5 et grandes écoles) ont significativement moins de risques d'avoir eu un accident au cours des douze derniers mois que ceux ayant un diplôme inférieur (OR=0,4; $p<0,001$).

Les accidents de voiture

Les accidents de voiture sont plus fréquemment rapportés par les femmes, mais cette différence n'est pas significative **[tableaux II et VI]**. La version 2005 du Baromètre santé s'agissant des accidents de voiture ne distingue pas les passagers des conducteurs. En 2000, cette précision était apportée et les jeunes femmes relataient significativement plus d'accidents de voiture en tant que passagères que les autres **[8]**.

La probabilité d'avoir un accident de voiture s'avère nettement plus élevée parmi les jeunes de 15 à 34 ans **[tableau VI]**.

Contrairement aux autres accidents étudiés dans le chapitre, une variable relative aux comportements de santé est associée à la probabilité d'avoir ce type d'accidents². Ainsi, la consommation déclarée de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois est associée à un OR deux fois plus élevé concernant le fait d'avoir eu un accident (OR=2,2; $p<0,001$).

Les accidents de moto, de mobylette et de scooter

Les accidents de deux-roues motorisés sont

2. Ce type de variables a été testé dans les modèles précédents (accidents de sport et de loisirs, de travail domestique, deux-roues motorisés), mais n'a pas donné de résultats probants.

TABLEAU V

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident de travail, parmi les personnes actives de 16 ans à 65 ans

Actifs de 16 à 65 ans	N=15 420	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme	6 930	1	
Femme	8 490	0,5***	0,4; 0,6
Âge			
16-25 ans	1 393	1	
26-34 ans	3 943	1,1	0,7; 1,5
35-44 ans	4 480	0,7*	0,5; 1,0
45-54 ans	3 899	0,6**	0,4; 0,9
55-65 ans	1 705	0,4**	0,3; 0,7
Profession et catégorie socioprofessionnelle			
Ouvriers	2 586	1	
Agriculteurs exploitants	340	1,3	0,7; 2,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 004	0,7	0,5; 1,1
Cadres et professions libérales supérieures	2 627	0,4***	0,2; 0,6
Professions intermédiaires	4 345	0,6**	0,4; 0,8
Employés	4 518	0,6**	0,5; 0,8
Diplôme			
Aucun diplôme	1 065	1	
Inférieur au bac (certificat d'études/CAP/BEP)	5 622	1,8*	1,2; 2,8
Baccalauréat (baccalauréat)	2 728	1,3	0,8; 2,2
Bac + 2 (bac +2)	2 458	1,1	0,6; 1,8
Bac + 3, bac + 4 (bac + 3 et 4)	1 974	1,0	0,5; 1,8
Bac + 5 et plus (bac + 5 et plus, et grandes écoles)	1 573	0,4*	0,2; 0,9

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

TABLEAU VI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident de voiture^a, ensemble 15-75 ans

	N=14 242	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme	6 114	1	
Femme	8 128	1,1	0,8; 1,6
Âge			
15-25 ans	994	1	
26-34 ans	2 777	0,6	0,3; 1,0
35-44 ans	3 149	0,2***	0,1; 0,4
45-54 ans	2 725	0,2***	0,1; 0,5
55-64 ans	2 571	0,1***	0,0; 0,2
65-75 ans	2 026	0,2***	0,1; 0,5
Consommation de médicaments psychotropes			
Non	11 895	1	
Oui	2 347	2,2**	1,3; 3,9

a. Les variables PCS et diplôme intégrées au modèle ne sont pas présentées car elles n'amènent pas de résultats probants.

** : p<0,01; *** : p<0,001.

les accidents les plus fréquemment déclarés par les hommes : c'est entre 15 et 25 ans que le risque est le plus élevé [figure 2]. Chez les filles, les accidents sont plus fréquents avant 15 ans [figure 3].

Les résultats d'une analyse multivariée avec les mêmes variables utilisées pour les modèles précédents corroborent la surexposition des hommes (OR des femmes=0,2 ; $p<0,001$) et des jeunes de 15 à 25 ans. En outre, selon le diplôme, les personnes titulaires d'un diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat apparaissent significativement moins susceptibles de subir ce type d'accidents.

Évolution des types d'accidents depuis 2000

En 2000, la fréquence des accidents s'élevait à 13,1 % des personnes interrogées : 16,2 % parmi les hommes et 10,1 % parmi les femmes ($p<0,001$) [tableau VII].

La baisse (de 3 points) de la déclaration des accidents entre les deux périodes (2000 et 2005) concerne en premier lieu les plus jeunes [figure 1] et porte significativement sur les déclarations des accidents de sport et de loisirs (autres que le vélo).

De même, mais dans une moindre mesure, la fréquence des accidents de deux-roues motorisés est plus faible en 2005 qu'en 2000 (3,5 % vs 4,6 % ; $p<0,01$).

En revanche, les prévalences déclarées des accidents domestiques, des accidents de vélo et des accidents de voiture apparaissent stables.

Les accidents selon certains comportements et conduites à risques

Il est établi à ce jour des corrélations entre des comportements de consommation de produits psychoactifs et la survenue d'accidents : c'est le cas notamment pour l'accident de la route chez les jeunes (hommes) consommateurs d'alcool, ou encore pour l'accident domestique (spécifiquement la chute) chez les personnes plus âgées « consommatrices » de médicaments psychotropes. En effet, la consommation d'alcool entraîne une baisse de la vigilance ou des prises de risque plus importantes [6, 16], et la consommation de médicaments psychotropes par les personnes âgées peut entraîner somnolence, vertiges ou encore troubles visuels constituant ainsi un facteur de risque de chute [17].

TABLEAU VII

Type d'accidents au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'année d'enquête, en 2000 et en 2005 (en pourcentage)

Année d'enquête	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
N	13 685	26 672	6 027	11 188	7 658	15 484
Total accidents	13,1***	9,8	16,2***	12,1	10,1***	7,7
Accident de sport ou loisirs (autre que vélo)	3,8***	2,6	5,2***	3,5	2,5***	1,6
Accident de vélo	0,8	0,6	1,1	0,9	0,5	0,3
Accident de moto, scooter, mobylette	4,6**	3,3	5,9*	4,2	2,0	1,5
Accident de travail ou d'atelier	3,5	3,4	5,2	4,7	1,7***	2,0
Accident domestique	2,4	2,1	2,3	2,0	2,5	2,3
Accident de voiture	0,8	1,0	0,8	1,0	0,7	1,1

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

Cette partie s'attache à présenter les fréquences d'accidents (au cours des douze derniers mois) selon les niveaux de consommation de cannabis, d'alcool, puis de médicaments psychotropes.

Il est important de rappeler que les résultats présentés ci-après n'établissent pas de relation de cause à effet entre deux événements étudiés. Dans le cadre de cette enquête, la liaison entre accident et consommation d'alcool ne permet pas d'affirmer que la survenue de l'accident est due à une ivresse.

Accidents et consommation de produits psychoactifs

Pour le cannabis, l'analyse a porté sur deux types de consommation : la consommation régulière, c'est-à-dire avoir consommé au moins dix fois au cours des trente derniers jours, et la consommation occasionnelle,

c'est-à-dire au moins un usage au cours des douze derniers mois.

S'agissant de l'alcool, la prévalence des accidents est décrite selon les fréquences de consommations déclarées : quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou moins souvent, et abstinence³.

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, quel que soit le profil de consommation, la prévalence des accidents apparaît plus élevée parmi les consommateurs que parmi les non-consommateurs [tableau VIII]. Cette prévalence tend à augmenter avec la fréquence d'usage. Par âge, ce constat est significatif parmi les 12-25 ans et les 26-55 ans.

3. Consommation quotidienne : déclare avoir bu tous les jours; consommation hebdomadaire : déclare avoir bu deux, trois ou quatre fois par semaine; consommation mensuelle ou moins fréquente : déclare avoir bu une fois par mois ou moins fréquemment; abstinence : déclare ne pas avoir bu au cours des douze derniers mois.

TABEAU VIII

Fréquence des accidents selon des comportements de consommation de cannabis et d'alcool

A eu au moins un accident au cours des douze derniers mois	N	Ensemble	12-25 ans	26-55 ans	56-75 ans
Ensemble	26 621		4 673	14 682	7 317
Cannabis		9,8	15,7	8,9	6,2
Occasionnel	26 605				
Oui	1 915	17,6	21,4	12,2	15,5
Non	24 689	9,2***	14,4***	8,7**	6,1
Régulier^a	23 284				
Oui	565	18,5	22,3	11,7	
Non	22 720	10,1***	15,3*	8,8	^b
Alcool	26 621	***		*	
Jamais	3 624	9,2	13,3	7,0	6,1
Mensuel ou moins	10 507	10,4	15,5	8,5	6,5
Hebdomadaire	8 875	10,3	18,3	9,6	6,6
Quotidien	3 615	7,8	19,9	9,5	4,3
Ivresse au cours de l'année					
Oui	3 780	16,4	20,0	13,9	10,7
Non	22 890	8,8***	14,3***	8,0	6,1*

a. Les questions sur la consommation récente et régulière de cannabis n'ont été posées qu'aux 12-64 ans.

b. Aucune personne n'a déclaré de consommation régulière.

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Les personnes qui ne consomment jamais d'alcool et celles qui en consomment quotidiennement sont moins nombreuses à déclarer avoir été victimes d'un accident que les consommateurs hebdomadaires et ceux qui consomment moins fréquemment. Ce résultat peut paraître surprenant puisqu'on pourrait s'attendre à une plus forte fréquence des accidents parmi les consommateurs quotidiens. Les personnes consommant tous les jours, mais peu, pèsent probablement sur ce résultat.

Ce constat ne se retrouve pas chez les jeunes de l'échantillon, parmi lesquels la fréquence des accidents croît avec la fréquence d'usage, pour atteindre son maximum parmi ceux qui déclarent consommer quotidiennement.

Sur l'ensemble de l'échantillon, deux fois plus de personnes répondent avoir été victimes d'un accident lorsqu'elles déclarent au moins une ivresse au cours de l'année (16,4 % vs 8,8 %; $p < 0,001$). Ce constat reste significatif pour les classes 12-25 ans et 56-75 ans.

Concernant la consommation de médicaments psychotropes, les jeunes comme les adultes, lorsqu'ils déclarent en avoir consommé au cours de l'année, déclarent aussi plus souvent avoir été victimes d'un accident au cours des douze derniers mois [figure 4]. Ce constat est significatif pour les

hommes comme pour les femmes entre 26 et 55 ans et pour les jeunes femmes âgées de 12 à 25 ans.

Profil comportemental des victimes d'accidents

Les régressions logistiques présentées dans les **tableaux IX et X** permettent d'affiner les profils des accidentés et d'analyser le poids des différentes variables intervenant dans la survenue d'un accident.

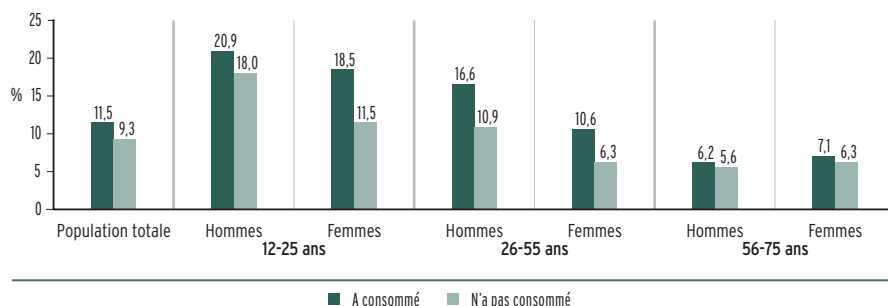
Les jeunes et les adultes de plus de 25 ans sont présentés séparément en raison des différences de comportements de consommation (produit et fréquence d'usage), de même pour le sexe.

Chez les jeunes hommes, parmi les variables étudiées, aucun facteur n'apparaît associé à la survenue d'accidents [tableau IX]. En revanche, les jeunes femmes consommatrices occasionnelles de cannabis ou davantage ont quasiment deux fois plus de risques d'être victimes d'un accident. De même pour la consommation d'alcool, où elles sont deux fois plus exposées aux accidents que celles qui ne boivent jamais (OR=1,9; $p < 0,05$).

Parmi les adultes de plus de 25 ans, la consommation d'alcool n'apparaît pas liée au risque accidentel pour les hommes, à l'inverse des femmes [tableau X]. Par contre,

FIGURE 4

Prévalence des accidents (douze derniers mois) selon la consommation ou non de médicaments psychotropes, par sexe et groupe d'âge (en pourcentage)



il existe pour les deux sexes une association nette entre la survenue d'un accident et la consommation de médicaments psychotropes au cours de l'année.

TABLEAU IX

Modèles finaux de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la survenue d'un accident au cours des douze derniers mois parmi les jeunes hommes, puis les jeunes femmes, âgés de 15 à 25 ans

	N=1080	Hommes		N=1303	Femmes	
		OR ajusté	IC à 95 %		OR ajusté	IC à 95 %
Âge		1			1	
Âge en continu de 15 à 25 ans		1,0	0,9; 1,0		0,9*	0,9; 1,0
Consommation occasionnelle de cannabis^a						
Non	743	1		1 082	1	
Oui	337	1,3	0,9; 2,0	221	1,9*	1,1; 3,4
Consommation d'alcool au moins une fois dans l'année						
Non	121	1		239	1	
Oui	959	0,9	0,5; 1,7	1 064	1,9*	1,1; 3,5
Ivresse dans l'année						
Non	606	1		1 014	1	
Oui	474	1,1	0,7; 1,6	289	0,9	0,5; 1,6
Consommation de médicaments psychotropes au cours de l'année						
Non	1 024	1		1 183	1	
Oui	56	1,1	0,5; 2,4	120	1,7	0,8; 3,3

a. Consommation occasionnelle de cannabis : au moins un usage au cours des douze derniers mois.

* : p<0,05.

TABLEAU X

Modèles finaux de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la survenue d'un accident au cours des douze derniers mois parmi les hommes, puis les femmes, de 26 à 75 ans

	N=5968	Hommes		N=8 458	Femmes	
		OR ajusté	IC à 95 %		OR ajusté	IC à 95 %
Âge		1			1	
Âge en continu de 26 à 75 ans		0,97***	0,97; 0,98		0,99	0,99; 1,0
Consommation occasionnelle de cannabis						
Non	5 578	1		8 252	1	
Oui	390	0,8	0,6; 1,2	206	1,3	0,8; 2,2
Consommation d'alcool au moins mensuelle						
Non	452	1		1 019	1	
Oui	5 516	1,2	0,8; 1,7	7 439	1,3	1,0; 1,9
Ivresse dans l'année						
Non	4 844	1		8 018	1	
Oui	1 124	1,4**	1,1; 1,8	440	0,9	0,6; 1,3
Consommation de médicaments psychotropes au cours de l'année						
Non	5 244	1		6 588	1	
Oui	724	1,6**	1,2; 2,1	1 870	1,6***	1,3; 1,9

** : p<0,01; *** : p<0,001.

Enfin, concernant la consommation de cannabis, le modèle ne fait pas apparaître de facteurs associés à la survenue d'un accident.

En 2000, les résultats du Baromètre santé indiquaient une exposition au risque accidentel plus élevée parmi les personnes déclarant avoir eu au moins une ivresse dans l'année, ainsi que pour les personnes qui déclaraient une consommation de cannabis au cours de l'année écoulée.

En outre, la consommation de médicaments psychotropes s'avérait positive et liée à la survenue d'accidents : en particulier, la consommation de tranquillisants ou de somnifères pour les hommes et d'antidépresseurs pour les femmes.

LES CIRCONSTANCES DU DERNIER ACCIDENT

Pour la première fois, le Baromètre santé, dans sa version de 2005, a permis de recueillir des informations plus précises sur le dernier accident déclaré. Ainsi, après avoir renseigné le dernier accident (travail, vie courante, sport ou circulation), la victime devait préciser le mécanisme accidentel, le lieu de survenue de l'accident, puis le sport pratiqué dans le cas d'un accident de sport.

Le dernier accident par sexe et par âge

Un tiers des personnes interrogées (33,9 %) victimes d'au moins un accident au cours des douze derniers mois déclare un accident de la vie courante comme dernier accident. Pour un quart des victimes (24,5 %), leur dernier accident était un accident de sport ; pour 23,3 % d'entre elles, il s'agissait d'un accident du travail ; pour 14,0 %, d'un accident de la circulation. Un peu plus de 4 % des personnes interrogées (4,3 %) n'ont pas précisé le type d'accident dont elles ont été victimes.

Parmi les hommes, l'accident de sport et de loisirs est le dernier accident le plus fréquent (28,7 %), puis l'accident du travail (27,2 %), l'accident de la vie courante (26,5 %), enfin l'accident de la circulation (13,8 %).

La répartition par type d'accidents chez les femmes est identique à celle de l'ensemble de l'échantillon.

Les mécanismes accidentels

Une liste précodée de sept mécanismes accidentels a été intégrée au questionnaire comprenant la chute, le choc, la coupure, la brûlure, l'intoxication, l'étouffement (dont la noyade) et l'explosion. Au total, 2 472 personnes ont répondu à cette question : 41 d'entre elles n'ont pas su répondre (NSP) et 249 déclarent un mécanisme « autre » que ceux proposés dans la liste.

Pour l'essentiel, les mécanismes cités par les victimes sont les chutes et les chocs (37,4 % pour les chutes et 37,0 % pour les chocs). Les coupures représentent 13,0 % des accidents et les brûlures sont beaucoup plus rares (1,6 %).

Les chutes et les chocs constituent la majorité des mécanismes accidentels pour les hommes comme pour les femmes. Toutefois, ces dernières chutent plus que les hommes (44,4 % vs 33,8 % ; $p < 0,001$) et les hommes subissent plus souvent des chocs (39,9 % vs 34,2 % ; $p < 0,01$) [figures 5 et 6]. Le troisième mécanisme accidentel le plus cité, la coupure, représente 15,8 % des accidents parmi les hommes et 9,2 % parmi les femmes ($p < 0,001$).

Les courbes des mécanismes selon l'âge suivent des tendances relativement similaires entre les hommes [figure 5] et les femmes [figure 6], avec la prédominance des chutes et des chocs à tous les âges.

Les chutes sont plus nombreuses parmi les plus jeunes et les plus âgés, alors que les chocs sont majoritaires aux âges intermédiaires.

En effet, les chocs sont des mécanismes particulièrement représentés entre 20 et 55 ans : ils sont plus fréquents que les chutes parmi les hommes alors que l'écart est moindre parmi les femmes. Le pourcentage des coupures est globalement constant

FIGURE 5

Principaux mécanismes accidentels déclarés par les hommes lors du dernier accident, selon l'âge

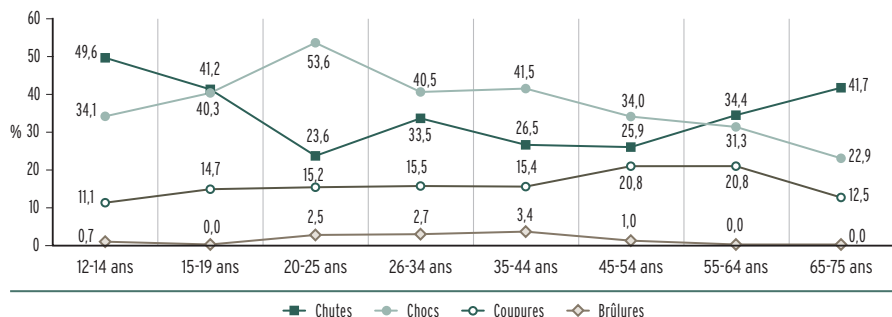


FIGURE 6

Principaux mécanismes accidentels déclarés par les femmes lors du dernier accident, selon l'âge

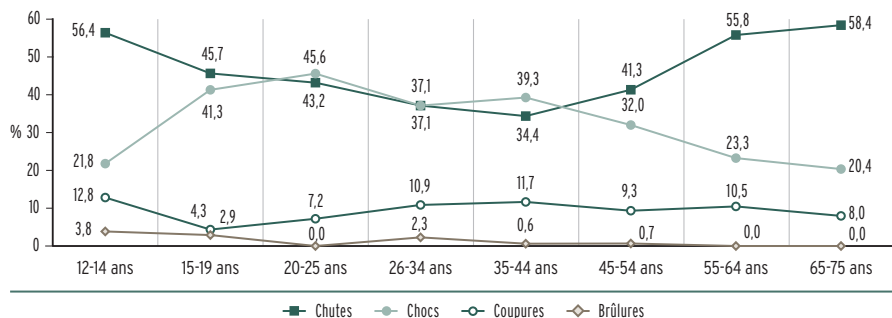


TABLEAU XI

Mécanisme du dernier accident selon le type d'accidents

	N	Sport et loisirs	Vie courante	Travail	Circulation
	2 100	486**	795***	516***	303**
Chute	919	47,3 %	46,4 %	25,5 %	22,8 %
Choc	847	42,6 %	21,1 %	40,4 %	68,8 %
Coupure	299	1,7 %	18,8 %	23,6 %	2,4 %
Brûlure	35	0,2 %	2,0 %	2,6 %	2,2 %

** : p<0,01; *** : p<0,001.

chez les femmes alors qu'il augmente avec l'âge parmi les hommes. Enfin, la brûlure est un événement plus rare.

Les chutes sont majoritaires lors des accidents de sport (47,3 %) et de la vie courante (46,4 %) **[tableau XI]**. Elles concernent un quart des accidents du travail (25,5 %) et de la circulation (22,8 %)

Les chocs sont déclarés par 68,8 % des victimes d'accident de la circulation, par 42,6 % des victimes d'accident de sport et par 40,4 % des victimes d'accident du travail.

Les coupures se produisent essentiellement lors des accidents de la vie courante (18,8 %) et du travail (23,6 %).

Lieux de survenue du dernier accident

Une grande majorité des derniers accidents a eu lieu dans des lieux publics (20,7 % dans la rue/route, 6,5 % dans un lieu public, 13,9 % sur un terrain de sport, 14,5 % au travail, 6,1 % à l'école ou au lycée) **[figure 7]**.

Néanmoins, près d'un tiers des accidents a eu lieu au domicile (15,6 %) ou à ses abords immédiats (15,8 %).

Assez logiquement, la plupart des accidents de la circulation se sont produits sur la route (84,0 %). Pour les autres accidents, bien que les lieux déclarés correspondent majoritairement aux types d'accident (60,2 % des accidents du travail se sont

produits sur le lieu de travail, 38,5 % des accidents de la vie courante se sont produits à l'intérieur du domicile, 26,6 % à l'extérieur, et 53,5 % des accidents de sport sur un terrain de sport), les situations apparaissent plus variées : par exemple, près de 11 % des accidents du travail se sont produits sur la route. Pour les accidents de sport, 11,9 % ont eu lieu à l'école ou au lycée, 10,6 % à l'extérieur du domicile et 9,8 % dans un lieu public.

Les accidents de sport

Au préalable, afin d'obtenir des effectifs suffisants pour chaque sport cité, les deux classes d'âge 26-55 ans et 56-75 ans ont été regroupées. Au total, sur l'ensemble des personnes de l'échantillon, 533 personnes ont déclaré comme dernier accident un accident de sport : 282 parmi les 12-25 ans et 251 parmi les 26-75 ans.

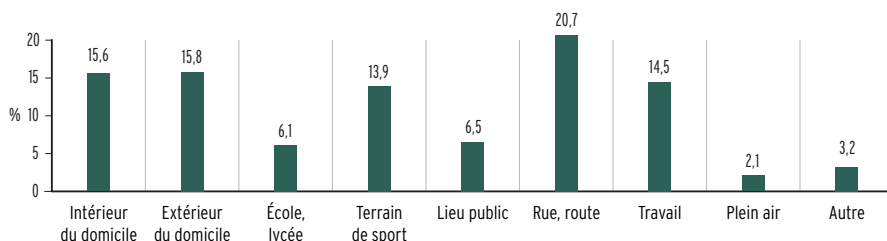
Les sports d'équipe avec ballon (foot, basket, volley, hand et rugby) sont particulièrement représentés parmi les sports incriminés dans ces accidents **[figure 8]**, le foot constituant le premier sport déclaré par les victimes.

Le ski représente également une activité à fort potentiel accidentel (8,4 %), ainsi que la course à pied, le vélo, la pratique d'un art martial, ou encore la gymnastique.

Les types de sports incriminés dans les

FIGURE 7

Répartition des lieux de survenue du dernier accident



accidents apparaissent différents entre les jeunes et les adultes et correspondent aux types de sports pratiqués selon les âges : les premiers semblent davantage touchés par les accidents dans le cadre de sports d'équipe, alors que les adultes victimes de

ces accidents le sont plus souvent dans le cadre de sports qui peuvent se pratiquer de façon ponctuelle tels que le ski, le tennis, la randonnée...

LES CHUTES À PARTIR DE 40 ANS

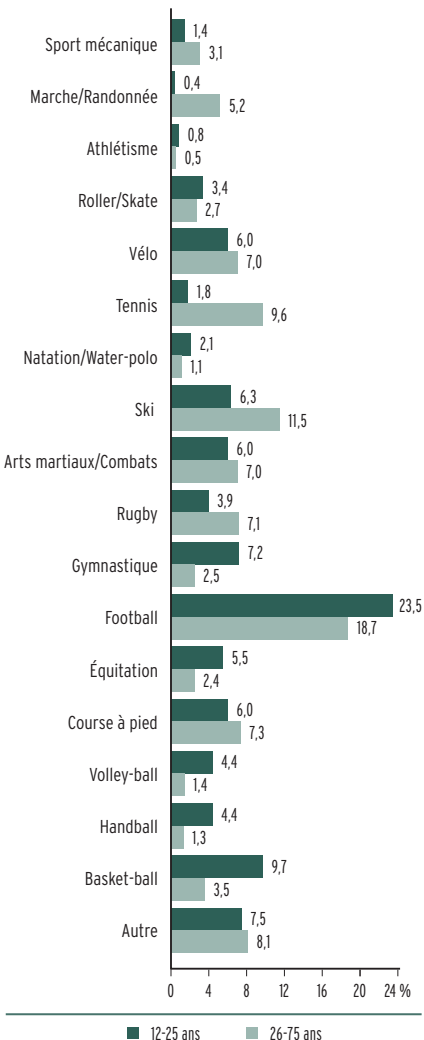
Les chutes constituent, comme la description du dernier accident, un nouveau volet de questions par rapport au Baromètre santé 2000. Il a été demandé aux personnes âgées de 40 à 75 ans le nombre de chutes qu'elles ont subies au cours des douze derniers mois et si elles ont consulté à la suite de leur dernière chute. Pour repérer les personnes « vulnérables », une question sur la limitation des déplacements ou des activités par peur de retomber a été posée ainsi qu'une question sur la stabilité posturale lorsque la personne est debout (troubles de l'équilibre, vertige ou instabilité).

Près d'une personne sur quatre (23,1 %) âgée de 40 à 75 ans déclare avoir chuté au cours de l'année écoulée, les femmes un peu plus que les hommes (24,1 % vs 22,1 % ; $p < 0,01$) [tableau XII]. Le pourcentage des chutes déclarées augmente avec l'âge chez les femmes (21,7 % entre 40 et 49 ans vs 26,1 % entre 70 et 75 ans ; $p < 0,001$), alors qu'il baisse parmi les hommes (25,5 % entre 40 et 49 ans, 21,6 % entre 70 et 75 ans ; $p < 0,001$) [figure 9].

Un chuteur sur deux (50,4 %) a fait une seule chute au cours de l'année écoulée (55,8 % parmi les femmes vs 44,0 % parmi les hommes ; $p < 0,001$), un sur quatre (25,0 %) déclare deux chutes, 11,6 % déclarent trois chutes et 13,0 % au moins quatre chutes. Parmi les personnes ayant rapporté au moins quatre chutes, 9,8 % sont des femmes et 16,9 % des hommes ($p < 0,001$). Les plus jeunes sont plus nombreux à chuter plusieurs fois : 18,3 % des personnes âgées de 40 à 49 ans déclarent au moins quatre chutes, alors que c'est le cas de 9,1 % des personnes âgées de 60 à 75 ans.

FIGURE 8

Sport pratiqué lors du dernier accident selon l'âge (en pourcentage des accidents de sport)



Les fréquences des chutes les plus élevées se trouvent parmi les agriculteurs exploitants (28,3 %), ainsi que les cadres et

professions libérales supérieures (26,1 %) ; à l'inverse, on observe moins de chuteurs parmi les ouvriers (19,2 %) et artisans,

TABLEAU XII

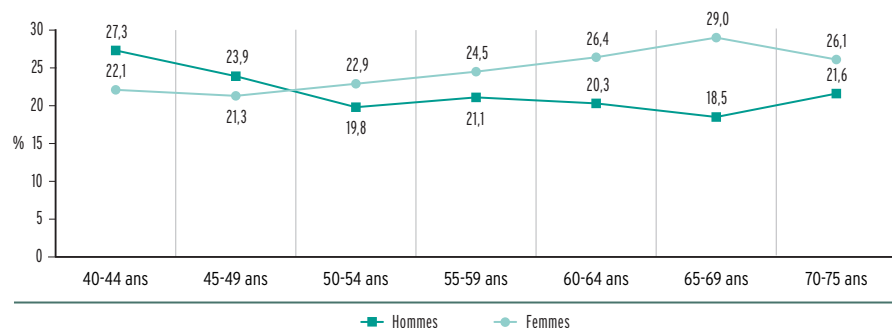
Fréquence des chutes entre 40 et 75 ans, au cours des douze derniers mois, selon les variables sociodémographiques

	N	Ensemble (n=14 790)	Hommes (n=6 017)	Femmes (n=8 773)
Avoir chuté		23,1	22,1	24,1 **
Âge			***	***
40-49 ans	4 544	23,5	25,5	21,7
50-59 ans	4 915	22,0	20,4	23,6
60-69 ans	3 614	23,7	19,2	28,0
70-75 ans	1 717	23,9	21,6	26,1
Profession et catégorie socioprofessionnelle		***	***	
Agriculteurs exploitants	604	28,3	30,4	25,7
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 189	20,8	20,4	21,0
Cadres et professions libérales supérieures	2 175	26,1	26,2	26,0
Professions intermédiaires	3 550	23,5	23,0	24,0
Employés	4 336	22,4	19,9	23,3
Ouvriers	2 507	19,2	17,5	23,3
Diplôme		***	***	**
Aucun diplôme	1 613	20,5	15,6	24,5
Niveau 5 (certificat d'études/CAP/BEP)	7 788	21,8	21,0	22,5
Niveau 4 (baccalauréat)	2 168	24,5	24,0	24,9
Niveau 3 (bac + 2)	1 294	22,3	22,7	22,0
Niveau 2 (bac + 3 et 4)	1 274	26,5	24,8	27,9
Niveau 1 (bac + 5 et plus, grandes écoles)	1 019	28,0	27,6	28,9

** : p<0,01; *** : p<0,001.

FIGURE 9

Fréquence des chutes au cours des douze derniers mois, parmi les personnes âgées de 40 à 75 ans



commerçants, chefs d'entreprise (20,8 %) **[tableau XII]**.

En termes de niveau d'instruction, la prévalence des chutes augmente avec l'élévation du niveau de diplôme.

La chute est un événement multifactoriel **[17]** : certains facteurs de risque sont bien documentés tels que la prise de médicaments (notamment les psychotropes), ou encore la présence d'une maladie chronique. L'influence d'autres facteurs sur les chutes comme l'alcool et la dénutrition est, en revanche, moins bien connue. En effet, les études épidémiologiques réalisées sur les facteurs de risque ne prennent pas suffisamment en compte les effets de l'alcool et de la dénutrition. Il nous a donc paru intéressant

d'analyser la chute au regard de ces comportements.

Globalement, pour les femmes, les chutes sont significativement associées à un surpoids, à la survenue d'un épisode dépressif, à la consommation d'alcool et à la présence d'une maladie chronique **[tableau XIII]**, alors que, pour les hommes, les chutes sont associées aux consommations de médicaments psychotropes et d'alcool.

Les résultats présentés dans le **tableau XIV** corroborent en partie les éléments mis en avant précédemment. Ils distinguent très nettement les profils femmes et hommes. Parmi ces derniers, seul l'âge apparaît déterminant dans la survenue de la chute mais ce résultat ne va pas dans le sens attendu, et

TABLEAU XIII

Fréquence des chutes entre 40 et 75 ans au cours des douze derniers mois, par sexe (en pourcentage)

	N	Ensemble (n=14 790)	Hommes (n=6 017)	Femmes (n=8 773)
		23,1	22,1	24,1**
Indice de masse corporelle	14 562			***
Maigre	343	21,2	29,7	19,9
Normal	7 823	22,7	22,5	22,7
En surpoids	4 860	23,3	21,9	25,5
Obèse	1 551	25,5	20,7	30,6
Présence d'une maladie chronique	14 790	***		***
Oui	4 890	27,1	22,8	30,9
Non	9 930	21,3	21,7	20,9
Épisode dépressif au cours des douze derniers mois	9 705	***		***
Oui	751	32,6	25,1	36
Non	8 954	22,7	22,3	23
Consommation de médicaments psychotropes	9 705	***	*	***
Oui	1 998	30,1	26,1	32,1
Non	7 707	21,8	21,9	21,8
Consommation d'alcool	14 748		*	*
Quotidienne	3 310	23,4	21,6	28
Hebdomadaire	5 305	23,6	23,2	24,1
Mensuelle ou moins	4 617	23,2	22,1	23,6
Jamais	1 516	20,6	17,5	22,5
Ivresse au cours de l'année	14 790	***	***	**
Non	13 918	22,6	21,0	23,9
Oui	872	32,0	31,9	32,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

TABLEAU XIV

Modèles finaux de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la survenue d'une chute au cours des douze derniers mois parmi les hommes et les femmes de 40 à 75 ans

	N	Hommes		N	Femmes	
		OR ajusté	IC à 95 %		OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
40-49 ans	1 175	1,0		1 550	1,0	
50-59 ans	1 225	0,7***	0,5 ; 0,8	1 582	1,1	0,9 ; 1,4
60-69 ans	923	0,7***	0,5 ; 0,8	1 217	1,3**	1,1 ; 1,6
70-75 ans	381	0,7	0,8 ; 1,2	575	1,2	1,0 ; 1,7
Profession et catégorie socioprofessionnelle						
Ouvriers	914	1,0		542	1,0	
Agriculteurs exploitants	196	1,8**	1,2 ; 2,7	166	0,9	0,6 ; 1,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	431	1,1	0,8 ; 1,6	265	0,8	0,6 ; 1,2
Cadres et professions libérales supérieures	769	1,2	0,9 ; 1,7	571	1,0	0,7 ; 1,4
Professions intermédiaires	859	1,2	0,9 ; 1,5	1 312	0,9	0,7 ; 1,3
Employés	535	0,9	0,7 ; 1,3	2 068	1,0	0,8 ; 1,3
Diplôme						
Aucun diplôme	338	1,0		515	1,0	
Niveau 5 (certificat d'études/CAP/BEP)	1 904	1,3	0,9 ; 1,8	2 449	0,9	0,7 ; 1,2
Niveau 4 (baccalauréat)	481	1,9**	1,3 ; 2,9	758	1,1	0,8 ; 1,6
Niveau 3 (bac + 2)	322	1,5	0,9 ; 2,3	468	1,0	0,7 ; 1,5
Niveaux 2 et 1 (bac + 3 et plus)	659	1,7*	1,1 ; 2,6	734	1,3	0,9 ; 1,8
Indice de masse corporelle						
Maigre	14	1,0		175	1,0	
Normal	1 628	0,8	0,2 ; 3,1	3 028	1,6	1,0 ; 2,5
En surpoids	1 645	0,8	0,2 ; 3,0	1 244	1,6	1,0 ; 2,6
Obèse	414	0,7	0,6 ; 2,7	477	1,9*	1,1 ; 3,2
Consommation de médicaments psychotropes						
Non	3 223	1,0		3 714	1,0	
Oui	481	1,1	0,9 ; 1,5	1 210	1,5***	1,3 ; 1,8
Présence d'une maladie chronique						
Non	2 570	1,0		3 358	1,0	
Oui	1 134	1,0	0,6 ; 1,5	1 566	1,6***	1,3 ; 1,9

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

l'on constate une diminution de la fréquence des chutes avec l'avancée en âge.

Au cours des douze mois précédant l'enquête, les femmes déclarent davantage avoir consulté après une chute que les hommes (26,4 % vs 17,1 % ; p<0,001) [tableau XV].

La fréquence des consultations à la suite de la chute augmente avec l'âge : elle s'élève à 19,9 % parmi les « chuteurs » âgés de 40 à 49 ans et s'établit à 28,1 % parmi les chuteurs

âgés de 70 à 75 ans. Ce constat est particulièrement marqué parmi les hommes, qui sont 14,5 % entre 40 et 49 ans à avoir consulté après une chute et 24,7 % entre 70 et 75 ans.

Parmi les femmes, les fréquences de consultation selon l'âge varient moins mais elles sont plus élevées parmi les plus âgées.

Près de 13 % des personnes (12,6 %) ayant chuté déclarent avoir été limitées dans leurs déplacements ou activités habituelles après leur chute : c'est le cas de 14,8 %

des femmes interrogées et de 10,2 % des hommes ($p < 0,001$). La limitation des activités augmente avec l'âge sur l'ensemble de l'échantillon. Par sexe, ces résultats ne sont pas significatifs.

Pour les hommes comme pour les femmes, les troubles de l'équilibre augmentent avec l'âge.

Entre 70 et 75 ans, ils sont ressentis par une personne sur quatre globalement (24,2 %) : parmi les hommes, un chuteur sur cinq ressent ces troubles ; c'est le cas de près d'une femme chuteuse sur trois (27,6 %) ($p < 0,001$).

L'augmentation des déclarations des troubles de l'équilibre apparaît particulièrement importante parmi les hommes : ces troubles sont ressentis par 5,5 % des hommes « chuteurs » de 40 à 49 ans, ils sont déclarés par 19,9 % des hommes âgés de 70 à 75 ans.

Parmi les femmes, ces troubles sont évoqués par 14,9 % d'entre elles avant

50 ans et doublent parmi les 70-75 ans [tableau XV].

LA PRATIQUE DU VÉLO ET L'UTILISATION DU CASQUE LORS DE LA DERNIÈRE SORTIE

Ce dernier volet du chapitre accident, initié pour la première fois dans le Baromètre santé 2000, est consacré à l'observation d'un comportement de prévention, ici celui de l'utilisation du casque lors de la dernière sortie à moto, scooter, mobylette, vélo, ou encore lors de la pratique du roller.

La pratique du vélo fédère un très large public [8, 18] et constitue aussi la source d'un nombre important d'accidents. L'utilisation du casque est recommandée pour prévenir les blessures à la tête en cas de chute [19, 20].

Les personnes interrogées devaient répondre à deux questions. La première

TABLEAU XV

Consultation, limitation des activités (peur de retomber) et troubles de l'équilibre parmi les chuteurs, par sexe et par âge, parmi les 40-75 ans (en pourcentage)

	N	Ensemble	N	Hommes	N	Femmes
	3 493	22,1	1 356	17,1	2 137	26,4***
Consultation à la suite de la dernière chute						
40-49 ans	1 077	19,9	517	14,5	560	25,7
50-59 ans	1 121	21,1	421	16,3	700	24,8
60-69 ans	865	24,1	275	19,6	590	27,0
70-75 ans	430	28,1**	143	24,7*	287	30,8
Limitation déclarée des déplacements ou activités quotidiennes après la chute, par peur de retomber						
		12,6		10,2		14,8***
40-49 ans	1 077	10,3	517	8,0	560	12,9
50-59 ans	1 120	12,6	421	11,3	699	13,6
60-69 ans	865	15,0	275	12,2	590	16,8
70-75 ans	430	15,6**	143	12,0	287	18,4
Troubles déclarés de l'équilibre parmi les chuteurs						
		15,5		11,2		19,3***
40-49 ans	1 077	10,0	517	5,5	560	14,9
50-59 ans	1 118	15,0	420	11,4	698	18,0
60-69 ans	863	20,9	275	18,2	588	22,7
70-75 ans	426	24,2***	142	19,9***	284	27,6***

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

était consacrée à l'utilisation d'un engin motorisé, du vélo, ou encore du roller au cours des douze derniers mois. La seconde question concernait l'utilisation du casque lors de la dernière sortie. Poser la question de l'utilisation du casque lors de la dernière sortie permet à l'interviewé de répondre sans effort de mémorisation.

Au cours des douze derniers mois, 51,9 % des personnes interrogées déclarent avoir fait du vélo : 58,9 % parmi les hommes et 45,1 % parmi les femmes ($p < 0,001$).

La pratique du vélo baisse avec l'âge [figure 10], mais encore un tiers des personnes âgées de 65 à 75 ans (29,4 %) déclarent en avoir fait.

L'utilisation du casque lors de la dernière sortie est déclarée par 20,6 % des hommes et 10,4 % des femmes ayant fait du vélo au cours des douze derniers mois. Avant 15 ans, les filles sont aussi nombreuses que les garçons à l'avoir utilisé (27,8 % et 27,6 %). Globalement, c'est aussi avant 15 ans qu'il est le plus utilisé. À partir de 16 ans, la fréquence d'utilisation entre hommes et femmes diffère et l'écart se creuse jusqu'à 75 ans. Parmi les femmes, l'utilisation est moins fréquente avec l'âge, alors que, parmi les hommes, même si le casque est moins

utilisé entre 15 et 34 ans, il a été porté par environ un quart des adeptes du vélo.

Le VTT est le type de vélo le plus pratiqué, notamment par les hommes et les plus jeunes [tableau XVI]. Ils sont aussi adeptes du BMX (vélo de cross), mais son utilisation (qui relève d'une pratique systématiquement sportive) n'est pas aussi répandue que pour les autres vélos (5,9 % des hommes de l'échantillon ont pratiqué du BMX et seulement 1,7 % parmi les femmes ; $p < 0,001$).

La pratique du vélo « classique » est, quant à elle, plus homogène entre les sexes et aussi selon les classes d'âge. Les femmes sont plus nombreuses à pratiquer ce type de vélo que le VTT.

L'utilisation du casque lors de la dernière sortie est moindre pour les utilisateurs du vélo « classique » par rapport aux usagers du VTT. Ce résultat est particulièrement marqué pour les femmes (8,7 % vs 14,1 % pour le VTT ; $p < 0,001$) [tableau XVI]. Plus globalement, elles sont toujours moins nombreuses à le porter que les hommes.

Quel que soit le type de vélo, l'utilisation du casque (dernière sortie) baisse jusqu'à 30 ans environ, après quoi les fréquences de son utilisation deviennent plus élevées, excepté parmi les femmes.

FIGURE 10

Pratique du vélo au cours des douze derniers mois et port du casque lors de la dernière sortie parmi les hommes et les femmes, selon l'âge

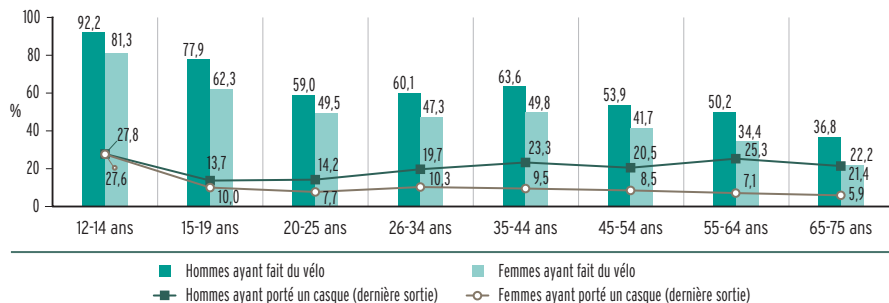


TABLEAU XVI

Répartition des différentes pratiques du vélo (douze derniers mois) et de l'utilisation du casque (dernière sortie), selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	N	VTT			Autre vélo (hors BMX et VTT)			
		Ensemble	Hommes	Femmes	N	Ensemble	Hommes	Femmes
Pratique du vélo (douze derniers mois)								
	26 672	33,6	43,3	24,1***		30,3	30,8	29,8
12-14 ans	1 334	78,9	86,3	69,8		41,2	40,6	41,8
15-19 ans	2 267	62,9	72,0	53,0		31,6	34,8	28,0
20-25 ans	2 586	44,5	52,0	36,2		22,9	21,0	24,9
26-34 ans	4 401	37,4	47,4	28,0		27,0	25,8	28,2
35-44 ans	4 933	34,7	47,2	23,9		33,1	31,1	34,8
45-54 ans	4 721	24,6	33,9	15,4		32,8	32,8	32,8
55-64 ans	3 148	17,2	26,1	9,0		32,8	36,9	29,1
65-75 ans	3 281	8,1	14,0	2,5		24,7	29,0	20,5
Utilisation du casque (dernière sortie)								
	8 952	19,7	22,9	14,1***	8 069	14,7	20,7	8,7***
12-14 ans	1 052	28,4	28,0	29,2	549	28,8	29,9	27,5
15-19 ans	1 427	12,3	13,5	10,5	716	13,3	16,2	9,6
20-25 ans	1 150	11,9	14,5	7,9	591	11,0	15,1	7,2
26-34 ans	1 644	18,4	22,1	12,5	1 190	13,7	18,7	9,5
35-44 ans	1 710	22,1	26,8	14,1	1 632	13,4	21,9	6,8
45-54 ans	1 160	22,3	26,5	13,3	1 548	12,6	17,5	7,7
55-64 ans	542	26,3	30,4	15,2	1 033	16,1	25,0	5,3
65-75 ans	267	26,2	29,6	7,3	810	15,6	22,4	6,5

*** : p<0,001.

TABLEAU XVIII

Évolution de la pratique du vélo et de l'utilisation du casque (dernière sortie) entre 2000 et 2005 (en pourcentage)

	Pratique du vélo		Utilisation du casque lors de la dernière sortie					
	Ensemble		Ensemble		Hommes		Femmes	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Effectif	13 685	26 672	7 377	13 137	3 739	6 429	3 638	6 708
Ensemble	55,2	51,9	8,2	16,1***	11,4	20,6***	4,1	10,4***
Hommes	62,3	58,9	11,4	20,6***				
Femmes	48,4	45,1	4,1	10,4***				
Âge								
12-14 ans	90,0	87,3	14,5	27,7***	20,6	27,9*	7,9	27,6***
15-19 ans	78,5	70,4	7,8	11,9**	7,9	13,3**	7,9	10,0
20-25 ans	63,5	54,5	8,6	11,4*	12,2	14,3	3,7	7,7*
26-34 ans	58,1	53,5	8,7	15,4***	13,2	19,7***	3,2	10,3***
35-44 ans	61,4	56,2	8,8	16,8***	13,2	23,3***	3,9	9,6***
45-54 ans	49,3	47,7	6,6	15,2***	9,8	20,4***	2,3	8,5***
55-64 ans	39,5	42,0	6,3	17,6***	9,5	25,4***	1,9	7,1**
65-75 ans	28,8	29,4	2,9	15,4***	2,5	21,4***	3,5	6,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

L'utilisation du casque lors de la dernière sortie varie en fonction du type de vélo et de l'âge du cycliste [tableau XVII]. On note ainsi que son utilisation lors de la pratique du VTT

augmente jusqu'à 64 ans, alors qu'elle a tendance à baisser parmi les personnes qui se servent d'un vélo classique (ces résultats ne sont pas significatifs).

TABLEAU XVII

Modèles finaux de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le port d'un casque lors de la dernière sortie à vélo

	Vélo (tous types)			VTT exclusivement	
	N=10157	OR ajusté	IC à 95 %	N=3545	OR ajusté
Sexe					
Homme	5 054	1		2 152	1
Femme	5 103	0,3***	0,3; 0,4	1 393	0,4***
Âge					
15-25 ans	816	1		443	1
26-34 ans	2 225	1,4*	1,0; 1,8	1 088	1,5*
35-44 ans	2 667	1,6***	1,2; 2,1	1 023	2,2***
45-54 ans	1 941	1,4*	1,1; 1,9	566	2,0***
55-64 ans	1 577	1,7***	1,3; 2,2	311	2,3***
65-75 ans	861	1,6**	1,1; 2,2	114	1,4
Profession et catégorie socioprofessionnelle					
Ouvriers	1 633	1		679	1
Agriculteurs exploitants	290	0,4**	0,3; 0,8	76	0,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	706	1,1	0,9; 1,5	257	1,1
Cadres et professions libérales supérieures	1 879	1,1	0,8; 1,3	588	0,8
Professions intermédiaires	2 989	1,2*	1,0; 1,5	1 042	1,2
Employés	2 660	1,2*	1,0; 1,5	903	1,3
Diplôme					
Aucun diplôme	591	1		203	1
Niveau 5 (certificat d'études/CAP/BEP)	3 752	1,3	0,9; 1,8	1 247	1,5
Niveau 4 (baccalauréat)	1 788	1,9***	1,4; 2,7	713	2,0**
Niveau 3 (bac +2)	1 588	1,8***	1,2; 2,5	647	1,9**
Niveaux 2 et 1 (bac + 3 et plus)	2 438	1,8***	1,3; 2,5	735	2,7***
Type d'agglomération *					
Commune rurale	2 012	1		660	1
Périurbaine	2 666	1,2	1,0; 1,4	996	1,1
Pôle urbain	5 479	1,2	1,0; 1,4	1 889	1,3*
Grandes régions					
Région parisienne	1 259	1		433	1
Bassin parisien	1 722	1,2	0,9; 1,5	614	1,1
Nord	699	0,9	0,6; 1,2	230	0,9
Ouest	1 827	1,1	0,9; 1,4	517	0,9
Est	892	1,6***	1,2; 2,1	343	1,4
Sud-Ouest	1 307	1,1	0,9; 1,4	394	1,1
Centre-Est	1 368	1,9***	1,5; 2,4	532	1,7**
Méditerranée	1 083	1,9***	1,5; 2,4	482	1,5*

* Résidence de la personne interviewée et non lieu de pratique du vélo.

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Alors que peu de différences se dessinent selon la catégorie socioprofessionnelle, le diplôme apparaît comme une variable plus discriminante dans l'utilisation du casque, en particulier pour ce qui concerne

la pratique du VTT. Bien que les résultats ne soient pas significatifs (excepté pour le VTT), l'utilisation du casque a tendance à être plus fréquente en zone urbaine.

Enfin, par grandes régions, on note une utilisation significativement plus importante du casque en région Centre-Est et Méditerranée, quel que soit le type de vélo utilisé.

Entre 2000 et 2005, deux fois plus de personnes interviewées qui ont fait du vélo au cours des douze derniers mois déclarent avoir porté un casque lors de leur dernière sortie [tableau XVIII] (8,2 % en 2000, les « utilisateurs » du casque sont 16,1 % en 2005; $p < 0,001$).

L'augmentation de la fréquence du port du casque touche toute la population de l'échantillon, les femmes comme les hommes, les moins jeunes comme les plus âgés. L'augmentation est cependant moins prononcée pour les 15-19 ans, garçons comme filles. De même, bien que l'utilisation du casque semble indéniablement se développer chez les femmes entre les deux années d'enquête, l'augmentation se dessine plus nettement parmi les hommes.

IC à 95 %	Autres vélos (hors VTT et BMX)		
	N=4387	OR ajusté	IC à 95 %
	1 592	1	
0,3 ; 0,5	2 795	0,3***	0,2 ; 0,4
	132	1	
1,0 ; 2,2	689	0,6	0,3 ; 1,2
1,5 ; 3,2	1 020	0,6	0,3 ; 1,1
1,3 ; 3,0	950	0,5	0,3 ; 1,0
1,5 ; 3,6	961	0,8	0,4 ; 1,7
0,8 ; 2,8	635	0,8	0,4 ; 1,6
	593	1	
0,1 ; 1,2	171	0,6	0,2 ; 1,3
0,7 ; 1,7	296	0,9	0,5 ; 1,5
0,6 ; 1,2	807	1,0	0,6 ; 1,6
0,9 ; 1,7	1 271	1,0	0,7 ; 1,5
1,0 ; 2,4	1 249	1,0	0,7 ; 1,5
	278	1	
0,9 ; 2,4	1 758	1,4	0,8 ; 2,6
1,2 ; 3,4	681	2,7**	1,4 ; 5,0
1,1 ; 3,3	565	1,6	0,8 ; 3,2
1,6 ; 4,6	1 105	1,6	0,8 ; 3,0
	921	1	
0,8 ; 1,5	1 089	1,2	0,8 ; 1,8
1,0 ; 1,8	2 377	1,2	0,9 ; 1,7
	556	1	
0,7 ; 1,6	744	1,0	0,6 ; 1,6
0,6 ; 1,5	319	0,6	0,3 ; 1,1
0,6 ; 1,3	919	1,2	0,8 ; 1,9
0,9 ; 2,1	343	1,5	0,9 ; 2,5
0,7 ; 1,6	595	1,0	0,6 ; 1,7
1,2 ; 2,5	542	1,7*	1,1 ; 2,6
1,1 ; 2,2	369	1,6*	1,1 ; 2,6

DISCUSSION

Avant de commenter les résultats à proprement parler, certaines remarques méthodologiques méritent d'être énoncées.

La première concerne la période rétrospective sur laquelle les accidents sont dénombrés et le biais de mémorisation qui peut en résulter. Le Baromètre santé a toujours observé les accidents dans les douze mois précédant l'enquête. Or il apparaît que la fréquence des accidents déclarés varie selon la période de rappel considérée, à savoir que, plus le délai est court, plus le nombre d'accidents déclarés s'élève [12, 21].

Pour estimer ce biais, la question sur la fréquence des accidents au cours des douze derniers mois a été répétée par une question identique au cours des trois derniers mois. La proportion de personnes déclarant avoir eu au moins un accident s'élevait à 3,9 % (vs 9,8 % sur douze mois). En faisant l'hypothèse d'une répartition uniforme des accidents au cours de l'année, on peut comparer le quadruple de ce dernier résultat, soit près de 16 %, aux 9,8 % des personnes ayant déclaré un accident au cours des douze derniers mois. Cette importante sous-estimation globale due au biais de mémorisation est fréquemment retrouvée dans la littérature [22-24].

Ce biais global peut être, par ailleurs, la résultante de différents biais dans les réponses des interviewés, liés au type d'accident, à sa gravité, au sexe de la victime, à son âge ou encore à la période de survenue de l'accident. Les écarts ne sont pas les mêmes selon la nature, au sens large, des accidents et selon les accidentés qui répondent aux questions de l'enquête [22-24].

Un élément spécifique au Baromètre santé peut constituer un autre biais entraînant une sous-estimation de la fréquence des accidents. L'enquête, téléphonique, est relativement longue (temps moyen de passation du questionnaire : 45 minutes)

et il est possible que la lassitude des interviewés introduise un biais de réponse, les questions relatives aux accidents faisant partie du dernier volet de l'enquête.

Ce point paraît d'autant plus important à souligner que le mot « accident » demeure un terme à la définition et l'emploi imprécis. Ainsi, à la question sur la survenue éventuelle d'un accident, un certain nombre de personnes ont évoqué des problèmes de santé tels que l'accident cardio-vasculaire cérébral, l'accident cardiaque, etc.

Ces remarques méthodologiques conduisent donc à considérer que la fréquence de survenue des accidents obtenue dans cette enquête est imparfaite et vraisemblablement sous-estimée. Le résultat étonnant, par exemple, sur la baisse des chutes parmi les hommes incite à proposer ces hypothèses pour expliquer en partie la baisse. On peut supposer qu'un certain nombre de chutes bénignes n'ont pas été déclarées.

Comme il a été précisé dans la présentation des résultats, les fréquences des accidents sont calculées sur des bases différentes d'effectifs : les accidents de deux-roues (motorisés ou vélos) ont pu être rapportés à la population exposée au risque, c'est-à-dire aux personnes ayant déclaré avoir pratiqué un de ces engins. De même, le taux des accidents du travail est calculé sur la base des personnes en activité professionnelle.

La prévalence des accidents de sport et de loisirs est établie sur la base de l'ensemble de l'échantillon, ce qui peut être discuté. Le Baromètre santé 2005 n'a malheureusement pas prévu — à l'instar des accidents de vélo ou de moto, de mobylette ou de scooter — de mettre en rapport la fréquence des accidents avec les pratiques sportives et de loisirs des interviewés, donc de proposer une fréquence de survenue de ces accidents rapportée à la population exposée au risque.

ROLLER/MOTO, MOBYLETTE, SCOOTER

La pratique du roller et du deux-roues motorisé est importante parmi les jeunes.

Le roller trouve un grand nombre d'adeptes parmi les plus jeunes de l'échantillon mais, quel que soit l'âge, le roller est autant pratiqué par les hommes que par les femmes [figure 11]. L'utilisation du casque varie selon l'âge : celle-ci est la plus élevée avant 15 ans et la plus faible entre 15 et 25 ans (entre 20 et 25 ans, 6,9 % des hommes déclarent avoir utilisé un casque lors de leur dernière sortie à roller ; c'est le cas de 6,4 % des femmes).

Plus de 17 % des personnes interrogées (17,3 %) déclarent avoir fait de la moto, du scooter ou de la mobylette.

La pratique de la moto, de la mobylette ou du scooter

reste très masculine puisque les hommes sont près d'un quart (23,4 %) à en avoir fait, contre 11,3 % des femmes.

Jusqu'à 25 ans, la part des jeunes femmes pratiquant le deux-roues motorisé n'est cependant pas négligeable : elle s'élevé à 35,5 % entre 15 et 19 ans [figure 12].

Parmi les hommes, le pic de la pratique du deux-roues motorisé s'établit entre 15 et 19 ans (55,0 %).

Bien que l'utilisation du casque soit obligatoire lors de la pratique d'un deux-roues motorisé, les fréquences de son utilisation s'établissent entre 86,7 % parmi les garçons de 12 à 14 ans, pour la plus faible fréquence de port du casque, et à 96,8 % parmi les hommes et femmes de 45-54 ans, pour la fréquence la plus élevée.

FIGURE 11

Pratique du roller au cours des douze derniers mois et port du casque lors de la dernière sortie parmi les hommes et les femmes, selon l'âge (en pourcentage)

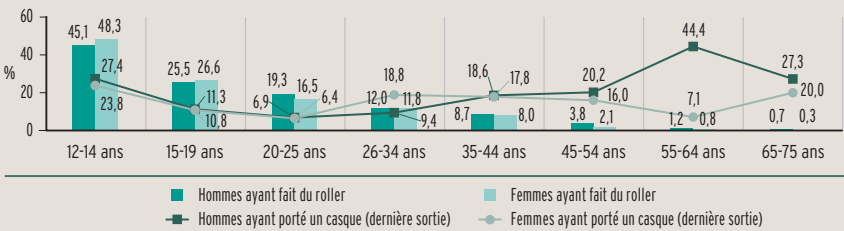
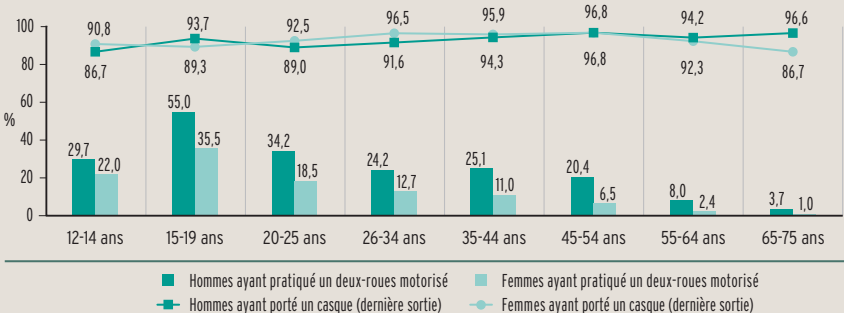


FIGURE 12

Pratique du deux-roues motorisé au cours des douze derniers mois et port du casque lors de la dernière sortie parmi les hommes et les femmes, selon l'âge (en pourcentage)



Étant donné que la pratique sportive baisse avec l'âge, la population de référence est plus restreinte, ce qui conduirait à obtenir une fréquence des accidents de sport et de loisirs plus élevée que celle présentée dans les résultats ; il est donc ainsi fort probable que la fréquence des accidents de sport et de loisirs obtenue est sous-estimée.

Enfin, toujours dans l'optique d'interpréter les résultats avec précaution, il est important de rappeler le biais de sélection qui s'opère au moment de l'enquête : administrée par téléphone, au domicile des personnes, l'enquête ne permettait pas d'atteindre certaines personnes accidentées qui se trouvaient encore à l'hôpital ou dans une autre structure de soins au moment de l'enquête.

Ces limites posées, les résultats présentés dans ce chapitre permettent néanmoins de souligner à nouveau l'importance du nombre des accidents dans la population étudiée. Les accidents de la vie courante, regroupant les accidents de sport et de loisirs ainsi que les accidents domestiques, sont prépondérants, mais les accidents du travail touchent aussi un nombre conséquent de personnes, comme les accidents de deux-roues à moteur.

Ces accidents sont donc plus nombreux que les accidents de la circulation, pourtant il reste vérifié que la hiérarchie des craintes d'accidents établie par les personnes interrogées de plus de 26 ans ne correspond pas à la réalité épidémiologique [25]. En effet, parmi une liste de neuf risques ou maladies⁴, les accidents de la circulation demeurent la crainte majeure exprimée par l'ensemble des personnes interrogées, la crainte des accidents domestiques étant reléguée au dixième rang pour les plus jeunes et au sixième pour les plus âgés de l'échantillon.

Les profils par sexe et classe d'âge des victimes d'un accident de la vie courante présentés ici sont cohérents avec les résultats présentés récemment dans d'autres enquêtes [9-12] : les accidents sont plus

fréquents parmi les jeunes ; si les hommes déclarent plus d'accidents que les femmes aux âges jeunes de la vie, ces dernières sont aussi nombreuses, en revanche, à en être victimes aux âges avancés. Par ailleurs, les accidents de sport et de loisirs touchent d'abord les hommes jeunes, alors que les femmes sont davantage victimes d'accidents domestiques, et leur nombre a tendance à progresser avec l'âge. Les résultats Epac complètent les informations puisque les données recueillies concernent tous les âges et montrent ainsi la part importante des accidents parmi les plus jeunes (avant 12 ans) comme parmi les plus âgés (au-delà de 75 ans).

Même si l'on constate une diminution constante des accidents de sport et de loisirs avec l'âge des personnes, ces traumatismes sont prépondérants à tous les âges. La fréquence importante de ces accidents parmi les jeunes de la population résulte de leur pratique très courante jusqu'à 20-25 ans du type de sport pratiqué (sports de contact et collectif), ainsi que d'un engagement physique pour les compétitions pouvant accroître le risque d'accidents [26]. Ces travaux ont pu montrer que les jeunes étaient davantage exposés à l'accident du fait de leurs modifications pubertaires et de l'intensité des entraînements.

Plus globalement, les accidents de sport et de loisirs posent deux types de problème en matière de santé publique. Le premier concerne les jeunes avant 25 ans pour lesquels les traumatismes liés à la pratique d'un sport (avec ceux de la circulation) constituent la première cause d'accident.

4. « Pour chacun des risques ou maladies suivants, craignez-vous pour vous-même (beaucoup, pas mal, peu ou pas du tout) les accidents de la circulation, les cancers, les maladies cardiaques, le sida, les IST, les maladies liées à l'alcool, les accidents domestiques, la maladie d'Alzheimer, les maladies liées à une mauvaise alimentation ? » Cette question, avec les items accident de la circulation et accident domestique, est posée depuis la première enquête du Baromètre santé (1992) : les accidents de la circulation ont toujours été en tête des craintes exprimées par les personnes interrogées (chapitre Accidents, Baromètre santé 2000, p. 368).

Ce résultat est probablement à mettre en rapport avec la problématique des conduites à risques des jeunes en lien avec la construction identitaire caractéristique de l'adolescence [27, 28].

Les accidents de sport et de loisirs nous intéressent par ailleurs car ils ne touchent pas exclusivement les jeunes. Le développement d'une culture de loisirs, marquée par l'émergence de nouvelles pratiques sportives associée à l'augmentation du temps libre, constitue un « réservoir » de personnes susceptibles de se blesser : globalement, parmi les adultes, les accidents liés à la pratique d'un sport ou d'un loisir surviennent à cause d'une mauvaise préparation physique, d'un comportement inadapté à la pratique, ou encore de l'usage d'un matériel déficient [29-32].

S'agissant des comportements à risques comme les consommations de produits psychoactifs (licites ou illicites), les résultats du Baromètre santé ne permettent pas de dégager un profil particulier des victimes. On retient cependant que les femmes consommatrices occasionnelles d'alcool présentent plus de risque d'accident que les hommes.

On observe un effet du niveau de diplôme sur le risque accidentel : en particulier pour les accidents de sport et de loisirs, plus fréquents parmi les plus diplômés, à l'inverse des accidents du travail et de deux-roues à moteur, davantage rapportés par les moins diplômés de l'échantillon. S'agissant des accidents de la vie courante, les résultats de l'enquête Santé et Protection sociale avaient déjà mis en avant l'influence du niveau d'études atteint dans la survenue de ces accidents [12], à savoir que leur proportion augmente avec l'élévation du niveau d'études de la personne. Les résultats du Baromètre santé viennent donc conforter ce premier constat.

Par ailleurs, les jeunes habitant la région parisienne et l'ouest du Bassin parisien rapportent moins d'accidents que les jeunes

des autres régions de la métropole. Si, dans certains cas spécifiques, des hypothèses explicatives peuvent être suggérées (pratique du vélo et port du casque), il n'apparaît pas d'explications convaincantes de ces variations géographiques. À l'instar des analyses géographiques des niveaux de consommation d'alcool ou de prévalences de certaines maladies, beaucoup reste à faire pour rendre compte des variations géographiques dans la survenue des accidents et de l'efficacité des actions de prévention.

Les questions complémentaires sur le dernier accident ont permis d'obtenir des précisions sur ses circonstances, notamment le lieu de survenue et le mécanisme en cause. Adaptées à partir du questionnaire utilisé par le réseau Epac renseigné par les professionnels de santé familiarisés avec l'enquête, les questions du Baromètre santé ont été proposées précodées. Toutefois, le taux de non-réponses (290 non-réponses/2 472 accidents, soit plus de 10 % des réponses) laisse penser que le recueil de l'information s'avère être une difficulté. C'est le cas, par exemple, du lieu de survenue de l'accident. Il est possible qu'il y ait eu confusion pour certains items comme l'extérieur de la maison, qui concerne les accidents survenus aux abords immédiats du domicile, qui a pu être confondu avec des lieux extérieurs au périmètre domestique. Il semble que certaines formulations méritent d'être précisées pour une meilleure compréhension des personnes enquêtées, mais aussi des enquêteurs.

Les mécanismes accidentels déclarés — dont les principaux sont les chutes et les chocs — sont aussi ceux mis en avant dans les résultats de l'enquête Epac [10, 11]. Les données du Baromètre santé permettent de préciser que les femmes sont majoritairement victimes de chutes, alors les hommes sont d'abord victimes de chocs.

Les chutes concernent les publics jeune et âgé, et les chocs la population intermédiaire.

Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans l'enquête Epac [10].

L'enquête de la Cnamts réalisée entre 1987 et 1995⁵ montrait que les chutes représentaient 46 % des accidents de la vie courante et du sport (37 % en 2005), les chocs 19 % (37 % en 2005), les coupures 15 % (13 % en 2005), les brûlures 16 % (1,6 % en 2005) [33]. La fréquence des brûlures apparaît donc beaucoup plus faible, elles ne sont d'ailleurs pas évoquées dans le rapport des résultats 2002-2003 de l'enquête Epac [10]. Les chutes aussi sont moins rapportées, alors que les chocs semblent être plus fréquents en 2005. Ces résultats restent difficiles à interpréter. On peut supposer toutefois, s'agissant des brûlures, que les sources de chaleur sont mieux sécurisées actuellement qu'à la fin des années quatre-vingt (mitigeur pour contrôler la température de l'eau chaude sanitaire par exemple, outils de bricolage avec source de chaleur...).

Concernant l'activité sportive, les données de l'enquête 1987-1995 de la Cnamts [33] donnent la possibilité de comparer — avec prudence, étant donné les méthodologies différentes entre les deux enquêtes — les fréquences des accidents selon le sport pratiqué. Ainsi les accidents de foot représentaient 29,0 % des accidents de sport (21,8 % en 2005), les accidents de volley, basket, hand 19 % (13,5 % en 2005), les accidents liés au rugby et la pratique de la gymnastique 6 %. Les accidents liés à ces pratiques apparaissent moins importants en 2005.

À l'inverse, les accidents de ski étaient moins fréquents (6 % dans l'enquête de la Cnamts, 8,4 % en 2005). C'est le cas aussi des accidents de jogging, dont la fréquence s'élevait à 2 % (6,5 % pour la course en 2005), des accidents liés à la pratique d'un sport de combat 4 % (6,4 % combat et arts martiaux en 2005), des accidents de tennis, qui s'élevaient à 2 % (4,9 % en 2005), comme des accidents d'équitation (4,3 % en 2005).

La part des accidents de vélo, parmi l'ensemble des accidents de sport entre les deux enquêtes, est constante : 6 % en 1987-1995 et 6,4 % en 2005.

Les résultats du Baromètre santé sur les accidents de sport peuvent aussi être mis en perspective avec ceux obtenus dans l'enquête Epac. Une exploitation de cette enquête sur plus de 30 000 accidents de sport survenus en 2004 et 2005 et ayant mené l'accidenté en service d'urgence [34] permet de hiérarchiser la survenue des accidents selon le sport : 43 % des accidents de sport sont survenus lors de la pratique de sports d'équipe, avec un sex-ratio de 4,9 en faveur des hommes. Chez les hommes domine surtout le football (70 % des accidents de sports d'équipe), avant le basket-ball (10 %), le rugby (9 %), le handball (7 %) et le volley-ball (3 %). Chez les femmes, on retrouvait 31 % des accidents lors de la pratique du basket-ball, 27 % du handball, 21 % du football, 16 % du volley-ball et 5 % du rugby. Hors sports d'équipe, on a retrouvé un accident sur cinq avec des « véhicules à roues sans moteur » (dont les trois quarts de vélo, 18 % de roller, 7 % de skate-board), et un accident sur dix en sports d'hiver.

L'intégration des questions sur les chutes dans le Baromètre santé répond au besoin d'enrichir les connaissances sur le phénomène des chutes chez les personnes âgées en France. En outre, ces éléments doivent nourrir la réflexion pour développer des actions de prévention des chutes inscrites au programme « personnes âgées » de l'INPES.

Idéalement, la prévention des chutes du sujet âgé devrait être initiée avant l'âge de 60 ans. Dans le Baromètre santé, les personnes ont été interrogées à partir de

5. Entre 1987 et 1994, sur la base du volontariat des caisses primaires d'assurance maladie, la Cnamts a mené une enquête par voie postale auprès des assurés sociaux, sur les accidents de la vie courante dont ils avaient été victimes au cours de l'année écoulée : 47 000 accidents de la vie courante ont été renseignés sur 614 000 personnes enquêtées dans 28 départements de France.

40 ans afin de décrire les profils des individus chuteurs en fonction de l'âge et d'obtenir une photographie des différents comportements face à la chute. Cette approche doit permettre de trouver des leviers de sensibilisation du public le plus tôt possible.

Les chutes sont un événement fréquent et elles augmentent avec l'avancée en âge [35]. Le Baromètre santé, interrogeant les personnes jusqu'à 75 ans, ne permet donc pas d'explorer ces événements auprès du public le plus vulnérable. Cependant, traiter les chutes dans une enquête multithématique apporte des éléments d'analyse sur les comportements de santé des seniors dans une dimension plus globale.

Enfin, il est intéressant de juger de l'intérêt des interviewés pour un thème trop souvent mis au second plan des questions relatives à la santé. Le volet de questions sur les chutes doit ainsi permettre d'ouvrir une réflexion pour lui donner davantage de place dans les futures enquêtes.

Au contraire des femmes, les hommes relatent moins de chutes après 50 ans qu'entre 40 et 49 ans. Ce résultat correspond-il à une évolution de la nature des activités masculines et de leur évolution au cours de la vie ? On peut en effet proposer l'hypothèse d'une baisse des activités en général autour de 50 ans : elle peut concerner des pratiques sportives toujours moins fréquentes avec l'avancée en âge, une moindre pratique d'activités domestiques, ou encore l'accès à des conditions de travail plus sécurisées pour les aînés. Dans l'enquête Epac 1999-2001, la proportion de chutes pour 100 accidents chez les hommes après 50 ans est plus faible, comprise entre 47 % (de 50 à 54 ans) et 66 % (70 à 74 ans), que chez les femmes, entre 54 % (de 50 à 54 ans) et 79 % (entre 70 et 74 ans). On a montré aussi dans cette enquête que les hommes, à partir de 65 ans, faisaient moins de chutes que les femmes [9].

Depuis la fin des années quatre-vingt-dix,

les campagnes de communication sur la prévention des traumatismes liés à la pratique d'activités sportives et de loisirs ont été consacrées à promouvoir l'utilisation des protections, en particulier celle du casque lors de la pratique du vélo, du roller ou encore du skate-board. Cette protection, obligatoire pour les deux-roues à moteur, recommandée pour la pratique du vélo, roller et skate, permet de réduire efficacement la gravité des blessures à la tête [19, 20]. En effet, la plupart des accidents liés à l'utilisation de ces moyens de transport entraînent une chute, et la tête est touchée dans plus de 30 % des cas. Les conséquences sont variables, mais le risque majeur est le traumatisme crânien.

PRATIQUES SPORTIVES

D'après l'enquête sur les pratiques sportives en France réalisée en juin et juillet 2000 par le ministère des Sports et l'Institut national du sport et de l'éducation physique¹ auprès de 6 526 personnes âgées de 15 à 75 ans, la marche est la première activité physique et sportive pratiquée par les Français (plus de 20 millions de personnes) [18]. Viennent ensuite la natation (14,5 millions), le vélo (avec 12,7 millions), la course (6,6 millions), la marche en relance (6,2 millions), la pétanque (6 millions), la gymnastique (5,1 millions), les sports d'hiver (5,3 millions), le foot (4,6 millions) et le tennis (3,1 millions), pour ne citer que les principaux. Les arts martiaux et sports de combat sont pratiqués par plus d'un million de personnes (1,1 million), le rugby par 400 000 personnes, l'équitation par 800 000, l'athlétisme par 500 000, le roller et la glisse par 2,9 millions et le basket par 1,3 million, le volley par 1,2 million et le hand par 600 000.

1. Cette enquête avait pour objectif d'estimer la pratique sportive sous toutes ces formes en France métropolitaine et dans les DOM : de la pratique institutionnelle (club et autres structures) aux pratiques plus informelles (cadre familial, sport urbain...).

Les résultats présentés montrent, à l'instar de la précédente enquête [8], à quel point le vélo fédère un large public. La prévention des accidents liés à cette pratique doit donc être envisagée en tenant compte des différentes habitudes. Ainsi, les VTTistes sont plus nombreux à utiliser un casque que les pratiquants du vélo classique. Par ailleurs, quel que soit le type de vélo pratiqué, les jeunes utilisent davantage le casque que les plus âgés.

Les résultats de l'évolution de l'utilisation du casque entre les deux années d'enquête nous paraissent particulièrement intéressants. Malgré les réserves qui peuvent être faites sur la formulation de la question posée (utilisation du casque lors de la dernière sortie), l'utilisation du casque apparaît ainsi quasiment deux fois plus fréquente en 2005 qu'en 2000 (16 % contre 8 %). Ce constat doit être nuancé selon le type de vélo pratiqué mais globalement, sans que son utilisation ne devienne obligatoire, il semble que cette

pratique s'inscrive progressivement dans les habitudes de la population. Ce résultat est très encourageant, car il renvoie un écho positif aux campagnes destinées à la promotion du casque menées depuis plusieurs années.

À l'heure où la promotion de l'activité physique prend une place de plus en plus importante dans les politiques de santé publique, la pratique du vélo, très importante dans la population, constitue un levier intéressant. Les dispositifs d'observation des comportements qui ont été mis en place — sur les accidents et le comportement de prévention par l'utilisation du casque — fournissent des éléments précieux pour juger de la qualité des campagnes de prévention et de leurs effets sur les comportements. En effet, même si l'activité physique doit être développée en population générale, il est indispensable de garder à l'esprit qu'elle est source d'un nombre important d'accidents, notamment chez les jeunes [36].

Relecteurs

Christophe Léon (INPES)
Stéphanie Pin (INPES)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Thélot B.
Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2004 ; 19-20 : 74-5.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEh/2004/19_20/BEH_19_20_2004.pdf
- [2] Brückner G.
Les accidents de la vie courante : éditorial.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2004 ; 19-20 : 73.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEh/2004/19_20/BEH_19_20_2004.pdf
- [3] Ermanel C., Thélot B., Jouglà É., Pavillon G.
Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2006 ; 42 : 328-30.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/42/beh_42_2006.pdf
- [4] Tallec A., Badeyan G., Bonnaud F., et al. Les données de résultats. In : Ministère de la Santé, Haut Comité de la santé publique (HCSP).
La santé en France 2002.
Paris : La Documentation française, 2002 : 47-160.
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000152/0000.pdf>
- [5] Ermanel C., Thélot B.
Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2004 ; 19-20 : 76-8.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEh/2004/19_20/BEH_19_20_2004.pdf
- [6] Observatoire national interministériel de sécurité routière.
La sécurité routière en France : bilan de l'année 2004.
Paris : La Documentation française, 2005 : 272 p.
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000460/0000.pdf>

- [7] Tursz A., Gerbouin-Rérolle P.
Les accidents de l'enfant en France : quelle prévention, quelle évaluation ?
Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2001 : 205 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rapport_epac/Rapport_EPAC.pdf
- [8] Bourdessoil H., Janvrin M.-P., Baudier F.
Les accidents. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A.
Baromètre santé 2000 : résultats (vol. 2).
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 359-87.
- [9] Thélot B., Ricard C.
Résultats de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante). Années 1999-2001.
Saint-Maurice : InVS, 2003 : 96 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rapport_epac/Rapport_EPAC.pdf
- [10] Thélot B., Ricard C.
Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Résultats 2002-2003.
Saint-Maurice : InVS, 2005 : 67 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epac_2002_2003/epac_2002_2003.pdf
- [11] Thélot B., Ricard C.
Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Résultats 2004.
Saint-Maurice : InVS, 2006 : 9 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/epac/epac_fr.pdf
- [12] Thélot B.
Les accidents de la vie courante en France selon l'Enquête santé et protection sociale 2002.
Saint-Maurice : InVS, 2005 : 51 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/accidents_vie_courante/accidents_vie_courante.pdf
- [13] Doussin A., Dumesnil S., Le Fur P.
Enquête santé et protection sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002.
Questions d'économie de la santé 2002 ; 62 : 4 p.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes62.pdf>
- [14] Enquête santé 2002-2003.
Note d'instruction pour les enquêteurs.
Paris : Insee, 2002.
- [15] Baubeau D., Carrasco V.
Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières.
Études et résultats 2003 ; 215 : 12 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er215.pdf>
- [16] Biecheler M.B.
Note de synthèse de l'Observatoire interministériel de sécurité routière. Cannabis, conduite et sécurité routière : une analyse de la littérature scientifique.
Paris : Inrets, 2006 : 23 p.
En ligne : <http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Cannabis.pdf>
- [17] Bourdessoil H., Pin S.
Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile.
Saint-Denis : INPES, 2005 : 155 p.
En ligne : http://etat.geneve.ch/des/SilverpeasWebFileServer/Ref_chutes_20050517.pdf?ComponentId=kmelia541&SourceFile=1145882840174.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/&logicalName=Ref_chutes_20050517.pdf
- [18] Ministère des Sports, Institut national du sport et de l'éducation physique.
Les pratiques sportives en France : enquête 2000.
Paris : Insep, 2002 : 226 p.
- [19] Thompson R.S., Rivara F.P., Thompson D.C.
A case-control study of the effectiveness of bicycle safety helmets.
The New England Journal of Medicine 1989 ; 320(21) : 1361-7.
- [20] Kopjar B.
Population preventable fraction of bicycle related head injuries.
Injury Prevention 2000 ; 6 : 235-8.
En ligne : <http://injuryprevention.bmj.com/cgi/reprint/6/3/235>
- [21] Petridou E., Dessypris N., Frangakis C.E., Mavrou A., Trichopoulos D.
Estimating the population burden of injuries: a comparison of household surveys and emergency department surveillance.
Epidemiology 2004 ; 15(4) : 428-32.
- [22] Mock C., Acheampong F., Adjei S., Koepsell T.
The effect of recall on estimation of incidence rates for injury in Ghana.
International Journal of Epidemiology 1999 ; 28(4) : 750-5.
En ligne : <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/28/4/750>
- [23] Harel Y., Overpeck M.D., Jones D.H., et al.
The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents.
American Journal of Public Health 1994 ; 84(4) : 599-605.
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1614785&blobtype=pdf>
- [24] Moshiro C., Heuch I., Astrom A.N., Setel P., Kvale G.
Effect of recall on estimation of non-fatal injury rates: a community based study in Tanzania.
Injury Prevention 2005 ; 11 : 48-52.
- [25] Gautier A., Pin S., Courouve L. Perception de la santé et qualité de vie. In : Guilbert P., Gautier A.
Baromètre santé 2005 : premiers résultats.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 19-28.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2005_1R/pdf/perception.pdf
- [26] Michaud P.-A., Renaud A., Narring F.
Sports activities related to injuries? A survey among 9-19 year olds in Switzerland.
Injury Prevention 2001 ; 7 : 41-5.
En ligne : <http://injuryprevention.bmj.com/cgi/reprint/7/1/41>

- [27] Chevrier S., Moreau C.
Le cyclomoteur, entre plaisir de la conduite et souci de singularité. In : Peretti-Watel P.
Les comportements à risque.
Paris : La Documentation française, coll. Problèmes politiques et sociaux, 2005 ; 919 : 83-5.
- [28] Esterle-Hedibel M.
La bande, le risque et l'accident.
Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1997 : 260 p.
- [29] Laporte J.D., Constans D., Pidou V.
Évolution des accidents aux sports d'hiver. Le risque en miniski (ou ski-board).
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2004 ; 19-20 : 83-4.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEh/2004/19_20/BEH_19_20_2004.pdf
- [30] Bourdessoil H., Gautier A., Guilbert P., Arwidson P., Baudier F.
Pratique du roller et port du casque.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2001 ; 13 : 55-7.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2001/13/beh_13_2001.pdf
- [31] Thélot B., Nectoux M., Isnard H. Réseau français de surveillance des accidents de la vie courante.
Épidémiologie des accidents de roller en France (1997-1999).
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2001 ; 13 : 57-9.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2001/13/beh_13_2001.pdf
- [32] Thélot B., Nectoux M. Réseau français de surveillance des accidents de la vie courante.
L'explosion des accidents de trottinette en France (2000-2001).
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2002 ; 38 : 183-5.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2002/38/beh_38_2002.pdf
- [33] Bazile S., Berton E., Garry F., Pierre-Louis J.
Enquête sur les accidents de la vie courante : résultats 1987 à 1994.
Dossiers études et statistiques 1997 ; 38 : 114 p.
- [34] Thélot B.
Les accidents de sport. Description et incidence, données 2004-2005. Réseau Epac.
Saint-Maurice : InVS, 2007 (à paraître).
- [35] Dargent-Molina P., Bréart G.
Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 1995 ; 43 (1) : 72-83.
- [36] Rogmans W.
Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union européenne : défis pour demain.
Santé Publique 2000 ; 12 (3) : 283-98.
En ligne : http://fulltext.bdsp.tm.fr/Sfsp/SantePublique/2000/3/ROGMANS_ps.pdf?7J87G-KX364-83364-17696-3GX64

L'essentiel

Comportements de santé et situations professionnelles

Les facteurs d'insécurité dans le travail, de chômage, de précarité de l'emploi se reflètent sur les indicateurs de santé de la population.

Au regard de la population des actifs occupés âgés de 16 à 65 ans, les chômeurs présentent des scores de qualité de vie inférieurs de 2,7 points pour le score de santé générale et de 5,2 points pour le score de santé mentale. Au cours des douze derniers mois, près d'un chômeur sur dix déclare avoir pensé au suicide (9,1 % vs 4,7 % chez les actifs occupés); 12,1 % (vs 7,7 %) ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé. Les chômeurs présentent par ailleurs un profil de surconsommation de substances addictives : la prévalence du tabagisme régulier est de 38,7 % (vs 28,1 %), l'usage actuel du cannabis de 12,0 % (vs 6,9 %) et 10,5 % (vs 8,1 %) présentent une consommation d'alcool problématique (à risques chroniques ou de dépendance). Selon le type de contrat (CDI vs emploi précaire), les mêmes constats peuvent être effectués. Toutefois, chez les jeunes de 16-25 ans, les comportements de santé restent indépendants du statut professionnel.

Toutes choses égales par ailleurs, l'altération des indicateurs de santé s'avère plus importante dans le groupe d'âge des 26 à 44 ans.

Affections de santé et travail

Si 83 % des actifs occupés se déclarent

plutôt satisfaits de leurs conditions de travail, 80,1 % expriment un ressenti de pénibilité au travail, de pénibilité physique et/ou de pénibilité morale. Environ quatre travailleurs sur dix (38,5 %) déclarent que leur travail affecte leur santé. Les quatre principales affections déclarées portent sur le stress (28,2 %), la fatigue générale (27,2 %), les maux de dos (22,9 %) et les douleurs musculaires du cou et des épaules (19,0 %).

Concernant le stress d'origine professionnelle, si 28,2 % des actifs occupés considèrent leur travail comme « pathogène », en revanche, ce sont plus de six sur dix (63,9 %) qui se déclarent « affectés » ou « stressés » par leur travail. Même si ces résultats ne rendent compte que d'un ressenti et non d'une véritable exposition professionnelle en termes de morbidité exprimée, ils sont importants à prendre en considération.

Pour faire face au stress, quatre personnes sur dix (44,4 %) déclarent – souvent ou parfois – manger plus qu'à leur habitude, trois quarts des fumeurs (77,9 %) sont incités à fumer davantage, un buveur sur dix (17,5 % des hommes et 6,4 % des femmes) déclare augmenter sa consommation d'alcool; le recours à des médicaments psychotropes concernerait 13,0 % des hommes et 22,9 % des femmes. Enfin, 3,6 % déclarent avoir parfois recours à d'autres drogues (champignons, ecstasy, poppers, cocaïne, héroïne, etc.). Plus de la moitié des personnes s'estimant

affectées par un stress d'origine professionnelle déclarent avoir connu des troubles du sommeil au cours des huit derniers jours (51,4 % vs 33,0 % pour la population non stressée), 5,6 % mentionnent des pensées suicidaires (vs 3,1 %) et 8,6 % ont fait un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois (vs 5,6 %).

Substances addictives et milieu de travail

L'influence du milieu professionnel est parfois évoquée dans les consommations de substances addictives. Les personnes qui sont à leur compte se distinguent par leurs consommations d'alcool : 20,7 % de consommateurs quotidiens d'alcool (vs 10,5 % pour l'ensemble des actifs) et 14,1 % de consommateurs à risques chroniques ou de dépendance (vs 8,1 %). Dans certains milieux – les secteurs de la construction, des transports, de l'hôtellerie/restauration, du commerce –, les consommations de tabac, de cannabis et parfois d'alcool apparaissent plus importantes. La consommation de médicaments psychotropes est, quant à elle, davantage mentionnée par les personnes exerçant dans les secteurs de l'administration, de l'éducation, de la santé et de l'action sociale. Ces consommations ont leurs spécificités par rapport à chacun des métiers; certaines conditions de travail peuvent également être explicatives.

Activité professionnelle et santé, quels liens ?

COLETTE MÉNARD
CHRISTOPHE LÉON

INTRODUCTION

Les relations entre activité professionnelle et santé constituent un sujet de préoccupation grandissant tant pour les employeurs, les décideurs que les partenaires sociaux. Depuis plusieurs années, la richesse des travaux et des enquêtes a commencé à éclairer singulièrement le champ des relations complexes entre ces deux grands domaines. Nous renverrons naturellement aux enquêtes conditions de travail de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail et aux enquêtes françaises menées par la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (Dares), mais également à l'enquête Sumer 2003 sur la surveillance médicale des risques professionnels, l'enquête décennale (Insee), l'enquête Vieillesse, santé, travail (Visat) et l'enquête Estev, l'enquête Santé et vie professionnelle après 50 ans (SVP 50), l'enquête sur la cohorte des salariés EDF-

GDF (enquête Gazel), ainsi qu'aux différentes enquêtes produites par les partenaires sociaux [1-4]. Pour autant, en population générale, les enquêtes restent limitées ; les champs explorés relèvent principalement de l'épidémiologie des conditions de travail et des expositions aux risques professionnels. L'approche des liens entre conditions de travail et déterminants de santé demeure parcellaire.

Jusqu'à présent, dans les différents Baromètres santé, l'étude des déterminants de santé était restreinte principalement aux effets des caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques. Le Baromètre santé 2005 offre pour la première fois, de par l'ampleur de son échantillon, l'opportunité d'une analyse sur un échantillon important d'actifs, représentatifs de la population française. Dans ce cadre, en liaison avec la Dares, certaines variables de conditions de travail et quelques questions ont été intro-

duites pour élargir les questionnements et les analyses.

Ce chapitre se propose d'examiner de façon transversale les liens entre activité professionnelle, conditions de travail et comportements de santé sur la population active des 16-65 ans. Il interroge notamment les questions des effets « protecteurs » et/ou délétères du travail à partir de l'étude des liens entre ces variables et différents indicateurs de santé. Nous avons ainsi retenu, dans notre analyse, les indicateurs de santé ou de comportements à risques suivants, utilisés dans les différents chapitres :

l'état de santé révélé par les scores globaux de qualité de vie issus du profil de Duke¹ : le score de santé générale, le score de santé physique et le score de santé mentale ;

l'usage de produits psychoactifs exprimé par les indicateurs sur le tabac (tabagisme régulier et consommation moyenne quotidienne de tabac chez les fumeurs réguliers), sur l'alcool (consommation quotidienne d'alcool, nombre de verres consommés lors de la dernière occasion et consommation à risques chroniques ou risques de dépendance repérés suivant l'usage particulier du test de l'Audit-C²), sur le cannabis (usage actuel de cannabis³), sur les médicaments psychotropes (avoir consommé au moins une fois des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois tels qu'anti-dépresseurs, anxiolytiques, tranquillisants, régulateurs de l'humeur, somnifères ou neuroleptiques) ;

avoir eu un épisode dépressif caractérisé⁴ au cours des douze derniers mois ;

avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois ;

le stress perçu.

Rappelons que si, dans le Baromètre santé, les états dépressifs ont pu être décrits par l'échelle du CIDI *short form*⁵, en revanche et au regard des contraintes de temps du questionnaire, l'enquête ne pouvait se consacrer à un diagnostic de stress clinique,

ni à une évaluation du stress professionnel. La prévalence de celui-ci, en France, est désormais éclairée par l'enquête Sumer [5]. Les questions de stress perçu, dans le Baromètre santé, se rapprochent davantage de celles posées dans l'enquête européenne de la Fondation de Dublin [2] (en quoi le travail affecte-t-il la santé?) ou de sa prévalence déclarée (fait de s'être senti stressé) dans le dernier mois.

Concernant les variables conditions de travail, nous ferons référence aux données dont nous disposons dans l'enquête et tenterons de nous rapprocher d'indicateurs déjà utilisés. Nous ferons ainsi appel :

au secteur d'activité des entreprises (code NAF 17) ;

à la quotité d'une journée de travail définie suivant les horaires de départ et de retour au domicile (soit un seuil de référence choisi suivant une quotité journalière inférieure ou supérieure à dix heures/jour, hors temps de trajet⁶) ;

au travail de nuit, défini comme un travail d'au moins trois heures consécutives entre 21 heures et 7 heures du matin ;

aux pénibilités exprimées : pénibilité nerveuse et/ou pénibilité physique ;

au nombre de jours de congés annuels répartis, en fonction du déclaratif des interviewés, en trois classes : de 15 à 25 jours, de 26 à 39 jours, 40 jours et plus ;

aux indicateurs de rythmes de travail : être obligé de se dépêcher, de respecter

1. Échelle de qualité de vie décrite dans le chapitre « Qualité de vie ».

2. « Buveurs à risques chroniques ou risques de dépendance », : cf. chapitre sur l'alcool.

3. Au moins un usage au cours des douze derniers mois.

4. Épisode dépressif caractérisé ou EDM : voir le chapitre « Dépression ».

5. Le *Composite International Diagnostic Interview* est un entretien structuré assisté par ordinateur, qui permet d'évaluer les principaux troubles mentaux sur la vie et à un an selon les critères psychiatriques du DSM-IV ou de la CIM-10 à l'aide d'algorithmes programmés par ordinateur.

6. Le temps de trajet a été estimé en moyenne comme pouvant durer jusqu'à une heure entre le domicile et le lieu de travail.

les délais, disposer de 48 heures de repos consécutives.

La plupart des indicateurs étant très sensibles à l'âge, au sexe et à la catégorie socioprofessionnelle, nous serons amenés fréquemment, pour prendre en compte les facteurs de confusion, à présenter les résul-

tats issus de régressions logistiques. Il convient toutefois, dans la lecture des résultats qui vont être présentés, de se garder de toute conclusion hâtive de lien de causalité. Chaque relation statistique, quels que soient les liens observés, mérite d'être interrogée dans sa double direction.

COMPORTEMENTS DE SANTÉ ET SITUATIONS PROFESSIONNELLES

Cette première partie examine les différents comportements de santé sous l'angle des situations professionnelles et des moments de ruptures professionnelles.

Nous analyserons ainsi successivement l'intensité des liens avec les situations de chômage, l'influence des statuts professionnels sur la santé et la période particulière du passage à la retraite.

LIENS ENTRE SANTÉ ET SITUATION DE CHÔMAGE

Le taux de chômage de notre population âgée de 16 à 65 ans s'établit à 9,8 % (10,6 % chez les femmes vs 9,0 % chez les hommes ; $p < 0,001$), une répartition relativement concordante avec celle de l'Insee pour l'année 2004. Dans notre population, les jeunes affichent le taux de chômage le plus élevé (11,3 % pour les 16-25 ans vs 9,4 % pour les 26-65 ans ; $p < 0,001$) et le chômage de longue durée (deux ans et plus) est en revanche significativement plus important après 45 ans (56,9 % vs 28,0 % des 16-45 ans se déclarant au chômage ; $p < 0,001$).

Les scores de santé de la population active connaissent des différences significatives suivant le sexe et l'âge [tableau I]. Les femmes présentent dans leur ensemble des scores sensiblement inférieurs à ceux des hommes, qu'il s'agisse du score de santé physique (-8,3 points ; $p < 0,001$), du score de santé mentale (-7,2 points ; $p < 0,001$) ou du score de santé générale (-5,0 points ;

$p < 0,001$) [tableau II]. En référence aux 16-19 ans, le score de santé mentale est meilleur parmi les tranches d'âge 26-34 ans et 55-65 ans. Le score de santé générale décroît linéairement à partir de 20 ans.

Du point de vue de la catégorie socioprofessionnelle des personnes interviewées, confirmant les données connues sur les inégalités de santé [6], la catégorie cadres et professions intellectuelles offre un meilleur score de santé générale (+ 2,1 points ; $p < 0,001$) que celui des ouvriers. En revanche, les cadres et professions intellectuelles occupent, avec les employés, une plus mauvaise position en ce qui concerne le score de santé mentale : respectivement -1,5 points ($p < 0,05$) et -2,3 points ($p < 0,01$).

Les personnes au chômage présentent des indicateurs de santé mentale particulièrement dégradés. Elles déclarent deux fois plus que les actifs occupés avoir pensé au suicide ($p < 0,001$) et sont 1,4 fois plus nombreuses à avoir fait un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois ($p < 0,001$) ; leur score de santé mentale est inférieur de 5,2 points ($p < 0,001$) à celui des personnes déclarant travailler ; leur score de santé générale est, quant à lui, inférieur de 2,7 points ($p < 0,001$). Les scores de santé des chômeurs sont d'autant plus faibles que la période de chômage est de longue durée.

Concernant les liens entre chômage et substances psychoactives, la comparaison des prévalences et des quantités consommées indique que les chômeurs présentent

TABLEAU I

Scores de santé, prévalence des conduites addictives et des épisodes dépressifs chez les actifs occupés

Indicateurs de santé	Actifs occupés (n=15 994)		
	Ensemble	Hommes	Femmes
Score santé physique (sur 100)	73,6	77,5	69,1***
Score santé mentale (sur 100)	76,4	80,0	72,3***
Score santé générale (sur 100)	72,4	74,9	69,7***
Tabagisme régulier (en %)	28,1	31,9	24,0***
Consommation quotidienne d'alcool (en %)	10,5	16,0	4,3***
Consommation à risque chronique ou de dépendance à l'alcool (Audit-C) (en %)	8,1	12,9	2,5***
Consommation actuelle de cannabis (douze derniers mois) (en %)	6,9	9,7	3,7***
Prise de médicaments psychotropes (douze derniers mois) (en %)	13,8	9,6	18,5***
Épisode dépressif (douze derniers mois) (en %)	7,7	4,9	10,8***
Pensées suicidaires (douze derniers mois) (en %)	4,7	4,2	5,3**

Tests de significativité :

Comparaison « Sexe » et comparaison « Inférieur à 1 an » versus « 2 ans et plus » : ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Comparaison « Ensemble actifs occupés » versus « Ensemble chômeurs » : ◊◊ : p<0,01; ◊◊◊ : p<0,001.

TABLEAU II

Liens entre indicateurs de santé et situations de chômage parmi les 16-65 ans : régressions linéaires et

	Scores de santé (régressions linéaires)			
	Score santé physique (n=10 445)	Score santé mentale (n=10 432)	Score santé générale (n=10 323)	Tabagisme régulier (n=18 122)
Sexe				
Homme	0	0	0	1
Femme	-8,3***	-7,2***	-5,0***	0,7***
Âge				
16-19 ans	0	0	0	1
20-25 ans	3,2	3,3	4,4**	1,0
26-34 ans	1,4	5,1*	4,0**	0,8
35-44 ans	0,7	4,0*	2,9*	0,7
45-54 ans	-2,5	2,8	1,0	0,6**
55-65 ans	-3,2	5,7**	1,6	0,4***
Profession et catégorie socioprofessionnelle				
Ouvriers	0	0	0	1
Agriculteurs	2,3	1,1	1,3	0,4***
Artisans	0,6	-0,4	0,7	0,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,3	-1,5*	2,1***	0,6***
Professions intermédiaires	1,3	-1,0	1,6**	0,7***
Employés	-0,7	-2,3**	-0,6	0,8**
Situation				
Travail	0	0	0	1
Chômage	-1,1	-5,2***	-2,7***	1,5***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

et les chômeurs de 16 à 65 ans, en fonction du sexe et de la durée du chômage

Chômeurs (sexe et durée du chômage) (n=2 594)					
Ensemble	Hommes	Femmes	Inférieur à 1 an	De 1 à 2 ans	2 ans et plus
71,8 ^{oo}	77,4	67,6 ^{***}	74,0	74,2	67,8 ^{***}
70,1 ^{ooo}	74,3	67,0 ^{***}	71,6	70,0	68,8
69,2 ^{ooo}	72,2	66,9 ^{***}	71,2	69,5	66,5 ^{***}
38,7 ^{ooo}	46,8	32,3 ^{***}	42,0	36,6	36,0
9,7	14,8	5,7 ^{***}	6,7	10,7	13,1 ^{***}
10,5 ^{ooo}	19,9	3,2 ^{***}	11,6	8,4	10,2
12,0 ^{ooo}	20,1	5,5 ^{***}	13,3	10,4	9,6
17,4 ^{ooo}	13,6	20,4 ^{**}	13,8	16,5	22,2 ^{**}
12,1 ^{ooo}	10,3	13,5	13,7	7,3	11,4
9,1 ^{ooo}	10,2	8,2	9,9	6,4	8,5

logistiques des indicateurs de santé ajustés par le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle

Substances addictives (régressions logistiques)				Épisodes dépressifs (régressions logistiques)	
Consommation quotidienne d'alcool (n=18 261)	Consommation à risque chronique ou de dépendance à l'alcool (Audit-C) (n=17 558)	Consommation actuelle de cannabis (n=18 222)	Prise de médicaments psychotropes (n=10 330)	Épisode dépressif caractérisé (n=10 330)	Pensées suicidaires (n=15 642)
1	1	1	1	1	1
0,2 ^{***}	0,2 ^{***}	0,4 ^{***}	2,0 ^{***}	2,1 ^{***}	1,2 [*]
1	1	1	1	1	1
1,4	0,9	0,6 [*]	1,1	1,4	0,5 [*]
2,4	0,6	0,3 ^{***}	1,5	1,0	0,5 [*]
5,5 ^{**}	0,7	0,1 ^{***}	2,4 [*]	1,2	0,6
12,7 ^{***}	1,1	0,0 ^{***}	3,0 [*]	1,0	0,7
25,0 ^{***}	1,3	0,0 ^{***}	2,8 [*]	0,9	0,5 [*]
1	1	1	1	1	1
2,0 ^{***}	1,8 ^{**}	0,5	0,4 ^{**}	0,7	0,8
1,0	1,1	1,7 ^{**}	0,9	1,1	1,0
0,8 [*]	0,8	1,6 ^{***}	1,3 [*]	0,9	1,4 ^{**}
0,8 [*]	1,0	1,3 [*]	1,1	1,0	1,1
0,8 ^{**}	0,8 [*]	0,9	1,2	1,1	1,1
1	1	1	1	1	1
1,2	1,5 ^{***}	1,5 ^{**}	1,3 ^{**}	1,4 ^{***}	2,0 ^{***}

des usages du tabac, de l'alcool, du cannabis et de médicaments psychotropes significativement différents de ceux des actifs occupés [tableau I].

La prévalence du tabagisme régulier atteint 38,7 % *versus* 28,1 % chez les actifs occupés ($p < 0,001$) et les quantités de tabac consommées par les chômeurs fumeurs réguliers sont sensiblement plus élevées : 16,0 cigarettes en moyenne par jour *versus* 14,7 chez ceux qui déclarent travailler ($p < 0,01$) ; cette moyenne atteint 18,7 cigarettes par jour chez les chômeurs de plus de deux ans. Bien que, dans son ensemble, la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool ne diffère pas entre actifs occupés et chômeurs, on constate que cette prévalence augmente suivant la durée du chômage : de 6,7 % chez les chômeurs de moins d'un an à 13,1 % chez les chômeurs de longue durée ($p < 0,001$). La proportion de buveurs à risques chroniques ou à risques

de dépendance s'établit, quant à elle, à 10,5 % chez les chômeurs *versus* 8,1 % chez les actifs occupés ($p < 0,001$), sans différence significative suivant la durée du chômage. Il est à noter que les chômeurs présentent également un usage actuel de cannabis plus important : 12,0 % *versus* 6,9 % pour les actifs occupés ($p < 0,001$), soit 20,1 % *versus* 9,7 % chez les hommes ($p < 0,001$) et 5,5 % *versus* 3,7 % chez les femmes ($p < 0,001$). Enfin, le pourcentage d'individus consommant des médicaments psychotropes est également supérieur chez les personnes sans emploi (17,4 % *vs* 13,8 % ; $p < 0,001$).

Naturellement, les consommations de tabac et de cannabis étant plus importantes chez les jeunes, les consommations d'alcool chez les plus âgés, ces deux populations étant elles-mêmes les plus touchées par le chômage, il convient de contrôler ces résultats par différentes régressions logistiques.

Sur l'ensemble des 16-65 ans, les liens

TABLEAU III

Liens entre indicateurs de santé et situations de chômage parmi les individus âgés de 16 à 65 ans, Régressions linéaires et logistiques des indicateurs de santé ajustés par le sexe, l'âge et la catégorie

	Scores de santé (régressions linéaires)				
	Score santé physique (n=10 445)	Score santé mentale (n=10 432)	Score santé générale (n=10 323)	Tabagisme régulier (n=18 122)	Consommation quotidienne d'alcool (n=18 261)
Hommes 16-65 ans					
Travail	0	0	0	1	1
Chômage	-0,1	-5,3***	-2,7**	1,7***	1,1
Femmes 16-65 ans					
Travail	0	0	0	1	1
Chômage	-1,7	-5,0***	-2,5**	1,4***	1,6**
Situation 16-25 ans					
Travail	0	0	0	1	1
Chômage	2,1	-4,8***	-1,8	1,1	0,9
Situation 26-44 ans					
Travail	0	0	0	1	1
Chômage	-0,8	-6,1***	-2,8***	1,8***	1,5*
Situation 45-65 ans					
Travail	0	0	0	1	1
Chômage	-3,5*	-3,8**	-3,1	1,5**	1,1

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

entre situation de chômage et indicateurs de santé indiquent un risque plus élevé d'être fumeur régulier, consommateur actuel de cannabis ou usager à risques chroniques ou à risques de dépendance d'alcool parmi les chômeurs (ORa=1,5; p<0,001). De plus, les quantités quotidiennes de tabac sont supérieures de 1,8 cigarette en moyenne par jour.

Compte tenu des conduites différenciées selon le genre, de légères différences apparaissent entre hommes et femmes [tableau III].

Les hommes au chômage présentent davantage une consommation à risques chroniques ou de dépendance liés à l'alcool que les actifs occupés du même sexe (ORa=1,5; p<0,001). En revanche, chez les femmes, le différentiel se traduit davantage sur la régularité de la consommation d'alcool ; la proportion de consommatrices quotidiennes est multipliée par 1,6 (p<0,01).

La consommation occasionnelle de cannabis et la prise de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois ne seraient significativement différentes que pour la population masculine (ORa=1,6 chez les hommes au chômage; p<0,01).

En considérant trois périodes d'activité professionnelle (entre 16 et 25 ans, 26 et 44 ans, 45 et 65 ans), d'autres régressions logistiques permettent de nuancer les résultats [tableau III].

Chez les 16-25 ans, la situation de chômage n'apparaît pas liée à l'usage des consommations de tabac, d'alcool ou de cannabis. En revanche, on constate une augmentation sensible de l'usage des médicaments psychotropes (ORa=2,2; p<0,05) et une aggravation des pensées suicidaires (ORa=2,3; p<0,01). Le score de santé mentale se trouve, quant à lui, inférieur de 4,8 points (p<0,001) à celui des individus du même âge ayant une activité professionnelle.

suivant le sexe et les périodes de vie professionnelle (16-25 ans, 26-44 ans, 45-65 ans) socioprofessionnelle

Substances addictives (régressions logistiques)			Épisodes dépressifs (régressions logistiques)	
Consommation à risque chronique ou de dépendance à l'alcool (Audit-C) (n=17 558)	Consommation actuelle de cannabis (n=18 222)	Prise de médicaments psychotropes (n=10 330)	Épisode dépressif caractérisé (n=10 330)	Pensées suicidaires (n=15 642)
1	1	1	1	1
1,5**	1,6**	1,6**	1,8**	2,4***
1	1	1	1	1
1,3	1,2	1,2	1,3*	1,7***
1	1	1	1	1
1,2	0,8	2,2*	1,6	2,3**
1	1	1	1	1
1,9***	2,1***	1,0	1,4	2,0***
1	1	1	1	1
1,3	2,2*	1,6**	1,4**	1,8**

C'est parmi les 26-44 ans que les liens entre chômage et santé apparaissent les plus forts : la prévalence des fumeurs réguliers est 1,8 fois plus importante parmi les chômeurs ($p < 0,001$). La moyenne, chez eux, des quantités quotidiennes fumées est supérieure de 2,8 cigarettes ($p < 0,001$), la dépendance à l'alcool est multipliée par 1,9 ($p < 0,001$), la prévalence des usages actuels de cannabis par 2,1 ($p < 0,001$) et celui des pensées suicidaires par 2,0 ($p < 0,001$). Enfin, le score de santé mentale des chômeurs est inférieur de 6,1 points ($p < 0,001$) et celui de santé générale de 2,8 points ($p < 0,001$).

Chez les 45 ans et plus, la consommation d'alcool n'apparaît pas différente entre chômeurs et actifs occupés. En revanche, la proportion de fumeurs réguliers parmi les chômeurs est multipliée par 1,5 ($p < 0,01$), et pour l'usager de cannabis par 2,2 ($p < 0,05$). Les chômeurs présentent également des pensées suicidaires plus fréquentes ($ORa=1,8$; $p < 0,01$) et le risque de développer un épisode dépressif caractérisé serait plus important ($ORa=1,4$; $p < 0,01$); leur consommation de médicaments psychotropes est multipliée par 1,6 ($p < 0,01$). Enfin, leur score de santé mentale subit une diminution de

3,8 points ($p < 0,01$) et leur score de santé physique de 3,5 points ($p < 0,05$).

LIENS ENTRE STATUT PROFESSIONNEL ET SANTÉ

Parmi notre population d'actifs occupés, la part des « statuts précaires » (apprentis, stagiaires, intérimaires, CDD) représente 14,9 % – une situation à l'évidence surreprésentée chez les jeunes âgés de 16 à 25 ans (48,6 % vs 11,5 % pour les 26-65 ans; $p < 0,001$), celle des CDI est de 77,4 % et celle des actifs à leur compte de 7,7 %, surreprésentée chez les artisans (34,2 %) et surtout les agriculteurs (84,8 %).

La comparaison des déterminants de santé en fonction du statut professionnel permet de constater que les personnes en CDI présentent, dans leur ensemble, des comportements de santé dans la moyenne de celle des actifs [tableau IV]. Les personnes à leur compte se distinguent nettement des autres statuts par leur consommation d'alcool. En effet, la prévalence des consommateurs quotidiens y est de 20,7 %, alors qu'elle est de 10,2 % chez les CDI et de 5,7 % parmi les statuts précaires ($p < 0,001$). La

TABLEAU IV

Scores de santé, prévalence des conduites addictives et épisodes dépressifs chez les actifs occupés en

Indicateurs	Ensemble des actifs occupés (n=15 994)	CDI, fonctionnaires (n=10 848)
Score santé physique (sur 100)	73,5	73,4
Score santé mentale (sur 100)	76,4	76,4
Score santé générale (sur 100)	72,4	72,5
Tabagisme régulier (en %)	28,1	27,1
Consommation quotidienne d'alcool (en %)	10,5	10,2
Consommation à risque chronique ou de dépendance à l'alcool (Audit-C) (en %)	8,1	7,4
Consommation actuelle de cannabis (douze derniers mois) (en %)	6,9	5,8
Prise de médicaments psychotropes (douze derniers mois) (en %)	13,8	14,3
Épisode dépressif (douze derniers mois) (en %)	7,7	7,6
Pensées suicidaires (douze derniers mois) (en %)	4,7	4,4

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$: khi-deux et test de Student global pour la variable statut professionnel.

prévalence des consommateurs à risques chroniques ou de dépendance atteint 14,1 % (vs 7,4 % chez les CDI et 9,2 % parmi les statuts précaires ; $p < 0,001$). La situation des personnes au statut précaire est marquée par un tabagisme plus important (35,4 % vs 27,1 % chez les CDI et 26,9 % chez les personnes à leur compte ; $p < 0,001$). Leur consommation actuelle de cannabis atteint 14,0 % (vs 5,8 % chez les CDI et 6,6 % chez les personnes à leur compte ; $p < 0,001$). Enfin, les personnes en situation d'emploi précaire présentent des pensées suicidaires significativement plus importantes (6,4 % vs 4,6 % parmi les personnes à leur compte et 4,4 % parmi les CDI ; $p < 0,01$).

Toutefois, comme précédemment, ces résultats méritent d'être ajustés suivant l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle. Une analyse générale des liens entre statut professionnel et santé semble indiquer un « effet protecteur » sur certains comportements de santé des situations professionnelles en contrats à durée indéterminée [tableau V].

Chez les actifs à leur compte, en référence aux individus en CDI ou fonctionnaires, les risques de consommation d'alcool —

consommation quotidienne et Audit — sont multipliés par 1,4 et 1,5 ($p < 0,01$), le tabagisme régulier par 1,2 ($p < 0,05$) et la consommation actuelle de cannabis par 1,5 ($p < 0,05$).

La situation de précarité de l'emploi augmente significativement les pensées suicidaires ($ORa=1,6$ par rapport au CDI ; $p < 0,001$) et les conduites addictives — proportions de fumeurs réguliers, de consommateurs à risques chroniques ou de dépendance face à l'alcool, d'usagers de cannabis (ORa de 1,3 à 1,5 par rapport au CDI ; $p < 0,001$). Si cette tendance se vérifie parmi les hommes, en revanche chez les femmes la situation n'est significativement modifiée qu'au plan du tabagisme régulier et des pensées suicidaires (respectivement $ORa=1,3$; $p < 0,01$ et $ORa=1,4$; $p < 0,05$) [tableau V].

En effectuant une analyse plus fine suivant trois périodes d'activité professionnelle, on peut avancer que les comportements de santé des 16-25 ans restent indépendants du statut professionnel ; les consommations relèvent vraisemblablement d'habitudes liées à l'âge [tableau V]. L'altération des déterminants de santé en lien avec les statuts précaires s'avère maximale dans le groupe d'âge des 26 à 44 ans : le risque de consommation de tabac et de cannabis des personnes au statut précaire, au regard de la situation des CDI, sont multipliés par 1,4 et 1,8 ($p < 0,001$), les pensées suicidaires par 1,8 ($p < 0,001$) et les risques chroniques ou de dépendance liés à l'alcool par 1,7 ($p < 0,01$). Les personnes de 45-65 ans en situation de statut précaire se distinguent, quant à elles, par un recours au cannabis plus fréquent ($ORa=2,9$ par rapport aux CDI ; $p < 0,01$).

fonction du statut professionnel

Statuts précaires (n=2 069)	À son compte (n=1058)
73,5	75,3
74,9	77,5*
71,8	72,8
35,4	26,9***
5,7	20,7***
9,2	14,1***
14,0	6,6***
12,2	11,4*
8,7	6,6
6,4	4,6**

FOCUS SUR LA FIN DE VIE PROFESSIONNELLE

L'allongement de l'espérance de vie conduit à reculer l'âge de la retraite jusqu'à 65 ans,

TABLEAU V

Liens entre indicateurs de santé et statut professionnel parmi les actifs occupés âgés de 16 à 65 ans, Régressions linéaires et logistiques des indicateurs de santé ajustés par le sexe, l'âge et la catégorie

	Scores de santé (régressions linéaires)			Tabagisme régulier (n=13 781)	Consommation quotidienne d'alcool (n=13 890)
	Score santé physique (n=9 282)	Score santé mentale (n=9 270)	Score santé générale (n=9 175)		
Indicateurs de santé et statut professionnel, ajustés suivant le sexe, l'âge et la PCS, parmi les actifs occupés âgés de 16 à 65 ans					
Sexe					
Homme	0	0	0	1	1
Femme	-8,3***	-7,4***	-5,2***	0,7***	0,2***
Âge					
16-19 ans	0	0	0	1	1
20-25 ans	2,0	3,6	3,4*	1,1	1,2
26-34 ans	0,5	5,8**	3,5*	0,9	2,1
35-44 ans	0,0	5,1*	2,6	0,8	4,5*
45-54 ans	-3,1	3,4	0,6	0,7*	10,7***
55-65 ans	-4,0*	5,6*	0,8	0,4***	21,2***
Profession et catégorie socioprofessionnelle					
Ouvriers	0	0	0	1	1
Agriculteurs	1,7	1,2	1,7	0,3***	1,5
Artisans	0,3	-0,6	0,6	0,9	0,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,0	-1,6*	1,9***	0,6***	0,8*
Professions intermédiaires	0,9	-1,3	1,4**	0,7***	0,8*
Employés	-0,6	-2,2**	-0,5	0,8**	0,7**
Statut professionnel					
CDI ou fonctionnaires	0	0	0	1	1
Statuts précaires	-0,4	-0,8	-0,5	1,3***	0,9
À son compte	1,2	-0,3	-0,2	1,2*	1,4**
Comportement lors du passage à la retraite, suivant le sexe et les périodes professionnelles					
Hommes 16-65 ans					
CDI ou fonctionnaires	0	0	0	1	1
Statuts précaires	-1,5	-0,7	-1,0	1,4**	1,0
À son compte	0,1	-1,5	-1,5	1,3*	1,5*
Femmes 16-65 ans					
CDI ou fonctionnaires	0	0	0	1	1
Statuts précaires	0,7	-0,8	-0,1	1,3**	0,8
À son compte	2,7	1,8	1,8	1,0	1,2
Situation 16-25 ans					
CDI ou fonctionnaires	0	0	0	1	1
Statuts précaires	2,6	0,8	1,5	1,0	0,5
Situation 26-44 ans					
CDI ou fonctionnaires	0	0	0	1	1
Statuts précaires	-1,1	-1,2	-1,0	1,4***	0,9
Situation 45-54 ans					
CDI ou fonctionnaires	0	0	0	1	1
Statuts précaires	-2,1	-0,4	-1,1	1,4**	1,0
Situation 55-65 ans					
Travail	0	0	0	1	1
Retraite	3,3**	1,5	2,0*	0,9	1,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

**et comportement lors du passage à la retraite, suivant le sexe et les périodes professionnelles.
socioprofessionnelle**

Substances addictives (régressions logistiques)			Épisodes dépressifs (régressions logistiques)	
Consommation à risque chronique ou de dépendance à l'alcool (Audit-C) (n=13 356)	Consommation actuelle de cannabis (n=13 867)	Prise de médicaments psychotropes (n=9 206)	Épisode dépressif caractérisé (n=9 206)	Pensées suicidaires (n=13 904)
1	1	1	1	1
0,2***	0,4***	2,0***	2,3***	1,3**
1	1	1	1	1
1,1	0,7	0,9	1,2	0,7
0,8	0,3***	1,6	1,0	0,8
0,9	0,2***	2,5*	1,0	0,9
1,4	0,0***	2,9*	0,9	1,1
1,7	0,0***	2,8*	0,9	0,9
1	1	1	1	1
1,4	0,4*	0,4*	0,8	0,8
1,0	1,5*	1,0	1,1	1,0
0,9	1,5**	1,3*	0,8	1,4*
1,0	1,3*	1,1	1,0	1,1
0,8	0,8	1,2	1,0	1,0
1	1	1	1	1
1,4**	1,5***	1,0	1,1	1,6***
1,5**	1,5*	0,9	1,0	1,1
1	1	1	1	1
1,4**	1,7***	0,9	1,1	1,8**
1,7**	1,8**	1,0	1,0	1,3
1	1	1	1	1
1,4	1,3	1,1	1,1	1,4*
1,0	0,7	0,9	0,9	0,9
1	1	1	1	1
1,0	1,0	1,1	1,7	1,6
1	1	1	1	1
1,7**	1,8***	1,1	1,0	1,8***
1	1	1	1	1
1,6*	2,9**	0,8	0,9	1,3
1	-	1	1	1
1,1	-	1,1	0,8	0,9

voire au-delà. Temps choisi pour certains, temps imposé pour d'autres, la fin de vie professionnelle est parfois décrite comme un moment bénéfique, dans d'autres cas comme un moment de fragilisation. Sous l'angle des comportements de santé que nous avons choisi, quelles observations pouvons-nous entrevoir des « liens travail/santé » lors de ce passage ? Nous opposons dans notre population des 55-65 ans (soit 3 956 personnes), la part des seniors « actifs occupés » (37,6 %) à celle des retraités (62,4 %) [tableau V].

Les analyses multivariées effectuées sur nos différents indicateurs font apparaître un meilleur score de santé physique chez les retraités de 55-65 ans que chez leurs homologues actifs (+ 3,3 points; $p < 0,01$) et, dans une moindre mesure, une amélioration du score de santé générale (+ 2,0 points; $p < 0,05$).

En ce qui concerne les conduites addictives, les retraités de 55-65 ans ne présentent guère de différences de comportements avec leurs homologues actifs occupés, hormis une légère augmentation des quantités d'alcool consommées (+ 0,1 point; $p < 0,05$).

COMPORTEMENTS DE SANTÉ ET MILIEUX DE TRAVAIL

Le gradient des comportements de santé est souvent présenté en fonction de l'approche des catégories socioprofessionnelles; la plupart des chapitres y ont consacré une place importante et nos analyses multivariées précédentes, à la fois sur l'ensemble de la population active et sur les actifs occupés, complètent les analyses effectuées par les différents auteurs. Nous rappellerons simplement qu'à l'image des inégalités sociales de santé, les écarts dans le score de santé générale varient très significativement entre les ouvriers et les cadres [6]. Le score de santé mentale apparaît, quant à lui, davantage dégradé chez les employés et les cadres [tableaux II et V].

Si les épisodes dépressifs caractérisés et les pensées suicidaires semblent fortement impactés par les situations de chômage, en revanche, chez les actifs occupés, ces indicateurs s'avèrent peu sensibles aux variables du milieu de travail, PCS et conditions de travail.

Les consommations de substances psychoactives présentent des particularités suivant les PCS. Si l'on considère les catégories d'actifs occupés, les ouvriers et les artisans présentent les consommations de tabac les plus élevées, qu'il s'agisse de

l'usage régulier ou des quantités consommées. Les prévalences de consommateurs quotidiens d'alcool sont significativement inférieures chez les cadres, professions

TABLEAU VI

Usages des produits psychoactifs suivant les milieux

Secteurs d'activité (code NAF 17)	Tabagisme régulier
Significativité	***
Agriculture (n=1030)	24,2
Pêche (n=65)*	32,3
Industries extractives (n=322)	33,2
Industrie manufacturière (n=1907)	29,1
Production (n=302)	30,7
Construction (n=1019)	36,5
Commerce (n=2 506)	31,2
Hôtels restaurants (n=548)	43,0
Transports (n=1169)	30,5
Activités financières (n=705)	23,4
Immobilier (n=544)	31,1
Administration (n=2108)	25,1
Éducation (n=1938)	21,6
Santé et action sociale (n=2733)	25,6
Services (n=1262)	29,4
Activités de ménage (n=308)	20,5
Services extraterritoriaux (n=61)*	19,2
Ensemble	28,1

a. Effectifs faibles. *** : $p < 0,001$

intermédiaires et employés. La consommation de cannabis semble, en revanche, davantage répandue chez les artisans, les cadres et les professions intermédiaires et celle de médicaments psychotropes parmi les cadres [tableau V].

En effectuant une analyse par secteurs [tableau VI], on remarque que certains se singularisent par leur consommation de substances psychoactives. C'est le cas des secteurs de la pêche (effectif faible), de la construction, des transports, qui déclarent une consommation très supérieure à la moyenne quels que soient les indicateurs considérés ; ils sont suivis de près — à l'exception des indicateurs de régularité et d'usages problématiques d'alcool — par le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, et celui du commerce. Le secteur de l'agriculture se distingue, quant à lui, par un pourcentage de consommateurs quotidiens

plus élevé (21,1 %). La consommation de médicaments psychotropes est davantage concentrée sur les secteurs des activités de ménage (services domestiques), de l'administration, de l'éducation, de la santé et de l'action sociale. Ces pratiques sont sans doute à mettre en relation avec le stress déclaré par ces professions (cf. paragraphe suivant). Les secteurs du commerce et de la production sont également concernés.

Du point de vue de l'observation des liens entre conditions de travail et consommation de substances psychoactives [tableau VII], on constate que la prévalence du tabagisme régulier est significativement plus répandue chez les travailleurs de nuit (ORa=1,5; p<0,05) et les travailleurs soumis à des contraintes de rythme (ORa=1,2 pour ceux qui doivent se dépêcher fréquemment ; p<0,01). Les travailleurs effectuant de longues journées de travail (plus

professionnels (en pourcentage)

Consommation quotidienne d'alcool	Consommation à risque chronique ou de dépendance à l'alcool (Audit-C)	Consommation actuelle de cannabis	Prise de médicaments psychotropes (douze derniers mois)
***	***	***	***
21,1	15,1	3,7	6,1
14,7	12,6	8,3	20,0
13,4	7,8	9,4	9,3
12,7	10,3	7,3	11,3
10,2	9,1	6,5	14,6
17,0	14,6	10,2	9,3
10,9	8,7	8,0	15,3
9,7	7,6	14,2	11,7
11,6	10,6	7,3	10,1
9,9	6,4	6,2	12,4
7,6	8,3	8,6	16,1
10,5	5,7	3,9	16,9
8,3	5,4	6,2	16,9
5,4	4,3	4,9	16,0
9,0	7,8	8,1	13,5
5,4	3,9	1,5	21,4
10,7	13,2	5,1	19,7
10,5	8,1	6,9	13,7

TABLEAU VII

Consommation de substances psychoactives suivant les conditions de travail : résultats de cinq régressions des indicateurs de santé ajustées par le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle

	Tabagisme régulier (n=10 574)	Consommation quotidienne d'alcool (n=10 658)	Consommation à risque chronique ou de dépendance à l'alcool (Audit-C) (n=10 260)
Travail de nuit			
Non	1	1	1
Oui	1,5*	0,7	1,3
Durée d'une journée de travail			
Inférieure ou égale à 10 heures	1	1	1
Supérieure à 10 heures	1,1	1,6***	1,3
Durée des congés annuels			
Entre 15 et 25 jours	1	1	1
Entre 26 et 40 jours	0,9	1,0	1,0
Supérieure à 40 jours	0,9	1,0	1,2
48 heures de repos hebdomadaire			
Oui	1	1	1
Non	1,1	1,0	0,9
Travail fatigant physiquement et/ou nerveusement			
Non	1	1	1
Oui	1,1	1,1	1,1
Impossibilité de respecter les délais			
Toujours/souvent	1	1	1
Parfois/jamais	0,9	0,9	1,0
Obligation de se dépêcher			
Parfois/jamais	1	1	1
Toujours/souvent	1,2**	1,0	1,0

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

de dix heures) présentent une consommation quotidienne de tabac supérieure de 2,3 cigarettes en moyenne ($p<0,01$) et sont plus fréquemment des buveurs quotidiens ($ORa=1,6$; $p<0,001$). La consommation de médicaments psychotropes s'avère,

quant à elle, davantage liée aux contraintes de production (l'obligation de se dépêcher fréquemment) et à l'expression de la charge psychosociale qui en résulte, pénibilités physiques ou nerveuses ressenties (ORa de 1,4 et 1,6; $p<0,001$).

PERCEPTION DES EFFETS DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ CHEZ LES ACTIFS OCCUPÉS

AFFECTIONS DE SANTÉ PAR LE TRAVAIL

Dans l'ensemble, la grande majorité des individus de 16 à 65 ans qui travaillent se déclarent plutôt satisfaits de leurs condi-

tions de travail (83,0 %), sans différence significative suivant le sexe. La satisfaction professionnelle est appréciée diversément suivant les catégories socioprofessionnelles et significativement liée aux conditions d'employabilité ou de ressources

logistiques

Consommation actuelle de cannabis (n=10 643)	Prise de médicaments psychotropes (n=7 011)
1	1
0,9	0,6
1	1
0,9	1,0
1	1
0,9	0,9
1,1	1,1
1	1
1,2	0,9
1	1
1,2	1,6***
1	1
0,9	1,1
1	1
1,2	1,4***

($p < 0,001$). La plus grande insatisfaction est exprimée par les agriculteurs et les ouvriers (respectivement 21,5 % et 20,7 %) *versus* 13,0 % chez les cadres. De façon liée, cette opinion est nuancée suivant les revenus par unité de consommation (UC) : 15,1 % pour la tranche des revenus mensuels supérieurs à 1 500 euros/UC, 17,7 % pour celle comprise entre 900 et 1 500 euros/UC et 19,9 % pour la tranche des revenus de moins de 900 euros/UC ($p < 0,001$).

Parmi les actifs occupés, près de sept personnes sur dix (68,0 %) évoquent un travail pénible au plan nerveux — plus souvent des cadres et professions intermédiaires (78,6 % et 72,9 %). Près de la moitié des travailleurs interrogés (45,9 %

déclarent un travail pénible physiquement (86,2 % parmi les agriculteurs, 68,9 % parmi les ouvriers et 56,6 % parmi les artisans). Enfin, 80,1 % expriment l'un ou l'autre de ces deux types de pénibilité (prioritairement les agriculteurs : 93,2 %).

Près de quatre travailleurs sur dix (38,5 %) établissent un lien direct entre leur travail et leur santé : 40,1 % des hommes et 36,8 % des femmes ($p < 0,001$). Comme dans l'enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail [2, 7], les quatre principales affections de santé dont se plaignent les travailleurs portent sur le stress (28,2 % : 27,3 % des hommes et 29,2 % des femmes ; $p < 0,05$), la fatigue générale (27,2 %), le mal de dos (22,9 %) et les douleurs musculaires du cou et des épaules (19,0 % : 18,1 % des hommes et 20,0 % des femmes ; $p < 0,05$) [figure 1].

Hormis les services extraterritoriaux, dont le niveau de plaintes est maximal pour chacune des affections, le stress est davantage mentionné par les cadres (33,1 %), les professions intermédiaires (30,6 %), le secteur de l'éducation (36,2 %) ou celui de la santé (30,6 %). Les autres maux — fatigue, mal de dos, douleurs musculaires du cou et des épaules — sont, quant à eux, davantage mentionnés par les agriculteurs, les artisans, les ouvriers ; les salariés du secteur de la pêche, de la construction et des transports semblent globalement être les plus affectés.

Les liens entre conditions de travail et affections déclarées paraissent significatifs sur plusieurs indicateurs [tableaux VIII et IX]. Ainsi, le travail de nuit, l'absence de repos hebdomadaire d'au moins quarante-huit heures, les contraintes d'organisation sont associés dans l'ensemble des affections. Naturellement, l'expression des pénibilités ressenties, l'insatisfaction générale sur ses conditions de travail et l'insatisfaction sur sa propre capacité à travailler apparaissent déterminantes sur la morbidité ressentie ($p < 0,001$). En ajustant les symptomatolo-

FIGURE 1

**Affections de santé par le travail
déclarées par les actifs occupés
de 16 à 65 ans (n=13 924)**


TABLEAU VIII

Perception des effets du travail sur la santé (quatre

Travail de nuit (n=13 120)	
Oui	
Non	
Durée d'une journée de travail (n=13 120)	
Inférieure ou égale à 10 heures	
Supérieure à 10 heures	
48 heures de repos hebdomadaire (n=13 844)	
Oui	
Non	
Durée des congés annuels (n=10 113)	
Entre 15 et 25 jours	
Entre 26 et 40 jours	
Supérieure à 40 jours	
Travail fatigant nerveusement (n=13 826)	
Oui	
Non	
Travail fatigant physiquement (n=13 841)	
Oui	
Non	
Travail fatigant physiquement et/ou nerveusement (n=13 811)	
Oui	
Non	
Impossibilité de respecter les délais (n=13 739)	
Toujours/souvent	
Parfois/jamais	
Obligation de se dépêcher (n=13 845)	
Toujours/souvent	
Parfois/jamais	
Satisfaction des conditions de travail (n=13 831)	
Oui	
Non	
Satisfaction à travailler (n=9 233)	
Insatisfait	
Indifférent	
Satisfait	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

gies évoquées par les variables de sexe, d'âge et la catégorie socioprofessionnelle, les liens sont confirmés. En revanche, la durée journalière de travail ne s'avère pas discriminante. Toutes choses égales par ailleurs, les plaintes de stress touchent l'ensemble des catégories professionnelles.

Ces données sont à rapprocher des enquêtes sur les conditions de travail et de l'enquête Sumer. Comme le rappelle la Dares, si les longues journées de travail sont devenues plus rares et le travail répétitif moins répandu, les contraintes organisationnelles et l'intensification du travail

principales causes) suivant les conditions de travail (en pourcentage)

Salariés déclarant que leur travail affecte leur santé	Stress	Fatigue	Mal de dos	Douleurs du cou et des épaules
***	**	***	***	***
54,6	36,3	42,3	34,0	26,8
38,0	27,8	26,8	22,5	18,8
**	*	***	***	**
38,0	27,6	26,6	22,2	18,6
41,8	30,9	31,2	27,0	21,6
***	***	***	***	***
35,8	26,0	25,0	20,3	17,2
47,0	35,1	34,3	30,7	24,7
ns	***	ns	**	**
38,0	26,0	26,7	25,1	21,2
39,7	30,2	27,8	22,7	18,7
39,6	30,6	28,8	21,4	17,8
***	***	***	***	***
45,8	37,2	34,1	26,9	22,5
23,1	9,2	12,7	14,5	11,5
***	***	***	***	***
49,0	33,9	36,7	35,1	28,8
29,6	23,4	19,2	12,6	10,7
***	***	***	***	***
44,6	33,7	32,5	27,1	22,5
14,0	6,2	6,3	6,3	4,8
**	ns	*	**	**
40,7	29,1	28,7	24,6	20,7
37,6	27,8	26,7	22,2	18,3
***	***	***	***	***
45,1	35,3	32,9	27,2	22,8
28,1	17,0	18,3	16,1	12,9
***	***	***	***	***
32,5	22,6	21,8	18,5	15,0
67,7	55,5	53,9	44,4	38,8
***	***	***	***	***
62,7	50,5	50,9	39,8	39,6
59,1	50,1	47,2	36,8	34,7
36,0	26,0	24,9	21,1	17,5

continuent de peser sur l'ensemble des salariés. Aucun secteur n'est épargné et les exigences du marché sont perceptibles à tous les niveaux de l'entreprise **[8]** (cf. encadré). Suivant une définition précise des expositions à diverses contraintes, 32 % des salariés seraient exposés à des situations

fatigantes⁷, 21 % à des postures pénibles⁸, 10 % à des contraintes cervicales⁹. Au total,

7. Fréquents déplacements à pied, position debout prolongée, gestes répétitifs à cadence élevée plus de vingt heures par semaine.

8. À genoux, les bras en l'air ou dans une position en torsion plus de deux heures par semaine.

9. Position fixe de la tête et du cou plus de vingt heures par semaine.

TABLEAU IX

Affections de santé et conditions de travail : résultats de cinq régressions logistiques ajustées par le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle

	Salariés déclarant que leur travail affecte leur santé (n=10 631)	Stress (n=10 671)	Fatigue (n=10 671)	Mal de dos (n=10 671)	Douleurs du cou et des épaules (n=10 671)
Sexe					
Homme	1	1	1	1	1
Femme	1,0	1,2*	1,2**	1,1	1,2**
Âge					
16-19 ans	1	1	1	1	1
20-25 ans	1,2	1,1	1,6	0,9	1,5
26-34 ans	1,3	1,5	1,5	1,0	1,2
35-44 ans	1,4	1,9	1,8	1,1	1,6
45-54 ans	1,5	1,9	1,7	1,1	1,8
55-65 ans	1,1	1,4	1,3	0,9	1,3
Profession et catégorie socioprofessionnelle					
Ouvriers	1	1	1	1	1
Agriculteurs	1,0	0,7	0,8	0,9	0,8
Artisans	0,8	1,1	0,8*	0,7**	0,7**
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,7***	1,2	0,8**	0,4***	0,4***
Professions intermédiaires	0,7***	1,2	0,7***	0,5***	0,5***
Employés	0,6***	0,9	0,6***	0,6***	0,6***
Travail de nuit					
Non	1	1	1	1	1
Oui	1,8***	1,6**	2,0***	1,4*	1,3
Durée d'une journée de travail					
Inférieure ou égale à 10 heures	1	1	1	1	1
Supérieure à 10 heures	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0
Durée des congés annuels					
Entre 15 et 25 jours	1	1	1	1	1
Entre 26 et 40 jours	1,1	1,2**	1,1	1,0	1,0
Supérieure à 40 jours	1,1	1,2*	1,2*	1,0	0,9
48 heures de repos hebdomadaire					
Oui	1	1	1	1	1
Non	1,5***	1,5***	1,5***	1,5***	1,4***
Travail fatigant physiquement et/ou nerveusement					
Non	1	1	1	1	1
Oui	4,2***	6,5***	6,4***	4,8***	4,9***
Impossibilité de respecter les délais					
Toujours/souvent	1	1	1	1	1
Parfois/jamais	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9
Obligation de se dépêcher					
Parfois/jamais	1	1	1	1	1
Toujours/souvent	1,8***	2,2***	1,7***	1,7***	1,7***

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

près d'un salarié sur deux (deux tiers des ouvriers vs un cadre sur cinq) subirait au moins une contrainte posturale ou articulaire qui peut être jugée lourde. Les jeunes, les apprentis et les intérimaires seraient plus particulièrement concernés [9].

Le baromètre cadres [10], les enquêtes de la MGEN [11], le sondage TNS Sofres sur les conditions de travail des enseignants [12], les travaux de la Drees auprès des professionnels des établissements de santé [13] apportent des éclairages complémentaires sur le vécu de stress des salariés. Outre les contraintes de rythmes (notamment pour les cadres et les personnels soignants), la plupart des enquêtes font ressortir des obligations de résultats, un sentiment d'exigence élevé et, parfois, un sentiment d'exposition à des agressions verbales et physiques.

LIENS ENTRE AFFECTIONS RESENTIES ET AUTRES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

En croisant les affections du travail déclarées par les salariés avec les déterminants de santé que nous avons retenus, on relève, chez les personnes se déclarant stressées, fatiguées, souffrant de maux de dos ou de douleurs articulaires, une consommation de médicaments psychotropes supérieure à celle des personnes qui ne souffrent pas de ces affections ($p < 0,001$). La prévalence des épisodes dépressifs et des pensées suicidaires est également significativement plus élevée ($p < 0,001$). Les scores de qualité de vie (santé générale, santé physique et santé mentale) sont sensiblement inférieurs : environ -7 points pour le score de santé

DARES : PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUMER 2003 [8]

Entre 1994 et 2002-2003, l'exposition des salariés à la plupart des risques et pénibilités du travail a eu tendance à s'accroître¹.

En 2002-2003, le travail de nuit concerne 12,7 % des salariés (vs 11,7 % en 1994) et continue à se développer dans l'industrie chez les ouvriers qualifiés (21,2 %) et les ouvrières non qualifiées (14,2 %).

Les salariés sont moins nombreux qu'il y a dix ans à pratiquer de longues semaines de travail (19,6 % vs 29,1 % en 1994), cependant la majorité des cadres (51 %) déclare encore pratiquer des semaines de plus de quarante heures.

Les salariés subissant des astreintes sont deux fois plus nombreux en 2003 qu'en 1994 (10 % vs 5 %), toutes les catégories de salariés sont soumises à contribution.

Le recours habituel au travail du samedi concerne 43,4 % des salariés, majoritairement des employés du commerce et des services (67,9 %), mais également des cadres (41,1 %) ; il progresse chez les ouvriers et les employés administratifs jusque-là peu concernés. Le travail du dimanche s'établit à 20 % (33,3 % chez les

employés du commerce et de services, 24,7 % chez les cadres) et progresse dans l'industrie.

Les contraintes organisationnelles se renforcent : plus de la moitié des salariés (55,2 %) déclarent devoir répondre rapidement à une demande extérieure (+ 6 points par rapport à 1994), le sentiment de travailler dans l'urgence se développe (+ 12 points par rapport à 1994). Si cette pression temporelle s'exerce surtout chez les cadres (respectivement 65,6 % et 75,5 %), aucun secteur n'est pour autant épargné.

Les risques et les pénibilités ont davantage augmenté pour les ouvriers et les employés, ainsi que dans l'agriculture et dans la construction.

6 % de la population salariée, majoritairement des ouvriers, cumulent contraintes physiques et organisationnelles, ainsi qu'un manque d'autonomie dans leur travail.

1. Les chiffres sur le travail le samedi, le dimanche et la nuit sont issus de l'enquête Emploi de l'Insee et calculés sur le champ de l'enquête Sumer 1994. Ils font référence à des évolutions entre 1994 et 2002.

générale, -10 points pour le score de santé physique quelles que soient les pathologies et, pour le score de santé mentale, une diminution de 10,5 à 6,3 points suivant les pathologies [tableau X]. On retrouve par ailleurs, dans plus de huit cas sur dix chez les personnes souffrant de maux de dos, de douleurs du cou et des épaules, des facteurs associés de stress ($p < 0,001$).

STRESS ET CONSÉQUENCES EN TERMES DE COMPORTEMENTS DE SANTÉ

Si 28,2 % des actifs occupés considèrent que leur travail affecte leur santé en générant un stress, ils sont, en revanche, bien plus nombreux à évoquer un « état de stress ».

Lors du dernier mois, 59,4 % des actifs occupés déclarent un épisode de stress en lien avec « leur activité ou leur situation professionnelle » (58,1 % des hommes et 60,8 % des femmes ; $p < 0,001$) ; 20,2 % d'entre eux signalent également un stress dans leur vie privée (16,2 % des hommes vs 24,7 % des femmes ; $p < 0,001$) [figure 2]. Parmi ceux qui, dans le dernier mois, déclarent un stress en lien avec leur vie ou situation professionnelle, seuls 48,3 % ont signalé que leur

travail affectait leur santé. En revanche, parmi ces derniers, plus de sept personnes sur dix (74,6 %) ont déclaré un épisode de stress dans le dernier mois.

Au bilan et de façon extensive, 63,9 % des actifs occupés (62,3 % des hommes vs 65,7 % des femmes ; $p < 0,001$) se déclarent « affectés » ou « stressés » par un stress d'origine professionnelle. Le stress attribué à un lien professionnel est davantage déclaré par les individus âgés de 26 à 44 ans (66,5 % vs 60,8 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$) (ORa=2,5 pour les 26-34 ans et ORa=2,6 pour les 35-44 ans ; $p < 0,01$).

Les cadres — professions libérales (75,8 %), cadres de la fonction publique (75,3 %), cadres d'entreprise (74,0 %), professions intermédiaires administratives (69,4 %) — et les professions de l'enseignement (68,8 %) affichent les plus fortes prévalences.

Au plan des conditions de travail, les pénibilités physiques et nerveuses ressenties (ORa=3,9 ; $p < 0,001$), l'obligation de fréquemment se dépêcher (ORa=2,3 ; $p < 0,001$), l'absence de quarante-huit heures de repos hebdomadaire (ORa=1,2 ; $p < 0,01$) semblent influencer significativement sur le stress déclaré [tableau XI].

TABLEAU X

Liens entre affections ressenties et autres déterminants de santé

	Salariés déclarant que leur travail affecte leur santé versus salariés ne déclarant pas d'affections	Salariés se déclarant stressés par leur travail versus salariés non stressés
Score de santé physique	68,2 vs 77,0***	66,4 vs 76,4***
Score de santé mentale	72,0 vs 79,1***	68,9 vs 79,3***
Score de santé générale	68,8 vs 74,7***	67,2 vs 74,5***
Prise de médicaments psychotropes (douze derniers mois) (en %)	18,4 vs 10,8***	21,5 vs 10,7***
Épisode dépressif caractérisé (douze derniers mois) (en %)	10,3 vs 6,1***	11,6 vs 6,1***
Pensées suicidaires (douze derniers mois) (en %)	6,8 vs 3,4***	7,9 vs 3,4***

*** : $p < 0,001$.

FIGURE 2

Stress dans le dernier mois parmi l'ensemble des actifs occupés (n=15 994)



La gestion du stress fait généralement appel à différentes stratégies ; ses conséquences au plan de la santé entraînent parfois des comportements tabagiques, des troubles de l'alimentation, etc. Sur l'ensemble de notre population de travailleurs évoquant un stress en lien avec leur milieu ou situation professionnelle, les deux principales stratégies déclarées consistent (« souvent » ou « parfois »), pour plus de

six personnes sur dix, à en parler (67,4 %) ou à faire de l'exercice physique (64,0 %) (marche, jogging, natation, stretching, etc.). Si la majorité dit ainsi adopter des comportements positifs, 44,4 % déclarent — « souvent » ou « parfois » — manger plus qu'à leur habitude ; un comportement nettement plus sensible chez les femmes que chez les hommes (54,0 % vs 35,5 % ; $p < 0,001$). Trois quarts des fumeurs (77,9 %) déclarent fumer

Salariés fatigués par leur travail versus salariés non fatigués	Salariés déclarant des maux de dos versus salariés ne souffrant pas de maux de dos	Salariés déclarant des douleurs du cou et des épaules versus salariés n'ayant pas de douleurs du cou ou des épaules
65,9 vs 76,5***	65,9 vs 75,9***	64,6 vs 75,6***
69,7 vs 78,9***	71,5 vs 77,8***	70,2 vs 77,8***
67,2 vs 74,4***	67,8 vs 73,8***	66,9 vs 73,7***
20,8 vs 11,1***	19,1 vs 12,2***	20,7 vs 12,1***
12,0 vs 6,0***	11,4 vs 6,5***	12,5 vs 6,5***
7,8 vs 3,5***	7,5 vs 3,9***	8,3 vs 3,8***

TABLEAU XI

Régressions logistiques sur la population se déclarant « affectée » ou « stressée dans le dernier mois par son travail » ajustées par le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle

	Stress lié au travail, la situation ou la vie professionnelle (n=10 210)
Sexe	
Homme	1
Femme	1,2**
Âge	
16-19 ans	1
20-25 ans	1,8*
26-34 ans	2,5**
35-44 ans	2,6**
45-54 ans	2,3**
55-65 ans	1,9*
Profession et catégorie socioprofessionnelle	
Ouvriers	1
Agriculteurs	0,8
Artisans	1,3*
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2,4***
Professions intermédiaires	1,9***
Employés	1,2*
Travail de nuit	
Non	1
Oui	1,0
Durée d'une journée de travail	
Inférieure ou égale à 10 heures	1
Supérieure à 10 heures	1,0
Durée des congés annuels	
Entre 15 et 25 jours	1
Entre 26 et 40 jours	1,2*
Supérieure à 40 jours	1,1
48 heures de repos hebdomadaire	
Oui	1
Non	1,2**
Travail fatigant physiquement et/ou nerveusement	
Non	1
Oui	3,9***
Impossibilité de respecter les délais	
Toujours/souvent	1
Parfois/jamais	1,0
Obligation de se dépêcher	
Parfois/jamais	1
Toujours/souvent	2,3***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

davantage (54,7 % le font souvent), et un buveur sur dix (12,8 % : 17,5 % des hommes vs 6,4 % des femmes ; $p<0,001$) déclare augmenter sa consommation d'alcool. Le recours à des médicaments psychotropes concernerait 13,0 % des hommes et 22,9 % des femmes ($p<0,001$). Enfin, 3,6 % déclarent avoir recours (« souvent » ou « parfois ») à d'autres drogues (champignons, ecstasy, poppers, cocaïne, héroïne, etc.).

Des attitudes déclarées aux pratiques, il est difficile de mesurer l'incidence. Nos indicateurs ne permettent pas de relever de différences significatives dans les prévalences de fumeurs réguliers, usagers de cannabis ou buveurs (consommateurs quotidiens ou à risques de chronicité ou de dépendance) entre notre population d'actifs dits affectés ou stressés par un stress d'origine professionnelle et la population non stressée.

Du fait des indicateurs de morbidité liés au stress, on constate une augmentation significative de la prévalence des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, du recours aux médicaments dans la population stressée [tableau XII].

Plus de la moitié des personnes se disant affectées par un stress d'origine professionnelle déclarent avoir connu des troubles du sommeil au cours des huit derniers jours : 51,4 % versus 33,0 % dans la population non stressée ($p<0,001$), dont 13,1 % ont des troubles fréquents ($ORa=2,1$; $p<0,001$). Et 20,4 % versus 11,6 % se déclarent insatisfaites de leur sommeil ($p<0,001$). Concernant les troubles de l'alimentation, 13,4 % déclarent avoir eu envie, au cours de douze derniers mois — « assez souvent », voire « très souvent » — de manger énormément sans arrêt ($ORa=1,4$; $p<0,001$), 8,7 % ont manqué d'appétit ($ORa=1,4$; $p<0,001$) et 8,6 % n'ont eu aucune envie de manger ($ORa=1,3$; $p<0,01$).

Les personnes stressées ont également un recours plus fréquent aux médicaments psychotropes ($ORa=2,1$; $p<0,001$). La préva-

TABLEAU XII

Liens entre indicateurs de santé et stress déclaré en relation avec le travail, la situation ou la vie professionnelle. Modèles finaux de régressions logistiques où les variables dépendantes sont les comportements de santé, ajustées sur le sexe, l'âge et la catégorie professionnelle. Résultats en référence à la population de travailleurs non stressés.

Stress déclaré en relation avec le travail, la situation ou la vie professionnelle (en référence : la population non stressée)	Coefficient et OR ajusté	IC à 95 %
Score santé physique (n=9 270)	-9,0***	-9,8 ; -8,1
Score santé mentale (n=9 255)	-10,1***	-10,9 ; -9,2
Score santé générale (n=9 158)	-6,8***	-7,4 ; -6,2
Tabagisme régulier (n=13 762)	1,1	0,7 ; 0,9
Consommation quotidienne moyenne de cigarettes (n=3 820)	1,1*	0,2 ; 2,0
Consommation quotidienne d'alcool (n=13 872)	1,1	0,9 ; 1,2
Dépendance à l'alcool (Audit ; n=13 335)	1,0	0,8 ; 1,2
Nombre moyen de verres consommés au cours de la dernière occasion (n=7 620)	0,0	-0,2 ; -0,1
Consommation actuelle de cannabis (n=13 848)	1,2	1,0 ; 1,4
Prise de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois (n=9 184)	2,1***	1,8 ; 2,5
Épisode dépressif caractérisé (n=9 184)	1,7***	1,4 ; 2,0
Pensées suicidaires (n=13 887)	1,8***	1,5 ; 2,2
Troubles du sommeil au cours des huit derniers jours (n=9 247)	2,1***	1,9 ; 2,4
Satisfaction sommeil (n=9 247)	0,5***	0,4 ; 0,6
Manger énormément (n=13 894)	1,4***	1,2 ; 1,5
Redouter de commencer à manger (n=13 894)	1,7**	1,2 ; 2,3
N'avoir aucune envie de manger (n=13 894)	1,3**	1,1 ; 1,5
Manquer d'appétit (n=13 894)	1,4***	1,2 ; 1,6

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

lence des pensées suicidaires est plus importante (5,6 % vs 3,1 % ; p<0,01 ; ORa=1,8 ; p<0,001), celle des épisodes dépressifs caractérisés est portée à 8,6 % (vs 5,6 % chez les personnes non stressées ; p<0,001 ; ORa=1,7 ; p<0,001). Il convient toutefois de se garder d'établir le sens des causalités.

L'importance des plaintes anxiodépressives peut être en lien avec le travail, tout comme un état dépressif peut favoriser ou accentuer les plaintes sur le travail. La prévalence des idées de suicide est par ailleurs significativement corrélée à la problématique dépressive.

DISCUSSION

Le Baromètre santé 2005 offre pour la première fois la possibilité d'un rapprochement entre des données sur les comportements individuels et des données sur l'emploi, les conditions de travail et les secteurs d'activité.

La taille de l'échantillon et sa représentativité au plan de la structure nationale de la population active en France constituent un

atout décisif pour effectuer des analyses multivariées sur ce type de liens. Toutefois, il convient de considérer les analyses de ce chapitre dans la limite de leur exercice ; un exercice *exclusivement* descriptif dont l'objet est de rendre compte de résultats transversaux synthétiques pour susciter l'appropriation et les réflexions.

En ce qui concerne les indicateurs de

travail, nous avons tenté de nous rapprocher de ceux utilisés dans les grandes enquêtes (Dares, enquête européenne de la Fondation de Dublin) ; nos indicateurs ne permettent cependant pas de renseigner l'exposition réelle à des risques professionnels, ni des contextes ou des modalités d'organisation.

Pour ce qui est des analyses, nous avons tenté de réduire les biais liés à la variabilité des situations d'emploi et aux déterminants de santé par des régressions ajustées sur l'âge, le sexe et la PCS, considérant que la PCS offrait un indicateur synthétique de la variabilité des milieux professionnels et des niveaux d'éducation. D'autres variables, tels les revenus par unité de consommation, auraient naturellement pu être introduites ; l'impact des situations personnelles, du statut matrimonial, des événements de vie n'a pas été retenu, car peu contextualisé dans l'année ou sur des événements relativement récents.

Nos indicateurs ne permettent naturellement pas de rendre compte de l'ensemble des relations complexes entre morbidité et travail, dont l'appréciation est ici fortement subjective par le contexte de l'enquête. Nous renverrons sur ce point aux précautions de lecture connues des épidémiologistes et des spécialistes en santé au travail [14, 15]. Par ailleurs, comme nous l'avons indiqué en introduction, chaque relation statistique, quels que soient les liens interrogés, mérite d'être observée dans sa double direction.

Les éléments de cette analyse transversale confirment, en premier lieu, la résonance entre les situations d'emploi et la santé des individus, même s'il convient de garder à l'esprit que la situation d'activité professionnelle, tant du fait des employeurs que des salariés, « sélectionne » les mieux portants. Les facteurs d'insécurité dans le travail, de chômage, de précarité de l'emploi se reflètent manifestement sur les indicateurs de santé de la population.

À tous les âges, chez les chômeurs, la dégradation des indicateurs de santé mentale (pensées suicidaires) est manifeste et les risques de développer un épisode dépressif caractérisé augmentent au-delà de 45 ans. Selon l'enquête Santé mentale en population générale, les risques de tentatives de suicide des personnes au chômage seraient multipliés par 2,6 [16]. Les chômeurs comme les personnes au statut précaire présentent également un profil de surconsommation de substances addictives — tabagisme régulier, usage occasionnel de cannabis, ou de risques chroniques ou de dépendance face à l'alcool. Toutes choses égales par ailleurs, les 26-44 ans semblent les plus touchés par la dégradation des indicateurs de santé. Les conséquences secondaires de ces situations sont d'autant plus dommageables que, dans un contexte d'emploi défavorable, elles peuvent minorer les facteurs de réinsertion professionnelle ; il n'est pas exclu que, dans certains cas, elles soient elles-mêmes à l'origine d'une exclusion du marché du travail [17, 18]. Au plan de la santé publique, ces résultats plaident pour un suivi attentif des populations en fragilité d'emploi.

Concernant la population des actifs occupés, dans l'ensemble, la grande majorité se déclare plutôt satisfaite de ses conditions de travail ; une personne sur quatre signale toutefois une affection de santé en lien avec son travail. Le stress, la fatigue, les douleurs lombaires et articulaires du cou et des épaules sont les affections les plus fréquemment évoquées. Cette morbidité exprimée est naturellement à mettre en relation avec la spécificité des conditions de travail et des métiers, comme précédemment évoqué. Si les pénibilités physiques ou nerveuses, le travail de nuit, l'augmentation sensible des astreintes et des contraintes de production sont perceptibles sur chacun des niveaux de plaintes, il convient toutefois de garder à l'esprit la

complexité des liens entre caractéristiques du travail et gênes évoquées. Les travaux d'Anne-Françoise Molinié, dans le cadre de l'enquête SVP50, soulignent combien les contraintes peuvent jouer non seulement sur les risques de troubles de santé mais aussi, parmi ceux qui présentent ces troubles, sur la probabilité d'en être gêné dans le travail [19].

Sur le stress, les données du Baromètre santé sont en concordance avec les résultats des autres enquêtes sur le sentiment général, partagé par plus de six actifs occupés sur dix, de situations professionnelles stressantes. Toutefois, contrairement à l'enquête Sumer, elles rendent compte d'un « vécu » de stress et non d'une « exposition à un stress professionnel » : les résultats de l'enquête Sumer soulignent que, si six actifs sur dix jugent leur travail « *fortement stressant* », la prévalence observée du *job strain*¹⁰ ne serait que de 23,2 %, celle de l'*iso-strain*¹¹ de 14,5 % après pondération [5].

Les écarts dans les réponses ainsi formulées mettent en évidence la polysémie et la multivalence de ce terme dans les représentations des individus : à la fois état de morbidité ressenti, sujet de préoccupation, d'inquiétude, perception déclarée d'un problème lié à son travail, satisfaction de son travail ou de ses conditions de travail ; ce qui renvoie à la subjectivité des plaintes et des conditions d'exercice des différents groupes professionnels. Les plus contraints ne sont pas nécessairement ceux qui se plaignent le plus. Si les écarts entre perception et exposition réelle sont importants, les plaintes de stress sont toutefois à prendre en considération. Elles peuvent avoir un impact non négligeable sur le travail lui-même, voire sur l'absentéisme au travail [20].

Confirmant les études cliniques et physiopathologiques [20], les données du Baromètre santé attestent des liens entre le stress déclaré et les troubles du sommeil, de l'alimentation ; la consommation des

fumeurs est également sensiblement augmentée. Nos indicateurs ne permettent pas de mettre en évidence de lien entre le déclaratif de stress et une augmentation des consommations d'alcool, pourtant évoquée comme une stratégie palliative par un quart des buveurs. La consommation de médicaments psychotropes en lien avec les conséquences anxiodépressives du stress apparaît, quant à elle, sensiblement augmentée.

Quelles que soient les origines du stress déclaré, les conséquences économiques et sociales du stress méritent d'être prises en compte. Le nombre de cas de maladies cardiovasculaires, de dépressions, de troubles musculo-squelettiques et de lombalgies attribuables au stress professionnel pour l'année 2000 en France se situerait entre 310 000 et 400 000 (2 300 à 3 600 décès), soit un coût estimé entre 1 167 millions et 1 975 millions d'euros, représentant 14,4 à 24,2 % des dépenses liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles [21]. Cette estimation devrait être prochainement ajustée sur la base de l'enquête Sumer. Les travaux de l'observatoire Samotrace sur la santé mentale au travail, pilotés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) [22], apporteront par ailleurs d'autres éclairages sur l'importance de la prévalence des problèmes de santé mentale et des facteurs psychosociaux associés selon l'emploi.

Les consommations de substances psychoactives en entreprise inquiètent beaucoup de chefs d'entreprise. Nombre d'entre eux ont déjà été confrontés à des problèmes avec leur salarié, le plus souvent des problèmes liés à l'alcool. Comme en témoignent deux enquêtes menées en 2006 par l'INPES et l'Anpaa, le milieu professionnel peut être la source d'une incitation à consommer : salariés comme DRH confir-

10. Combinaison d'une forte demande et d'une faible latitude, en opposition à toutes les autres situations.

11. Combinaison d'une forte demande, d'une faible latitude et d'un soutien, en comparaison à toutes les autres situations.

ment que, dans certains milieux, l'alcool fait partie de la culture professionnelle [23, 24]. L'enquête INPES menée auprès des salariés met au jour les consommations liées aux situations de travail (déjeuners de travail, pots en entreprise, consommations sur le temps de travail) —, des circonstances qui, pour certains consommateurs, suscitent des consommations dépassant les seuils de risques [24]. Les données du Baromètre santé 2005 confirment en effet que, dans certains secteurs — la pêche, la construction, les transports, l'hôtellerie/restauration, le commerce —, les consommations de tabac, de cannabis et parfois d'alcool sont plus importantes. Ces situations ont naturellement leurs spécificités par rapport à chacun des métiers et sont à mettre en regard avec l'accessibilité, les valeurs sociales significatives voire défensives, que peut y tenir la place de ces addictions [26, 27]. De l'usage festif à un usage pour « tenir » ou « soutenir » le travail, nombre d'experts mettent en relation l'usage de ces produits avec l'évolution des contraintes de travail, l'augmentation de la charge psychique, le poids des responsabilités, voire des états de souffrance au travail [25, 29]. Les données du Baromètre santé 2005 confirment par ailleurs des consommations d'alcool plus importantes chez les personnes qui travaillent à leur compte; elles mettent également en évidence un usage de médicaments psychotropes significativement plus important chez les salariés soumis à des contraintes de production. Ces résultats invitent toutefois à dépasser l'approche statistique pour interroger qualitativement les processus de travail.

D'une façon générale, certains secteurs, certaines catégories professionnelles — ouvriers, artisans, agriculteurs — présentent un cumul de facteurs d'exposition professionnelle et de comportements à risques pour leur santé; des indicateurs qui ont non seulement

des effets d'addition mais des effets multiplicatifs d'interaction sur la santé [19, 30]. La surveillance épidémiologique de la santé au travail est une mission d'envergure, qui se construit progressivement [31]. Les premiers travaux de la cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession (enquête Cosmop de l'InVS) permettent déjà de disposer d'une première cartographie des risques de mortalité par secteurs d'activité [32, 33].

En matière de prévention, ces résultats questionnent l'articulation des politiques de santé au travail et de santé publique. Si, comme en témoignent les enquêtes récentes et la presse professionnelle, la prise de conscience de l'importance des problématiques santé émerge aujourd'hui dans les entreprises, les démarches de prévention restent encore pionnières.

À côté de l'attention portée à la prévention des risques professionnels qui s'ouvre aujourd'hui à la prise de conscience des problématiques de stress, de substances psychoactives, la complémentarité des différentes approches préventives s'avère nécessaire: de l'importance des politiques de l'emploi (gestion prévisionnelle des emplois et compétences — GPEC —, sécurisation des parcours professionnels, etc.) à l'évaluation des risques professionnels, l'analyse passe par la réduction des risques professionnels, l'optimisation des situations de travail, la prise en compte des difficultés individuelles, l'accompagnement des personnes en difficulté. Les programmes de prévention doivent tenir autant compte des approches environnementales, organisationnelles que des approches individuelles; un enjeu d'une culture de promotion de la santé déjà en mouvement dans plusieurs pays européens [34, 38].

Le Plan santé au travail 2005-2009 prévoit d'encourager et d'accompagner les entreprises, notamment les TPE et PME, dans leurs démarches de prévention [39]. Des outils d'information et de formation devraient être développés à l'attention des respon-

sables d'entreprise et des professionnels de santé. De nombreux outils produits par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), la Cnamts et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) existent déjà sur la démarche d'évaluation des risques professionnels, ainsi que certains référentiels, notamment sur le stress, le recensement de bonnes pratiques [40, 44]. La démarche d'épidémiologie des médecins du travail se renforce [45]; d'autres outils devraient à l'avenir se développer. Dans le cadre du suivi des recommandations de l'OMS et de l'expertise collective Inserm [46], le Plan interministériel de lutte contre la toxicomanie préconise d'accompagner les médecins du travail dans le repérage précoce de l'usage à risques et de l'usage abusif des salariés lors des visites de médecine du travail [47]. Des outils de diagnostic se développent et une évaluation épidémiologique de l'intervention brève effectuée par les médecins du travail, dans le cadre de la visite annuelle, est en cours : l'étude de faisabilité a déjà démontré des résultats satisfaisants quant à la mobilisation des médecins du travail et l'utilisation de l'Audit-C comme outil de référence [48, 49]. Enfin, ces enjeux de la santé au travail ne

sauraient faire l'économie d'une plus grande articulation avec les médecins généralistes, et plus largement les professionnels de santé de ville et intervenants spécialisés [50, 52].

Nous concluons sur cette articulation des enjeux de santé au travail et de santé publique. Comme le rappelait le Conseil économique et social, l'évolution des conditions économiques et de la démographie vont considérablement accroître la pression qui s'exerce sur les actifs dans le domaine de la productivité et de l'allongement de la vie active. « *La santé au travail, tout à la fois problème de santé publique et problème de société, doit donc être regardée comme un enjeu d'avenir* »; elle constitue pour les entreprises et les salariés « *un investissement dans le capital humain, nécessaire à une croissance durable* »¹² [53]. La réduction des inégalités de santé et la construction de la santé au travail passent nécessairement par la prise en compte de la dimension de la qualité de vie dans et hors travail, ainsi que la prise en compte des parcours professionnels [1, 54]. Cette dimension fait déjà l'objet d'une attention suivie en épidémiologie [55, 56].

12. (p 113).

Rellecteurs

Christine Cohidon (InVS)
Thomas Coutrot (Dares)
Françoise Facy (Inserm)
Séphane Legleye (OFDT)

Bibliographie

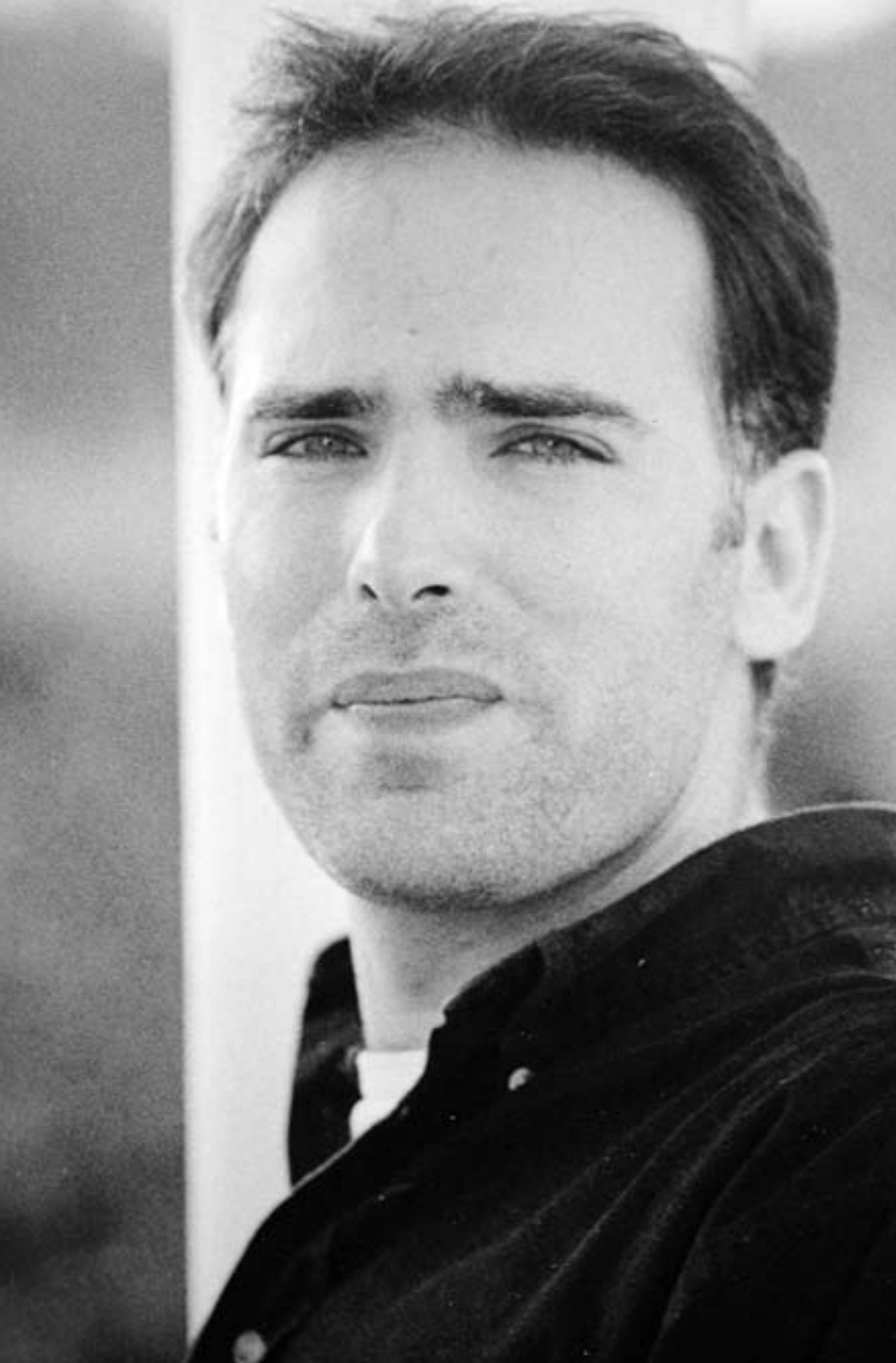
Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Cristofari M.-F., Volkoff S. (sous la dir.). ***Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel.*** Noisy-le-Grand : CEE, 2003 : 90 p.
En ligne : <http://www.cee-recherche.fr/sip/index.htm>
- [2] Paoli P., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. ***First European survey on the work environment 1991-1992.*** Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1992: 22p.
En ligne : <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1992/11/en/1/ef9211en.pdf>
- [3] Paoli P., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. ***Second European survey on working conditions.*** Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1997: 366p.
En ligne : <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/26/en/1/ef9726en.pdf>
- [4] Paoli P., Merllié D., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. ***Third European survey on working conditions 2000.***

- Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001: 72p.
En ligne : <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2001/21/en/1/ef0121en.pdf>
- [5] Parent-Thirion A., Fernandez Macias E., Hurley J., Vermeulen G., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
Fourth European survey on working conditions.
Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007: 134p.
En ligne : <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>
- [6] Bué J., Coutrot T., Puech I.
Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquête.
Toulouse : Octarès, coll. Travail et activité humaine, 2004 : 173 p.
- [7] Coutrot T., Magaut-Camus I.
Grandes enquêtes en santé au travail.
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2006 ; 67 (2) : 315- 7.
- [8] Niedhammer I., Chastang J.F., Gendrey L., David S., Degioanni S.
Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER.
Santé Publique 2006 ; 18 (3) : 413-27.
- [9] Salines E., De Peretti C., Danet S., (coor.), Brocas A.M. (sous la dir.), Drees.
L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique.
Paris : La Documentation française, 2007 : 254 p.
- [10] Daubas-Letourneux V., Thébaud-Mony A.
Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Organisation du travail et santé dans l'Union européenne.
Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes, 2002 : 102 p.
En ligne : <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/06/fr/1/ef0206fr.pdf>
- [11] Arnaudo B., Magaud-Camus I., Sandret N., et al.
L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003.
Premières informations et premières synthèses 2004 ; 52.1 : 8 p.
En ligne : http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/publication_pips_200412_n-52-1_exposition-risques-penibilites-travail.pdf
- [12] Arnaudo B., Hamon-Cholet S., Waltisperger D.
Contraintes posturales et articulaires au travail.
Première informations premières synthèses 2006 ; 11.2 : 6 p.
En ligne : <http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/2006.03-11.2.pdf>
- [13] OpinionWay pour la CFE-CGC.
Baromètres semestriels stress.
En ligne : <http://www.opinion-way.com/pages/expertise-etudes.php>
- [14] Chan Chee C., Labarte S., Brunou N., Kovess V. (sous la dir.).
Les résultats 2001 de l'enquête épidémiologique sur la santé des mutualistes MGEN. Le baromètre MGEN.
Paris : MGEN, 2001 : 92 p.
En ligne : <http://www.diderot7.jussieu.fr/2001/MGEN-rapport.pdf>
- [15] **Les conditions de travail des enseignants.**
Montrouge : TNS Sofres, 2002.
En ligne : http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/120402_enseignants_r.htm
- [16] Le Lan R., Baubeau D.
Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé.
Études et résultats 2004 ; 335 : 11 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er335.pdf>
- [17] Cru D., Volkoff S.
La difficile construction de la santé au travail.
La revue de l'Ires 1996 ; 20 : 37-61.
- [18] Volkoff S., De Gaudemaris R.
Les approches quantitatives en santé au travail et leurs usages pour l'intervention en entreprise.
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2006 ; 67 (2) : 328-31.
- [19] Bellamy V., Roelandt J.L., Caria A.
Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale.
Études et Résultats 2004 ; 347 : 12 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er347.pdf>
- [20] Facy F., Rabaud M.
Évolution des conduites addictives illicites sur le temps de la vie professionnelle.
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2006 ; 67 (2) : 203-26.
- [21] Eber J.M.
Travail précaire et conduites addictives. Quelles possibilités d'action pour le médecin du travail ?
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2006 ; 67 (2) : 205-11.
- [22] Volkoff S., Daubas-Letourneux V., Chassaing K., et al.
Les évolutions de la santé au cours de la vie professionnelle : altération, préservation, construction. Actes du séminaire « Vieillesse et travail » ; 2004.
Noisy-le-Grand : CEE, coll. Rapport de recherche, n° 27, 2006 : 196 p.
En ligne : http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/actes_vieillesse_travail_2004.pdf
- [23] Shirom A.
Les manifestations comportementales. In : Sauter S.L.,

- Hurrel Jr. J.J., Murphy L.R., Levi L., Mager Stellman J. (sous la dir.).
Encyclopédie de sécurité et de santé au travail : les facteurs psychosociaux et organisationnels. (3^e éd.).
Genève : BIT, 2004 ; II : 34.60-34.62.
- [24] Béjean S., Sultan-Taïeb H.
Modeling the economic burden of diseases imputable to stress at work.
European Journal of Health Economics 2005; 6(1): 16-23.
- [25] Cohidon C., Lasfargues G., Arnaudo B., et al.
Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2006; 46-47 : 368-70.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/46_47/beh_46_47_2006.pdf
- [26] Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.
Addictions en entreprise. Actes des assises nationales de la prévention, 3 mai 2006, Paris, France.
Paris : Anpaa, 2006 : 12 p.
En ligne : http://www.anpaa.asso.fr/upload/synthese/4a3f92e3_Actes_du_3_mai_06.pdf
- [27] Ménard C.
Alcool en entreprise : les difficultés de la prévention.
La Santé de l'homme 2006; 385 : 42-5.
- [28] Frimat P., Nakache R.
Conduites addictives en entreprises.
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2006; 67(2) : 203-5.
- [29] Laumon B., Charbotel B.
Transports et travail.
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2006; 67 (2) : 227-33.
- [30] Dejours C., Bourlot A.
Contribution de la psychopathologie du travail à l'étude de l'alcoolisme. In : Dejours C., Veil C., Wisner A. (sous la dir.).
Psychopathologie du travail.
Paris : Entreprise moderne d'édition : 105-11.
- [31] Fontaine A.
Usages de drogues et vie professionnelle : étude exploratoire.
Paris : OFDT, 2002 : 218 p.
En ligne : <http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport37.pdf>
- [32] Hispard E., Fellmann A. (interv.).
Alcool au travail. Une question de qualité de vie.
Travail et Sécurité 2006; 667 : 31-2.
En ligne : [http://www.travail-et-securite.fr/archivests/archivests.nsf/allDocParRef/TS667page29_1/\\$File/TS667page29.pdf?OpenElement](http://www.travail-et-securite.fr/archivests/archivests.nsf/allDocParRef/TS667page29_1/$File/TS667page29.pdf?OpenElement)
- [33] Jeannin J.-P., Vallette J.-F., Harzo C.
Gérer le risque alcool au travail.
Lyon : Chronique sociale, coll. Savoir communiquer, 2003 : 391 p.
- [34] Lasfargues G., Molinié A.F., Volkoff S.
Départs en retraite et « travaux pénibles » : l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé.
Noisy-le-Grand : CEE, coll. Rapport de recherche, n° 19, 2005 : 38 p.
En ligne : http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/retraite_travail_sante_lasfargues.pdf
- [35] Imbernon E., Goldberg M.
Surveillance épidémiologique des risques professionnels : pourquoi et comment ?
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2006; 46-47 : 356-8.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/46_47/beh_46_47_2006.pdf
- [36] Geoffroy-Perez B., Julliard S., Goldberg M., Imbernon E.
Cosmop : analyse de la mortalité par secteurs d'activité économique.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2006; 46-47 : 359-61.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/46_47/beh_46_47_2006.pdf
- [37] Geoffroy-Perez B.
Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'échantillon démographique permanent. Étude pour la mise en place du programme Cosmop : cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession.
Saint-Maurice : InVS, 2006 : 158 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/rapport_cosmop/rapport_cosmop.pdf
- [38] Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.
Journal Officiel du 16 novembre 2006 : 17249-17251.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0609703D>
- [39] Berkels H., Henderson J., Henke N., et al.
Mental health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe. Final report 2001-2003.
Dortmund: FIOSH, 2004: 182 p.
En ligne : http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Topics/Mental_Health_BAU_Report_2001_2003.pdf
- [40] Organisation mondiale de la santé (OMS).
Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report.
Genève : OMS, 2004 : 66 p.
En ligne : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- [41] Breucker G.
La promotion de la santé sur les lieux de travail. In : Bunde-Birouste A., Bagnall A., Lobeck K.
L'efficacité de la promotion de la santé. Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe. Partie deux. Données probantes.
Paris : UIPES, 2006 : 112-24.

- [42] de Greef M., van den Broek K.
Making the case for workplace health promotion. Analysis of the effects of WHP.
Essen: ENWHP, 2004: 94p.
En ligne : http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/report_business_case.pdf
- [43] Direction des relations du travail.
Plan Santé au travail 2005-2009.
Paris : ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, 2005 : 90 p.
En ligne : <http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/PST.pdf>
- [44] Mercieca P., Pinatel C., Deltor S., Bernon J.
Agir sur l'exposition aux risques professionnels des salariés. Du document unique au plan d'actions de prévention.
Lyon : Anact, coll. Agir sur, 2007 (à paraître).
- [45] Bourgeois F., Lemarchand C., Hubault F., Brun C., Polin A., Faucheu J.-M.
Troubles musculosquelettiques et travail. Quand la santé interroge l'organisation.
Lyon : Anact, coll. Outils et méthodes, 2000 : 252 p.
- [46] Sahler B., Berthet M., Douillet P., Mary-Cheray I.
Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail.
Lyon : Anact, 2007 : 250 p.
- [47] Banyasz L.
Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 1. Modèles conceptuels du stress en psychologie : apports et limites.
Paris : INRS, coll. Note scientifique et technique, n° 173, 1998 : 38 p.
- [48] Mouze-Amady M., Neboit M.
Stress au travail : diagnostic, évaluation, gestion et prévention. Bilan de la thématique 1998-2002.
Paris : INRS, coll. Note scientifique et technique, n° 235 : 55 p.
En ligne : <http://www.inrs.fr/hm/ns235.pdf>
- [49] Buisson C., Bourgard E., Goldberg M., Imbernon E.
Surveillance épidémiologique de la mortalité et investigation d'agrégats spatio-temporels en entreprise. Principes généraux et données nécessaires.
Saint-Maurice : InVS, 2004 : 40 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/surveillance_mortalite/surv_mortalite.pdf
- [50] Arvers P., Assailly J.-P., Batel P., et al.
Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance.
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 536 p.
En ligne : <http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcooldom.html>
- [51] Mildt.
Milieu de travail : adapter les actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail. In :
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008.
Paris : Mildt, 2004 : 22-3.
En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_du_27_juillet_2004_2_.pdf
- [52] Demortière G., Michaud P., Dewost A.V.
Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge.
Documents pour le médecin du travail 2005 ; 141 : 215-23.
En ligne : <http://www.inrs.fr/hm/ft141.pdf>
- [53] Kunz V., Michaud P., Toubal S., Lobban G., Demortière G.
Risque alcool et santé au travail. Étude de repérage et d'intervention auprès de 2 060 salariés.
Évolutions 2006 ; 1 : 1-4.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/929.pdf>
- [54] Facy F., Rabaud M., Bergeret A.
Étude sur les liens entre santé au travail et secteur spécialisé en alcoologie.
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2005 ; 66 (3) : 226-35.
- [55] Ministère de la Santé et des Solidarités.
La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011.
Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 19 p.
En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
- [56] Ministère de la Santé et des Solidarités, INPES.
États généraux de l'alcool septembre-décembre 2006. Rapport de synthèse.
Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2007 : 33 p.
En ligne : http://www.etatsgenerauxalcool.fr/images-blog/Rapport_synthese.pdf
- [57] Bressol E.
Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés.
Paris : CES, 2004 : 131 p.
En ligne : <http://www.ces.fr/rapport/docton/04041410.PDF>
- [58] Volkoff S., Thébaud-Mony A.
Santé au travail : l'inégalité des parcours. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous la dir.), Inserm.
Les inégalités sociales de santé.
Paris : La Découverte, 2000 : 349-61.
- [59] Hémond D.
Surveillance de la santé au travail : une mission d'envergure.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2006 ; 46-47 : 355-6.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/46_47/beh_46_47_2006.pdf
- [60] Viet V., Drees, Dares.
Programme de recherches « Santé et travail » (en cours).
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/mire/recherche/rech5.html>















MEDIANO

BOUC



HACH







4 25 km des Roches d'Or
Parcs Camping de la Rivière
La Rivière
33200 AIGLES DE FRANCE
Réservation: 05 47 88 11 11
www.parcs-camping.com



Belinea



L'essentiel

La dépression est un trouble dont la prévalence, la charge de morbidité et le coût sont importants. Dans cette enquête, la prévalence à un an des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) s'élève à 7,8 %, ce qui représente plus de trois millions de personnes chaque année. À cela s'ajoutent les personnes qui souffrent de troubles subsyndromiques, qui représentent 18,8 % de la population chaque année, soit plus de huit millions de personnes.

Plus d'une personne sur trois souffrant d'un EDC s'arrête de travailler à cause de ces problèmes, et près d'une personne sur deux lorsque ces troubles sont sévères.

Par ailleurs, il y a une surreprésentation des personnes souffrant d'EDC parmi ceux qui sont atteints d'une maladie chronique. Ce sont les personnes atteintes d'une IST et d'un cancer qui souffrent le plus souvent d'une dépression comorbide à leur

trouble (respectivement 19,1 % et 16,6 %).

Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes par la dépression ($p < 0,001$), mais le risque apparaît moindre une fois ajusté sur les variables sociodémographiques et d'événements de vie ($OR = 1,4$; $p < 0,001$).

Les 20-25 ans et les 35-44 ans présentent une prévalence respective d'EDC de 10,9 % et de 9,5 %; lorsque l'effet de l'âge est ajusté sur les variables sociodémographiques et d'événements de vie, le risque le plus élevé concerne les 46-55 ans.

D'autres variables sociodémographiques sont également associées à la dépression, comme le fait d'être célibataire ou au chômage. Enfin, avoir eu une IVG au cours de la vie, avoir été victime de violences dans les douze derniers mois, être issu d'une famille à revenus modestes, avoir eu des parents qui ne s'entendaient pas sont des événements de vie associés

à la présence d'un EDC au cours des douze derniers mois.

Parmi les personnes ayant vécu un EDC au cours de cette période, 60,5 % déclarent avoir eu recours aux soins, dans une acception plus large du terme (ajout de la consommation de médicaments psychotropes et du recours pour des problèmes d'alcool ou de drogues) par rapport à la définition plus stricte du recours (qui aboutissait à 38 %) utilisée dans le *Baromètre santé 2005 - Premiers résultats* (recours uniquement pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques, ou de comportement). Le recours le plus faible est observé chez les hommes de 15 à 19 ans (18,2 %). Les services de santé sont peu utilisés par les personnes souffrant d'un EDC (11,7 %). Le recours à un professionnel de santé est d'environ 37 %, les médecins généralistes étant les plus consultés (21,1 %).

La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins

YANNICK MORVAN
ANA PRIETO
XAVIER BRIFFAULT
ALAIN BLANCHET
ROLAND DARDENNES
FRÉDÉRIC ROUILLON
BÉATRICE LAMBOY

INTRODUCTION

La dépression est un trouble psychiatrique dont les conséquences sont telles que, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est l'une des principales causes d'années de vie corrigées de l'invalidité (AVCI). Si la transition démographique et épidémiologique observée actuellement se poursuit, la charge de morbidité imputable à la dépression devrait s'accroître encore à l'avenir. Elle deviendrait alors la deuxième cause d'AVCI dans le monde, après les maladies cardiovasculaires ischémiques, pour les deux sexes. Dans les pays développés, elle viendrait en tête des causes de morbidité [1]. La dépression est une maladie qui peut être mortelle, en particulier en raison de l'important risque suicidaire associé (cf. chapitre sur le suicide). Plus généralement, la dépression est associée à de nombreuses comorbidités somatiques et psychiatriques, et son impact négatif sur différents domaines du fonctionnement est connu et a récemment été reconfirmé [2].

Au-delà des conséquences délétères pour l'individu lui-même, la dépression a également des conséquences immédiates sur son environnement familial et professionnel.

S'il existe des traitements efficaces de la dépression, on sait que le recours aux professionnels de santé, l'adéquation des traitements aux recommandations de bonne pratique et leur observance peuvent être améliorés [3]. Mieux caractériser l'ampleur et les spécificités du phénomène dépressif en population générale, mieux connaître les facteurs de risques associés et mieux comprendre les comportements de soins : autant de questions auxquelles il est nécessaire de répondre pour améliorer les dispositifs de prise en charge, la prévention et l'information du public. C'est la raison pour laquelle la mise en œuvre d'un dispositif d'observation fiable, pérenne et efficient est essentielle. C'est ce que permet l'introduction dans l'enquête Baromètre santé, depuis

2005, d'une composante santé mentale, portant en particulier sur la dépression (échantillon aléatoire de 16 883 personnes âgées de 15 à 75 ans, redressé pour être représentatif de la population française), qui comprend des questions sur la caractérisation des troubles dépressifs (Cidi-SF [4], DSM-IV [5], cf. encadré ci-dessous), sur les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes, ainsi que sur leurs modalités de recours aux soins.

L'objectif de ce chapitre est de présenter l'analyse des résultats portant sur ces différents points. La prévalence des divers troubles dépressifs est présentée tout d'abord, en fonction principalement du sexe et de l'âge. Elle est suivie d'une description des comorbidités somatiques de la dépression, de l'impact des troubles sur les arrêts de travail et d'une analyse des facteurs de risques associés à la dépression. Enfin, sont présentés les comportements de recours

aux soins (professionnels de santé et structures de soins) des personnes souffrant de dépression. La définition du recours aux soins retenue pour l'analyse approfondie présentée ici est plus large que celle qui avait été retenue dans les premières analyses du *Baromètre santé 2005 – Premier résultats*, avec laquelle un taux de recours de 38,3 % était obtenu. L'objectif est ici de prendre en compte non plus seulement les personnes ayant fait appel à des professionnels ou à des organismes pour des motifs déclarés de problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement, mais de façon plus générale les personnes ayant eu un contact avec le système de soins pour des raisons potentiellement associées à la dépression (consommation de médicaments psychotropes, recours pour des problèmes d'alcool ou de drogues). Cet indicateur donne une évaluation du contact avec le système de soins légèrement surestimé, dans la mesure

DÉFINITION DES TROUBLES DÉPRESSIFS SELON LE CIDI-SHORT FORM ET LE DSM-IV

Symptômes

Symptômes principaux

Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé(e), sans espoir pratiquement toute la journée, presque tous les jours

Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée, presque tous les jours

Autres symptômes

Se sentir épuisé(e) ou manquer d'énergie plus que d'habitude

Avoir pris ou perdu au moins 5 kg

Avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir

Avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer

Avoir beaucoup pensé à la mort

Avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses

comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir

Types de troubles

Épisode dépressif caractérisé : au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes

Épisode dépressif caractérisé léger : un maximum de cinq symptômes et ses activités légèrement perturbées

Épisode dépressif caractérisé sévère : un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées

Épisode dépressif caractérisé moyen : tous les cas entre légers et sévères

Trouble dépressif récurrent : au mois deux épisodes dépressifs caractérisés avec au moins deux mois entre les deux épisodes

Trouble dépressif chronique : la durée de l'épisode dépressif caractérisé est d'au moins deux ans

où la consommation de psychotropes peut ne pas avoir pour origine une prescription médicale dédiée à la personne, mais un tiers

ou une commande sur Internet. Ce type de consommation n'a pu être évalué dans le Baromètre santé.

RÉSULTATS

Prévalence des troubles dépressifs

7,8 % des personnes souffrent d'un épisode dépressif caractérisé

Les résultats obtenus montrent que 7,8 % des personnes ont présenté un épisode dépressif caractérisé (EDC) durant l'année précédant l'entretien [tableau I]. Les épisodes d'intensité moyenne et sévère sont largement plus fréquents que les épisodes d'intensité légère (respectivement 4,2 % et 3,2 % vs 0,4 %). Les épisodes¹ ont plutôt

tendance à être récurrents : près d'une personne sur deux qui présente un épisode dépressif en a déjà présenté au moins un auparavant, tandis qu'environ une sur trois seulement en souffre pour la première fois. Les épisodes font partie d'un trouble dépressif chronique dans plus d'un cas sur six. Ce sont donc près de deux épisodes sur trois qui sont récurrents ou chroniques.

1. Voir l'annexe de ce chapitre pour une description des EDC en fonction de leur intensité et de leur récurrence.

TABLEAU I

Prévalence à un an des troubles dépressifs

	Effectif non pondéré	Total (n=16 883)	Hommes (n=7 078)	Femmes (n=9 805)	khi-deux p	OR	IC à 95 %
Épisode dépressif caractérisé (EDC)	1 404	7,8 %	5,2 %	10,4 %	***	2,1	1,9 ; 2,4
Sévérité de l'EDC							
EDC léger	76	0,4 %	0,3 %	0,6 %	**	2,0	1,2 ; 3,3
EDC moyen	733	4,2 %	3,0 %	5,4 %	***	1,9	1,6 ; 2,2
EDC sévère	595	3,2 %	2,0 %	4,4 %	***	2,3	1,9 ; 2,8
Chronicité des troubles							
EDC unique	491	2,9 %	2,3 %	3,5 %	***	1,5	1,3 ; 1,8
Trouble dépressif récurrent	676	3,8 %	2,2 %	5,3 %	***	2,5	2,1 ; 3,0
Trouble dépressif chronique	237	1,2 %	0,7 %	1,6 %	***	2,2	1,6 ; 3,0
Symptômes dépressifs (sans EDC)	3 331	18,8 %	15,5 %	22,0 %	***	1,5	1,4 ; 1,7
dont un seul symptôme principal	1 768	10,3 %	9,6 %	10,9 %	**	1,2	1,0 ; 1,3
dont plus d'un symptôme principal	1 174	6,5 %	4,8 %	8,2 %	***	1,8	1,6 ; 2,0
dont EDC sans retentissement	389	2,0 %	1,1 %	2,9 %	***	2,6	2,0 ; 3,3

** : p<0,01; *** : p<0,001. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

18,8 % des personnes ont souffert d'au moins un symptôme dépressif durant l'année

La proportion de personnes souffrant de symptômes dépressifs (sans EDC) sur une année s'élève à 18,8 % [tableau 1]. Plus de la moitié de ces personnes ne présentent qu'un seul symptôme de tristesse ou de perte d'intérêt tous les jours ou presque, toute la journée ou presque, et cela pendant une période d'au moins deux semaines. Près d'un tiers d'entre elles présentent plus d'un symptôme, et plus d'une personne sur dix répond à l'ensemble des critères d'un EDC à l'exception du retentissement (mesuré sur l'exercice de ses activités habituelles).

Une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes

Les femmes sont globalement deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir souffert d'un EDC dans l'année qui a précédé l'entretien (10,4 % vs 5,2 % ; $p < 0,001$) [tableau 1]. Cette différence entre les genres se retrouve quel que soit le type de trouble dépressif. Les risques les plus élevés pour les femmes se retrouvent pour les troubles les plus sévères. Le risque non ajusté² de présenter un trouble dépressif récurrent (OR brut=2,5 ; $p < 0,001$)

ou un EDC d'intensité sévère (OR brut=2,3 ; $p < 0,001$) est plus élevé pour les femmes. En ce qui concerne les troubles subsyndromiques, c'est dans le cas des EDC sans retentissement que le risque non ajusté de dépression est le plus élevé pour les femmes (OR brut=2,6 ; $p < 0,001$).

Un pic de prévalence entre 20 et 25 ans

Les données sur l'âge montrent deux pics de prévalence des EDC pour les tranches d'âge des 20-25 ans (10,9 %) et des 35-44 ans (9,5 %) [figure 1]. Les tranches d'âge 26-34 ans et 45-54 ans se caractérisent par une prévalence inférieure (8 %). Elle diminue ensuite à partir de la tranche d'âge des 55-64 ans pour atteindre son niveau le plus bas chez les 65-75 ans (4,8 %). Enfin, la proportion des personnes qui souffrent d'un EDC est du même ordre de grandeur pour les 15-19 ans que pour les 55-64 ans (respectivement 6,8 % et 6,2 %).

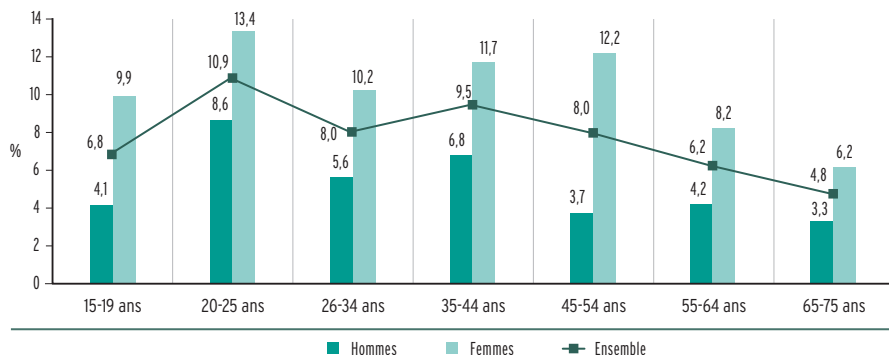
La diminution de la prévalence des EDC est plus tardive pour les femmes

Pour les deux sexes, les prévalences d'EDC

2. Voir la partie « variables associées » pour une définition de l'ajustement.

FIGURE 1

Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC), en fonction de l'âge



atteignent leur maximum dans la tranche d'âge des 20-25 ans : 13,4 % pour les femmes et 8,6 % pour les hommes. Les minimums sont atteints, pour les deux sexes également, chez les 65-75 ans : 6,2 % pour les femmes et 3,3 % pour les hommes **[figure 1]**. Sur l'ensemble des tranches d'âge, à l'exception des personnes âgées de 45 à 54 ans au moment de l'enquête, il y a environ deux fois plus de femmes que d'hommes qui ont souffert d'un EDC. Elles sont trois fois plus nombreuses dans la tranche d'âge des 45-54 ans (12,2 % vs 3,7 %) **[figure 1]**. Cette différence s'explique par le fait que la préva-

lence des épisodes dépressifs diminue plus tardivement chez les femmes que chez les hommes.

Les femmes souffrent davantage de troubles récurrents

La diminution de la prévalence des EDC pour les hommes commence entre 45 et 55 ans (3,7 %), tandis qu'elle débute entre 55 et 64 ans pour les femmes (8,2) **[figure 1]**. Quel que soit le sexe, la proportion des personnes qui rencontrent pour la première fois un épisode dépressif diminue avec l'âge **[figures 2 et 3]**. La dépression n'est donc pas

FIGURE 2

Prévalence des troubles dépressifs, en fonction de l'âge, chez les hommes

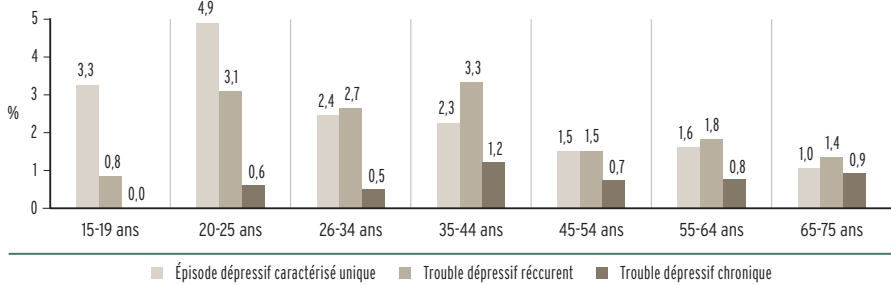
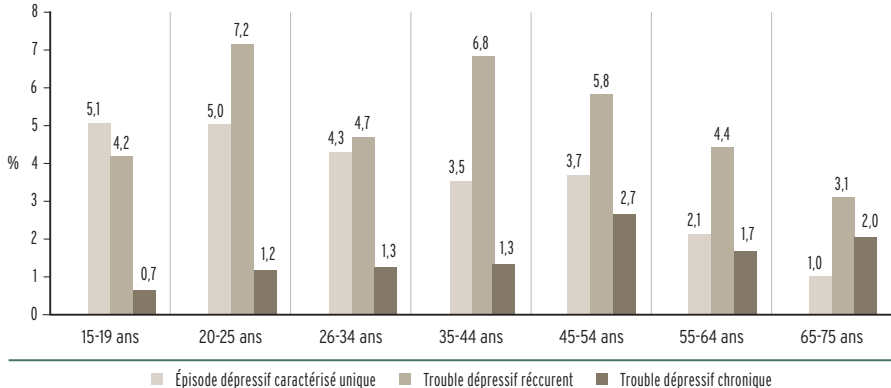


FIGURE 3

Prévalence des troubles dépressifs, en fonction de l'âge, chez les femmes



un trouble que l'on a tendance à subir tardivement. Les femmes **[figure 3]** ont tendance à souffrir davantage de troubles récurrents ou chroniques par rapport aux hommes **[figure 2]**, et en particulier de troubles récurrents. Cette tendance s'observe dès la tranche d'âge des 15-19 ans, où près de la moitié des femmes ont déjà présenté soit au moins deux EDC, soit un trouble chronique, *versus* seulement un homme sur cinq dans la même tranche d'âge.

Une prévalence élevée d'un seul symptôme dépressif pour les hommes de 15-25 ans

Concernant les troubles subsyndromiques, la prévalence pour les hommes **[figure 4]** est maximale chez les 15-25 ans (21,4 % pour les 15-19 ans et 19,2 % pour les 20-25 ans). Celle-ci diminue ensuite progressivement jusqu'aux 65-75 ans pour atteindre 11,7 %.

Les profils d'évolution de la prévalence des troubles subsyndromiques en fonction des âges de la vie sont différents entre les hommes et les femmes. Pour les hommes, dans la classe d'âge des 15-19 ans, la prévalence des troubles subsyndromiques la plus élevée concerne les personnes qui ne souffrent que d'un seul symptôme dépressif

(13,8 %) **[figure 4]**. Contrairement aux jeunes femmes de cette tranche d'âge, la prévalence des troubles subsyndromiques présentant plusieurs symptômes est plus faible (4 %).

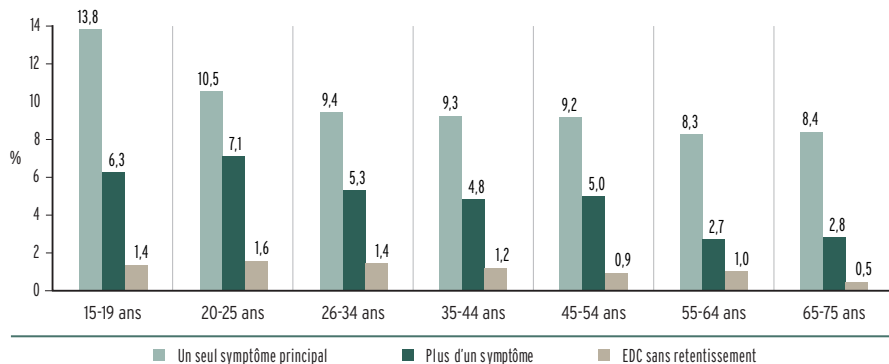
Chez les femmes **[figure 5]**, la prévalence reste stable de 20 à 75 ans aux environs de 21 %, avec une légère tendance à la hausse, tandis qu'elle ne cesse de baisser chez les hommes à partir de la tranche d'âge des 15-19 ans (de 21,4 % à 11,7 %) **[figure 4]**.

Une prévalence élevée de plusieurs symptômes dépressifs pour les femmes de 15-19 ans

Le profil des troubles subsyndromiques pour les femmes présente une prévalence très élevée dans la tranche d'âge des 15-19 ans (31,5 %) **[figure 5]**. L'importance de cette valeur s'explique principalement par une prévalence élevée des troubles subsyndromiques à un ou plusieurs symptômes (respectivement 13,5 % et 14,6 %). Au contraire, dans cette tranche d'âge, la prévalence des EDC sans retentissement reste faible (3,4 %). Par ailleurs, la prévalence des troubles subsyndromiques à un seul symptôme atteint un second pic dans la tranche des 55-75 ans (13,4 % entre 55 et 64 ans et 12,7 % entre 65 et 75 ans).

FIGURE 4

Types de troubles subsyndromiques, en fonction de l'âge, chez les hommes



Maladies somatiques et EDC

Une prévalence de dépression plus élevée chez les personnes souffrant d'IST et de cancer

Les personnes souffrant de maladies chroniques³ présentent une prévalence d'EDC significativement plus élevée que celles qui n'en souffrent pas : 11,1 % versus 6,9 %

environ ($p < 0,001$; OR brut=1,7) [tableau II]. Parmi les troubles somatiques évalués, ce sont les infections sexuellement transmissibles⁴ (IST) et le cancer qui présentent les

3. Voir, en annexe de ce chapitre, « Les comorbidités somatiques », pour une définition précise des questions posées pour évaluer la présence de ces différents troubles.

4. La catégorie des IST est issue de la partie sexualité du questionnaire et non de la partie concernant les maladies chroniques.

FIGURE 5

Types de troubles subsyndromiques, en fonction de l'âge, chez les femmes

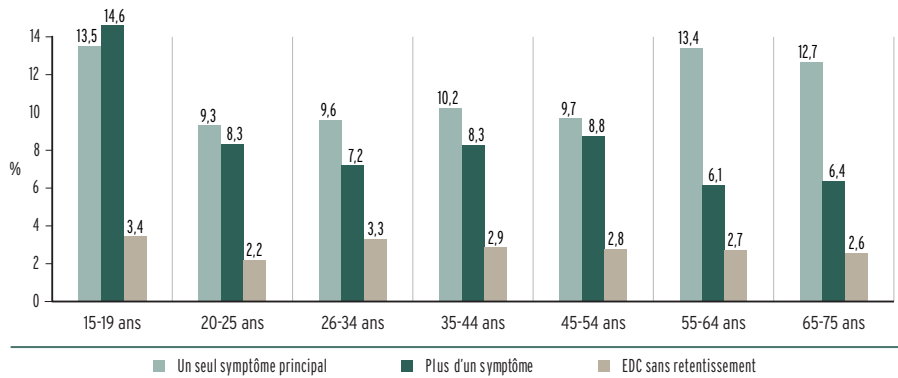


TABLEAU II

Épisode dépressif caractérisé comorbide avec une maladie somatique

	Oui		Non		khi-deux p	OR brut	IC à 95 %
	Effectif non pondéré	EDC	Effectif non pondéré	EDC			
Maladies chroniques	4 086	11,1 %	12 797	6,9 %	***	1,7	1,5 ; 1,9
dont asthme	417	12,0 %	16 466	7,7 %	***	1,6	1,2 ; 2,2
dont autres maladies respiratoires	108	12,8 %	16 775	7,8 %	ns	1,7	0,9 ; 3,2
dont cancer	142	16,6 %	16 741	7,8 %	***	2,4	1,5 ; 3,7
dont maladie cardiaque	313	7,0 %	16 570	7,9 %	ns	0,9	0,6 ; 1,4
dont cholestérol	312	9,0 %	16 571	7,8 %	ns	1,2	0,8 ; 1,7
dont diabète	381	11,8 %	16 502	7,8 %	**	1,6	1,1 ; 2,2
dont hypertension	637	7,0 %	16 246	7,9 %	ns	0,9	0,7 ; 1,2
dont problèmes articulaires, rhumatismes	247	13,2 %	16 636	7,8 %	**	1,8	1,2 ; 2,7
dont migraines	66	5,2 %	16 817	7,9 %	ns	0,6	2,1 ; 1,9
dont IST	258	19,1 %	16 625	7,7 %	***	2,9	2,1 ; 4,0

** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.

associations les plus élevées aux troubles dépressifs. La prévalence des personnes souffrant de dépression est de 19,1 % parmi les personnes qui ont une IST, alors qu'elle est de 7,7 % pour les personnes qui n'en sont pas atteintes (OR brut=2,9; $p < 0,001$). Dans le cas du cancer, la prévalence des personnes souffrant d'un EDC est de 16,6 % *versus* 7,8 % pour les personnes non atteintes (OR brut=2,4; $p < 0,001$). Par rapport aux personnes non atteintes de maladie chronique, on observe également une surreprésentation des EDC pour les problèmes articulaires et les rhumatismes (13,2 % *vs* 7,8 %; $p < 0,01$; OR brut=1,8), l'asthme (12,0 % *vs* 7,7 %; $p < 0,001$; OR brut=1,6) et le diabète (11,8 % *vs* 7,8 %; $p < 0,01$; OR brut=1,6).

Troubles dépressifs et arrêts de travail

Une personne sur trois souffrant de dépression est en arrêt de travail

Plus du tiers des personnes qui souffrent d'un EDC ont dû arrêter leur travail en raison de problèmes psychologiques⁵. Lorsque l'intensité de l'épisode est sévère, elles sont

près de 50 % à interrompre leur activité. Le taux d'interruption est de l'ordre de 40 % dans deux cas : lorsque l'on rencontre pour la première fois un EDC (trouble dépressif unique) et lorsque les troubles dépressifs durent depuis plus de deux ans (troubles dépressifs chroniques) [tableau III].

La durée moyenne d'arrêt de travail pour les personnes souffrant d'un EDC est de 81 jours [tableau III]. Cependant, cette durée moyenne est à nuancer en raison de la durée des arrêts de travail, qui diffère selon les individus. Pour deux tiers des personnes, la durée d'arrêt n'excède pas un mois, tandis que la durée est supérieure à trois mois pour près d'une personne sur cinq environ. La sévérité et la chronicité du trouble sont liées à une proportion plus importante d'arrêts supérieurs à trois mois (respectivement 24,8 % et 32,5 %; avec une moyenne de 108 et 169 jours d'arrêt). Près des trois quarts des personnes qui souffrent de symptômes dépressifs (sans EDC)⁶ ont

5. Voir, en annexe, « Le travail », pour l'évaluation de l'arrêt de travail à cause de troubles psychologiques.

6. Seules les personnes qui répondaient « Oui » au critère de retentissement des troubles dépressifs sur leurs activités habituelles ont été interrogées sur les arrêts de travail.

TABLEAU III

Arrêts de travail en raison de problèmes psychologiques

	Oui	Nombre moyen de jours d'arrêt	Écart-type	Inférieur à 15 jours	De 16 à 30 jours	De 31 à 90 jours	Supérieur à 90 jours
Épisode dépressif caractérisé (EDC)	34,7 %	81,4	144,7	44,5 %	21,8 %	15,0 %	18,7 %
Sévérité de l'EDC							
EDC léger	17,8 %	10,4	7,0	83,4 %	16,6 %		
EDC moyen	26,2 %	49,2	91,0	56,2 %	20,9 %	11,3 %	11,6 %
EDC sévère	48,9 %	108,1	171,5	34,0 %	22,7 %	18,5 %	24,8 %
Chronicité des troubles							
EDC unique	36,8 %	62,7	120,3	44,1 %	25,1 %	17,9 %	12,9 %
Trouble dépressif récurrent	29,9 %	70,0	114,5	42,9 %	24,4 %	13,7 %	19,0 %
Trouble dépressif chronique	40,3 %	169,0	234,1	50,2 %	6,6 %	10,7 %	32,5 %
Symptômes dépressifs (sans EDC)							
Un seul symptôme principal	4,8 %	60,0	123,3	59,8 %	15,9 %	14,7 %	9,5 %
Plus d'un symptôme principal	12,8 %	60,2	104,9	52,4 %	19,9 %	11,8 %	15,8 %

des durées d'arrêt de travail inférieures à 30 jours. Cependant, pour ceux qui souffrent de plusieurs symptômes dépressifs, environ 16 % ont une durée d'arrêt supérieure à trois mois.

Effets relatifs des facteurs associés à la dépression

Dans cette partie, nous présentons l'influence des variables sociodémographiques et des événements de vie sur le risque de présenter une dépression au cours des douze derniers mois. Ces effets sont

mesurés en utilisant une régression logistique où la variable dépendante est l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois [tableau IV]. L'ensemble de ces effets est mesuré toutes choses égales par ailleurs, car l'ensemble des variables est pris en compte de façon simultanée. En d'autres termes, on peut dire que l'influence de chaque variable est présentée séparément, alors que l'effet de l'ensemble des autres variables est contrôlé. Chaque résultat est exprimé par rapport à une modalité de référence de la variable étudiée (identifiée par le symbole « réf. » en première colonne).

TABLEAU IV

Effet ajusté des caractéristiques sociodémographiques et des événements de vie sur l'EDC, au cours des douze derniers mois

	Effectif	EDC (%)	OR ajusté	IC à 95 %
Variables sociodémographiques				
Sexe				
Homme (réf.)	7 078	5,2	1	
Femme	9 805	10,4	1,4***	1,3 ; 1,5
Âge				
15-25 ans	2 393	9	0,8**	0,8 ; 0,9
26-35 ans	3 366	7,8	0,9**	0,8 ; 0,9
36-45 ans	3 217	9,8	0,9**	0,8 ; 1,0
46-55 ans (réf.)	3 118	7,7	1	
56-65 ans	2 800	5,9	0,7***	0,7 ; 0,8
66-75 ans	1 989	4,8	0,7***	0,6 ; 0,8
Situation maritale				
En couple (réf.)	10 222	6,6	1	
Célibataire	6 661	10,3	1,3***	1,2 ; 1,4
Situation professionnelle				
Actif (travail, études ou autre situation) (réf.)	15 769	7,5	1	
Au chômage	11 14	12,6	1,2***	1,1 ; 1,4
Événements de vie dans les douze derniers mois				
Violences				
Non (réf.)	16 514	7,5	1	
Oui	369	20,6	1,6***	1,4 ; 1,9
Accidents				
Non (réf.)	15 340	7,4	1	
Oui	1 543	12,2	1,2***	1,1 ; 1,3
Événements de vie au cours de la vie (pour soi-même ou sa partenaire)				
Interruption volontaire de grossesse (IVG)				
Non (réf.)	14 398	7	1	
Oui	2 485	12,9	1,4***	1,2 ; 1,6

TABLEAU IV SUITE

Événements de vie avant l'âge de 18 ans				
Modèle durant la jeunesse				
Non (réf.)	10 164	6,4	1	
Oui	6 719	10,1	1,2***	1,1 ; 1,3
Maladies, handicaps, accidents graves ou décès du père				
Non (réf.)	14 290	7,3	1	
Oui	2 593	11	1,1**	1,0 ; 1,2
Maladies, handicaps, accidents graves ou décès de la mère				
Non (réf.)	15 238	7,4	1	
Oui	1 645	12	1,1*	1,0 ; 1,2
Mésententes entre les parents				
Non (réf.)	12 628	6,3	1	
Oui	4 255	12,5	1,2***	1,1 ; 1,3
Autre événement familial marquant				
Non (réf.)	13 532	6,8	1	
Oui	3 351	12,1	1,1***	1,1 ; 1,2
Événements de vie pendant la jeunesse				
Problèmes d'argent de votre famille				
Non, jamais ou presque (ou NSP) (réf.)	5 822	6,5	1	
Non, pas de problèmes particuliers, mais votre famille n'était pas bien riche	8 086	7,4	1,1*	1,0 ; 1,2
Oui, à partir d'une certaine époque	1 481	10,5	1,1*	1,0 ; 1,3
Oui, souvent, depuis ma naissance	1 494	13,4	1,4***	1,2 ; 1,5

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Les variables qui représentent le diplôme, le type de catégorie socioprofessionnelle, le revenu du foyer par unité de consommation, la taille de l'agglomération, le fait d'avoir des enfants, l'IVG croisée avec le genre et la variable « séparation ou divorce de vos parents » sont incluses dans la régression, mais ne sont pas significatives.

Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

Il est important ici de bien comprendre que cette analyse reste descriptive et ne doit pas être interprétée en termes de causalité.

Les femmes présentent un risque de dépression supérieur à celui des hommes

Parmi les variables sociodémographiques, c'est le fait d'être une femme qui présente l'impact le plus important sur la probabilité de dépression (ORa=1,4; p<0,001) [tableau IV].

C'est entre 46 et 55 ans que les risques de dépression sont les plus importants

L'effet de l'âge sur la probabilité de connaître une dépression est non linéaire. Jusqu'à

45 ans, les risques de dépression augmentent avec l'âge. La classe d'âge des 46-55 ans présente la probabilité la plus forte de connaître un trouble dépressif. La probabilité diminue ensuite avec l'âge; les classes d'âge 56-65 ans et 66-75 ans sont celles qui présentent le risque moindre.

Le risque de dépression des célibataires est supérieur à celui des personnes en couple

Être « célibataire » (*i.e.* célibataires, veuf(ve)s, divorcé(es) ou séparé(es)) augmente le risque de dépression par rapport au fait de vivre en couple (concubinage, personnes pacées, mariées ou remariées) (OR=1,3; p<0,001) [tableau IV]. Avoir des enfants ou ne pas

en avoir ne constitue pas un facteur discriminant des risques de dépression. Cette variable non significative n'est pas présentée dans le **tableau IV**.

Chômage et dépression sont significativement associés ($OR=1,2$; $p<0,001$) en comparaison des situations où les individus exercent un emploi ou poursuivent des études. En revanche, le type de catégorie socioprofessionnelle, le diplôme, le revenu du foyer et la taille de l'agglomération n'ont pas d'effets significatifs sur le fait de connaître un EDC. Ces variables non significatives ne sont donc pas représentées dans le **tableau IV**.

Avoir été victime de violences est un déterminant important de la dépression

Les personnes qui ont subi une violence, c'est-à-dire qui ont été frappées ou blessées physiquement par quelqu'un ou par un groupe de personnes dans les douze derniers mois, présentent un risque de dépression important ($OR=1,6$; $p<0,001$) [**tableau IV**]. Par ailleurs, les personnes qui ont subi dans les douze derniers mois un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital présentent également un risque d'EDC supérieur aux autres ($OR=1,2$; $p<0,001$) [**tableau IV**].

Avoir vécu une IVG augmente le risque de dépression

Les femmes qui ont connu une interruption volontaire de grossesse (IVG) ou les hommes dont la partenaire a connu une IVG présentent un risque de dépression plus élevé ($OR=1,4$; $p<0,001$) [**tableau IV**]. La variable IVG croisée avec le genre n'est pas présentée dans le **tableau IV**, car elle n'est pas significative. Cela signifie que, lorsque cet événement survient, les hommes et les femmes sont touchés de la même façon en ce qui concerne la probabilité de présenter une dépression.

Ce n'est pas le divorce en soi mais les mésententes entre les parents qui augmentent le risque de dépression

Alors que le divorce ou la séparation des parents n'a pas d'impact sur le fait de souffrir d'une dépression à l'âge adulte, les mésententes ou les disputes graves entre les parents augmentent ce risque ($OR=1,2$; $p<0,001$) [**tableau IV**]. La variable « *séparation ou divorce de vos parents* » n'a pas été présentée dans le tableau IV car elle est non significative. De façon générale, le fait d'avoir connu des événements familiaux difficiles avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans, comme d'avoir eu un père, ou une mère, malade, handicapé(e), qui a vécu un accident grave, qui est décédé(e) ou d'autres événements familiaux marquants, augmente la probabilité de connaître un EDC à l'âge adulte. On remarque également que le fait d'avoir eu un modèle pendant la jeunesse, que ce soit le père, la mère, un autre membre de la famille, un copain ou un ami, augmente le risque de dépression ($OR=1,2$; $p<0,001$).

Les problèmes d'argent rencontrés durant la jeunesse constituent également un déterminant de la dépression. Ainsi, le fait d'avoir eu souvent des problèmes d'argent dans la famille depuis la naissance augmente ce risque ($OR=1,4$; $p<0,001$) [**tableau IV**].

Recours aux soins des personnes souffrant de dépression

Un recours aux soins variable selon la sévérité de la dépression, le sexe et l'âge de la personne

Parmi les personnes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois, 60,5 % déclarent avoir eu recours aux soins⁷ durant cette même période [**tableau V**]; autrement dit, elles sont un peu moins des deux tiers à déclarer avoir utilisé les services d'un organisme ou consulté un professionnel pour des problèmes psychologiques, un usage de

drogue ou d'alcool, à avoir pris des médicaments pour les nerfs ou à avoir consulté un « psy » (psychologue, psychiatre, psychothérapeute ou psychanalyste) au cours de l'année.

Ce recours aux soins est largement influencé par la gravité de la dépression : la sévérité de l'épisode (32,4 % dans le cas d'un épisode léger vs 72,2 % dans le cas d'un épisode sévère) et la chronicité du trouble (56,8 % pour un premier épisode vs 74,8 % en cas de trouble dépressif chronique). Le taux de recours aux soins chez les personnes présentant des symptômes dépressifs mais n'ayant pas eu de dépression au sens du Cidi-SF est supérieur à celui observé chez les personnes ayant eu un EDC léger.

Le taux de recours aux soins est aussi influencé par le sexe de la personne ; globalement, les femmes souffrant de dépression ont significativement plus recours aux soins que les hommes (64 % des femmes vs 53,3 % des hommes parmi les individus ayant eu un EDC au cours de l'année ; $p < 0,001$). Cette différence hommes/femmes est particulièrement prononcée parmi les personnes

ayant eu des symptômes dépressifs sans EDC : entre 11,5 % ($p < 0,01$) et 17,3 % ($p < 0,001$) d'écart. L'âge de la personne a aussi de l'impact sur le recours aux soins, que ce soit globalement ou en interaction avec le sexe [figure 6]. Les 15-25 ans ayant eu un EDC dans l'année ont eu beaucoup moins recours aux soins au cours des douze derniers mois que leurs aînés (environ 43 % vs 59 à 70 %). Les garçons de 15 à 19 ans ont un recours particulièrement faible (18,2 %). La différence de recours aux soins entre les sexes est extrême dans cette tranche d'âge (18,2 % chez les garçons vs 54,4 % chez les filles) ; cette différence semble s'estomper avec l'âge, allant jusqu'à disparaître chez les 45-54 ans ; elle est de nouveau très prononcée chez les aînés (environ 10 % d'écart chez les 55-64 ans et 27 % d'écart chez les 65-75 ans).

7. Voir, en annexe de ce chapitre, « Variable recours aux soins... », pour une définition précise de cette variable.

TABLEAU V

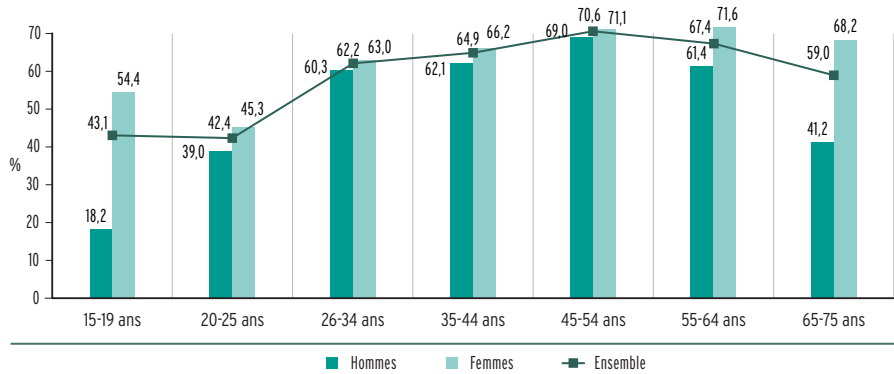
Recours aux soins pour raison de santé mentale en fonction des troubles dépressifs

	Effectif non pondéré	Hommes	Femmes	Ensemble	
Épisode dépressif caractérisé (EDC), total	1 404	53,3 %	64,0 %	***	60,5 %
Sévérité de l'EDC					
EDC léger	76	28,9 %	33,8 %	ns	32,2 %
EDC moyen	733	46,1 %	58,8 %	**	54,4 %
EDC sévère	595	67,8 %	74,1 %	**	72,2 %
Chronicité des troubles					
EDC unique	491	47,0 %	63,0 %	ns	56,8 %
Trouble dépressif récurrent	676	55,3 %	59,9 %	***	58,6 %
Trouble dépressif chronique	237	66,8 %	79,2 %	ns	75,4 %
Symptômes dépressifs (sans EDC)					
Un seul symptôme principal	1 768	29,5 %	41,0 %	ns	35,7 %
Plusieurs symptômes sans EDC	1 174	37,5 %	52,3 %	**	46,9 %
EDC sans retentissement	389	35,4 %	52,7 %	***	47,9 %

** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

FIGURE 6

Recours aux soins des personnes souffrant d'un EDC, en fonction du sexe et de l'âge



Les types de consultations

Un faible recours aux services de santé

Parmi les personnes ayant eu un EDC au cours des douze derniers mois, une faible minorité déclare avoir eu recours à un service de santé⁸ [tableau VI] pour des problèmes psychologiques durant cette même période (11,7 %). Les organismes les plus utilisés sont les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres ou hôpitaux de jour, puisqu'ils représentent un peu plus de la moitié des organismes consultés. Les groupes d'entraide, associations, sites Internet et lignes téléphoniques ne sont quasiment pas utilisés par les personnes souffrant de troubles dépressifs. L'hospitalisation et le recours aux urgences ou à un centre de crise sont peu fréquents (environ 2 %) et concernent essentiellement les personnes souffrant de troubles dépressifs sévères (environ 7 % en cas de trouble dépressif chronique et environ 4 % en cas d'épisode sévère). Globalement, la sévérité et plus encore la chronicité du trouble ont un impact important sur le niveau de recours à un organisme; ce dernier atteint son taux maximal chez les personnes souffrant d'un trouble chronique (26 %). Chez les personnes ayant eu des symptômes dépres-

sifs au cours de l'année, ce taux est relativement faible, oscillant entre 4,3 % pour un symptôme principal et près de 6 % pour un épisode sans retentissement.

Une prédominance du recours au médecin généraliste

Parmi les personnes ayant eu un épisode dépressif dans l'année, 36,5 % déclarent avoir consulté un « professionnel »⁹ pour des problèmes psychologiques au cours des douze derniers mois [tableau VII]. Les médecins généralistes sont les plus consultés (21,1 %); viennent ensuite les psychiatres (13,3 %). Les psychologues sont environ deux fois moins consultés que les psychiatres (7,1 %) et les autres professionnels encore deux fois moins (environ 3 % pour les autres « psy », environ 5 % pour les autres professionnels de santé et 4 % pour les autres professionnels). Globalement, le niveau de consultation varie en fonction de la sévérité et de la chronicité du trouble dépressif. Cette tendance générale ne s'observe pas chez les psychologues et les autres praticiens, où le

8. Voir, en annexe de ce chapitre, la variable « avoir utilisé les services de santé... » pour une définition précise.

9. Voir, en annexe, la variable « avoir consulté un professionnel... » pour une définition précise.

TABLEAU VI

Recours aux services de santé en fonction des troubles dépressifs

	Effectif non pondéré	Organismes, total	CMP, ou centre ou hôpital de jour	Hospitalisation
Épisode dépressif caractérisé (EDC), total	1 404	11,7 %	6,4 %	2,2 %
Sévérité de l'EDC				
EDC léger	76	0 %	0 %	0 %
EDC moyen	733	9,8 %	5,1 %	1,2 %
EDC sévère	595	15,8 %	9,0 %	3,8 %
Chronicité des troubles				
EDC unique	491	9,1 %	4,7 %	1,1 %
Trouble dépressif récurrent	676	9,3 %	5,3 %	1,4 %
Trouble dépressif chronique	237	26,0 %	13,8 %	7,5 %
Symptômes dépressifs (sans EDC)	3 331	4,8 %	2,3 %	1,3 %
Un seul symptôme principal	1 768	4,3 %	1,7 %	1,2 %
Plusieurs symptômes	1 174	5,3 %	2,7 %	1,3 %
EDC sans retentissement	389	5,9 %	3,9 %	1,7 %

TABLEAU VII

Recours aux professionnels de santé en fonction des troubles dépressifs

	Effectif non pondéré	Total	Médecin généraliste	Médecin psychiatre
Épisode dépressif caractérisé (EDC), total	1 404	36,5 %	21,1 %	13,3 %
Sévérité de l'EDC				
EDC léger	76	14,0 %	6,0 %	1,6 %
EDC moyen	733	30,3 %	18,4 %	9,8 %
EDC sévère	595	47,6 %	26,5 %	19,5 %
Chronicité de l'EDC				
EDC unique	491	36,0 %	21,3 %	10,2 %
Trouble dépressif récurrent	676	32,3 %	17,9 %	11,0 %
Trouble dépressif chronique	237	50,9 %	30,6 %	28,2 %
Symptômes dépressifs (sans EDC)	3 331	18,5 %	10,9 %	4,9 %
Un seul symptôme principal	1 768	13,4 %	8,6 %	3,5 %
Plusieurs symptômes	1 174	24,5 %	13,0 %	6,5 %
EDC sans retentissement	389	25,4 %	15,9 %	7,1 %

fait d'avoir un premier épisode dépressif ou un trouble dépressif chronique semble ne pas avoir d'impact. Comparativement aux personnes souffrant de dépression, les personnes qui ont connu des symptômes dépressifs sans dépression caractérisée au cours de l'année ont relativement beaucoup consulté. Parmi les personnes ayant eu plusieurs symptômes, les taux de recours

aux médecins généralistes (13 %) et aux psychiatres (6,5 %) se situent entre les taux de consultation des personnes ayant eu un EDC léger et celles ayant eu un EDC moyen. Pour les autres praticiens, les taux de recours sont similaires à ceux des personnes ayant eu un EDC moyen. Les taux de consultation chez les personnes n'ayant qu'un symptôme principal ne sont pas non plus très éloignés

Urgences ou centre de crise	Groupe d'entraide ou association	Site Internet	Ligne téléphonique
2,3 %	1,4 %	1,0 %	0,8 %
0 %	0 %	0 %	0 %
1,2 %	1,1 %	0,9 %	0,5 %
4,1 %	2,0 %	1,3 %	1,4 %
1,6 %	1,1 %	0,8 %	0,4 %
1,3 %	1,1 %	1,2 %	0,4 %
7,3 %	3,0 %	1,2 %	3,2 %
1,9 %	0,7 %	0,1 %	0,2 %
1,8 %	0,6 %	0,1 %	0,2 %
1,7 %	0,8 %	0,2 %	0,2 %
2,7 %	0,6 %	0 %	0,4 %

Psychologue	« Psy » autre	Prof. médical autre	Prof. autre
7,1 %	3,2 %	4,7 %	4,1 %
6,9 %	0 %	0 %	1,1 %
5,8 %	2,4 %	4,1 %	3,0 %
9,0 %	4,6 %	6,1 %	5,9 %
8,0 %	3,8 %	4,2 %	4,1 %
6,2 %	2,7 %	3,7 %	3,7 %
7,7 %	3,2 %	8,8 %	5,2 %
3,2 %	1,2 %	2,9 %	2,5 %
2,2 %	0,7 %	1,8 %	1,2 %
4,3 %	1,8 %	4,6 %	4,7 %
4,5 %	2,3 %	2,8 %	2,6 %

des taux observés chez les personnes ayant eu un EDC léger ; ils sont même légèrement plus élevés dans le cas des consultations de généralistes (8,6 % vs 6 %) et de psychiatres (3,5 % vs 1,6 %).

On peut observer que, même si les personnes souffrant de dépression vont consulter un spécialiste de la santé mentale ou un autre professionnel, elles ont très

fréquemment recours simultanément au médecin généraliste ; seulement 14,4 % (soit environ 40 % des 36,5 % ayant consulté un professionnel) n'ont pas eu recours à un médecin généraliste pour une raison de santé mentale. Globalement, cette tendance se retrouve quelle que soit la gravité des troubles. Ainsi, même en cas de trouble chronique, le pourcentage de personnes

ayant vu un généraliste dans les douze derniers mois (seul ou en association avec un psychiatre ou un psychologue) avoisine lui aussi les 60 % (29,7 % [tableau VIII] des 50,9 % [tableau VII] de recours global pour les troubles chroniques). Les généralistes tiennent ainsi une place centrale dans la prise en charge des personnes dépressives. La gravité de la dépression semble cepen-

dant avoir de l'impact sur le recours aux spécialistes de la santé mentale. Le recours à un psychiatre seulement est croissant en fonction de la chronicité et la sévérité du trouble. À l'inverse, le recours à un psychologue est plus faible pour les EDC sévères (que pour les EDC légers) et pour les troubles chroniques (que pour les épisodes uniques ou récurrents) [tableau VIII].

DISCUSSION

Les résultats de prévalence pour les troubles dépressifs obtenus à partir des données du Baromètre santé 2005 sont du même ordre de grandeur que ceux ressortant de certaines des dernières enquêtes réalisées en France, en Europe et aux États-Unis. Elle est de 7,8 %, alors que les résultats de l'étude du *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) réalisée aux États-Unis [6] et ceux de l'échantillon français d'ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) [7] montrent des prévalences à l'année d'environ 6 %. Cependant, les résultats diffèrent des enquêtes Santé et Maladie en population générale (SMPG) [8] et Depres (*Depression*

Research in European Society) [9], où les prévalences s'élèvent respectivement à 11 % et 9,1 % (sur des données en population française), ainsi que de l'enquête ESEMeD [10] où elle est de 3,9 % (sur des données européennes). Les différences obtenues entre l'étude SMPG [8] et l'étude ESEMeD pour l'échantillon européen [10] (dont les échantillons sont de taille importante, avec respectivement 21 500 et 36 000 personnes) peuvent s'expliquer par la différence de méthode employée dans la construction d'un échantillon représentatif de la population générale : par quotas pour SMPG, par tirage aléatoire pour ESEMeD. Ces varia-

TABLEAU VIII

Détails du recours aux professionnels de santé en fonction des troubles dépressifs

	Effectif non pondéré	Généraliste seulement	Psychiatre seulement
Épisode dépressif caractérisé (EDC), total	1 404	12,6 %	7,9 %
Sévérité de l'EDC			
EDC léger	76	4,5 %	0,0 %
EDC moyen	733	11,9 %	6,3 %
EDC sévère	595	14,6 %	11,0 %
Chronicité de l'EDC			
EDC unique	491	13,5 %	5,1 %
Trouble dépressif récurrent	676	11,1 %	7,5 %
Trouble dépressif chronique	237	15,3 %	15,5 %
Symptômes dépressifs (sans EDC)	3 331	7,4 %	2,7 %
Un seul symptôme principal	1 768	6,2 %	2,1 %
Plusieurs symptômes	1 174	8,6 %	3,2 %
EDC sans retentissement	389	10,0 %	4,0 %

tions de prévalence peuvent également s'expliquer par un choix d'outils différents pour mesurer la dépression : Cidi [11] pour ESEMeD, Mini [12] pour SMPG et Depres, et Cidi forme abrégée pour le Baromètre santé [4]. Le Mini est reconnu pour surévaluer la prévalence des troubles dépressifs comparativement au Cidi [8, 12], et le Cidi dans sa forme abrégée pour surévaluer la prévalence des troubles par rapport au Cidi [4]. De plus, les prévalences des troubles dépressifs sont évaluées sur une année dans l'ensemble des études citées, à l'exception de l'enquête Depres [9] qui mesure les troubles sur les six derniers mois. Enfin, il est important de noter que l'étude ESEMeD Europe mesure des niveaux de prévalence sur la moyenne de la population de six pays européens. L'étude NCS-R, quant à elle, travaille sur la population américaine, alors que nous travaillons sur la population française.

La prévalence à un an des troubles dépressifs subsyndromiques dans notre étude apparaît élevée (18,8 %) comparée à celle de l'étude ECA (*Epidemiological Catchment Area*) (11,8 %) [13]. Les instruments diagnostics utilisés sont cependant différents dans les

deux études (DIS dans l'étude ECA, et Cidi forme abrégée pour le Baromètre santé) [13]. L'utilisation d'un critère minimum de deux symptômes pour définir les troubles dépressifs subsyndromiques dans l'étude ECA peut également expliquer cette différence. En effet, le Baromètre santé permet d'évaluer ces mêmes troubles à partir de la présence d'un seul symptôme principal de la dépression (tristesse ou perte d'intérêt). Cependant, si l'on prend en compte dans notre étude le même critère que l'étude ECA, les résultats sont alors similaires : 8,5 % de troubles dépressifs subsyndromiques pour le Baromètre santé (vs 8,4 % dans l'étude ECA). Il faut cependant noter une caractéristique de l'évaluation des troubles dépressifs subsyndromiques pour le Baromètre santé qui, contrairement à l'étude ECA, ne permet d'évaluer les symptômes secondaires¹⁰ de la dépression qu'en présence d'au moins un des deux symptômes principaux (tristesse ou anhédonie).

10. Secondaire au sens de la classification internationale, qui permet uniquement de poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé s'il y a présence d'au moins un symptôme primaire (tristesse ou anhédonie) parmi l'ensemble des symptômes possibles.

Psychologue seulement	Généraliste et psychiatre ou psychologue	Autre psy. seulement	Autre seulement
3,0 %	6,8 %	1,1 %	2,1 %
6,9 %	1,6 %	0,0 %	1,1 %
1,9 %	5,3 %	0,6 %	1,7 %
3,8 %	9,6 %	2,0 %	2,8 %
3,9 %	5,8 %	0,9 %	2,7 %
3,0 %	5,3 %	1,3 %	2,0 %
0,5 %	14,4 %	1,1 %	0,8 %
1,8 %	2,1 %	0,6 %	1,7 %
1,0 %	1,5 %	0,3 %	0,8 %
2,7 %	2,7 %	0,8 %	3,2 %
2,5 %	3,5 %	1,1 %	1,1 %

En ce qui concerne les comorbidités somatiques, l'étude Depres **[14]** a montré qu'environ 65 % des personnes souffrant de dépression présentent également un trouble somatique – les problèmes de mal de dos, de tension et d'arthrite étant les plus cités. Les résultats obtenus à partir du Baromètre santé sont complémentaires de ces résultats. En effet, l'enquête Depres n'évalue les troubles somatiques que dans une population souffrant de dépression, alors que nous disposons de données en population générale. Ainsi, le Baromètre santé permet de comparer la prévalence des EDC pour les personnes souffrant d'une maladie chronique par rapport à celles qui n'en sont pas atteintes. Par exemple, on trouve que ce sont les personnes qui souffrent d'IST et de cancer qui présentent les prévalences d'EDC (19,1 % et 16,6 %) et les odds ratio bruts les plus importants (respectivement 2,8; $p < 0,001$ et 2,4; $p < 0,001$).

À l'instar de l'enquête Depres **[15]**, le Baromètre santé permet d'évaluer les durées des arrêts de travail imputables aux troubles dépressifs. Dans l'étude Depres, la moyenne des arrêts de travail (sur six mois, sur la population européenne) est de 20 jours pour un EDC **[15]**. Dans le cas où seules les personnes souffrant d'un EDC d'intensité sévère et ayant eu recours aux soins sont prises en compte, la durée moyenne d'arrêt de travail est de 30 jours **[14]**. Dans notre étude, le taux d'arrêt de travail est de 34,7 % pour les personnes qui souffrent d'un EDC et de 48,9 % pour les personnes souffrant d'un EDC d'intensité sévère. De plus, nous obtenons des durées moyennes d'arrêt de travail des différents troubles dépressifs plus élevées que dans l'étude Depres **[15]** : de 81,4 jours pour les EDC, de 108 jours lorsque l'intensité de l'EDC est jugée comme sévère, et de 60 jours dans le cas des troubles dépressifs subsyndromiques. On remarque cependant que la dispersion des durées d'arrêt de

travail est importante pour l'ensemble des troubles et variable selon le type de trouble. Par exemple, près d'une personne sur trois souffrant d'un trouble dépressif chronique a une durée d'arrêt de travail supérieure à trois mois, alors que cela touche environ moins d'une personne sur dix pour les personnes souffrant d'un seul symptôme **[tableau III]**.

Nos résultats sur les variables sociodémographiques associées à la dépression (sexe, âge, situation maritale, professionnelle, niveau d'études) sont cohérents avec ceux des différentes études épidémiologiques que nous avons citées. Dans toutes ces études, les femmes présentent des prévalences de troubles dépressifs largement plus importantes que les hommes. Ce rapport est de l'ordre de 2 dans notre étude, ce qui est également le cas pour l'enquête ESEMeD **[10]**. Une fois l'ensemble des facteurs associés ajustés, le risque d'EDC est toujours plus élevé pour les femmes (OR=1,4; $p < 0,001$). On retrouve un résultat équivalent dans l'étude SMPG **[8]**. Concernant l'âge, on observe deux périodes principales à risques pour les troubles dépressifs : une première période pour les jeunes 18 et 25 ans pour les deux sexes (20-25 ans Baromètre santé 2005; 18-24 ans SMPG **[8]**/ESEMeD **[10]**); et une seconde période où les âges à risques sont différents selon le sexe – plus tardifs pour les femmes (45-54 ans) que pour les hommes (35-44 ans). Lorsque l'on ajuste l'effet de l'âge sur les variables sociodémographiques et d'événements de vie, ce sont les 46-55 ans qui montrent le risque le plus élevé de présenter un EDC. L'ensemble des études, dont la nôtre, montrent que les prévalences des troubles dépressifs sont plus faibles pour les personnes âgées de plus de 65 ans (plus de 60 ans pour l'étude NCS-R **[16]**). Il faut noter cependant que les enquêtes présentent des différences dans les limites d'âges d'inclusion : elles s'arrêtent le plus souvent vers les 75 ans. L'étude SMPG a justement

mis en évidence une prévalence élevée des EDC pour les personnes âgées de plus de 80 ans, en raison d'une surreprésentation des femmes dans cette classe d'âge [8].

En ce qui concerne le statut matrimonial, l'ensemble des études sur la question montrent que les individus célibataires ou vivant seuls présentent des risques de dépression plus élevés. De plus, la taille du ménage et le nombre d'enfants sont toujours des variables non significatives quand elles sont prises en compte. Par ailleurs, les études ESEMeD [17] et Nemesis [18] trouvent un effet du lieu de vie : les individus qui habitent dans de grandes agglomérations (plus de 10 000 habitants pour ESEMeD) présentent des risques de dépression plus élevés. Cette variable s'avère en revanche non significative dans notre analyse. Cependant, l'étude ESEMeD [17] diffère du Baromètre santé, car elle ne prend pas en compte de variables d'événements de vie dans l'analyse. De plus, le Baromètre santé contient des informations détaillées sur l'histoire individuelle, tant pendant l'enfance que pour les douze mois précédant l'enquête. Cela nous a permis d'utiliser une information fine concernant l'influence du passé individuel sur le risque de dépression. Beaucoup plus d'événements de vie sont intégrés dans notre analyse que dans l'étude Nemesis [18] qui n'en intègre que deux. Cela explique également les différences de résultats trouvées sur les effets de certaines variables sociodémographiques. Une recherche plus approfondie sur ce sujet serait nécessaire pour préciser le sens de ces associations.

Les effets du niveau de diplôme sont différents selon les études. Dans notre travail, le niveau d'études n'est pas un facteur de risques significativement lié à la dépression. Ce résultat est cohérent avec ce qui est obtenu dans l'étude française Santé et Protection sociale (ESPS) [19] et dans l'étude européenne ESEMeD [17]. En revanche, selon l'étude NCS-R [20] sur des

données américaines et l'étude Nemesis [18] sur des données hollandaises, plus le diplôme ou le nombre d'années d'études est élevé, plus le risque de dépression est faible. Il est difficile, à ce niveau, d'expliquer les différences de résultats obtenues en raison de la diversité des populations étudiées. Par ailleurs, de même que dans l'enquête ESPS [19], le type de catégorie socioprofessionnelle ne présente pas d'effet significatif. L'effet du niveau de revenus sur la dépression est, quant à lui, différent selon l'étude considérée. Pour ESPS [19], ESEMeD [17] et NCS-R [20], il n'existe pas d'effet significatif — un résultat identique à celui obtenu ici avec les données du Baromètre santé. Pour les auteurs de Nemesis, les bas niveaux de revenus sont associés à une augmentation du risque dépressif; plus précisément, ils observent une augmentation du risque (ajusté sur le sexe et l'âge; $OR=1,56$; $p<0,05$) pour les 25 % de personnes aux revenus les plus faibles [18]. De même que précédemment, les différences de résultats peuvent s'expliquer par les différences d'échantillons (pays différents) et les variations dans le choix des variables considérées. Enfin, on peut noter qu'il existe un consensus dans la littérature sur le fait que le chômage accroît les risques de dépression. Nous retrouvons ce résultat dans notre analyse avec un odds ratio de 1,2 ($p<0,001$).

Dans la littérature, il a été mis en évidence que les événements de vie peuvent avoir un effet sur la dépression [21]. Les facteurs de risques identifiés comme les plus fréquemment associés à la dépression de l'adolescent et de l'adulte sont, en particulier, la dépression des parents, la mort de l'un d'entre eux, la maltraitance et les mauvaises relations au sein du couple parental. En particulier, le décès de la mère, la maladie, le handicap ou un accident grave des parents sont des déterminants fortement associés aux troubles dépressifs [22]. De plus, c'est la conflictua-

lité avant le divorce du couple parental qui aurait le plus d'effet sur la dépression [23]. Ces données sont confirmées par les résultats du Baromètre santé, où nous trouvons également que ce n'est pas tant le divorce en lui-même mais les mésententes entre les parents qui augmentent le risque de dépression. Nos résultats mettent également en évidence un impact important des difficultés financières fréquentes et précoces durant l'enfance. Par ailleurs, le fait d'avoir eu un modèle pendant la jeunesse – que ce soit le père, la mère, un autre membre de la famille, un copain ou un ami – augmente le risque de dépression ($OR=1,2$; $p<0,001$). Ce résultat peut surprendre en première lecture. Une première analyse montre que ce sont les personnes qui choisissent des modèles extérieurs au couple parental (autres membres de la famille, amis) qui présentent les prévalences d'EDC les plus élevées. Cela pourrait être un indice de la mauvaise qualité de la relation de l'enfant avec le couple parental. Des analyses plus fines seront nécessaires pour mieux comprendre ce phénomène.

En résumé, on peut dire que les personnes qui présentent le risque le plus important de souffrir d'une dépression sont les femmes entre 46 et 55 ans. Ce risque est encore plus élevé si elles sont au chômage. Avoir subi une IVG au cours de la vie ou avoir été victime de violences dans les douze derniers mois accroissent également la probabilité de connaître un EDC. Par ailleurs, le fait d'être issu d'une famille modeste où les parents ne s'entendent pas augmente encore la probabilité de connaître un trouble dépressif. Nous avons également mis en évidence la surreprésentation des EDC dans les maladies chroniques telles que les IST, le cancer, les problèmes articulaires, les rhumatismes, l'asthme et le diabète. Enfin, l'impact des différents troubles dépressifs sur le travail a pu être affiné, notamment par une descrip-

tion précise de la distribution des durées d'arrêt de travail.

Concernant le recours aux soins, les enquêtes réalisées en population générale mettent en évidence la faiblesse du taux de consultation chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique non psychotique. Dans l'enquête NCS-R, le taux de recours aux soins des personnes souffrant de troubles dépressifs s'élève à 51,7 % [24]. Ce chiffre a été estimé à 36,5 % dans l'enquête européenne ESEMeD [25] et à 71,9 % dans l'enquête française SMPG [26]. Toutes les enquêtes confirment que les médecins généralistes sont les professionnels les plus consultés par les personnes dépressives. Dans l'enquête ESEMeD, 34,6 % déclarent n'avoir consulté qu'un médecin généraliste, 21,4 % qu'un psychiatre, 10,5 % qu'un professionnel de la santé mentale autre qu'un psychiatre, 30,9 % un généraliste et un professionnel de la santé mentale [25].

Certaines variables sociodémographiques sont, elles aussi, associées au recours aux soins. Dans l'enquête américaine NCS-R, l'âge, le sexe, le niveau d'études, le statut matrimonial et la taille d'agglomération se sont révélés être significativement associés au recours à un traitement psychiatrique chez les personnes présentant un trouble mental au cours des douze derniers mois [24]. En ce qui concerne spécifiquement le recours aux soins chez les personnes dépressives, le sexe, l'âge et le statut matrimonial s'avèrent significativement associés au recours aux soins dans l'étude française SMPG (respectivement : $ORa=1,4$; $p<0,001$ pour les femmes ; $ORa=1,7$; $p<0,001$ pour les 36-50 ans, et $ORa=2,0$; $p<0,001$ pour les 51-65 ans comparativement aux 18-25 ans ; $ORa=1,4$; $p<0,05$ pour les personnes séparées comparativement aux personnes célibataires). Plusieurs variables cliniques ont aussi un impact important sur le recours aux soins : la sévérité de l'épisode dépressif

(ORa=2; $p<0,001$ pour un épisode sévère comparativement à un épisode léger), la chronicité du trouble (ORa=2,1; $p<0,001$) et la comorbidité (ORa=1,8; $p<0,001$) [26].

Le taux de recours aux soins à douze mois chez les personnes dépressives dans le Baromètre santé apparaît comme modéré (60,5 %). Comme nous le soulignons en annexe, ce taux peut varier considérablement selon les variables utilisées pour construire cet indicateur. Dans le *Baromètre santé 2005 – Premiers résultats*, un taux relativement faible de 38,3 % avait été mis en évidence, en utilisant un indicateur plus spécifique que celui employé ici : le fait d'avoir consulté un professionnel ou d'avoir eu recours aux services d'un organisme pour des problèmes psychologiques. Dans cette étude, nous avons fait le choix d'utiliser un indicateur de recours aux soins plus large, en prenant en compte toutes les variables en lien avec une recherche d'aide au cours des douze derniers mois : consultation d'un professionnel pour des problèmes psychologiques (36,6 %) ou des problèmes de drogues (1,4 %), recours aux services d'un organisme pour des problèmes psychologiques (10,8 %) ou des problèmes de drogues (1,9 %), consultation d'un « psy » (psychiatre, psychologue, psychothérapeute ou psychanalyste) (23,8 %), ou consommation de médicaments pour les nerfs (« souvent », « parfois », « rarement ») (49 %). L'écart observé entre cet indicateur relativement « large » et l'indicateur plutôt « strict » des résultats préliminaires est considérable puisqu'il s'élève à plus de 20 %. Cependant, l'influence du sexe et de l'âge de la personne dépressive sur le recours aux soins peut être observée quel que soit l'indicateur utilisé. Les hommes, les jeunes de 15 à 25 ans et les personnes de plus de 65 ans ont tendance à avoir moins recours aux soins. Notons qu'avec cet indicateur plus large (qui intègre en particulier la consommation de médicaments), le taux de recours des aînés est nettement plus élevé, celui des

femmes devenant même équivalent à celui des classes d'âge inférieures. Le recours aux soins des personnes dépressives est aussi largement influencé par la gravité du trouble; un écart d'environ 40 % est ainsi observé entre le recours aux soins des personnes souffrant des formes de dépression les moins graves (environ 30 % de recours) et les plus graves (environ 70 %). Soulignons que les personnes ne souffrant pas de dépression, mais seulement des symptômes dépressifs, ont un taux de recours plutôt élevé, légèrement inférieur ou supérieur (en fonction du nombre de symptômes dépressifs) à celui observé chez les personnes ayant un trouble dépressif léger.

En ce qui concerne les types de consultations, il semble que les personnes souffrant de dépression se tournent davantage vers les professionnels que vers les structures de soins. Seule une personne souffrant de dépression sur dix environ déclare avoir eu recours dans l'année à un organisme pour des problèmes psychologiques; les CMP, les centres et hôpitaux de jour, bien qu'étant les plus consultés des organismes, n'auraient été utilisés que par environ une personne sur vingt. Elles sont un peu plus d'un tiers à déclarer avoir consulté au cours de l'année un professionnel pour des problèmes psychologiques. Comme dans toutes les enquêtes nationales et internationales, les médecins généralistes sont les professionnels les plus sollicités (environ une personne souffrant de dépression sur cinq en consulte). Ces consultations auprès des généralistes sont, dans la moitié des cas, complétées par une consultation de professionnel « psy » (majoritairement des psychiatres). Soulignons que ces taux de recours peuvent eux aussi fluctuer en fonction des variables utilisées. Ainsi, 23,6 % des personnes dépressives déclarent avoir consulté un professionnel « psy » (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychanalyste) au cours de l'année, mais seulement 18,9 % [3] disent avoir

consulté ces mêmes professionnels pour des problèmes psychologiques.

En conclusion, notre étude vient confirmer que la dépression est un important problème de santé publique puisque ce sont, en effet, plus de 3 millions de personnes qui sont touchées en France chaque année, dont près de 1,5 million par des épisodes d'intensité sévère. À celles-là viennent s'ajouter les personnes présentant des symptômes dépressifs sans diagnostic caractérisé, soit plus de 8 millions de personnes. Cette étude confirme également l'importance des comorbidités associées (IST et cancer), et de différents facteurs de risques, qu'ils soient sociodémographiques (être une femme, avoir de 46 à 55 ans, être célibataire, divorcé, au chômage) ou liés à des événements de vie (avoir eu une IVG au cours de la vie pour soi-même ou sa partenaire, avoir été victime de violences dans les douze derniers mois, être issu d'une famille à revenus modestes, avoir eu des parents qui ne s'entendaient pas). Enfin, elle vient confirmer le retentissement de la dépression sur le fonctionnement, et en particulier le travail : en effet, près d'une personne sur trois qui souffre d'un EDC s'arrête de travailler à cause de ces problèmes ; ce chiffre atteint près d'une personne sur deux lorsque ces troubles sont sévères. Par ailleurs, les durées d'arrêt de travail sont conséquentes, puisqu'elles dépassent deux mois et demi chez près de 30 % des personnes présentant un EDC sévère.

Malgré cela, le « recours aux soins »¹¹ des personnes souffrant de dépression reste modéré, puisque seulement 60 % des personnes ayant souffert de dépression au cours de l'année précédant l'enquête ont déclaré avoir eu recours aux soins sur cette même période. Même dans le cas des épisodes sévères, ce taux n'est que de 72 %. Au regard des recommandations de bonne pratique, des connaissances actuelles sur le risque de « récurrence » dépressive et des modes

d'entrée dans la récurrence et la chronicité des troubles, il y a lieu également de se préoccuper du faible recours constaté pour les dépressions d'intensité légère (32 %), puisque celles-ci devraient *a minima* faire l'objet d'une prise en charge psychothérapeutique. On retrouve également un résultat connu sur l'influence du genre, les femmes ayant significativement davantage recours aux soins que les hommes, et de l'âge, les adolescents masculins ayant très peu recours aux soins (18 %). Le recours aux professionnels de santé concerne essentiellement les médecins généralistes (21 %), plutôt que les différents organismes de soins (CMP : 6 % ; hôpitaux : 2 % ; urgences : 2 %) ou les différents « psy » (psychiatres : 13 % ; psychologues : 7 % ; autres « psy » : 3 %).

Au regard de ces résultats et des résultats préliminaires d'une enquête en cours de l'INPES (Anadep, à paraître), menée pour étudier les troubles dépressifs et le recours aux soins *au cours de la vie*, il apparaît qu'au-delà du strict recours aux soins, c'est aussi à l'adéquation des soins proposés et suivis qu'il conviendra de s'intéresser. Ces résultats préliminaires montrent en effet que la grande majorité des personnes ayant souffert de dépression rentrent, à un moment ou un autre, en contact avec le système de soins, sans pour autant faire l'objet d'une prise en charge adéquate. Le recours à la psychothérapie et la pertinence de la prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques devront en particulier faire l'objet d'une analyse approfondie.

Entreprise dans le cadre de la campagne nationale d'octobre 2007, l'information de la population et des professionnels de première ligne sur l'identification des troubles, des facteurs de risques associés, les traitements recommandés, ainsi que les professionnels susceptibles de les conduire, pourra permettre d'améliorer ces prises en charge.

11. Au sens large défini en annexe de ce chapitre dans « Variable recours aux soins pour raison de santé mentale... ».

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Murthy R.S., Bertolote J.M., Epping-Jordan J., *et al.*
La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.
Genève : OMS, 2001.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/whr/2001/WHR_2001_fre.pdf
- [2] Kruijshaar M.E., Hoeymans N., Spijker J., Stouthard M.E., Essink-Bot M.L.
Has the burden of depression been overestimated?
Bulletin of the World Health Organization 2005; 83(6): 443-8.
En ligne : <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/83/6/443.pdf>
- [3] Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2005 - Premiers résultats.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006.
- [4] Patten S.B.
Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples.
Chronic Diseases in Canada 1997; 18(3): 109-12.
En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-3/a_e.html
- [5] American Psychiatric Association.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®).
Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- [6] Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E.
Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.
Archives of General Psychiatry 2005; 62(6): 617-27.
En ligne : <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/62/6/617>
- [7] Lepine J.P., Gasquet I., Kovess V., *et al.*
Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population.
Encephale 2005; 31(2): 182-94.
- [8] Roelandt J.L., Caria A., Kergall A., Mondière G.
Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale.
Études et Résultats 2004; 347 : 1-12.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er347.pdf>
- [9] Lepine J.P., Gastpar M., Mendlewicz J., Tylee A.
Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society).
International Clinical Psychopharmacology 1997; 12(1): 19-29.
- [10] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., *et al.*
Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.
Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum 2004; 420 : 21-7.
- [11] Kessler R.C., Ustun T.B.
The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI).
International Journal of Methods in Psychiatric Research 2004; 13(2): 93-121.
- [12] Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., *et al.*
The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10.
The Journal of Clinical Psychiatry 1998; 59 Suppl. 20: 22-33; quiz 34-57.
- [13] Judd L.L., Rapaport M.H., Paulus M.P., Brown J.L.
Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder?
The Journal of Clinical Psychiatry 1994; 55 Suppl: 18-28.
- [14] Angst J., Gamma A., Gastpar M., Lepine J.P., Mendlewicz J., Tylee A.
Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies.
European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2002; 252(5): 201-9.
- [15] Tylee A., Gastpar M., Lepine J.P., Mendlewicz J.
DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee.
International Clinical Psychopharmacology 1999; 14(3): 139-51.
- [16] Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E.
Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.
Archives of General Psychiatry 2005; 62(6): 593-602.
- [17] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., *et al.*
12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.
Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum 2004; 420 : 28-37.
- [18] Bijl R.V., Ravelli A., van Zessen G.
Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998; 33(12): 587-95.

- [19] Le Pape A., Lecomte T.
Prévalence de la prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997.
Question d'économie de la santé 1999; 21: 1-6.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes21.pdf>
- [20] Schmitz N., Kugler J., Rollnik J.
On the relation between neuroticism, self-esteem, and depression: results from the National Comorbidity Survey.
Comprehensive Psychiatry 2003; 44(3): 169-76.
- [21] Kessler R.C.
The effects of stressful life events on depression.
Annual Review of Psychology 1997; 48: 191-214.
- [22] Tousignant M., Harris T.O.
Événements de vie et psychiatrie : apport des études du Life Events and Difficulties Schedule.
Paris : Doin, coll. Référence en Psychiatrie, 2001 : 112 p.
- [23] Habimana E., Ethier L.S., Petot D., Tousignant M.
Classification et étiologie. In : Habimana E., Ethier L.S., Petot D. *et al.*
Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative.
Montréal; Paris : G. Morin, 1999 : 1-31.
- [24] Wang P.S., Lane M., Olsson M., Pincus H.A., Wells K.B., Kessler R.C.
Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication.
Archives of General Psychiatry 2005; 62(6): 629-40.
En ligne : <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/62/6/629>
- [25] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., *et al.*
Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.
Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum 2004; 420: 47-54.
- [26] Lamboy B.
Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs - Données d'enquête en population générale.
Encephale 2006; 32 (5 Pt 1): 705-12.
- [27] World Health Organisation (WHO).
The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.
Genève : OMS, 1993.
- [28] Lavretsky H., Kumar A.
Clinically significant non-major depression: old concepts, new insights.
The American Journal of Geriatric Psychiatry 2002; 10(3): 239-55.
- [29] Sadek N., Bona J.
Subsyndromal symptomatic depression: a new concept.
Depression and Anxiety 2000; 12(1): 30-9.

ANNEXE | ÉVALUATION DES TROUBLES DÉPRESSIFS

Les personnes souffrant de troubles dépressifs présentent un certain nombre de signes de cette affection concernant tant leur fonctionnement psychique que leur fonctionnement social. Les classifications internationales comme la CIM-10 [27] ou le DSM-IV ont proposé des critères d'identification de la dépression reposant sur la détection de symptômes, en prenant en compte leur nombre et leur intensité. Afin de mesurer la prévalence des troubles dépressifs en population générale, les études épidémiologiques utilisent des questionnaires standardisés comme le Cidi ou le Mini. Ces derniers, réalisés à partir des classifications internationales, permettent d'estimer le nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs sur une période de temps donnée

(sur les six derniers mois, sur l'année écoulée ou sur la vie entière).

Les personnes qui souffrent de tels symptômes dépressifs peuvent apparaître fonctionner de manière habituelle alors que, pour elles, le maintien de ce niveau de fonctionnement implique un effort important [28]. Les troubles dépressifs n'entraînent donc pas systématiquement un retentissement¹ « significatif » sur les activités habituelles selon les individus. À l'inverse, des manifestations symptomatiques de la dépression peuvent être peu nombreuses, mais néanmoins présentes

1. Voir infra, « L'intensité des troubles dépressifs », pour l'évaluation du critère de retentissement dans le cadre d'un épisode dépressif.

de manière « significative » pour la personne et avoir un retentissement sur les activités habituelles. Cela pose la question d'une classe intermédiaire entre dépression et absence de troubles. Par rapport aux classifications internationales, cette classe des troubles « subsyndromiques² » se situerait entre les personnes qui ne présentent pas de « signes » de troubles dépressifs et celles qui présentent un nombre de « signes » suffisant pour se voir poser un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé³ (EDC) [29].

L'épisode dépressif caractérisé

L'épisode dépressif caractérisé est évalué de la façon suivante : avoir préalablement répondu « Oui » à l'un ou l'autre des deux symptômes principaux : « *Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle :*

vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ? »

Et ces troubles devaient être présents chaque jour, ou presque chaque jour, avec une durée de manifestation égale à toute la journée ou pratiquement toute la journée.

Avoir répondu « Oui » à au moins deux symptômes secondaires présents pendant ces deux semaines parmi :

– « *Avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ? »* (Évalué s'il y a une réponse positive à « *Vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ? »*)

– « *Avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ou votre poids est-il resté stable ? »* (Considéré comme un symptôme secondaire si la prise ou la perte de poids déclare à cette question est supérieur à 5 kg, évalué par les questions subséquentes : « *Combien avez-vous pris de kilos ? »* ou « *Combien avez-vous perdu de kilos ? »*)

– « *Avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ? »* (Considéré comme un symptôme secondaire

si les difficultés de sommeil sont présentes chaque nuit ou presque chaque nuit, évalué par la question subséquentes : « *Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il : chaque nuit/presque chaque nuit/moins souvent ? »*)

– « *Avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ? »*

– « *Avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ? »*

– « *Parfois, les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ? »*

– « *Avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ? »*

Et enfin, le critère de retentissement sur les activités habituelles est pris en compte ; il est considéré comme présent lorsque les personnes ont répondu « Oui » à la question : « *Cette période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir, est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ? »*

L'intensité des troubles dépressifs

L'intensité des épisodes dépressifs caractérisés

Sur la base des critères de l'algorithme principal des EDC, les épisodes d'intensité légère se définissent par la présence d'un maximum de quatre symptômes secondaires en plus d'un symptôme primaire, avec un retentissement jugé comme faible sur les activités habituelles (réponse « Un petit peu » à la question : « *Si vos activités habituelles ont été perturbées, dans quelle mesure ? »*).

Les épisodes d'intensité sévère se définissent par la présence d'un minimum de cinq symptômes secondaires en plus d'un symptôme primaire, avec un retentissement jugé comme important sur les activités habituelles (réponse « Beaucoup » à la question : « *Si vos activités habituelles ont été perturbées, dans quelle mesure ? »*).

Les épisodes d'intensité moyenne se définissent, quant à eux, par la présence d'un EDC défini par l'algorithme principal, mais qui ne répond ni à la classe d'intensité légère, ni à la classe d'intensité sévère. Ils regroupent donc l'ensemble des réponses intermédiaires possibles au regard de l'intensité du retentissement et du nombre de symptômes secondaires.

2. Voir infra, « L'intensité des troubles dépressifs », pour une définition des troubles subsyndromiques et une description détaillée des critères utilisés pour les définir.

3. Voir infra, « L'épisode dépressif caractérisé », pour une définition précise de l'évaluation de l'EDC.

Les symptômes dépressifs sans EDC : les troubles subsyndromiques

Les troubles subsyndromiques ont été évalués par la présence d'au minimum un seul des deux symptômes principaux (tristesse ou anhédonie, voir algorithme d'EDC).

Concernant les symptômes secondaires, dans le cas où la réponse au symptôme primaire impliquait le retentissement « être présent chaque jour, ou presque chaque jour, avec une durée de manifestation égale à toute la journée ou pratiquement toute la journée », seules ont été prises en compte les personnes qui :

soit ne répondaient qu'à un seul des sept symptômes secondaires en plus du symptôme primaire pour les personnes qui présentaient un retentissement en répondant « Oui » à la question : « Cette période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir, est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ? »

soit répondaient à l'ensemble des symptômes secondaires en plus d'un symptôme primaire pour les personnes qui, soit ne présentaient pas de retentissement en répondant « Non » à la question : « Cette période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ? »,

soit lorsque les conditions de présence et d'intensité des symptômes n'étaient pas présentes (ces troubles devaient être présents chaque jour où presque chaque jour avec une durée de manifestation égale à toute la journée ou pratiquement toute la journée).

LES COMORBIDITÉS SOMATIQUES

Les troubles somatiques ont été évalués par la question suivante : « Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps : au moins six mois, et qui peut nécessiter des soins réguliers ? Si oui, laquelle (ou lesquelles) parmi l'asthme, d'autres maladies respiratoires, le cancer, les maladies cardiaques, le cholestérol,

LE TRAVAIL

Les difficultés concernant les activités professionnelles directement imputables aux troubles dépressifs ont été évaluées par les questions suivantes :

« Au cours des douze derniers mois, vous vous êtes

La récurrence et la chronicité des épisodes dépressifs caractérisés

Les troubles dépressifs récurrents ont été évalués par la présence d'un minimum de deux EDC ayant été évalués par l'algorithme principal (EDC), ainsi que :

une réponse « Oui » à la question : « Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré au moins deux semaines où vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt ? »

une réponse supérieure à « Deux » à la question : « Combien de périodes ayant duré au moins deux semaines avez-vous vécues ? »

un intervalle libre entre les épisodes d'au moins deux mois évalué par une réponse « Oui » à la question : « Avant que vous ne vous sentiez triste, déprimé(e) ou sans intérêt cette fois-ci, vous être vous senti(e) bien pendant au moins deux mois ? »

Les troubles dépressifs chroniques ont été déterminés par la présence d'un EDC, lui-même évalué par l'algorithme principal (EDC), d'une durée minimale de deux ans, évalué :

si les troubles dépressifs durent toujours actuellement, par une réponse au minimum égale à deux ans à la question : « À combien de temps remonte le début de cette période où vous vous êtes senti triste, déprimé(e) ou sans intérêt ? »

si les troubles dépressifs ne sont pas présents actuellement, par une réponse au minimum égale à deux ans à la question : « Combien de temps a duré cette période où vous vous êtes senti triste, déprimé(e), sans intérêt ? »

le diabète, l'hypertension, les problèmes d'articulations, les migraines ? »

Les infections sexuellement transmissibles ont été évaluées par la question suivante : « Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu une maladie qui se transmet par voie sexuelle ? »

senti triste, déprimé(e) ou sans espoir, ou vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses ? »

« Avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ? »

« Combien de jours avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ? »

Les analyses ont été effectuées sur les personnes

qui exerçaient une activité professionnelle, ou bien qui étaient en formation continue, ou bien en congés longue maladie.

LES VARIABLES

Variable « recours aux soins pour raison de santé mentale au cours des douze derniers mois »

Avoir répondu « Oui » à au moins une des quatre questions :

– « Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre, un groupe, une ligne téléphonique, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ? »

– « ...pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ? »

– « Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, psy, thérapeute, infirmière, assistante sociale, religieux, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ? »

– « ...pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ? »

ou

Avoir répondu « Souvent », « Parfois » ou « Rarement » à la question : « Avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc., au cours des douze derniers mois ? »

ou

Avoir déclaré au moins « Une fois » aux questions : « Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous consulté pour vous-même :

– un psychiatre ou un psychologue

– un psychothérapeute

– un psychanalyste ? »

À noter : dans le *Baromètre santé 2005 - Premiers résultats*, la variable « recours aux soins pour raison de santé mentale au cours des douze derniers mois » a été construite différemment : uniquement à partir des questions 1 et 3 (utilisation des services d'un organisme ou consultation d'un professionnel pour des problèmes

psychologiques), d'où des résultats différents (38,3 % de recours aux soins dans les premiers résultats vs 60,5 % dans ce chapitre).

Variable « avoir utilisé les services de santé au cours des douze derniers mois »

Modalité « organisme total » : avoir répondu « Oui » à au moins une des deux questions :

– « Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre, un groupe, une ligne téléphonique, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ? »

– « ...pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ? »

Variable « avoir consulté un professionnel au cours des douze derniers mois »

Modalité « total » : avoir répondu « Oui » à au moins une des deux questions :

– « Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, psy, thérapeute, infirmière, assistante sociale, religieux, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ? »

– « ...pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ? »

Modalité « psy autre » : un « psy » dont vous ne savez pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute.

Modalité « prof. médical » : autre médecin spécialiste ou infirmier(e) ou kinésithérapeute ou autre professionnel de santé.

Modalité « prof. autre » : un travailleur social ou quelqu'un qui pratique la médecine douce ou quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle ou un religieux.

L'essentiel

En 2005, 5,5 % des personnes interrogées déclarent avoir eu, au cours de l'année, des idées suicidaires et 0,24 % a fait une tentative de suicide. Le taux de suicide sur la vie entière s'élevé à 5,0 %. Ces deux phénomènes diminuent avec l'âge, surtout après 20 ans. Par exemple, les idées suicidaires concernent 8,5 % des 15-19 ans *versus* 2,9 % des personnes âgées de plus de 65 ans. Le sexe est une variable importante dans l'analyse de la « suicidalité », puis-

que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide (55,4 % *vs* 44,6 %) ou à avoir fait une tentative de suicide au cours de l'année. Les deux tiers des tentatives ont été effectuées par des femmes. Les liens entre suicidalité et dépression sont très importants. 28,4 % des personnes déclarant un épisode dépressif au cours des douze derniers mois ont présenté des idées suicidaires et 1,0 % a fait une tentative de suicide. Les comportements

de consommation et les conduites à risques sont, eux aussi, fortement associés aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide. Par exemple, une alcoolisation problématique multiplie par trois le risque de présenter des idées suicidaires et par sept les tentatives de suicide. D'autres liens existent entre les symptômes boulimiques, l'usage de substances psychoactives, la violence subie et agie, et la suicidalité.

Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité

GRÉGORY MICHEL
ÉRIC AQUAVIVA
VALÉRIE AUBRON
DIANE PURPER-OUAKIL

INTRODUCTION

En 2003, le nombre de personnes s'étant donné la mort en France est estimé à 10 660 [1]. Les pays ayant la prévalence de suicides la plus élevée sont les pays d'Europe de l'Est (plus de 25/100 000 par an) ; ceux où la prévalence est la plus faible sont les pays musulmans et d'Amérique latine [2]. Au niveau européen, la France occupe une position assez défavorable. En effet, pour 2001, selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France se classait au troisième rang de l'Europe des Quinze en termes de taux suicides standardisés selon l'âge (16,1 décès par suicide pour 100 000 personnes), derrière, respectivement, la Finlande et l'Autriche (22 et 16,3 pour 100 000 personnes) [1].

Une des caractéristiques soulignées par les études concerne la surmortalité masculine qui s'observe dès l'adolescence et qui augmente avec l'âge. Par exemple, le taux de suicides des hommes âgés est dix fois

plus élevé que celui des jeunes hommes [3]. De plus, la répartition par sexe est très différenciée : les suicides identifiés ont concerné 7 720 hommes et 2 912 femmes en 2002. Le suicide représentait ainsi près de 3 % de l'ensemble des décès masculins et 1 % des décès féminins, et l'incidence était de 26,6 pour 100 000 hommes et 9,5 pour 100 000 femmes [1]. Cette surmortalité masculine relativement stable depuis les années 1980 et la surreprésentation des femmes dans les tentatives de suicide sont l'indice d'enjeux spécifiques selon le sexe. Ces deux constats doivent conduire les professionnels de la santé à tenir compte du sexe dans leur analyse de la suicidalité.

Rappelons que le suicide reste la première cause de décès chez les 25-34 ans et la deuxième pour les 15-24 ans, juste après les accidents de la route. Si le phénomène du suicide est aujourd'hui une priorité de santé publique, force est de constater que sa préven-

tion est extrêmement périlleuse. Au-delà du fait que les déterminants sont nombreux et que la nature de leurs liens est complexe, il reste parfois difficile à travailler, tant avec l'entourage qu'avec les professionnels de la santé étant donné les enjeux que le suicide soulève. Aussi, en reprenant les recommandations de la conférence de consensus (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [4], devenue depuis la Haute Autorité de santé) et bien qu'il n'existe pas de critères diagnostiques de la crise suicidaire, il apparaît nécessaire de repérer trois types de signes : les signes d'intentions suicidaires ; les manifestations psychiques telles que les troubles anxieux, dépressifs ; la consommation nocive de toxiques : tabac, alcool, drogues ; les conditions de vie (statut matrimonial, professionnel). Aussi, les facteurs reliés aux comportements suicidaires sont globalement de deux ordres : une vulnérabilité individuelle du sujet et l'existence de stress environnementaux. Le repérage de signes précliniques et de leurs liens s'avère très utile pour la mise en place de programmes de prévention.

Concernant les manifestations affectives, les études montrent que, dans 90 % des suicides, il existe des arguments en faveur d'un trouble psychiatrique. Les troubles de l'humeur, principalement l'épisode dépressif majeur et le trouble bipolaire, sont mis en évidence dans 60 % des suicides [5-7]. Par ailleurs, le risque de suicide sur la vie entière dans la dépression majeure serait de 15 % [8].

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons aux tentatives de suicide mais aussi

aux pensées suicidaires, en tenant compte de leurs évolutions depuis 2000 [9]. Les données du Baromètre santé 2005 sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont des données autodéclarées par les personnes ayant participé à l'étude. Concernant les tentatives de suicide, la question était : « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?* » Les tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide. Concernant les pensées suicidaires, elles ont été étudiées à partir d'une question portant sur l'année écoulée : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ?* » Rappelons que l'idéation suicidaire désigne un ensemble de cognitions allant de pensées transitoires telles que « *La vie ne vaut pas la peine d'être vécue* » jusqu'à des idées envahissantes d'autodestruction. Cette idéation est associée à une probabilité significative de gestes suicidaires planifiés [10]. Nous examinerons, dans le cadre multithématique, les liens entre tentatives de suicide, idées suicidaires et recours aux soins. Les comportements suicidaires étant compris comme de réelles conduites à risques, nous analyserons ensuite leurs liens avec d'autres comportements dangereux pour la santé (exemples : usage de toxiques, troubles boulimiques, actes violents subis et agis). Nous rechercherons enfin les variables associées aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide, de façon à identifier des axes pertinents dans une perspective de prévention.

RÉSULTATS

PRÉVALENCE DES IDÉES SUICIDAIRES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE EN 2005

Les données du Baromètre santé 2005 pour l'ensemble de l'échantillon ayant répondu au module « santé mentale » (n=16 883) montrent une prévalence de 5,5 % (n=1 016) pour les idées suicidaires, une prévalence de 0,24 % (n=53) pour les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois et de 5,0 % (n=958) sur la vie entière.

Les effets de l'âge

La survenue, au cours des douze derniers mois, de pensées suicidaires varie suivant l'âge [figure 1]. Très élevées au moment de l'adolescence pour la tranche d'âge des 15-19 ans (8,5 %), elles diminuent rapidement à partir de 20 ans. Elles restent ensuite relativement stables entre 20-25 ans (5,3 %) et 55-64 ans (5,4 %), pour diminuer à nouveau nettement jusqu'à 75 ans (2,9 %).

Concernant les tentatives de suicide durant cette même période, les propor-

tions sont plus stables tout au long de la vie que celles observées pour les pensées suicidaires [figures 1 et 2], hormis pour les femmes de 15-19 ans pour qui le pourcentage est le plus important (1,3 %). Ce sont les 15-19 ans qui déclarent le plus de tentatives de suicide (0,9 %). Cette proportion diminue progressivement avec l'avancée en âge, pour devenir nulle à 75 ans.

Les effets du sexe

Outre l'âge, le sexe est une variable déterminante dans l'analyse des idées suicidaires [figure 3]. Sur l'ensemble des personnes ayant eu des pensées suicidaires, 55,4 % étaient des femmes et 44,6 % des hommes. De plus, il existe une plus grande fluctuation selon l'âge des idées suicidaires chez ces dernières. Ce sont surtout les adolescentes entre 15 et 19 ans qui ont déclaré avoir pensé au suicide, avec un taux de 11,4 % *versus* 5,9 % pour les garçons. Alors que, chez les hommes, le taux de prévalence diminue de 20 ans à 54 ans (de 6,1 à 5,6 %), celui des femmes augmente au cours de cette même période, passant de 4,5 % à 7,0 %. À partir

FIGURE 1

Idées suicidaires et tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, selon l'âge (en pourcentage)

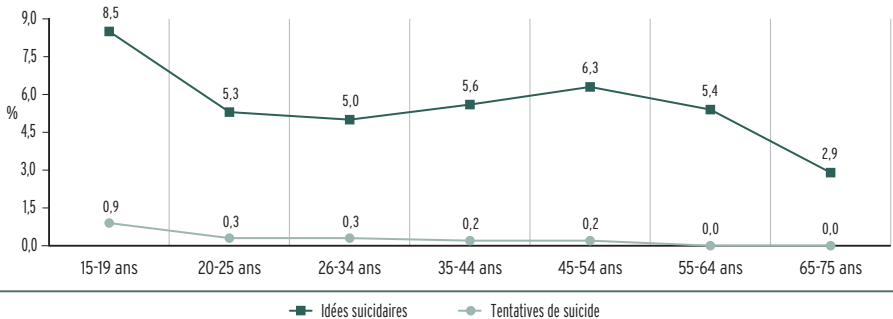


FIGURE 2

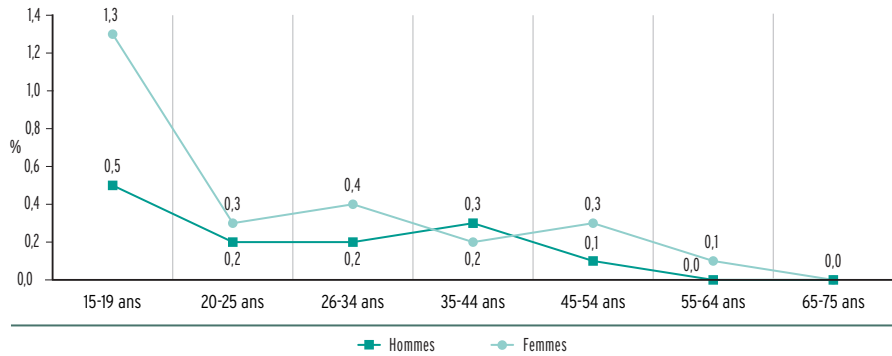
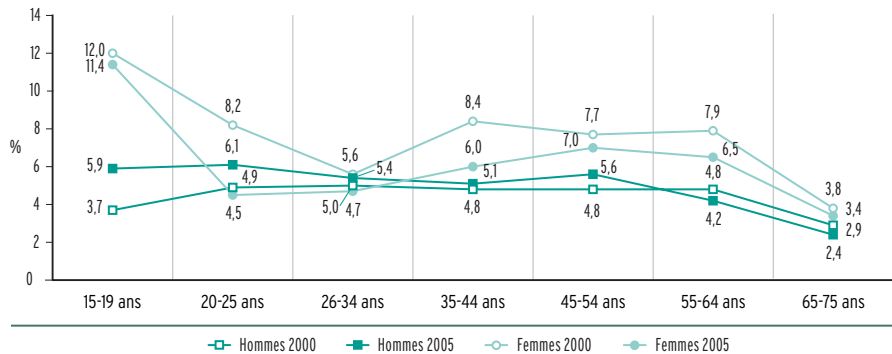
Tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)


FIGURE 3

Idées suicidaires au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge : évolution entre 2000 et 2005 (en pourcentage)


de 55 ans, les idées suicidaires diminuent pour les deux sexes.

Concernant les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois [figure 2], nous observons des différences entre les hommes et les femmes, puisque ces dernières sont près de deux fois plus nombreuses à déclarer avoir fait une tentative de suicide dans l'année (66,0 % sont des femmes et 34,0 % des hommes). Cette différence est encore plus forte pour les tenta-

tives de suicide sur la vie entière (71,9 % sont des femmes et 28,1 % des hommes), alors qu'il existe une forte surmortalité masculine. Les différences selon le sexe portent essentiellement sur les 15-19 ans, puisque le pourcentage des tentatives de suicide chez les femmes est plus élevé (1,3 %) que chez les hommes (0,5 %). Alors que les comportements suicidaires diminuent avec l'âge chez les hommes, ils sont beaucoup plus fluctuants chez les femmes, avec parfois

des taux plus faibles que ceux des hommes. À partir de 45 ans, les tentatives sont de nouveau nettement supérieures chez les femmes et ils disparaissent plus tardivement (75 ans pour les femmes vs 64 ans pour les hommes).

ÉVOLUTION DES IDÉES SUICIDAIRES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE ENTRE 2000 ET 2005

Idéations suicidaires

La comparaison des taux de prévalence des idées suicidaires entre 2000 et 2005 montre une évolution [figure 3]. Les résultats indiquent une diminution des pensées suicidaires déclarées chez les femmes sur l'ensemble des tranches d'âge, et plus nettement pour les 20-25 ans (8,2 % en 2000 vs 4,5 % en 2005) et les 35-44 ans (8,4 % en 2000 vs 6,0 % en 2005). En revanche, pour les hommes, la tendance est inverse, puisque les idées suicidaires sont en augmentation, notamment chez les 15-19 ans (3,7 % en 2000 vs 5,9 % en 2005) et les 20-25 ans (4,9 % en 2000 vs 6,1 % en 2005). En 2000, les adolescentes étaient environ trois fois plus nombreuses que les garçons à présenter

des idées suicidaires, alors qu'elles ne sont que deux fois plus nombreuses en 2005.

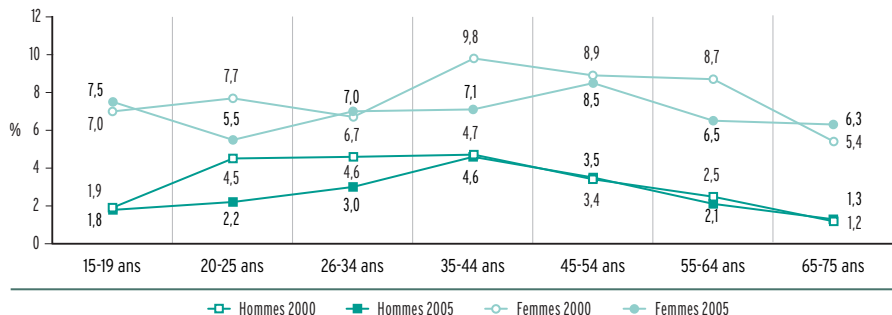
Tentatives de suicide sur la vie entière

Concernant le nombre de tentatives de suicide au cours de la vie, on constate globalement que les proportions diminuent chez les femmes comme chez les hommes [figure 4]. Chez les femmes, en 2000, le pic se situait entre 35 et 44 ans, alors qu'en 2005 ce sont les femmes entre 45 et 54 ans qui déclarent avoir fait le plus de tentatives de suicide au cours de leur vie.

Chez les hommes, la proportion la plus élevée correspond toujours à la même tranche d'âge, soit les 35-44 ans, mais on observe une diminution importante pour les tranches d'âge 20-25 ans et 26-34 ans. L'écart entre les filles et les garçons pour les 15-19 ans reste stable depuis 2000 : les filles sont toujours quatre fois plus nombreuses parmi les suicidants. Cet écart se réduit entre 20 et 35 ans (femmes 1,5 fois plus nombreuses que les hommes), puis augmente à nouveau pour atteindre un écart approximativement similaire à celui retrouvé à l'adolescence.

FIGURE 4

Proportion des personnes ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie, selon le sexe et l'âge : évolution entre 2000 et 2005



SUICIDALITÉ ET TROUBLES DÉPRESSIFS

Prévalence annuelle des troubles dépressifs

Les données issues du Baromètre santé 2005 relatives aux épisodes dépressifs caractérisés (EDC) montrent que 1 404 personnes de l'échantillon ont eu ce type d'épisode¹ au cours des douze derniers mois, soit 7,8 % [tableau I]. Pour plus de 40 %, il s'agit d'un épisode d'intensité sévère. Les dépressions d'intensité légère sont les moins représentées dans le groupe des déprimés (5,4 % de l'ensemble des EDC – pour une définition de ces différents épisodes, il convient de se référer au chapitre sur la dépression).

Idéations suicidaires, tentatives de suicide et troubles dépressifs

Sur l'ensemble de l'échantillon, 5,5 % ont déjà pensé au suicide et 0,24 % a déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de l'année précédant l'interview. Les préva-

lences sont environ cinq fois plus élevées chez les sujets ayant eu un épisode dépressif dans l'année. En effet, 28,4 % des sujets ayant connu un épisode dépressif au cours de l'année déclarent avoir eu des pensées suicidaires et 1,3 % avoir fait une tentative de suicide [tableau II]. La proportion de déprimés ayant pensé au suicide croît avec la sévérité de l'épisode dépressif (10,2 % des EDM légers vs 39,5 % des déprimés sévères). La proportion de déprimés ayant fait des tentatives de suicide augmente également avec la sévérité de l'épisode dépressif.

Notons que la majorité des tentatives de suicide (55,4 %) et des idées suicidaires (59,5 %) qui ont eu lieu au cours des douze derniers mois se produisent chez des sujets n'ayant pas connu d'épisode dépressif caractérisé. Cela peut être le fait d'une association avec d'autres types de manifestations psychopathologiques mais aussi être lié à l'existence de dépressions mineures, subsyndromiques, pouvant s'accompagner d'idées suicidaires et de tentatives de suicide [11].

1. Au moins EDC léger.

TABLEAU I

Épisodes dépressifs caractérisés (EDC) : fréquence et intensité (n=16 883)

Épisode dépressif caractérisé (n=1404)	7,8 %
<i>dont sévérité de l'EDC</i>	
EDC léger (n=76)	5,4 %
EDC moyen (n=733)	53,9 %
EDC sévère (n=595)	40,7 %

TABLEAU II

Tentatives de suicide, idées suicidaires et dépression au cours des douze derniers mois

	Idées suicidaires	Tentatives de suicide
Épisode dépressif caractérisé (n=1404)	28,4 %	1,3 %
EDC léger (n=76)	10,2 %	0,0 %
EDC moyen (n=733)	21,9 %	1,0 %
EDC sévère (n=595)	39,5 %	2,0 %

Recours aux soins et tentatives de suicide

Les données du Baromètre santé indiquent que 39,5 % des personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, quelle que soit sa nature (voir le chapitre sur la dépression), n'ont pas eu de recours aux soins dans la même année [tableau III].

Sur les 53 tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois, 26 suicidants ont été hospitalisés et 36 ont été suivis par un médecin ou un « psy ». Ce qui signifie que 58 % des personnes interrogées ayant fait une tentative de suicide n'ont pas été hospitalisées et que 38 % n'ont été suivies ni par un médecin, ni par un psychologue ou par un psychiatre.

Si l'on étudie les liens entre tentatives de suicide, dépression et comportements de soins, on constate que la majorité des déprimés ayant fait une tentative de suicide au cours de l'année ont eu recours à des soins au cours des douze derniers mois (92 %).

SUICIDALITÉ ET CONDUITES À RISQUES ASSOCIÉES

Les données du Baromètre santé 2005 nous ont permis d'étudier les liens entre idées suicidaires, tentatives de suicide et certains comportements à risques à partir d'une analyse bivariée. Compte tenu des données

de la littérature scientifique, nous avons examiné la consommation de substances psychoactives, les conduites alimentaires, les comportements agressifs et les antécédents de violences physiques et sexuelles [tableau IV]. Tous ces comportements se définissent comme des conduites à risques [12, 13].

Usage de substances psychoactives

L'étude des facteurs de risques nous montre que l'usage de toxiques est associé significativement aux tentatives de suicide ainsi qu'aux idées suicidaires, mais de façon élective. En effet, alors que la consommation tabagique est reliée aux idées suicidaires, elle ne semble pas associée aux tentatives de suicide déclarées. Pour l'alcool, seule une alcoolisation problématique (abus, dépendance : cf. test de Deta) intervient dans la suicidalité, avec un risque multiplié par trois (OR=2,8) pour les idées suicidaires et par sept (OR=7,5) pour les tentatives de suicide. L'alcoolisation problématique est le facteur qui est le plus associé au passage à l'acte suicidaire parmi les différentes conduites de consommation et à risques. Concernant les drogues, nous constatons que l'usage régulier du cannabis est aussi fortement associé au fait d'avoir des idées suicidaires (OR=3,2) et des comportements suicidaires (OR=3,9). Pour les autres drogues illicites, le risque n'intervient que pour l'apparition

TABLEAU III

Recours aux soins chez les sujets déprimés en 2005 au cours des douze derniers mois

	Ont eu recours aux soins	N'ont pas eu recours aux soins
Épisode dépressif caractérisé (n=1404)	60,5 %	39,5 %
EDC et tentative de suicide au cours des douze derniers mois (n=28)	92,3 %	7,7 %
EDC et pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (n=417)	53,8 %	46,2 %

TABLEAU IV

Consommation de substances psychoactives, perturbation des conduites alimentaires et violences, en lien avec les idées suicidaires et tentatives de suicide en 2005

	Idées suicidaires (n=916)		Tentatives de suicide (n=40)	
	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %
Tabac				
Consommation quotidienne	1,3	1,2 ; 1,5	1,5 (ns)	0,9 ; 2,3
Alcool				
Consommation quotidienne	1,0 (ns)	0,9 ; 1,2	0,6 (ns)	0,2 ; 1,7
Test Deta positif	2,8	2,3 ; 3,4	7,5	2,5 ; 22,1
Usage régulier de cannabis	3,2	2,4 ; 4,1	3,9	1,4 ; 11,1
Drogues illicites ¹	2,3	1,7 ; 3,0	1,1 (ns)	0,1 ; 9,7
Conduites alimentaires				
Symptômes boulimiques	2,3	2,0 ; 2,6	3,1	1,6 ; 6,1
Violences				
sexuelles (vie entière)	5,6	4,7 ; 6,7	5,6	2,1 ; 14,9
physiques (douze derniers mois)	3,4	2,6 ; 4,4	4,7	1,5 ; 15,0
agies (douze derniers mois)	2,3	1,7 ; 3,1	5,7	2,2 ; 15,0

1. Drogues illicites : usage au moins une fois au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis.

d'idées suicidaires. Ainsi, ce sont l'alcoolisation problématique et la consommation de cannabis qui sont le plus associées à la suicidalité. Rappelons aussi que les tentatives de suicide sont surtout présentes à l'adolescence, or c'est aussi à cet âge que l'usage du cannabis et les conduites d'ivresse sont les plus fréquents. Il semble donc exister des facteurs partagés dans la suicidalité et les conduites à risques. Dans la mesure où il existe une forte co-occurrence de ces phénomènes chez les personnes interrogées, nous pouvons nous demander si celle-ci ne serait pas l'expression d'une même souffrance psychique.

Symptômes boulimiques

Sont repérés comme souffrant de symptômes boulimiques les sujets ayant déclaré avoir « *très souvent* » ou « *assez souvent* » mangé énormément, avec de la peine pour s'arrêter ou en se faisant vomir volontairement, ou redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter.

Selon les résultats du Baromètre 2005, le fait de souffrir de symptômes boulimiques est fortement associé aux pensées suicidaires (OR=2,3), ainsi qu'aux tentatives de suicide (OR=3,1). La présence de symptômes boulimiques chez des sujets est donc fortement à risques en termes de suicidalité.

Violences subies et agies

Les résultats du Baromètre 2005 montrent clairement que les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont davantage déclarées par les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle au cours de leur vie. Dans les deux cas, le risque est multiplié par cinq. L'agression sexuelle se définit par le fait d'avoir subi un acte sexuel contre sa volonté. Les violences physiques sont également reliées à la suicidalité. En effet, le fait d'avoir subi une agression physique au cours des douze derniers mois est fortement associé aux pensées suicidaires (OR=3,4), ainsi qu'aux tentatives de suicide (OR=4,7). Pour la violence agie (avoir agressé et/ou blessé

une personne au cours de l'année), nous retrouvons la même tendance, avec un lien encore plus fort en ce qui concerne les tentatives de suicide. Le fait d'être violent multiplie par deux le risque (OR=2,3) de penser au suicide, et par plus de cinq (OR=5,7) le risque de faire une tentative de suicide.

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION, ÂGE LORS DE LA PREMIÈRE PRISE ET SUICIDALITÉ

Les consommations de substances psychoactives, telles que le tabac, l'alcool et les drogues, ont souvent été associées aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide. Cependant, la quantité de substance consommée quotidiennement ainsi que l'âge d'initiation aux dites substances pourraient également jouer un rôle dans les conduites suicidaires. Le nombre de cigarettes et le nombre de verres d'alcool consommés par jour sont fortement corrélés aux idées suicidaires mais aussi aux tentatives de suicide. Plus précisément, en comparant les seuils de significativité, nous observons que la quantité de cigarettes consommées par jour est surtout reliée aux idées suicidaires, alors que les tentatives de suicide sont surtout associées à la quantité d'alcool ingérée par jour [tableau V].

Les données du baromètre santé montrent aussi que, plus les individus consomment jeunes — que ce soit du tabac, de l'alcool ou du cannabis —, plus le nombre de pensées suicidaires et de tentatives de suicide est élevé.

Ainsi, tous ces résultats soulignent qu'une consommation précoce et importante de substances telles que le tabac, l'alcool et les drogues semble être le marqueur de difficultés psychologiques associées aux tentatives de suicide.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX IDÉES SUICIDAIRES ET AUX TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DE L'ANNÉE

À la suite de nos analyses bivariées, nous avons cherché à dégager un modèle général regroupant des facteurs de risques pour les tentatives de suicide, et un second pour les idées suicidaires. Aussi, nous avons effectué une analyse logistique utilisant un procédé pas à pas ascendant (*stepwise*), afin de tester le poids de chacune des variables les unes par rapport aux autres.

Les idées suicidaires

Dans le modèle de régression logistique, les principaux facteurs qui interviennent de

TABLEAU V

Relation entre l'intensité des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis), l'âge lors de la première prise et les idées suicidaires et tentatives de suicide au cours des douze derniers mois

	Pensées suicidaires (n=1016) (r de Spearman)	Tentatives de suicide (n=53) (r de Spearman)
Nombre de cigarettes par jour	0,05***	0,02**
Nombre de verres d'alcool par jour	0,02*	0,03***
Âge lors de la première cigarette	-0,07***	-0,03***
Âge lors de la première ivresse alcoolique	-0,04***	-0,02***
Âge lors de la première prise de cannabis	-0,03*	-0,03**

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

façon significative dans les pensées suicidaires se regroupent autour des facteurs de santé mentale (anxiété, dépression et boulimie), des facteurs liés à la violence (antécédents de violences sexuelles et physiques subies), des facteurs liés à l'usage de toxiques (cannabis et autres drogues), des facteurs liés aux conditions de vie (vivre seul, chômage) et au sexe.

Concernant les facteurs de santé mentale, le risque de souffrir d'idées suicidaires se trouve multiplié par cinq pour les symptômes anxieux (OR=5,3) et par plus de trois pour la dépression (OR=3,7) **[tableau VI]**. La consommation régulière de cannabis est présente (OR=2,5), ainsi que la symptomatologie boulimique mais avec un risque plus faible (OR=1,5).

Parmi les facteurs relatifs aux violences subies, les antécédents d'agressions sexuelles et physiques prédisent fortement l'apparition d'idées suicidaires, avec des OR respectifs de 3,1 et 2,1.

Les facteurs liés aux conditions de vie sont aussi des paramètres vulnérabilisants vis-à-vis des idées suicidaires, comme le fait de vivre seul (OR=1,8) et d'être au chômage (OR=1,3).

Les tentatives de suicide

Les analyses menées par régression logistique ne valident pas l'existence d'un effet de la dépression sur les tentatives de suicide. En effet, le facteur qui prédit le plus les tentatives de suicide est la présence de symptômes anxieux. Les symptômes anxieux multiplient le risque de faire une tentative de suicide par vingt-huit (OR=28,4) **[tableau VII]**. Ce résultat est à considérer avec précaution, dans la mesure où la variable d'anxiété générale se situe à l'entrée du questionnaire santé mentale évaluant la dépression. Cela pourrait induire un biais de sélection. Par ailleurs, les effectifs des tentatives de suicide sont restreints (n=53). D'autre part, ce modèle pour les tentatives de suicide a retenu deux autres facteurs liés aux conditions de vie. En effet, le fait de vivre seul (suite à un veuvage, un divorce ou être célibataire...) et d'être au chômage multiplie par trois le risque de faire une tentative de suicide.

Cette analyse ouvre aussi la voie à une interprétation qui lie les tentatives de suicide aux comportements violents et agressifs. En effet, parmi les variables

TABLEAU VI

Modèle des idées suicidaires (n=1016)

	OR	IC à 95 %
Symptômes anxieux ^a	5,3***	4,3 ; 6,4
Épisode dépressif majeur	3,7***	3,1 ; 4,4
Violences sexuelles	3,1***	2,3 ; 4,2
Consommation régulière de cannabis	2,5***	1,8 ; 3,4
Violences physiques	2,1***	1,5 ; 3,1
Vivre seul	1,8***	1,5 ; 2,2
Consommation de toxiques (autre que cannabis)	1,6**	1,1 ; 2,4
Symptômes boulimiques	1,5***	1,2 ; 1,8
Chômage	1,3***	1,1 ; 1,7
Sexe féminin	1,3***	1,1 ; 1,5

** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Patients considérés comme ayant des symptômes anxieux : patients ayant eu, au cours des douze derniers mois, une période d'au moins un mois où ils étaient très soucieux, tendus ou anxieux la plupart du temps ou qui, dans une situation donnée, avaient le sentiment de se faire plus de soucis que la plupart des gens dans la même situation.

TABLEAU VII

Modèle des tentatives de suicide (n=53)

	OR	IC à 95 %
Symptômes anxieux ^a	28,4***	6,2 ; 130,5
Violences agies	5,8**	2,2 ; 30,7
Vivre seul	3,1**	1,9 ; 7,8
Chômage	2,7*	1,0 ; 5,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Sujets considérés comme ayant des symptômes anxieux : sujets ayant eu, au cours des douze derniers mois, une période d'au moins un mois où ils étaient très soucieux, tendus ou anxieux la plupart du temps ou qui, dans une situation donnée, avaient le sentiment de se faire plus de soucis que la plupart des gens dans la même situation.

discriminantes se trouve le fait d'avoir été violent et/ou d'avoir blessé quelqu'un au cours des douze derniers mois. À la différence des pensées suicidaires, ce ne sont pas les antécédents de violences sexuelles ou physiques qui augmentent le risque de passer à l'acte suicidaire mais le fait d'avoir commis des actes violents : violence agie (OR=5,8). Ce résultat confirme bien le lien

entre auto-agressivité et hétéro-agressivité.

Tous ces facteurs de risques (psychologiques, sociaux) ne doivent pas s'interpréter indépendamment les uns des autres. C'est l'interaction et le cumul de ces facteurs qui inscrivent l'individu dans une vulnérabilité vis-à-vis des idées suicidaires et/ou des conduites suicidaires.

DISCUSSION

Prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide : une surreprésentation des femmes

Les données du Baromètre santé 2005 ont montré qu'environ 5 % des personnes interrogées ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois et que 0,2 % a fait une tentative de suicide. Ces deux prévalences sont légèrement en baisse depuis 2000. En comparant ces taux avec ceux rapportés par les études internationales, nous observons des différences interculturelles. L'étude multinationale de Weissman [14], réalisée auprès de 8 098 personnes de diverses nationalités âgées de 15 à 54 ans, a montré des taux importants selon les pays. Le taux de prévalence variait de 2,09 % (Liban) à 18,51 % (Nouvelle-Zélande) pour les idées

suicidaires, et de 0,72 % (Liban) à 5,93 % (Puerto Rico) pour les tentatives de suicide au cours de l'année. Concernant l'échantillon français de cette étude, les prévalences respectives étaient de 14,2 % et de 4,95 %, avec une surreprésentation des femmes : 7,02 % *versus* 2,7 % pour les hommes. Ce résultat est confirmé tant dans les données du Baromètre 2005 que sur le plan international dans de nombreuses études [14-16]. Une enquête réalisée en population générale entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Drees (enquête en santé mentale en population générale) a montré que 9 % des femmes et 6 % des hommes avaient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie [1]. En revanche, on constate que le nombre de décès par suicide est plus élevé chez les hommes [17, 18].

La suicidalité : un phénomène qui touche surtout les adolescents

Cette étude confirme que les pensées et les tentatives de suicide concernent surtout les adolescents. Les personnes ayant pensé au suicide sont trois fois plus nombreuses entre 15 et 19 ans qu'entre 65 et 75 ans, et cet écart se retrouve encore plus nettement pour les tentatives de suicide. En effet, celles-ci sont quatre fois plus nombreuses à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Cependant, chez les plus de 65 ans, 3,4 % des hommes et 2,4 % des femmes ont des idées suicidaires. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude australienne de J.-J. Pfaff et O.P. Almeida [19]. Selon eux, 5,8 % des personnes âgées de plus de 60 ans ont des idées suicidaires. Précédemment, T.R. Lynch *et al.* [20] avaient montré que le nombre d'idées suicidaires et de tentatives de suicide décroissait avec l'âge. Le réseau Sentinelles estime que les médecins généralistes, sur la période 2000-2004, ont vu, selon les années, entre 60 000 et 73 000 personnes ayant accompli un geste suicidaire, la majorité d'entre elles ayant entre 15-19 ans. Ce phénomène est confirmé par de nombreuses études. Par exemple, aux États-Unis, 33,4 % des filles ont pensé au suicide et 10,3 % ont déjà fait une tentative de suicide ; pour les garçons, la proportion s'élève respectivement à 20,5 % et 6,2 % [21]. Une étude suisse plus récente rapporte des taux similaires : 25,6 % ont déjà pensé au suicide, 15 % ont eu des projets suicidaires et environ 3 % ont tenté de se suicider [22]. D'autres études françaises rapportent des taux plus faibles, comme celle de V. Belloc [23] pour laquelle les idées suicidaires dans l'année ont concerné 15,6 % des filles et 12,3 % des garçons.

En comparant les données du Baromètre santé 2005 avec les études françaises antérieures, nous constatons qu'elles sont assez proches de celles rapportées en 1993

et qui montraient que 10,7 % de filles et 7,2 % de garçons avaient eu des idées suicidaires, et que 3,3 % des filles et 1,6 % des garçons avaient fait une tentative de suicide dans l'année [24].

En revanche, lorsque nous étudions le taux de mortalité selon l'âge, nous constatons que le nombre de suicides augmente avec l'âge, surtout chez les hommes [20]. Par exemple, le taux de décès par suicide des hommes est dix fois plus élevé après 84 ans qu'entre 15 et 24 ans [1]. Ceci tend à montrer que le geste suicidaire à un âge avancé n'a pas la même signification du fait de sa mortalité que lorsqu'il est réalisé à un âge plus jeune (tentative de suicide). Ajoutons aussi que bon nombre de décès chez les personnes âgées ne sont pas répertoriés comme des suicides du fait que ceux-ci sont consécutifs à un syndrome de glissement [1].

Les manifestations dépressives interviennent dans le processus suicidaire

Les données du Baromètre santé 2005 ont permis de souligner une relation entre dépression et suicidalité (idées suicidaires et tentatives de suicide). Dans une étude longitudinale sur un an conduite en Finlande, J. Hintikka *et al.* [25] ont montré que des scores élevés de dépression étaient prédictifs de l'apparition d'une idéation suicidaire dans l'année. Globalement, la persistance des idées suicidaires au cours de la période d'un an était de 69 % chez les hommes et de 59 % chez les femmes. Chez un tiers des sujets, l'idéation suicidaire persistait même lorsque les scores de dépression s'amélioraient, comme si les idées suicidaires étaient une conséquence de la dépression pouvant évoluer de façon chronique en un état mental indépendant de l'humeur dépressive. En outre, l'intensité de l'idéation suicidaire est en relation avec le nombre de tentatives

de suicide antérieures [26], ainsi qu'avec les tentatives de suicide futures [15] et les suicides [27]. Outre l'intensité et la durée de l'idéation suicidaire, il a été montré récemment que le caractère fluctuant des idées suicidaires a une valeur prédictive importante vis-à-vis des tentatives de suicide ultérieures [28]. Cette donnée est à rapprocher des notions de défaillance affective [29] et de perte de contrôle [30], associées toutes deux au concept de bipolarité (exemple : trouble de l'humeur bipolaire), impliqué dans le passage à l'acte suicidaire.

Comme nous l'avons souligné précédemment, la suicidalité connaît un pic à l'adolescence ; or il a été montré que les troubles et les symptômes dépressifs augmentent à partir de 13 ans environ, et cela particulièrement chez la femme [31, 32]. De plus, les dépressions subsyndromiques (en dessous du seuil des critères de dépression majeure) sont fréquentes et associées à une suicidalité (idées suicidaires et/ou tentatives de suicide) significative. Or ces dépressions mineures sont sous-diagnostiquées et sous-traitées. Une étude récente montre que seulement 1,7 % de ces adolescents a reçu des soins [11].

L'association entre dépression et suicidalité suscite un recours aux soins plus fréquent

Les résultats des données du Baromètre santé 2005 montrent clairement que les personnes déprimées ayant présenté des idées suicidaires ou fait une tentative de suicide dans l'année ont, dans leur grande majorité, consulté un professionnel de la santé (81,8 % vs 18,2 %). Cette observation tend à prouver que la présence d'une suicidalité favorise une demande de soins chez les déprimés. L'étude de R. Mojtabai [33] avait déjà montré ce lien avec la dépression, mais aussi avec les troubles anxieux et la suicidalité. Dans une étude améri-

caine, ce sentiment subjectif de demande de soins psychiatriques ou psychologiques est estimé à 12 % dans un échantillon représentatif [33]. À l'inverse, la proportion de sujets répondant aux critères diagnostiques pour un trouble mental sans avoir pour autant une demande de soins est de 8,8 %. De plus, 50 % des sujets ayant identifié chez eux un besoin de soins ont envie de s'aider par eux-mêmes [34]. Chez les adultes et les adolescents, l'envie de « s'en sortir seul » est associée au sexe masculin, à une image peu positive des professionnels de santé, à une tendance à banaliser la dépression (« Ça va passer tout seul »), tout comme à la croyance que l'usage de substances peut améliorer le vécu émotionnel. Les adultes qui ne recherchent pas d'aide associent le plus souvent la dépression à une faiblesse personnelle [35].

Dans un échantillon de 1 593 sujets suivis longitudinalement, 41 % des hommes et 46 % des femmes ayant des idées suicidaires à la première évaluation ont consulté dans l'année un professionnel de santé pour motifs psychologiques. Les proportions sont similaires chez les sujets ayant une idéation suicidaire persistante (44 % d'hommes, 50 % de femmes) [36]. Cependant, plus de 80 % des suicidés n'ont pas de traitement médicamenteux au moment du passage à l'acte [37]. Ces données sont à rapprocher de celles du traitement des troubles dépressifs, qui sont à la fois sous-diagnostiqués et sous-traités [8]. De plus, l'adéquation des prescriptions n'est pas toujours optimale puisque, en France, 25 % des sujets recevant des antidépresseurs n'ont pas de troubles psychiatriques avérés [38].

Selon les données du réseau Sentinelles, le médecin généraliste serait d'abord sollicité dans près de trois tentatives de suicide sur dix ayant donné lieu à un recours aux soins. Il aurait décidé l'hospitalisation du patient dans environ 80 % des cas et le maintien au domicile dans 20 %.

La suicidalité comme marqueur d'autres conduites à risques

Les conduites à risques rendent compte d'un large spectre de comportements, parmi lesquels nous pouvons citer la consommation de substances psychoactives, les troubles des conduites alimentaires, la prise de risques sexuelle, la prise de risques en véhicules motorisés, les conduites antisociales et violentes, etc. [12]. D'après les données de la littérature, les conduites à risques semblent être fréquemment reliées aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide, mais également à la dépression, notamment vis-à-vis des conduites de consommation [39, 40] et des troubles des conduites alimentaires [41, 42]. Pour ces derniers, les données du Baromètre santé 2005 montrent que la symptomatologie boulimique est associée tant aux pensées suicidaires qu'aux passages à l'acte suicidaire. Certains travaux confirment le lien entre suicidalité et boulimie, plus particulièrement chez les femmes boulimiques [43-46]. Selon D.L. Franko [47], 25 à 30 % des boulimiques feraient des tentatives de suicide, alors que les suicides sont rares.

Une analyse multivariée a aussi permis de montrer, à partir des données du Baromètre santé 2005, que les violences agies ou subies (physiques et sexuelles) sont reliées à la suicidalité. Le fait d'avoir vécu des actes de maltraitance durant la vie (notamment l'enfance) est un facteur prédisposant aux tentatives de suicide répétées [48-50]. Dans l'étude de S. Riggs [48], parmi les 13 % d'enfants maltraités, 5,2 % avaient subi des violences physiques, 5,4 % des abus sexuels et 2,7 % les deux. Dans cette étude, les enfants maltraités physiquement avaient trois fois plus de risques de consommer de l'alcool et du tabac, deux fois plus de risques de consommer des drogues illicites, six fois plus de risques de souffrir de troubles alimentaires, et cinq fois plus de risques

de faire des tentatives de suicide. Pour les enfants ayant été abusés sexuellement, le risque vis-à-vis des tentatives de suicide était multiplié par trois et demi. Selon T. E. Joiner *et al.* [51], que la nature de l'abus soit de l'ordre d'une violence sexuelle ou physique, le risque suicidaire est le même. Car, selon eux et d'autres auteurs [52], un enfant ayant été abusé sexuellement subit presque toujours d'autres violences d'ordres physique et psychologique.

L'autre aspect de la violence que les données du Baromètre santé 2005 ont mis en évidence concerne la violence agie. Le fait d'avoir blessé volontairement une personne durant l'année multiplie par six le risque de faire une tentative de suicide. Ce type de lien confirme les résultats retrouvés à partir des données du Baromètre santé 2000, qui avaient surtout mis en évidence cette association chez les moins de 25 ans [53]. Ce résultat suggère que l'agressivité utilisée contre autrui peut aussi se retourner contre la personne elle-même, ce qui remet en question la distinction entre hétéro-agressivité et auto-agressivité. Cette observation a été retrouvée dans d'autres études, dans lesquelles les comportements agressifs et impulsifs ont été identifiés comme des facteurs de risques des comportements suicidaires [54, 55]. Plus récemment, L. O'Donnell *et al.* [56] ont mis en évidence le lien entre agression et suicidalité, essentiellement chez les femmes. Celles présentant un niveau d'agression élevé avaient davantage tendance à penser au suicide et à passer à l'acte.

L'impulsivité est une caractéristique commune de la symptomatologie boulimique, du mésusage de l'alcool (*cf.* dépendance/conduites d'ivresse), des comportements violents et, bien entendu, des conduites suicidaires. Cette constatation souligne le rôle de facteurs infracliniques tels que la personnalité et/ou le tempérament dans la survenue d'une psychopatho-

logie ou de comportements à risques [57]. En effet, un cluster de traits de personnalité associant un niveau de réactivité émotionnelle élevé, une forte impulsivité et un faible contrôle comportemental pourra, à la suite d'un événement traumatogène, vulnérabiliser la personne vis-à-vis des tentatives de suicide. Toutes ces caractéristiques individuelles ont, de la même façon, une incidence sur l'expression sémiologique de la dépression et des conduites associées. Aussi, en matière de prévention, la prise en compte du profil tempéramental de la personne souffrante par les professionnels de la santé pourrait s'avérer importante tant pour la mise en place d'une prise en charge spécifique selon le type clinique de dépression que pour l'évaluation du risque de la suicidalité.

L'alcoolisation pathologique comme facteur de risques majeur des tentatives de suicide

Concernant la consommation de substances psychoactives, les données ont souligné la forte implication de l'usage d'alcool à risque (*cf.* test Deta). Ce résultat est concordant avec les travaux s'intéressant à deux comportements : abus d'alcool et comportements suicidaires [58-60]. L'abus d'alcool et les comportements suicidaires sont surtout reliés lorsque les sujets sont dépressifs [61]. L'abus d'alcool au travers des conduites d'ivresse serait utilisé à des fins d'automédication, dans le but de mettre momentanément à distance les affects dépressifs. Or l'abus d'alcool semble surtout relié aux tentatives de suicide, signifiant que l'effet désinhibiteur de l'alcool faciliterait les passages à l'acte suicidaire, ce qui souligne la mise en échec de l'automédication. Selon les travaux de K.P. Pages [62], des niveaux élevés de consommation d'alcool ou de drogues sont associés à de fortes pensées suicidaires, ce qui signifie que plus les personnes pensent

au suicide, plus elles fument ou boivent de l'alcool, ou inversement. La quantité de substances prises serait corrélée aux pensées suicidaires. Dans les données du Baromètre santé, les fréquences de consommation d'alcool et de cigarettes ont, elles aussi, été corrélées significativement avec le nombre de pensées suicidaires et le nombre de tentatives de suicide.

La précocité de la consommation de substances a également été étudiée en lien avec les tentatives de suicide et les pensées suicidaires. Dans l'étude de H.C. Wilcox [63], seules les consommations précoces de cannabis chez les filles induisaient un risque élevé à plus long terme de pensées suicidaires et de tentatives de suicide, alors que l'âge de début de consommation de tabac et d'alcool n'avait aucune influence. En revanche, les données du Baromètre santé 2005 montrent que, bien que l'âge d'initiation au cannabis soit un facteur de risques dans l'apparition de pensées et de conduites suicidaires, c'est l'âge du premier usage de cigarettes et de la première ivresse alcoolique qui apparaît comme le déterminant le plus fort. En effet, la significativité des corrélations est plus élevée pour les ivresses et le tabac que pour le cannabis. Ce résultat est d'autant plus intéressant que l'âge d'initiation de ces deux comportements est plus précoce que celui de la prise de cannabis.

Les comportements à risques associés à la suicidalité : expression de conduites de rupture

De nombreuses études soulignent l'existence d'un *continuum* de gravité croissante entre les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Les données du Baromètre santé 2005 montrent, elles aussi, cette relation par la mise en évidence de facteurs communs. Cependant il est difficile, pour une

étude épidémiologique, de saisir la vulnérabilité du processus suicidaire tant celle-ci est complexe et spécifique à chaque personne. On ne saurait réduire les relations entre idées suicidaires et passage à l'acte suicidaire à un lien de causalité, car les pensées suicidaires n'induisent pas toutes des tentatives de suicide et toutes les tentatives de suicide n'ont pas été précédées d'idées suicidaires. Il nous semble essentiel, en matière de prévention, de dégager les mécanismes impliqués dans la suicidalité. Aussi nous sommes appuyés, selon les recommandations de l'Anaes [4], sur un certain nombre de facteurs dits « primaires » — comme la dépression, les troubles anxieux, la prise de toxiques, la symptomatologie boulimique, les comportements violents — ; dits « secondaires » — comme le chômage, l'isolement, les événements de vie (*cf.*, antécédents de violences subies...) — ou encore dits « tertiaires » tels que l'âge et le sexe.

Les différentes analyses effectuées ont permis de montrer que la suicidalité est associée à un certain nombre de facteurs de risques au travers de facteurs affectifs et thymiques, de conduites à risques et de facteurs environnementaux.

Tous ces facteurs reliés les uns aux autres semblent s'inscrire dans l'expression d'un profond malaise psychique où la problématique de la rupture semble se tisser en toile de fond. En effet, que ce soit la dépression au travers de sa sémiologie (exemples : émoussement affectif, anhédonie physique, sociale, etc.), la boulimie (exemples : cognitions alimentaires...), l'alcoolisation, la consommation de cannabis, ou d'autres

drogues illicites (exemples : dépendance, perte de contrôle etc.), les attitudes agressives et violentes (exemples : tendances antisociales, etc.), tous ces comportements peuvent s'analyser comme des conduites de rupture. De même, les antécédents de violences subies (sexuelles et physiques) induisent eux aussi souvent des comportements de rupture, des conduites à risques. Par exemple, les antécédents familiaux et plus particulièrement les antécédents psychologiques personnels (placement précoce, suivi psychiatrique antérieur), sont significativement plus fréquents chez les récidivistes et s'avèrent d'authentiques facteurs de risques d'un nouveau geste suicidaire [64]. Cette problématique de la rupture est renforcée par le fait que, dans nos analyses, deux autres facteurs interviennent de façon significative : le fait de vivre seul et celui d'être au chômage. Rappelons que la situation matrimoniale ne doit pas s'interpréter de façon déterministe, car une séparation aura d'autant plus d'impact sur une personne que celle-ci éprouve déjà des difficultés personnelles (exemples : problématique identitaire en questionnement, vécu dépressif, antécédents d'événement de vie négatifs, etc.). Aussi, pour l'Anaes [4], le fait de vivre seul tout comme le chômage sont considérés comme des circonstances aggravantes et non prédictives de la suicidalité. Nous pouvons dès lors nous interroger : dans quelle mesure la co-occurrence de tous ces comportements de rupture n'est-elle pas annonciatrice de la plus expressive des conduites de rupture, la tentative de suicide ?

CONCLUSION

Bien que les données épidémiologiques soulignées par de nombreuses études ne permettent pas de dresser un profil type du candidat au suicide, elles fournissent des informations importantes en matière de prévention tant « universelle » que « sélective » ou « indiquée ». Que ce soient les données du Baromètre santé 2005 ou celles de 2000, toutes soulignent que la plupart des personnes déprimées déclarant avoir présenté des pensées suicidaires ont consulté un professionnel de la santé. Ce résultat montre combien, en matière de prévention, le rôle du professionnel de la santé sera important dans le repérage des facteurs de risques de suicide. Les facteurs de risques soulignés par cette étude sont l'indice, tant d'un profond

malaise psychique pouvant être dépressif et/ou anxieux, que de comportements de rupture au travers de la prise de toxiques, des troubles du comportement alimentaire, de conduites violentes, mais aussi au travers du fait de vivre seul et d'être au chômage. Tous ces facteurs ne peuvent pas s'interpréter les uns indépendamment des autres, car l'influence d'un facteur dépend aussi et surtout de la présence d'un autre facteur, ce qui rend compte du caractère multifactoriel et dynamique du processus suicidaire. Aussi la reconnaissance par les professionnels de la santé de symptômes anxieux ou dépressifs, associés à des conduites de rupture, peut constituer l'une des étapes préliminaires de la prévention du suicide.

Remerciements

Nous souhaitons remercier, pour leur aide à la rédaction de ce chapitre :

Silvia Orejanera (pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris),

Floriane Dutrop (psychologue clinicienne, département de psychologie, Université François-Rabelais de Tours),

Badiâa Bouazzaoui (docteur en psychologie, ingénieur d'étude, département de psychologie, Université François-Rabelais de Tours).

Relecteurs

Christophe Léon (INPES)
Stéphane Legleye (OFDT)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Mouquet M.C., Bellamy V.
Suicides et tentative de suicide en France.
Études et résultats 2006 ; 488 : 1-8.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er488/er488.pdf>
- [2] World Health Organization (WHO).
Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours - SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS.
Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO, 2002: 79p.
- [3] CépidC - IFR69.
Interrogation des données (1979 - 2004) [Banque de données en ligne].
Le Vésinet : Inserm ; dernière mise à jour 18 juin 2007.
En ligne : <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>
- [4] Anaes.
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte du consensus.
Paris : Anaes, 2001 : 45 p.
- [5] Isometsä E., Henriksson M., Marttunen M, *et al.*
Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide.
BMJ 1995; 310(6991): 1366-7.
En ligne : <http://www.bmj.com/cgi/content/full/310/6991/1366>

- [6] Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., *et al.*
Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide.
Archives of General Psychiatry 1996; 53(4): 339-48.
- [7] Bertolote J.M., Fleischman A., DeLeo D., Wasserman D.
Suicide and mental disorders: do we know enough?
The British Journal of Psychiatry 2003; 183: 382-3.
En ligne : <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/183/5/382.pdf>
- [8] Oquendo M.A., Lizardi D., Greenwald S., Weissman M.M., Mann J.J.
Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime major depression in different ethnic groups in the United States.
Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 110(6): 446-51.
- [9] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2000 : Résultats. Volume 2.
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé ; 2001 : 480 p.
- [10] Kessler R.C., Borges G., Walters E.E.
Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey.
Archives of General Psychiatry 1999; 56(7): 617-26.
- [11] Sihvola E., Keski-Rahkonen A., Dick D.M., *et al.*
Minor depression in adolescence: Phenomenology and clinical correlates.
Journal of Affective Disorders 2007; 97(1-3): 211-18.
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16843533>
- [12] Michel G. *La prise de risque à l'adolescence. Pratique sportive et usage de substances psychoactives.*
Paris : Masson, coll. Les Âges de la vie ; 2001.
- [13] Michel G., Purper-Ouakil D., Mouren M.-C.
Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2006; 54 (1) : 62-76.
- [14] Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J., *et al.*
Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in nine countries.
Psychological Medicine 1999; 29(1): 9-17.
- [15] Lewinsohn P.M., Seeley J.R., Hibbard J., Rohde P., Sack W.H.
Cross-sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescents.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996; 35(9): 1120-9.
- [16] Botega N.J., Barros M.B.A., Oliviera H.B., Daigalarrondo P., Marin-Léon L.
Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation.
Revista brasileira de psiquiatria 2005; 27(1): 45-53.
En ligne : <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23712.pdf>
- [17] Andrews J.A., Lewinsohn P.M.
Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1992; 31(4): 655-62.
- [18] Marttunen M.J., Henriksson M.M., Aro H.M., *et al.*
Suicide among female adolescent: characteristic and comparaison with males in the age group 13 to 22 years.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1995; 34(10): 1297-307.
- [19] Pfaff J.J., Almeida O.P.
Detecting suicidal ideation in older patients: identifying risk factors within the general practice setting.
The British Journal of General Practice 2005; 55(513): 269-73.
- [20] Lynch T.R., Johnson C.S., Mendelson T., *et al.*
Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample.
Journal of Affective Disorders 1999; 56(1): 9-15.
- [21] Centers for Disease Control (CDC).
Attempted suicide among high school students United-States.
Morbidity and Mortality Weekly Report 1991; 40(37): 633-35.
- [22] Rey C., Michaud P.-A., Narring F., Ferron C.
Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins.
Archives de Pédiatrie 1997 ; 4 (8) : 784-92.
- [23] Belloc V., Leichsenring F., Chabrol H.
Relations entre les symptomatologies dépressive et limite et les idées suicidaires dans un échantillon de lycéens.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2004; 52 (4) : 219-24.
- [24] Choquet M., Ledoux S.
Adolescents : enquête nationale.
Paris : Inserm, coll. Analyses et prospective, 1994 : 350 p.
- [25] Hintikka J., Pesonen T., Saarinen P., Tanskanen A., Lehtonen J., Viinamaki H.
Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study.
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2001; 36(12): 590-94.
- [26] Joiner T.E. Jr, Rudd M.D.
Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 2000; 68(5): 909-16.
- [27] Beck A.T., Brown G.K., Steer R.A., Dahlsgaard K.K., Grisham J.R.
Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients.
Suicide & Life-threatening Behavior 1999; 29(1): 1-9.
- [28] Witte T.K., Fitzpatrick K.K., Joiner T.E. Jr, Schmidt N.B.
Variability in suicidal ideation: a better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation?
Journal of Affective Disorders 2005; 88(2): 131-6.

- [29] Harvey P.D., Greenberg B.R., Serper M.R.
The affective lability scales: development, reliability, and validity.
Journal of Clinical Psychology 1989; 45(5): 786-93.
- [30] Orbach I., Stein D., Shan-Sela M., Har-Even D.
Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents.
Suicide & Life-threatening Behavior 2001; 31(3): 237-49.
- [31] Angold A., Costello E.J., Worthman C.M.
Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing.
Psychological Medicine 1998; 28(1): 51-61.
- [32] Hankin B.L., Abramson L.Y.
Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory.
Psychological Bulletin 2001; 127(6): 773-96.
- [33] Mojtabai R., Olfson M., Mechanic D.
Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders.
Archives of General Psychiatry 2002; 59(1): 77-84.
- [34] Sareen J., Cox B.J., Affifi T.O., Clara I., Yu B.N.
Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample.
Canadian Journal of Psychiatry 2005; 50(10): 643-51.
- [35] Jorm A.F., Kelly C.M., Wright A., et al.
Belief in dealing with depression alone: Results from community surveys of adolescents and adults.
Journal of Affective Disorders 2006; 96(1-2): 59-65.
- [36] Rhodes A.E., Bethell J., Bondy S.J.
Suicidality, depression, and mental health service use in Canada.
Canadian Journal of Psychiatry 2006; 51(1): 35-41.
- [37] Henriksson S., Boethius G., Isacson G.
Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden 1985-95.
Acta Psychiatrica Scandinavica 2001; 103(4): 301-6.
- [38] Rouillon F., Blachier C., Dreyfus J.P., Bouhassira M., Allicar M.P.
Étude pharmaco-épidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale.
Encéphale 1996; 22 (1) : 39-48.
- [39] Brown R., Lewinson P., Seeley J., Wagner E.
Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996; 35(12): 1602-10.
- [40] Jarvelaid M.
Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors.
Scandinavian Journal of Primary Health Care 2004; 22(1): 50-53.
- [41] Woodside B.D., Staab R.
Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa.
CNS Drugs 2006; 20(8): 655-63.
- [42] O'Brien K.M., Vincent N.K.
Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships.
Clinical Psychology Review 2003; 23(1): 57-74.
- [43] Favaro A., Santonastaso P.
Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates.
Acta Psychiatrica Scandinavica 1997; 95(6): 508-14.
- [44] Milos G., Spindler A., Hepp U., Schnyder U.
Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects.
General Hospital Psychiatry 2004; 26(2): 129-35.
- [45] Youssef G., Plancherel B., Laget J., et al.
Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders.
European Psychiatry 2004; 19(3): 131-9.
- [46] Guilbert P., Choquet M., Arwidson P., et al.
Disturbed eating behavior and suicide thoughts among adolescents: results of a national telephone survey.
Santé Publique 2001; 13 (2) : 113-23.
- [47] Franko D.L., Keel P.K.
Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications.
Clinical Psychology Review 2006; 26(6): 769-82.
- [48] Riggs S., Alario A.J., McHorney C.
Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment.
The Journal of Pediatrics 1990; 116(5): 815-21.
- [49] Andrews G., Corry J., Slade T., Issakidis C., Swanston H.
Comparative risk assessment: Child sexual abuse. Final report.
Sydney: WHO Collaborating Centre on Evidence and Health Policy in Mental Health, St. Vincent's Hospital, 2002.
- [50] Ystgaard M., Hestetun I., Loeb M., Mehlum L.
Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior ?
Child Abuse & Neglect 2004; 28(8): 863-75.
- [51] Joiner T.E., Sachs-Ericsson N.J., Wingate L.R., Brown J.S., Anestis M.D., Selby E.A.
Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship.
Behaviour Research and Therapy 2007; 45(3): 539-47.
- [52] Coll X., Law F., Tobias A., Hawton K.
Child sexual abuse in women who take overdoses: I. A study of prevalence and severity.
Archives of Suicide Research 1998; 4 : 291-306.

- [53] Lagrange H.
Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.). **Baromètre santé 2000 : Résultats. Volume 2.** Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 189-209.
- [54] US Public Health Service.
Office of the Surgeon General, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Mental Health Services. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Rockville : US Public Health Service. Office of the Surgeon General, 2001.
- [55] Gould M.S., Kramer R.A.
Youth suicide prevention. Suicide & Life-threatening Behavior 2001 ; 31 (Suppl) : 6-31.
- [56] O'Donnell L., Stueve A., Wilson-Simmons R.
Aggressive behaviors in early adolescence and subsequent suicidality among urban youths. The Journal of Adolescent Health 2005 ; 37(6) : 517.
- [57] Michel G., Purper-Ouakil D.
Personnalité et développement du normal au pathologique. Paris : Dunod, 2006.
- [58] Kelly T.M., Cornelius J.R., Clark D.B.
Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. Drug and Alcohol Dependence 2004 ; 73(1) : 87-97.
- [59] Wagner B.M., Cole R.E., Schwartzman P.
Comorbidity of symptoms among junior and senior high school suicide attempters. Suicide & Life-threatening Behavior 1996 ; 26(3) : 300-7.
- [60] Chatterji P., Dave D., Kaestner R., Markowitz S.
Alcohol abuse and suicide attempts among youth. Economics and Human Biology 2004 ; 2(2) : 159-80.
- [61] Darke S., Ross J., Lynskey M., Teesson M.
Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. Drug and alcohol dependence 2004 ; 73(1) : 1-10.
- [62] Pages K.P., Russo J.E., Roy-Byrne P.P., Ries R.K., Cowley D.S.
Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders. The Journal of Clinical Psychiatry 1997 ; 58(11) : 510-5, quiz 516-7.
- [63] Wilcox H.C., Anthony J.C.
The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. Drug and Alcohol Dependence 2004 ; 76S : S53-S57.
- [64] Chastang F., Dupont I., Rioux P., Kovess V., Zarifian E.
Récidive suicidaire chez les jeunes de moins de 30 ans : rôle des facteurs familiaux. European Psychiatry 1998 ; 13(4) : 278-9.





37



SIRI HUSTVEDT • TOUT CE QUE J'A



Bernard Werber L'Encyclopédie du savoir

Junichirô Tanizaki L

Éditions



Dictionnaire des MYTHOLOGIES



LES ÉDITIONS DE MINUIT

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE EXPERIMENTALE

Ernest Hemingway

Le vieil homme et la mer

2004

20004

Marquimia

187

Fictions

614

mon Leys

OLOGIE

187120
MAY 20









20Bad... 15/06/02

L'essentiel

En 2005, 18 % des Français se déclarent insatisfaits de la qualité de leur sommeil et près de la moitié d'entre eux (46 %) disent avoir eu des problèmes de sommeil au cours de la semaine qui précède l'interview. Par ailleurs, 7 % déclarent avoir eu recours à des somnifères ou à des hypnotiques au cours des douze derniers mois pour faciliter leur sommeil. Les individus n'apparaissent pas égaux face au sommeil : les femmes s'avèrent plus touchées par ces troubles.

Certains critères sociodémographiques, tels que l'âge, le statut matrimonial ou la situation au regard de l'emploi, s'avèrent particulièrement discriminants. En effet, la séparation et le veuvage, mais aussi le

fait d'être en situation de chômage, apparaissent comme des événements de vie susceptibles de nuire à la qualité du sommeil. La catégorie socioprofessionnelle ne semble pas, en revanche, jouer de manière très importante sur les problèmes de sommeil déclarés.

La déclaration d'une insatisfaction dans la qualité du sommeil, de troubles ressentis au cours de la semaine ou d'une prise de somnifères au cours des douze derniers mois s'avère particulièrement élevée après 45 ans. Par ailleurs, un plus haut niveau d'insatisfaction est constaté parmi les 15-19 ans, sans que la prévalence des troubles apparaisse plus élevée que pour les autres âges. Environ un quart des personnes obèses se

disent insatisfaites de la qualité de leur sommeil (vs 17 % pour le reste de la population) et plus de la moitié d'entre elles déclarent avoir connu, ne serait-ce qu'un peu, des problèmes de sommeil (vs 45 % pour le reste de la population).

Certaines variations régionales apparaissent, isolant l'Île-de-France pour tous les indicateurs, la Picardie pour les troubles et le Nord-Pas-de-Calais pour l'insatisfaction. De l'autre côté, l'Alsace et les Pays de la Loire présentent des niveaux bas pour les troubles récents et l'usage d'hypnotiques, tandis que les régions Limousin et Rhône-Alpes se distinguent par des niveaux de satisfaction favorables.

Troubles du sommeil : une approche exploratoire

FRANÇOIS BECK
CHRISTOPHE LÉON
DAMIEN LÉGER

INTRODUCTION

La question du sommeil a fait l'objet d'un rapport remis au ministre de la Santé en décembre 2006 [1]. Souvent négligée au profit d'autres enjeux de santé publique, cette fonction physiologique n'en soulève pas moins un certain nombre de problèmes. Elle joue un rôle fondamental sur la santé et le bien-être, participant par exemple à l'activation des défenses immunitaires, au maintien d'une température interne constante et de l'équilibre énergétique, mais aussi à la mémorisation, à la lutte contre l'anxiété et à l'équilibre affectif. Les troubles du sommeil affectent ainsi le fonctionnement de l'organisme et du psychisme, pesant de ce fait sur de nombreux aspects de la vie sociale et professionnelle, que ce soit en rapport avec des troubles pathologiques ou avec des problèmes sociaux. Au chapitre des conséquences les plus courantes du mauvais sommeil figure la somnolence, avec pour corollaire les accidents de la route

et les accidents de travail liés à une baisse de la vigilance. D'autres conséquences parfois moins directes méritent d'être signalées, telles qu'une moins bonne aptitude à affronter les difficultés du quotidien, dans la mesure où le sommeil contribue à l'apprentissage et à l'équilibre psychologique de l'individu.

Dans cet état des lieux remis au ministre, le manque de données épidémiologiques sur cette question en France est également souligné, notamment pour ce qui concerne les enquêtes déclaratives représentatives de la population générale. Ce manque est illustré par des différences assez nettes en termes de prévalence dans les différentes études recensées dans le rapport [1]. L'enquête Baromètre santé 2005, si elle ne permet pas loin s'en faut d'explorer de manière exhaustive les problèmes liés au sommeil, apporte toutefois un cadrage quantitatif sur trois dimensions : celle de la qualité

du sommeil ressentie; celle, plus factuelle, de la survenue de troubles du sommeil au cours de la semaine précédant l'enquête; et enfin, celle du recours à un hypnotique, mesurée au cours des douze derniers mois. Il convient de souligner que l'enquête n'avait pas pour objectif l'exploration des questions liées au sommeil, ces dimensions provenant en fait de différentes échelles de qualité de vie : l'échelle de Duke pour la première [2] et le Whoqol pour la seconde [3]. L'analyse qui en est proposée ici est donc à la fois explo-

ratoire et fragmentaire. Notons que le volet santé mentale de l'enquête, le *Cidi short form* [4], contient également une question sur les difficultés à dormir, mais celle-ci n'est posée qu'aux personnes ayant vécu une période d'au moins deux semaines au cours desquelles elles se sont senties tristes, déprimées ou sans espoir. Elle ne peut donc, à l'inverse des deux autres, fournir d'information sur le sommeil à l'échelle de la population générale.

RÉSULTATS

SATISFACTION DE LA QUALITÉ DU SOMMEIL

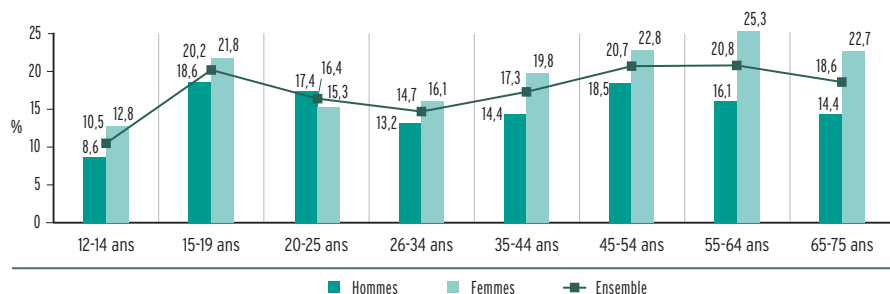
Concernant la qualité de leur sommeil, 17,9 % des Français de 12 à 75 ans se déclarent insatisfaits (« pas du tout » ou « pas satisfait »), tandis que 68,6 % en sont satisfaits (« satisfait » ou « très satisfait »), et 13,5 % sont ni satisfaits, ni insatisfaits. Les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à se dire insatisfaites (20,2 % vs 15,5 %; $p < 0,001$). Suivant l'âge, c'est parmi la population des plus de 45 ans que l'insatisfaction s'avère la plus importante (20,1 %

d'insatisfaits vs 16,3 % pour les 12-44 ans; $p < 0,001$). Cependant, déjà 10,5 % des jeunes âgés de 12 à 14 ans déclarent ne pas être satisfaits de leur sommeil. Par ailleurs, les différences entre hommes et femmes se creusent assez nettement à partir de 55 ans [figure 1]. On observe à 15-19 ans une proportion particulièrement élevée d'insatisfaits, équivalente à celle relevée pour les plus de 45 ans. Il apparaît par ailleurs que le niveau d'insatisfaction décline à partir de 65 ans.

L'analyse de la catégorie socioprofessionnelle et du secteur d'activité indique des

FIGURE 1

Insatisfaction à l'égard du sommeil, suivant le sexe et l'âge



écarts relativement modestes d'une situation à l'autre : les employés sont ceux qui se déclarent les moins satisfaits (20,8 % d'insatisfaits). Du point de vue du secteur d'activité, 21,3 % des individus travaillant dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration, 21,0 % dans celui de l'éducation et 22,3 % dans celui des activités des ménages (services domestiques) ont une perception négative de la qualité de leur sommeil. Le statut matrimonial semble, quant à lui, jouer un rôle important. Si 69,8 % des personnes mariées se déclarent satisfaites de la qualité de leur sommeil, elles ne sont plus que

61,5 % parmi les personnes veuves et 62,2 % parmi celles qui sont divorcées.

Après ajustement sur les principales variables sociodémographiques, il apparaît que le type de contrat (CDI, CDD ou libéral) et le niveau de diplôme ne s'avèrent pas liés à l'insatisfaction ressentie au sujet de son sommeil. En revanche, le divorce et le veuvage restent deux événements de vie susceptibles de nuire à la qualité du sommeil (respectivement $ORa=1,3$; $p<0,05$ et $ORa=1,8$; $p<0,01$), tandis que les chômeurs affichent un niveau d'insatisfaction supérieur à celui des actifs occupés ($ORa=1,2$; $p<0,05$) [tableau I].

TABLEAU I

Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'être insatisfait par son sommeil (n=10 399)

Sur l'ensemble des 16-65 ans	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Homme	1	
Femme	1,2**	1,1 ; 1,4
Âge		
16-19 ans	1	
20-25 ans	0,8	0,4 ; 1,4
26-34 ans	0,7	0,4 ; 1,2
35-44 ans	0,9	0,6 ; 1,9
45-54 ans	1,1	0,6 ; 2,0
55-65 ans	1,1	0,4 ; 1,0
Profession et catégorie socioprofessionnelle		
Ouvriers	1	
Agriculteurs	0,6	0,6 ; 1,1
Artisans	0,8	0,8 ; 1,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,0	0,8 ; 1,2
Professions intermédiaires	1,0	1,0 ; 1,4
Employés	1,2	1,0 ; 1,3
Situation matrimoniale		
Marié ou pacsé	1	
Célibataire	1,2	1,0 ; 1,3
Remarié	1,0	0,7 ; 1,3
Veuf	1,8**	1,3 ; 2,6
Divorcé ou séparé	1,3*	1,1 ; 1,5
Situation		
Travail	1	
Chômage	1,2*	1,0 ; 1,5

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$.

PROBLÈMES DU SOMMEIL AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS

Au cours des huit jours précédant l'enquête, presque la moitié des personnes interrogées (45,8 %) déclarent avoir eu des problèmes de sommeil (33,6 % répondent « *un peu* » et 12,2 % « *beaucoup* »). C'est parmi la population féminine que les difficultés se trouvent les plus répandues : 51,3 % d'entre elles déclarent avoir eu des problèmes de sommeil *versus* 40,2 % des hommes ($p < 0,001$). L'âge de la personne est également un facteur discriminant. En effet, plus l'individu est âgé, plus il déclare avoir eu des difficultés au cours des huit derniers jours (de 32 % pour les plus jeunes de 12 à 14 ans à 50 % pour ceux âgés de 65 à 75 ans) [5]. Parmi les filles âgées de 15 à 19 ans, on retrouve un niveau assez élevé de problèmes déclarés, équivalent à celui observé parmi les 35-44 ans [figure 2].

La profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) des individus ayant répondu à l'enquête indique par ailleurs que les agriculteurs et les ouvriers sont ceux qui déclarent avoir eu le moins de difficulté à dormir au cours des huit derniers jours (soit respectivement 39,4 % et 40,4 %). Les secteurs d'activité des ménages (services domestiques) et de l'éducation sont les secteurs où les problèmes

de sommeil se font le plus sentir (respectivement 51,8 % et 51,1 %). En revanche, le type de contrat (CDI, CDD ou libéral) n'apparaît pas lié aux problèmes de sommeil rencontrés au cours des huit derniers jours.

Enfin, les personnes ayant perdu leur conjoint et celles qui sont divorcées sont celles qui déclarent avoir éprouvé le plus de difficultés (soit respectivement 59,0 % et 55,1 %). En comparaison, 45,5 % des personnes mariées et 45,0 % des célibataires déclarent avoir eu ces mêmes difficultés. Ce résultat se trouve maintenu après ajustement sur les principales variables sociodémographiques (respectivement $ORa=1,8$; $p < 0,001$ et $ORa=1,4$; $p < 0,001$). Comme précédemment, le fait d'être au chômage joue un rôle important sur les problèmes du sommeil rencontrés au cours des huit derniers jours ($ORa=1,2$; $p < 0,05$) [tableau II].

CONSOMMATION DE SOMNIFÈRES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, 7,2 % des individus déclarent avoir consommé des somnifères ou des hypnotiques au cours des douze derniers mois, soit 9,0 % des femmes et 5,3 % des hommes. Comme précédemment, c'est parmi les plus

FIGURE 2

Problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours, suivant le sexe et l'âge

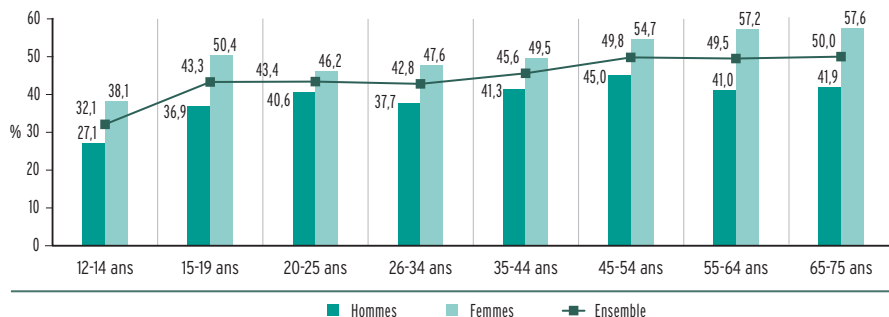


TABLEAU II

Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir rencontré (« un peu » ou « beaucoup ») des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (n=10 447)

Sur l'ensemble des 16-65 ans	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Homme	1	
Femme	1,3***	1,2 ; 1,5
Âge		
16-19 ans	1	
20-25 ans	0,9	0,6 ; 1,4
26-34 ans	1,0	0,7 ; 1,5
35-44 ans	1,2	0,8 ; 1,8
45-54 ans	1,4	0,9 ; 2,1
55-65 ans	1,4	0,9 ; 2,1
Profession et catégorie socioprofessionnelle		
Ouvriers	1	
Agriculteurs	0,7	0,5 ; 1,0
Artisans	1,2	1,0 ; 1,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,3**	1,1 ; 1,5
Professions intermédiaires	1,3***	1,1 ; 1,5
Employés	1,3**	1,1 ; 1,5
Situation matrimoniale		
Marié ou pacsé	1	
Célibataire	1,1	1,0 ; 1,3
Remarié	1,1	0,8 ; 1,4
Veuf	1,8***	1,3 ; 2,4
Divorcé ou séparé	1,4***	1,2 ; 1,6
Situation		
Travail	1	
Chômage	1,2*	1,0 ; 1,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

âgés que l'on retrouve la part la plus importante (9,6 % des individus âgés de 55 à 64 ans et 11,3 % de ceux de 65 à 75 ans déclarent en avoir consommé) **[figure 3]**.

Parmi les différentes PCS, les employés, d'une part, et les cadres et professions intellectuelles supérieures, d'autre part, apparaissent en proportion les plus importants consommateurs de somnifères et d'hypnotiques (respectivement 8,0 % et 8,1 %). On observe par ailleurs un pourcentage important parmi les secteurs d'activité de la production et distribution d'électricité, de l'immobilier, de l'éducation et des ménages (soit un pourcentage d'environ 9 %).

Du point de vue du statut matrimonial, les personnes ayant perdu leur conjoint (15,7 %) et celles qui sont divorcées (13,8 %) déclarent plus que les autres avoir consommé des somnifères au cours des douze derniers mois. En revanche, seulement 4 % des célibataires déclarent un tel usage. Ces écarts sont maintenus en contrôlant âge et sexe (respectivement ORa=2,2 ; p<0,01 pour les personnes veuves et ORa=1,6 ; p<0,001 pour les personnes divorcées). Enfin, les chômeurs se révèlent plus consommateurs de somnifères que les actifs occupés (ORa=1,4 ; p<0,05) **[tableau III]**.

Enfin, 20,9 % des personnes se déclarent

FIGURE 3

Consommation de somnifères au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et l'âge

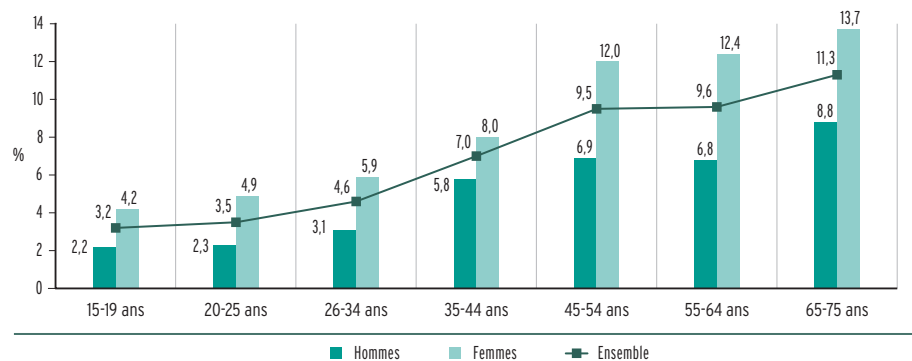


TABLEAU III

Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir consommé des somnifères au cours des douze derniers mois (n=10 318)

	Sur l'ensemble des 16-65 ans	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme		1	
Femme		1,6***	1,3 ; 2,0
Âge			
16-19 ans		1	
20-25 ans		0,6	0,2 ; 1,7
26-34 ans		0,8	0,3 ; 2,3
35-44 ans		1,3	0,4 ; 3,7
45-54 ans		1,6	0,6 ; 4,8
55-65 ans		1,6	0,5 ; 4,8
Profession et catégorie socioprofessionnelle			
Ouvriers		1	
Agriculteurs		0,4*	0,1 ; 1,0
Artisans		0,9	0,6 ; 1,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures		1,4*	1,1 ; 2,0
Professions intermédiaires		1,1	0,8 ; 1,5
Employés		1,1	0,8 ; 1,5
Situation matrimoniale			
Marié ou pacsé		1	
Célibataire		1,1	0,9 ; 1,4
Remarié		1,2	0,8 ; 1,9
Veuf		2,2**	1,3 ; 3,7
Divorcé ou séparé		1,6***	1,3 ; 2,1
Situation			
Travail		1	
Chômage		1,4*	1,1 ; 1,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

insatisfaites de la qualité de leur sommeil indiquent avoir consommé des hypnotiques au cours des douze derniers mois, tandis que c'est le cas pour 22,7 % de ceux qui disent avoir eu « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours et pour 8,9 % de ceux qui en ont eu « un peu ». En regard, 3,3 % des personnes qui se disent satisfaites de leur sommeil déclarent toutefois avoir pris des somnifères au cours de l'année. Il peut s'agir soit d'un usage détourné, soit d'un succès de la prise d'hypnotiques qui aurait conduit à retrouver un sommeil de meilleure qualité.

COMPARAISON RÉGIONALE SUR LE SOMMEIL

L'analyse régionale des difficultés rencontrées par les Français au sujet de leur

sommeil et de leur consommation de somnifères révèle assez peu d'écart importants. C'est dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Basse-Normandie que le pourcentage de gens se déclarant insatisfaits de la qualité de leur sommeil est le plus important (soit environ 21 % d'insatisfaits). En revanche, la région Rhône-Alpes affiche une proportion significativement moindre avec environ 16 % d'insatisfaits ($p < 0,05$).

Après ajustement sur le sexe et l'âge, il apparaît que la région Ile-de-France et la région Nord-Pas-de-Calais se distinguent par une insatisfaction plus importante (respectivement $ORa=1,2$; $p < 0,05$ et $ORa=1,3$; $p < 0,001$). À l'inverse, c'est dans les régions Lorraine ($ORa=0,8$; $p < 0,01$) et Rhône-Alpes ($ORa=0,9$; $p < 0,05$) que l'insatisfaction est significativement moindre [tableau IV].

TABLEAU IV

Analyse régionale descriptive et régression logistique sur l'insatisfaction du sommeil

Régions	%	OR ajusté	IC à 95 %
Alsace	15,2	0,8	0,7; 1,1
Aquitaine	17,1	0,9	0,7; 1,0
Auvergne	17,4	0,9	0,8; 1,2
Bourgogne	14,0	0,7	0,6; 1,0
Bretagne	18,1	1,0	0,9; 1,2
Centre	17,1	0,9	0,8; 1,1
Champagne-Ardenne	21,0	1,3	0,9; 1,5
Corse ^a	18,9	1,1	0,5; 1,7
Franche-Comté	14,8	0,8	0,6; 1,0
Ile-de-France	19,3	1,2*	1,2; 1,4
Languedoc-Roussillon	15,8	0,8	0,9; 1,3
Limousin	14,5	0,7	0,5; 1,0
Pays de la Loire	19,0	1,1	0,8; 1,1
Lorraine	15,0	0,8**	0,6; 0,9
Midi-Pyrénées	17,5	1,0	0,8; 1,1
Nord-Pas-de-Calais	21,3**	1,3**	1,1; 1,4
Haute-Normandie	18,4	1,0	0,8; 1,2
Basse-Normandie	21,9*	1,3	0,9; 1,5
Picardie	19,7	1,1	0,8; 1,3
Poitou-Charentes	16,7	0,9	0,8; 1,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17,8	1,0	0,8; 1,1
Rhône-Alpes	16,0*	0,9*	0,8; 1,0

a. Le faible effectif de l'échantillon des individus résidant en Corse invite à lire le pourcentage d'insatisfaits avec prudence.

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$.

Dans la région Picardie, les individus interrogés ont déclaré plus souvent qu'ailleurs avoir rencontré des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (plus de 50 % d'entre eux ; $p < 0,05$). En comparaison, c'est en Alsace que ce pourcentage apparaît le plus faible (38,7 % ; $p < 0,001$).

Après ajustement, il apparaît que la région Ile-de-France ($ORa=1,2$; $p < 0,001$) et la région Picardie ($ORa=1,2$; $p < 0,05$) sont celles où, par rapport au reste de la France, les problèmes de sommeil rencontrés sont les plus importants. À l'inverse, les régions Alsace ($ORa=0,7$; $p < 0,01$) et Pays de la Loire ($ORa=0,9$; $p < 0,05$) affichent plutôt moins de difficultés [tableau V].

Si l'on restreint aux individus ayant déclaré beaucoup de problèmes, seules trois régions

se distinguent, les Pays de la Loire ne présentant plus d'écart par rapport au reste de la France.

Hormis l'Alsace, où le pourcentage de consommateurs d'hypnotiques est le plus faible (4,7 % ; $p < 0,05$), la proportion d'individus déclarant avoir pris des somnifères ou des hypnotiques au cours des douze derniers mois n'est pas significativement différente, quelle que soit la région, au regard du reste de la France [tableau VI].

Après ajustement, il apparaît que la région Ile-de-France est la région qui présente une consommation de somnifères significativement supérieure au regard du reste de la France ($ORa=1,3$; $p < 0,01$). À l'inverse, c'est dans les régions Alsace ($ORa=0,6$; $p < 0,05$), Auvergne ($ORa=0,7$; $p < 0,05$), Champagne-Ardenne ($ORa=0,3$; $p < 0,001$) et Pays de la

TABLEAU V

Analyse régionale descriptive et régression logistique sur les problèmes de sommeil (« un peu » ou « beaucoup ») rencontrés au cours des huit derniers jours

Régions	%	OR ajusté	IC à 95 %
Alsace	38,7**	0,7**	0,6 ; 0,9
Aquitaine	46,5	1,0	0,9 ; 1,2
Auvergne	46,9	1,0	0,8 ; 1,2
Bourgogne	48,2	1,1	0,9 ; 1,3
Bretagne	44,0	0,9	0,8 ; 1,1
Centre	45,5	1,0	0,8 ; 1,2
Champagne-Ardenne	47,8	1,1	0,9 ; 1,4
Corse ^a	39,2	0,7	0,4 ; 1,2
Franche-Comté	41,2	0,8	0,7 ; 1,1
Ile-de-France	48,9**	1,2***	1,1 ; 1,3
Languedoc-Roussillon	48,1	1,1	0,9 ; 1,3
Limousin	44,8	0,9	0,7 ; 1,2
Pays de la Loire	42,3*	0,9*	0,7 ; 1,0
Lorraine	44,0	0,9	0,8 ; 1,1
Midi-Pyrénées	43,6	0,9	0,8 ; 1,0
Nord-Pas-de-Calais	46,9	1,1	0,9 ; 1,2
Haute-Normandie	50,1	1,2	1,0 ; 1,5
Basse-Normandie	46,3	1,0	0,8 ; 1,2
Picardie	50,8*	1,2*	1,0 ; 1,5
Poitou-Charentes	44,4	0,9	0,8 ; 1,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	43,7	0,9	0,8 ; 1,0
Rhône-Alpes	44,5	0,9	0,8 ; 1,0

a. Le faible effectif de l'échantillon des individus résidant en Corse invite à lire le pourcentage avec prudence.

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

TABLEAU VI

Analyse régionale descriptive et régression logistique sur la consommation de somnifères (15-75 ans)

Régions	%	OR ajusté	IC à 95 %
Alsace	4,7*	0,6*	0,4 ; 1,0
Aquitaine	7,4	1,0	0,7 ; 1,3
Auvergne	5,3	0,7*	0,4 ; 1,0
Bourgogne	5,3	0,7	0,5 ; 1,1
Bretagne	7,9	1,1	0,8 ; 1,4
Centre	8,2	1,1	0,8 ; 1,5
Champagne-Ardenne	2,1	0,3***	0,1 ; 0,6
Corse ^a	6,6	0,9	0,3 ; 2,2
Franche-Comté	8,1	1,1	0,8 ; 1,7
Ile-de-France	8,2	1,3**	1,1 ; 1,6
Languedoc-Roussillon	6,9	0,9	0,7 ; 1,2
Limousin	5,3	0,7	0,4 ; 1,2
Pays de la Loire	5,9	0,8*	0,6 ; 1,0
Lorraine	6,6	0,9	0,6 ; 1,3
Midi-Pyrénées	7,3	1,0	0,7 ; 1,3
Nord-Pas-de-Calais	7,1	1,0	0,8 ; 1,3
Haute-Normandie	7,5	1,1	0,7 ; 1,6
Basse-Normandie	9,7	1,3	0,9 ; 1,9
Picardie	7,6	1,1	0,8 ; 1,6
Poitou-Charentes	9,5	1,3	0,9 ; 1,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7,2	1,0	0,8 ; 1,2
Rhône-Alpes	7,6	1,1	0,9 ; 1,3

a. Le faible effectif de l'échantillon des individus résidant en Corse invite à lire le pourcentage avec prudence.
* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Loire (ORa=0,8; p<0,05) que la consommation apparaît moindre.

Cette cartographie ne rejoint que partiellement celle établie à partir des données de la Cnamts sur les prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques, données dont les taux standardisés d'usagers réguliers faisaient plutôt ressortir le nord de la France, la Bretagne, la Basse-Normandie et le Centre [6]. Néanmoins, les catégories de médicaments incluses étaient plus larges et ces données datent de 2000.

LIENS ENTRE TROUBLES DU SOMMEIL ET OBÉSITÉ

Un certain nombre de comorbidités ont fait l'objet d'analyses en lien avec les troubles

du sommeil : les maladies cardio-vasculaires, l'anxiété et la dépression ont ainsi été particulièrement étudiées [7]. Des liens assez forts entre troubles du sommeil, d'une part, et obésité et diabète, d'autre part, ont été montrés par des études tant expérimentales [8] qu'épidémiologiques [9], notamment dans une douzaine d'enquêtes transversales et longitudinales [10]. À partir des questions poids et taille de l'enquête, en calculant l'IMC¹, on observe que 23,6 % des personnes obèses se disent insatisfaites de la qualité de leur sommeil (vs 17,5 % pour le reste de la population; p<0,001). De même, 51,6 % des personnes obèses déclarent

1. Le calcul de l'IMC a été effectué avec les seuils recommandés par l'International Obesity Task Force (IOTF) pour les adolescents.

rent avoir connu, ne serait-ce qu'un peu, des problèmes de sommeil (*vs* 45,5 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$) et 10,4 %

d'entre elles déclarent un usage de somnifères au cours de l'année (*vs* 7,3 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$).

DISCUSSION

Le sommeil est une composante essentielle de la santé car il permet le repos et la restauration des principales fonctions physiologiques et mentales. La connaissance épidémiologique du sommeil et de ses troubles s'avère cependant relativement complexe, notamment parce que le temps moyen de sommeil nécessaire par nuit peut varier notablement d'un individu à l'autre, ce qui rend difficile la fixation d'un seuil de référence dans les enquêtes. Si une majorité des Français dort environ sept heures par vingt-quatre heures, cette durée ne peut pas être considérée comme une norme dans la mesure où certains « gros dormeurs » sans pathologie ont besoin de dix heures de sommeil quotidien lorsque des « petits dormeurs » peuvent se contenter de cinq heures sans retentissement au cours de la journée. De plus, la qualité et la quantité du sommeil s'avèrent très dépendantes de la bonne synchronisation de l'horloge biologique avec les horaires de coucher et de lever. Or cette synchronisation se trouve fréquemment perturbée chez les jeunes adultes (qui ont tendance à retarder leurs horaires de coucher), chez les personnes âgées (qui ont tendance à les avancer), chez les travailleurs postés et de nuit, chez ceux subissant des décalages horaires (*jet-lag*), et également chez la majorité des Français adultes qui décalent leurs horaires de coucher et de lever d'au moins une heure le week-end. Ces situations ne sont pas toujours faciles à évaluer sur le plan épidémiologique [11].

Cependant, les règles concernant l'épidémiologie des troubles du sommeil, et notamment de l'insomnie, ont connu des progrès récents grâce à la prise de position

de consensus professionnels de spécialistes [12, 13]. Les critères recommandés peuvent être assez facilement pris en compte par des questionnaires subjectifs, comme nous allons le détailler.

Par ailleurs, une méta-analyse récente des paramètres objectifs du sommeil de l'enfance jusqu'à un âge avancé peut donner des premiers éléments normatifs sur le temps de sommeil et d'autres critères de perturbation du sommeil [14]. À partir de ces éléments, nous discuterons comment les résultats obtenus dans le Baromètre santé peuvent être envisagés comme marqueurs du sommeil des Français.

LES CONSENSUS DE PROFESSIONNELS

Les troubles du sommeil font l'objet d'une classification spécifique édictée par l'Académie américaine de la médecine du sommeil (*American Academy of Sleep Medicine*) : la classification internationale des troubles du sommeil (*International Classification of Sleep Disease*) [15], qui recense une cinquantaine de troubles regroupés en six familles principales (les insomnies, les troubles respiratoires durant le sommeil, les hypersomnies, les troubles du rythme circadien, les parasomnies – dont le somnambulisme – et les mouvements anormaux durant le sommeil). Cette classification, qui comprend des critères minimaux subjectifs et objectifs, fait l'objet d'un consensus professionnel international. Elle sert de référence à des études cliniques et pharmacologiques de par le monde. Il s'agit d'un outil plus clinique qu'épidémiologique, mais qui permet à tous

les spécialistes de s'accorder sur les définitions des troubles du sommeil.

Dans le domaine de l'insomnie, c'est aussi un groupe de l'Académie américaine de la médecine du sommeil qui a proposé les critères de définition de l'insomnie pour la recherche (y compris épidémiologique) en se basant sur 433 articles récents publiés par *Medline* et en réfléchissant sur la pertinence des critères des classifications ICSD et DSM-IV [10]. Les critères retenus pour définir l'insomnie sont exposés dans l'encadré.

Plus récemment, une conférence sur l'état des connaissances scientifiques, organisée par le ministère de la Santé américain (NIH) en juin 2005, a confirmé ces critères et a ajouté deux précisions [11] : pour distinguer l'insomnie aiguë de l'insomnie chronique, plusieurs périodes ont été envisagées, qui vont d'un minimum de trente jours à un maximum de six mois. Par ailleurs, la plupart des insomnies sont liées à des comorbidités et le terme d'insomnie comorbide est donc préféré au terme d'insomnie secondaire.

LES CRITÈRES NORMATIFS

Une méta-analyse reprenant les résultats de soixante-cinq études indexées dans *Medline*, publiées entre 1960 et 2003, et comprenant des enregistrements de sommeil ou par actigraphie de 3 577 sujets non pathologiques d'âge compris entre 5 et 102 ans, a permis d'y voir plus clair sur les critères qui pourraient être considérés comme normaux et qui évoluent naturellement avec l'âge [12]. Citons, à titre d'exemples :

le temps de sommeil total est en moyenne de 450 minutes (soit 7 h 30) par nuit pour des sujets entre 20 et 25 ans, de 400 minutes (6 h 40) pour des sujets de 45 à 50 ans, et de 350 minutes (5 h 50) chez ceux de 75 à 80 ans ;

la latence d'endormissement (temps passé entre l'extinction des lampes et

l'endormissement) varie moins, passant d'une moyenne de 17 minutes entre 20 et 25 ans à 19 minutes entre 60 et 65 ans ;

le temps d'éveil intrasommeil est beaucoup plus variable avec l'âge : il est de moins de 20 minutes chez les moins de 35 ans et passe à environ 50 minutes chez les 60-65 ans.

DISCUSSION DES RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2005

À la lumière de ces critères et de ces normes, il apparaît que l'analyse exploratoire menée ici présente d'évidentes limites, même si elle

CRITÈRES DE RECHERCHE POUR LE DIAGNOSTIC DE L'INSOMNIE

A. Le sujet rapporte une, ou plus, des difficultés du sommeil suivantes :

- Troubles d'endormissement
- Troubles de maintien du sommeil
- Réveil précoce
- Sommeil non récupérateur.

B. Ces difficultés surviennent malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil.

C. Le sujet rapporte au moins l'une des conséquences diurnes suivantes en relation avec ses difficultés de sommeil :

- Fatigue/malaise
- Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- Troubles du fonctionnement social ou mauvaises performances scolaires
- Trouble de l'humeur/irritabilité
- Somnolence diurne
- Réduction de la motivation/énergie/initiative
- Tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant
- Céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil
- Préoccupations ou ruminations à propos du sommeil.

est susceptible d'apporter des éléments de connaissance, notamment dans l'étude des facteurs associés aux troubles du sommeil.

La satisfaction

Les résultats concernant la satisfaction (ou l'insatisfaction) par rapport au sommeil extraits de l'échelle de qualité de vie de Duke ont une valeur informative. Plusieurs études ont pris comme critère cette insatisfaction et ont retrouvé des prévalences d'insatisfaction assez comparables à celle de l'insomnie. Dans le Baromètre santé, 17,9 % des Français de 12 à 75 ans ne se révèlent pas ou pas du tout satisfaits de leur sommeil. Ces résultats sont très proches de ceux trouvés en 2000 chez 12 778 Français de 18 ans et plus (en utilisant les critères du DSM-IV) par Damien Léger et ses collègues [16], qui s'élevaient à 19 %. Même si les questions et les méthodes étaient très différentes, une telle proximité des résultats rassure sur la plausibilité des données du Baromètre santé sur cette question. Cette étude montrait également une prévalence plus élevée parmi les femmes et les populations âgées pour qui le sommeil perd en qualité avec une diminution du sommeil lent profond et une augmentation des réveils nocturnes avec l'âge.

Les influences professionnelles et régionales ne s'étaient pas avérées significatives dans cette étude. Néanmoins, elle établissait que pratiquement les trois quarts de la population adulte se plaignent de troubles occasionnels. Selon une étude américaine, plus de la moitié des plus de 65 ans déclarent des troubles du sommeil et plus de 80 % ont au moins parfois l'occasion de se plaindre de la qualité de leur sommeil [17]. Dans une étude plus récente réalisée dans quatre pays dont la France, a cependant été observée une prévalence de l'insomnie (selon les critères de définition internationaux) plus élevée (37,2 %) que lors de la précédente étude [18]. Dans la même étude,

la prévalence de l'insomnie aux États-Unis était de 27,1 % et de 6,6 % au Japon.

Il faut cependant noter que le terme « insatisfaction » peut regrouper non seulement les patients insomniaques, mais aussi ceux qui présentent par exemple des apnées du sommeil et dont le sommeil n'est pas récupérateur. Pour envisager d'explorer plus précisément le sommeil des Français, il serait bon d'introduire quelques questions supplémentaires afin de mieux le décrire.

L'existence de troubles du sommeil au cours des huit derniers jours

Les réponses à cette question ramènent à la haute prévalence de plaintes du sommeil retrouvée par D. Léger *et al.* dans les études précédemment citées. Dans la plus récente, par exemple, 32 % des Français se plaignent de mauvais sommeil presque toutes les nuits. Dans le Baromètre santé, 45,8 % déclarent avoir eu des troubles dans les huit derniers jours. Une telle proportion est préoccupante et démontre qu'il existe un décalage important entre ce que les Français attendent de leur sommeil et la réalité de leurs nuits. L'intérêt d'une telle question tient à la possibilité de se rappeler de son sommeil des derniers jours. Il est toujours facile de se rappeler du sommeil de la dernière nuit ou de l'avant-dernière nuit. En revanche, il est très difficile de se souvenir du sommeil d'il y a une semaine, et encore plus d'il y a un mois. Dans cette question aussi, la prévalence des troubles augmente avec l'âge et parmi les femmes, ce qui est très cohérent avec les autres études publiées. Les variations régionales sont assez importantes puisque l'Ile-de-France (OR=1,2 ; $p < 0,001$) et la Picardie (OR=1,2 ; $p < 0,05$) sont les régions de France où les problèmes de sommeil rencontrés sont les plus fréquents. À l'inverse, l'Alsace (OR=0,7 ; $p < 0,01$) et le Pays de la Loire (OR=0,9 ; $p < 0,05$) déclarent

moins de difficulté [tableau V]. Ces variations doivent faire réfléchir sur le réseau de soins pour la prise en charge des troubles du sommeil.

La consommation d'hypnotiques

La consommation de somnifères au cours des douze derniers mois est certainement un indicateur important de la sévérité de l'insomnie. Les valeurs retrouvées par le Baromètre santé sont proches de celles mises en évidence dans les précédentes études. D. Léger et B. Poursain [18] montrent, par exemple, que 13,8 % des patients insomniaques ont reçu une prescription d'hypnotiques au cours des douze derniers mois, mais que 8,3 % sont toujours sous traitement, proportion à rapprocher des 7,2 % de répondants (en moyenne plus jeunes) qui déclarent avoir consommé des somnifères ou des hypnotiques au cours des douze derniers mois dans les résultats du Baromètre santé (soit 9,0 % des femmes et 5,3 % des hommes). L'analyse régionale de ces consommations et les résultats significativement différents observés nous semblent une source d'information importante, à analyser plus finement. Il serait en particulier intéres-

sant de relever la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs qui sont fréquemment prescrits dans l'insomnie chronique par les médecins généralistes, notamment en raison de la limitation à vingt-huit jours de la prescription d'hypnotiques.

Par ces trois items, le Baromètre santé nous apporte donc des informations importantes sur le sommeil des Français et décrit une vraie insatisfaction des sujets interrogés vis-à-vis de leurs nuits. Cette insatisfaction touche toutes les tranches d'âge et les catégories professionnelles, même si elle est plus importante chez les femmes et les personnes âgées. Les répercussions de l'insomnie en termes de comorbidité et d'absentéisme sont sévères, et les conséquences économiques commencent à être mieux connues [19-22]. Dans une société contemporaine qui érige volontiers en idéal des situations de recherche insatiable de la performance [23], la question du sommeil pourrait prendre une place de plus en plus importante. Cependant, à l'heure actuelle, les mesures d'information et de prévention relatives au sommeil restent rares, ce qui explique vraisemblablement sa relative sous-estimation en tant que déterminant de santé par la population.

Rellecteurs

Michel Dépinoy (INPES)
Patrick Peretti-Watel (ORS Paca)
Stéphanie Pin (INPES)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Giordanella J.-P.
Rapport sur le thème du sommeil.
Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 271 p.
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000899/0000.pdf>
- [2] Parkerson G.R., Broadhead W.E., Tse C.K.
Development of the 17-item Duke health profile.
Family Practice 1991; 8(4): 396-401.
- [3] Power M., Harper A., Bullinger M.
The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide.
Health Psychology 1999; 18(5): 495-505.
- [4] Kessler R.C., Üstün T.B.
The World mental health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview (Cidi).
International Journal of Methods in Psychiatric Research 2004; 13(2): 93-121.
- [5] Léon C.
Que pensez-vous de votre sommeil ?
La Santé de l'homme 2007 ; 288 : 28-30.

- [6] Lecadet J., Vidal P., Baris B., *et al.*
Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000.
Revue médicale de l'assurance maladie 2003; 34 (4) : 233-48.
En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medicaments_psychotropes.pdf
- [7] Ohayon M.M., Lemoine P.
Liens entre insomnie et pathologie psychiatrique dans la population générale française.
Encéphale 2002; 28 (5 cahier 1) : 420-8.
- [8] Spiegel K., Leproult R., Van Cauter E.
Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function.
Lancet 1999; 354(9188): 1435-9.
- [9] Mallon L., Broman J.E., Hetta J.
High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population.
Diabetes Care 2005; 28(11): 2762-67.
En ligne : <http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/28/11/2762>
- [10] Cizza G., Skarulis M., Mignot E.
A link between short sleep and obesity: building the evidence for causation.
Sleep 2005; 28(10): 1217-20.
- [11] Léger D.
Conduites à tenir devant un trouble du sommeil.
Paris : Doin, 2000 : 187 p.
- [12] Edinger J.D., Bonnet M.H., Bootzin R.R., *et al.*
Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine work group.
Sleep 2004; 27(8): 1567-96.
- [13] National Institutes of Health (NIH).
National institutes of health state of the science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults, June 13-15, 2005.
Sleep 2005; 28(9): 1049-57.
- [14] Ohayon M.M., Carskadon M.A., Guilleminault C., Vitiello M.V.
Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan.
Sleep 2004; 27(7): 1255-73.
- [15] American Academy of Sleep Medicine.
International classification of sleep disorders: diagnostic & coding manual. (2e éd.).
Westchester : AASM, 2005: 297p.
- [16] Léger D., Guilleminault C., Dreyfus J.-P., Delahaye C., Paillard M.
Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France.
Journal of Sleep Research 2000; 9(1): 35-42.
- [17] Foley D.J., Monjan A.A., Brown S.L., Simonsick E.M., Wallace R.B., Blazer D.G.
Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities.
Sleep 1995; 18(6): 425-32.
- [18] Léger D., Poursain B.
An international survey of insomnia: under-recognition and under-treatment of a polysymptomatic condition.
Current Medical Research and Opinion 2005; 21(11): 1785-92.
- [19] Léger D., Guilleminault C., Bader G., Levy E., Paillard M.
Medical and socio-professional impact of insomnia.
Sleep 2002; 25(6): 625-9.
- [20] Léger D., Massuel M.A., Metlaine A., SISYPHE study group.
Professional correlates of insomnia.
Sleep 2006; 29(2): 171-8.
- [21] Godet-Cayré V., Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M., Dinét J., Massuel M.A., Léger D.
Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost?
Sleep 2006; 29(2): 179-84.
- [22] Léger D., Annesi-Maesano I., Carat F., *et al.*
Allergic rhinitis and its consequences on quality of sleep: an unexplored area.
Archives of Internal Medicine 2006; 166(16): 1744-8.
- [23] Ehrenberg A.
Le culte de la performance.
Paris : Calmann-Lévy, coll. Essai société, 1991 : 323 p.





ANNEXES

Lettre-annonce

Saint-Denis, décembre 2004

Madame, Monsieur,

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public placé auprès du ministère de la Santé qui a en charge les actions nationales d'éducation pour la santé et de prévention. Il mène depuis 1992 des enquêtes périodiques auprès d'adultes et de jeunes, appelées « Baromètre santé ».

Cette année, une enquête auprès d'une population de 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans, sera réalisée par téléphone. Cette importante étude, confiée à l'institut de sondages Atoo, permettra de mieux connaître les comportements de l'ensemble des Français en matière de santé et d'orienter ainsi les politiques de prévention et l'information de la population. Elle portera sur l'alimentation, le sport, les accidents, la violence, le tabac, l'alcool, les médicaments, les drogues et les consultations médicales ; elle durera environ 30 minutes.

Votre numéro de téléphone, tiré au sort dans l'annuaire des abonnés de France Télécom, disparaîtra automatiquement du fichier à la fin de l'interview. Une personne de votre famille, enfant ou adulte, participera ainsi à l'enquête et nous vous assurons la plus stricte confidentialité de vos réponses. Nous attirons votre attention sur le fait qu'il est très important que chacun accepte de répondre. La validité scientifique de cette enquête dépendra d'un taux d'acceptation le plus élevé possible. Nous comptons sur votre collaboration.

Les résultats de cette enquête seront rendus publics.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Pierre Arwidson
Directeur des affaires scientifiques de l'INPES

Philippe Lamoureux
Directeur général de l'INPES

Questionnaire de l'enquête

Le questionnaire Baromètre santé en population générale 2005 est présenté dans son intégralité.

GRILLE DE LECTURE DU QUESTIONNAIRE

◆ *Condition de la question*

QNN. Question

★ Directives de l'enquêteur.

◆ *Remarque.*

1 Choix 1

2 Choix 2

... ..

n Choix *n*

Thème 1

Thème 2

... ..

Thème *m*

Introduction	540
Signalétique 1	540
Perceptions de santé	542
Santé et travail	543
Qualité de vie	545
Sources d'information	548
Activité physique	548
Vaccinations	550
Conduites alimentaires	553
Tabac	553
Alcool	556
Santé mentale	559
Sexualité, contraception	563
Violences	567
Produits illicites	568
Événements de vie	570
Consommation de soins	571
Accidents	576
Signalétique 2	577

Introduction

Jour de l'interview
Mois de l'interview
Année de l'interview
Heure début
Minute début
Seconde début
Heure fin
Minute fin
Seconde fin

Taille de l'agglomération de résidence du répondant

- 1 Communes rurales
- 2 De 2 000 à 20 000 habitants
- 3 De 20 000 à 100 000 habitants
- 4 De 100 000 à 200 000 habitants
- 5 200 000 habitants et plus
- 6 Agglomération parisienne
- 7 Non renseigné

Type de liste téléphonique

- 1 Rouge
- 2 Orange
- 3 Blanche
- 4 Téléphone portable exclusif

Département du domicile principal du répondant

Code postal de la commune du domicile principal du répondant

Nombre d'appels pour joindre le ménage

Bonjour je suis – *prénom réel ou fictif de l'enquêteur* – de la société Atoo, je travaille pour le compte de l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. C'est une institution qui dépend du ministère de la Santé et a en charge les actions nationales de prévention et d'information. Je vous appelle suite à la lettre que l'INPES vous a envoyée, il y a quelques jours, au sujet d'une étude nationale réalisée auprès de 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans. Vos réponses nous aideront à mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France, en matière de santé, et ainsi, d'orienter la prévention et l'information. Auriez-vous quelques minutes à m'accorder ?

Composition du ménage éligible

Nombre de 12-25 ans dans le foyer
 Nombre de 12-75 ans dans le foyer

Le principe de cette enquête est de n'interroger qu'une seule personne tirée au sort au sein de chaque foyer. Quel est le prénom de la personne dont l'anniversaire est le prochain à venir ?... Vos réponses nous aideront à mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France, en matière de santé, et ainsi, d'orienter la prévention et l'information. Les sujets que nous allons aborder vous concernent individuellement. Pourriez-vous vous isoler pour répondre à ce questionnaire ? **(Je peux vous proposer de faire l'enquête en plusieurs fois si vous le souhaitez).**

Signalétique 1

Pour commencer, je vais vous poser quelques questions générales.

Q1. Sexe de l'interviewé

- 1 Homme
- 2 Femme

Q2. Quel est votre âge ?

★ Enquêteur : bien vérifier la date d'anniversaire.

Q3. Quels sont votre mois et votre année de naissance ?

★ Enquêteur : noter les quatre chiffres de l'année. Si refuse catégoriquement de dire le mois, coder 9999.

- 1 Mois :
 - 2 Année :
- ◆ *Test de cohérence avec Q2*

Q4. Avec combien de personnes vivez-vous habituellement, en dehors de vous ?

- 1 Une
- 2 Deux
- 3 Trois
- 4 Quatre
- 5 Cinq
- 6 Six
- 7 Sept
- 8 Huit
- 9 Neuf
- 10 Dix
- 11 Onze

- 12 Douze et plus
13 Aucune autre
14 NSP

Q5. Qui sont ces personnes ?

◆ (Si vit avec quelqu'un)

★ Enquêteur : ne rien suggérer.
Plusieurs réponses possibles.

- 1 Votre père
2 Votre mère
3 Votre beau-père
4 Votre belle-mère
5 Votre (vos) frère(s) ou demi-frère(s)
6 Votre (vos) sœur(s) ou demi-sœur(s)
7 Votre grand-père
8 Votre grand-mère
9 Votre conjoint/petit ami/fiancé/
concubin/compagnon
10 Votre (vos) filles ou belle(s)-filles
11 Votre (vos) fils ou beau(x)-fils
12 Un ou des ami(e)s
13 Autres (préciser)
14 NSP

Q6. Pour quelles raisons ?

◆ (Si moins de 25 ans et dit ne pas
vivre avec ses deux parents)

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs
réponses possibles si le(s) parent(s)
absent(s) n'est (ne sont) présent(s) que le
week-end ou absents pour moins d'un an,
le(s) compter en Q4 et mettre à jour la Q5.

- 1 Parents séparés, divorcés
2 Père décédé
3 Mère décédée
4 Absent(s) pour raison professionnelle
(à partir d'un an ou plus)
5 Étudiant
6 Autres
7 NSP

◆ Si 15 ans et plus

Q7. Avez-vous, vous-même, des enfants ?

★ Enquêteur : il s'agit de tous les
enfants que l'interviewé considère
comme étant ses enfants.

- 1 Oui
2 Non

Q8. Combien y a-t-il d'enfants qui habitent chez vous ? (Vous y compris pour les enfants)

★ Enquêteur : inclure pensionnaires
et enfants en garde.

◆ Si enfant dans le foyer

Q9. Quel est l'âge des enfants qui habitent chez vous ?

★ Enquêteur : si moins de 1 an coder 0.

- 1 1^{er} enfant
2 2^e enfant
3 3^e enfant
4 4^e enfant
5 5^e enfant
6 6^e enfant
7 7^e enfant
8 8^e enfant
9 9^e enfant
10 10^e enfant
11 11^e enfant

◆ Si 15 ans et plus

Q10. Quel est votre statut matrimonial légal ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Célibataire (ou concubinage)
2 Marié(e) pour la première fois
3 Remarié(e) après un divorce
4 Remarié(e) après un veuvage
5 Veuf(ve) (demander depuis combien de temps)
6 Divorcé(e) ou séparé(e)
7 Pacsé(e)s
8 Ne veut pas dire

◆ Si NSP à Q4 ou Q5 « Avec combien
de personnes vivez-vous ? » ou
« Qui sont ces personnes ? ».

Q11. Vivez-vous...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Seul(e)
2 En couple
3 Avec vos parents (les deux ou un seul)
4 Avec d'autres personnes
5 Autres situations (préciser)
6 (Ne veut pas dire)

Q12. Quelle est votre situation actuelle ?

- 1 Vous travaillez (oui/non)
2 Vous êtes à l'école, en études
ou formation (oui/non)
3 Vous êtes au chômage (oui/non)
4 Vous êtes dans une autre situation (oui/non)

Q13. Êtes-vous...

◆ Si réponse 1 en Q12

- 1 À temps plein
2 À temps partiel
3 Autre réponse (préciser)

◆ Si réponse 2 en Q12

- 1 Vous n'avez jamais travaillé/Vous
êtes étudiant/lycéen/à l'école
2 En apprentissage et alternance
3 En stage

- 4 En formation continue
- 5 Autre réponse (préciser)
 - ◆ Si réponse 3 en Q12
- 1 Bénéficiaire du RMI
- 2 Non RMI, indemnisé
- 3 Non RMI, non indemnisé
- 4 Autre réponse
 - ◆ Si réponse 4 en Q12
- 1 Retraité ou pré-retraité
- 2 Au foyer
- 3 Invalide
- 4 Congé longue durée
- 5 Congé parental
- 6 Recherche emploi
- 7 Autre réponse

◆ Si travaille.

Q14. Quel type de contrat avez-vous ?

- 1 Contrat à durée déterminée
- 2 Contrat à durée indéterminée
- 3 Contrat d'intérim
- 4 Travaille à son compte ou en free-lance

◆ Si à l'école, université ou en apprentissage.

Q15. Dans quelle classe êtes-vous ?

★ Enquêteur : énumérer si nécessaire - une seule réponse possible pour les étudiants n'ayant pas encore les résultats de la 2^e session - prendre la classe de l'année dernière.

- 1 CAP 1^{re} année
- 2 CAP 2^e année
- 3 CAP 3^e année
- 4 BEP 1^{re} année
- 5 BEP 2^e année
- 6 CM1
- 7 CM2
- 8 6^e
- 9 6^e Segpa (Section d'enseignement général en professionnel adapté)
- 10 5^e
- 11 5^e Segpa (Section d'enseignement général en professionnel adapté)
- 12 4^e
- 13 4^e technologique
- 14 3^e
- 15 3^e technologique
- 16 2^{de} générale
- 17 2^{de} technologique
- 18 1^{re} générale
- 19 1^{re} technologique
- 20 Terminale enseignement général
- 21 Terminale enseignement technique
- 22 Terminale enseignement professionnel (en une seule année)
- 23 Terminale enseignement professionnel (1^{re} année)

- 24 Terminale enseignement professionnel (2^e année)
- 25 Bac + 1 (1^{re} année de Deug)
- 26 Bac + 1 (1^{re} année d'IUT)
- 27 Bac + 1 (1^{re} année de BTS)
- 28 Bac + 1 (1^{re} année de prépa)
- 29 Bac + 2 Deug
- 30 Bac + 2 IUT
- 31 Bac + 2 BTS
- 32 Bac + 2 prépa
- 33 Bac + 3 (licence, école supérieure, etc.)
- 34 Bac + 4 (maîtrise, master, école supérieure, etc.)
- 35 Bac + 5 et plus (master, DESS, DEA, doctorat, MBA, etc.)
- 36 Autre (préciser)
- 37 NSP

Perceptions de santé

Q16. Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez, pour vous-même, pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ?

◆ Exclusive (aléatoire)

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Peu
- 3 Pas mal
- 4 Beaucoup
- 5 NSP
- 6 (dit spontanément avoir la maladie)
 - Les accidents de la circulation
 - Les maladies dues à l'alcool
 - Le cancer
 - Les maladies cardiaques
 - Le sida
 - Les infections sexuellement transmissibles en dehors du sida
 - Les accidents de la vie domestique, à la maison ou autour
 - Les maladies dues au tabac
 - La maladie d'Alzheimer
 - Les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués
 - Les nouvelles épidémies (Sras, etc.)

Q17. Selon vous, à partir de combien de verres d'alcool consommés par jour, pensez-vous...

◆ (Poser à 50 % de l'échantillon Q17a, et Q17b à l'autre moitié de l'échantillon).

◆ Quantité-exclusive (aléatoire)

★ Enquêteur : si NSP : coder 99 arrondir au nombre supérieur ; 2 ou 3 verres :

coder 3 verres ; une demi-bouteille
de vin=2,5 verres : coder 3 verres.

- 17a 17b
1 qu'une femme 1 qu'un homme
2 qu'un homme 2 qu'une femme
...qui boit quotidiennement met
sa santé en danger ?

Q18. Avez-vous, vous personnellement, le sentiment d'être informé sur les grands thèmes de santé suivants ?

★ Enquêteur : énumérer. Si les plus jeunes ne comprennent pas : ne pas relancer : coder NSP

- 1 Très bien informé
2 Plutôt bien informé
3 Plutôt mal informé
4 Très mal informé
5 NSP
L'alcool
Le tabac
Le cannabis
La contraception
Les infections sexuellement transmissibles en dehors du sida
Le sida
La pollution de l'air
La pollution de l'eau (*eau de mer, eau du robinet etc.*)
L'alimentation
Les vaccinations
Le cancer
La dépression

Santé et travail

◆ *Si travaille ou en formation continue ou en stage d'insertion ou contrat d'apprentissage.*

Q19. Combien de jours de congés annuels avez-vous en dehors des ponts ?

★ Enquêteur : nombre de jours effectifs de congés sans compter les week-ends et jours fériés. Par exemple : 5 semaines=25 jours.

◆ *Si la personne ne sait pas répondre demander le nombre de jours au total.*
congés en dehors des RTT...
congés RTT...

Q20. Habituellement, à quelle heure quittez-vous votre domicile pour vous rendre à votre travail ?

★ Enquêteur : si les horaires sont irréguliers prendre la semaine dernière.

Q21. Habituellement, à quelle heure rejoignez-vous votre domicile après avoir quitté votre travail en fin de journée ?

★ Enquêteur : si les horaires sont irréguliers prendre la semaine dernière.

Q22. Disposez-vous d'au moins 48 heures consécutives de repos au cours d'une semaine ?

- 1 Oui
2 Non, jamais
3 Non, pas toujours

Q23. Combien de salariés au total y a-t-il dans votre établissement, vous y compris ?

★ Enquêteur : il s'agit de la taille de l'établissement.

- 1
2 à 5
6 à 9
10 à 19
20 à 49
50 à 99
100 à 199
200 à 499
500 à 999
1000 et plus

Q24. Votre travail affecte-t-il votre santé ?

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

◆ *Si oui*

Q25. En quoi votre travail affecte-t-il votre santé ?

★ Enquêteurs : plusieurs réponses possibles. Passer en « oui/hon ». Avez-vous en ce moment... ?

- 1 Oui
2 Non
Oui, problèmes d'audition dus à votre travail
Oui, problèmes d'yeux
Oui, problèmes de peau
Oui, mal de dos dû à votre travail
Oui, maux de tête
Oui, douleurs d'estomac
Oui, douleurs musculaires dans les épaules et le cou dues à votre travail
Oui, douleurs musculaires dans les membres supérieurs
Oui, douleurs musculaires dans les membres inférieurs
Oui, difficultés respiratoires
Oui, maladies de cœur dues à votre travail
Oui, blessures
Oui, stress

Oui, fatigue générale
 Oui, problèmes d'insomnies dus à votre travail
 Oui, allergies
 Oui, anxiété
 Oui, irritabilité
 Oui, traumatisme dû à votre travail
 Autre

Q26. Êtes-vous très satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait ou pas du tout satisfait par vos conditions de travail ?

- 1 Très satisfait
- 2 Plutôt satisfait
- 3 Plutôt pas satisfait
- 4 Pas du tout satisfait
- 5 NSP

Q27. Diriez-vous de votre travail...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout
- 5 NSP

Qu'il est fatiguant nerveusement ?
 Qu'il est fatiguant physiquement ?

◆ *Si 17 ans et moins, et scolarisé ou apprentissage*

Q28. Que pensez-vous de l'école cette année ?

- 1 Vous aimez beaucoup
- 2 Vous aimez un peu
- 3 Vous n'aimez pas beaucoup
- 4 Vous n'aimez pas du tout
- 5 NSP

◆ *Si 18 ans et plus, et scolarisé ou apprentissage*

Q29. Que pensez-vous de vos études cette année ?

- 1 Vous aimez beaucoup ce que vous faites
- 2 Vous aimez un peu ce que vous faites
- 3 Vous n'aimez pas beaucoup ce que vous faites
- 4 Vous n'aimez pas du tout ce que vous faites
- 5 NSP

◆ *Si moins de 20 ans scolarisé ou apprentissage*

Q30. Au cours des douze derniers mois, c'est-à-dire depuis (octobre, novembre, décembre) 2003, vous est-il arrivé :

- 1 D'arriver en retard
- 2 De sécher les cours
- Non
- Oui, une fois
- Oui, deux fois
- Oui, trois fois ou plus
- NSP

◆ *Si travaille ou en formation continue ou en stage d'insertion ou contrat d'apprentissage*

Q31. Vous sentez-vous capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans ? (ou jusqu'à la retraite pour les plus de 60 ans)

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Oui, plutôt
- 3 Non, plutôt pas
- 4 Non, pas du tout
- 5 NSP

Q32. Vous arrive-t-il qu'il vous soit impossible de respecter à la fois la qualité et les délais imposés dans votre travail ?

- 1 Toujours
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais

Q33. Votre travail vous permet-il d'apprendre des choses nouvelles ?

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Oui, plutôt
- 3 Non, plutôt pas
- 4 Non, pas du tout
- 5 NSP

Q34. Êtes-vous obligé de vous dépêcher dans le cadre de votre travail ?

- 1 Toujours
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais

Q35. En général, dans la vie, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux difficultés ? (À tous)

- 1 Très bonne
- 2 Plutôt bonne
- 3 Passable
- 4 Plutôt mauvaise
- 5 Très mauvaise

Q36. Les gens utilisent différentes façons de faire face au stress. Pouvez-vous me dire comment personnellement vous y faites face ? Pour faire face au stress...

- 1 souvent
 - 2 parfois
 - 3 rarement
 - 4 jamais
 - 5 non concerné
- Vous en parlez à des personnes
 Vous évitez la compagnie
 Vous mangez plus que d'habitude
 Vous fumez plus que d'habitude

Vous consommez plus d'alcool que d'habitude
 Vous consommez d'autres drogues
 ♦ (Si oui faire préciser lesquelles)
 Vous consommez des médicaments
 Vous faites de l'exercice physique (marche, jogging, natation, stretching, etc.)

Q37. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous senti nerveux(se) ou stressé(e) ?

- 1 Oui
- 2 Non

♦ Si stressé(e).

Q38. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux(se) ou stressé(e) ?

- 1 Jamais
- 2 Presque jamais
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Souvent

♦ Si stressé(e).

Q39. Vous vous êtes senti stressé(e), pensez-vous que c'est plutôt en rapport avec...

★ Enquêteur : plusieurs réponses possibles.

♦ (Si la personne travaille)

- 1 Votre vie professionnelle
- ♦ (Si la personne est à l'école/université)
- 2 Votre scolarité
- 3 Votre situation professionnelle
- 4 Votre vie personnelle
- 5 Ne sait pas

Qualité de vie

Un tiers de l'échantillon a répondu au questionnaire Duke, un tiers au Whoqol et un tiers à ces deux questionnaires de qualité de vie.

Duke (Q40 à Q43)

Q40. Nous allons maintenant aborder une série de propositions et de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Pour chacune des formules que je vais vous proposer, dites-moi si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas ou que cela n'est pas votre cas.

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tout à fait votre cas
- 2 À peu près votre cas
- 3 Cela n'est pas votre cas/Cela n'est pas du tout votre cas

- 4 NSP
 Je me trouve bien comme je suis
 Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre
 Au fond, je suis bien portant (au niveau de la santé et non du poids)
 Je me décourage trop facilement
 J'ai du mal à me concentrer
 Je suis content(e) de ma vie de famille
 Je suis à l'aise avec les autres

Q41. Diriez-vous qu'aujourd'hui – au moment de l'interview

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Beaucoup
- 4 NSP
 Vous auriez du mal à monter un étage à pied ?
 ♦ (Si les jeunes ne comprennent pas :
 Avez-vous une incapacité physique vous empêchant de monter un étage ?)
 Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres ?

Q42. Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Beaucoup
- 4 NSP
 Vous avez eu des problèmes de sommeil ?
 Vous avez eu des douleurs quelque part ?
 Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e) ?
 Vous avez été triste ou déprimé(e) ?
 Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se) ?
 ♦ (Si moins de 18 ans uniquement)
 Vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école ?
 ♦ (Si plus de 17 ans uniquement)
 Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites ?
 Vous avez eu des activités soit de groupe soit de loisir comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées ?

Q43. Est-ce qu'au cours des huit derniers jours, vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident) ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, 1 à 4 jours
- 3 Oui, 5 à 7 jours
- 4 NSP

Whoqol (Q44 à Q69)**Q44. Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?**

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très mauvaise
- 2 Mauvaise
- 3 Ni bonne, ni mauvaise
- 4 Bonne
- 5 Très bonne

Q45. Êtes-vous satisfait de votre santé ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q46. Actuellement, une douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Complètement

Q47. Un traitement médical vous est-il nécessaire dans votre vie de tous les jours ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Complètement

Q48. Trouvez-vous la vie agréable ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Complètement

Q49. Vos croyances (convictions) personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Complètement

Q50. Êtes-vous capable de vous concentrer ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Tout à fait

Q51. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Tout à fait

Q52. Votre environnement est-il sain du point de vue de la pollution, du bruit, de la salubrité, etc. ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Tout à fait

Q53. Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q54. Acceptez-vous votre apparence physique ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q55. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q56. Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout

- 2 Un peu
3 Modérément
4 Suffisamment
5 Tout à fait
-
- Q57. Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout
2 Un peu
3 Modérément
4 Suffisamment
5 Tout à fait
-
- Q58. Comment trouvez-vous votre capacité (physique) à vous déplacer seul ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Très mauvaise
2 Mauvaise
3 Ni bonne, ni mauvaise
4 Bonne
5 Très bonne
-
- Q59. Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout satisfait
2 Pas satisfait
3 Ni satisfait, ni insatisfait
4 Satisfait
5 Très satisfait
-
- Q60. Êtes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout satisfait
2 Pas satisfait
3 Ni satisfait, ni insatisfait
4 Satisfait
5 Très satisfait
-
- Q61. Êtes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout satisfait
2 Pas satisfait
3 Ni satisfait, ni insatisfait
4 Satisfait
5 Très satisfait
-
- Q62. Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout
2 Un peu
3 Modérément
4 Beaucoup
5 Extrêmement
-
- Q63. Êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout satisfait
2 Pas satisfait
3 Ni satisfait, ni insatisfait
4 Satisfait
5 Très satisfait
- ◆ Si 18 ans et plus uniquement
-
- Q64. Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout satisfait
2 Pas satisfait
3 Ni satisfait, ni insatisfait
4 Satisfait
5 Très satisfait
-
- Q65. Êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout satisfait
2 Pas satisfait
3 Ni satisfait, ni insatisfait
4 Satisfait
5 Très satisfait
-
- Q66. Êtes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout satisfait
2 Pas satisfait
3 Ni satisfait, ni insatisfait
4 Satisfait
5 Très satisfait
-
- Q67. Avez-vous facilement accès aux soins (médicaux) dont vous avez besoin ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout
2 Un peu
3 Modérément
4 Suffisamment
5 Tout à fait
-
- Q68. Êtes-vous satisfait de vos moyens de transport ?**
★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Pas du tout satisfait
2 Pas satisfait
3 Ni satisfait, ni insatisfait
4 Satisfait
5 Très satisfait

Q69. **Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?**

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Très souvent
- 5 Toujours

Sources d'information

Q70. **Au cours des douze derniers mois, avez-vous appelé une ligne téléphonique concernant la santé ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q71. **Quel(s) était(ent) le ou les noms de ces lignes ?**

◆ *Question ouverte précodée*

- 1 Tabac info service
- 2 Tabac alcool drogue info service (= Drogue info service)
- 3 Sida info service
- 4 Fil santé jeunes
- 5 Suicide écoute
- 6 SOS suicide Phénix
- 7 Cancers info service
- 8 Hépatites info service
- 9 Maladies rares info service
- 10 Écoute handicap moteur
- 11 Écoute fin de vie
- 12 Cannabis info service
- 13 Alcool info service
- 14 Allo diabète
- 15 Autisme France
- 16 SOS viols femmes informations
- 17 Médecin de famille/Sécurité Sociale/mutuelle
- 18 Autres (préciser)

◆ *Si 12-18 ans uniquement*

Q72. **Concernant vos parents ou les adultes qui s'occupent de vous, diriez-vous qu'ils (très souvent, assez souvent, parfois, jamais, NSP)**

◆ *(Ordre aléatoire)*

- 1 Veulent savoir où vous êtes et ce que vous faites
- 2 Vous félicitent
- 3 Vous disent à quelle heure rentrer quand vous sortez
- 4 Oublient vite un règlement qu'ils ont établi
- 5 Écoutent vos idées et vos opinions

◆ *Si 12-25 ans uniquement*

Q73. **Est-ce facile pour vous de parler de choses qui vous préoccupent vraiment aux personnes suivantes (très facile, facile, difficile, très difficile; vous n'en avez pas ou vous ne voyez pas ces personnes, NSP)**

- 1 À votre père
- 2 À votre mère
- 3 À votre beau-père
- 4 À votre belle-mère
- 5 À un frère
- 6 À une sœur
- 7 À un ami du même sexe
- 8 À un ami du sexe opposé
- 9 À un patron ou un collègue de travail (selon la situation professionnelle)
- 10 À un instituteur ou professeur ou conseiller d'éducation (selon la situation scolaire)
- 11 À un psychiatre, psychologue, psychothérapeute

Activité physique

Un tiers de l'échantillon a répondu au questionnaire *Activité physique a* et un tiers de l'échantillon a répondu au questionnaire *Activité physique b*.

Activité physique a

Nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous avez faites au cours des sept derniers jours au travail, dans votre maison ou votre jardin, pour vos déplacements et pendant votre temps libre. Considérons d'abord les activités intenses qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez *seulement* aux activités que vous avez effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

Q74. **Au cours des sept derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ? Merci de ne pas inclure la marche.**
... jours par semaine

Q75. **En général, combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités intenses au cours de l'un de ces jours ? (un jour moyen)**
... heures et ... minutes par jour

Passons maintenant aux activités modérées qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez *seulement* aux activités que vous avez effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

Q76. Au cours des sept derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ? Merci de ne pas inclure la marche.
... jours par semaine

Q77. En général, combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités modérées au cours de l'un de ces jours ? (un jour moyen)
... heures et... minutes par jour

Passons maintenant à la marche. Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs.

Q78. Au cours des sept derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez marché affilée ?
... jours par semaine

Q79. En général, combien de temps avez-vous marché au cours de l'un de ces jours ?
... heures et ... minutes par jour

Q80. En général, à quelle allure avez-vous marché ? Vous avez marché à :

- 1 Une allure vive, qui vous fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement
- 2 Une allure modérée, qui vous fait respirer un peu plus difficilement que normalement
- 3 Une allure lente, qui n'entraîne pas de modification de votre respiration.

Passons enfin au temps que vous avez passé assis pendant un jour de semaine (week-end exclu), au cours des sept derniers jours. Cela comprend le temps passé assis au travail, à la maison, lorsque vous étudiez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, dans les transports, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision ou utiliser un ordinateur.

Q81. Au cours des sept derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis pendant une journée habituelle ?
... heures et... minutes par jour

Activité physique b

Nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous avez faites hier au travail, dans votre maison ou votre jardin, pour vos déplacements et pendant votre temps libre. Considérons d'abord les activités intenses qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez *seulement* aux activités que vous avez effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

Q82. Hier, avez-vous fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ? Merci de ne pas inclure la marche.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q83. Combien de temps avez-vous passé à pratiquer ces activités intenses hier ?
... heures et... minutes

Passons maintenant aux activités modérées qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez *seulement* aux activités que vous avez effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

Q84. Hier, avez-vous fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ? Merci de ne pas inclure la marche.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q85. Combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités modérées hier ?
... heures et ... minutes

◆ *Si la personne a déclaré avoir pratiqué une activité intense et/ou modérée*

Q86. Parmi ces activités intenses et modérées, avez-vous pratiqué un sport ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q87. Combien de temps avez-vous passé à faire du sport ?

... heures et... minutes

Passons maintenant à la marche.

Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs.

Q88. Hier, avez-vous marché pendant au moins dix minutes d'affilée ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q89. Combien de temps avez-vous marché ?

... heures et... minutes

Q90. À quelle allure avez-vous marché ? Vous avez marché à :

- 1 Une allure vive, qui vous fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement
- 2 Une allure modérée, qui vous fait respirer un peu plus difficilement que normalement
- 3 Une allure lente, qui n'entraîne pas de modification de votre respiration

Passons enfin au temps que vous avez passé assis. Cela comprend le temps passé assis au travail, à la maison, lorsque vous étudiez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, dans les transports, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision ou utiliser un ordinateur.

Q91. Hier, combien de temps avez-vous passé assis ?

... heures et... minutes

Q92. Combien de temps avez-vous passé à lire hier ?

... heures et... minutes

Q93. Combien de temps avez-vous regardé la télé hier ?

... heures et... minutes

Q94. Combien de temps avez-vous passé devant un ordinateur, y compris pour Internet, ou sur une console de jeux vidéo, en comptant le temps passé chez vous et sur votre lieu de travail ou d'étude ?

... heures et... minutes

Q95. Au cours des sept derniers jours, avez-vous pratiqué un sport ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si non*

Q96. Habituellement faites-vous du sport ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si la personne déclare faire du sport,*

Q97. En faites-vous en club (ou association sportive scolaire) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si la personne déclare ne pas faire de sport*

Q98. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne pratiquez pas d'activité sportive ?

◆ *Question ouverte précodée.*

- 1 N'aime pas cela
- 2 Contrainte de santé (dont les blessures sportives)
- 3 Contrainte professionnelle
- 4 Contrainte liée à l'âge
- 5 Manque de temps
- 6 Autre

Vaccinations

◆ *Si 15 ans ou plus*

Q99. Êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt pas favorable ou pas du tout favorable aux vaccinations en général ?

★ *Enquêteur : énumérer.*

- 1 Très favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt pas favorable
- 4 Pas du tout favorable
- 5 NSP

◆ *Si défavorable à la vaccination en général*

Q100. Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ? Lesquelles ?

◆ *Multiple*

★ *Enquêteur : ne rien suggérer - plusieurs réponses possibles.*

- 1 BCG
 2 Choléra
 3 DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
 4 Fièvre jaune
 5 Grippe
 6 Hépatite A
 7 Hépatite B
 8 Leptospirose
 9 Méningite (*Hæmophilus influenzae B*)
 10 Méningococcie
 11 Oreillons
 12 Pentacoq (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-*Hæmophilus influenzae B*)
 13 Rage
 14 Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)
 15 Rougeole
 16 Rubéole
 17 Tétanos
 18 TP (Tétanos-Poliomyélite)
 19 Typhoïde (Typhim/TAB)
 20 Varicelle
 21 Autres vaccinations (précisez)
 22 À toutes, aux vaccinations en général
 23 NSP
-
- Q101. Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?**
 1 Oui, vous en êtes sûr
 2 Vous le pensez mais vous n'en êtes pas complètement sûr
 3 Probablement pas
 4 Certainement pas
-
- Q102. En quelle année a eu lieu votre dernière vaccination ?**
 ★ Enquêteur : pas de relance sur les NSP – l'interviewé ne doit pas aller chercher son carnet de santé ou demander à ses parents, son épouse, etc.
 ◆ Si NSP
-
- Q103. Était-ce au cours des cinq dernières années ?**
 1 Oui
 2 Non
 3 NSP
 ◆ Si NSP
-
- Q104. Était-ce au cours des dix dernières années ?**
 1 Oui
 2 Non
 3 NSP
-
- Q105. Quelle était cette dernière vaccination ?**
 ★ Enquêteur : ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles – il est possible d'être vacciné pour deux vaccins différents le même jour : par exemple, DTP et typhoïde.
 1 BCG
- 2 Choléra
 3 DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
 4 Fièvre jaune
 5 Grippe
 6 Hépatite A
 7 Hépatite B
 8 Leptospirose
 9 Méningite (*Hæmophilus influenzae B*)
 10 Méningococcie
 11 Oreillons
 12 Pentacoq (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-*Hæmophilus influenzae B*)
 13 Rage
 14 Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)
 15 Rougeole
 16 Rubéole
 17 Tétanos
 18 TP (Tétanos-Poliomyélite)
 19 Typhoïde (Typhim/TAB)
 20 Varicelle
 21 Autre 1 (précisez)
 22 Autre 2 (précisez)
 23 Autre 3 (précisez)
 24 Autre 4 (précisez)
 25 NSP
-
- Q106. Qui a décidé de faire la/le... (Pour chaque vaccination)**
 ★ Enquêteur : ne rien suggérer. Une seule réponse possible.
 1 Votre médecin de famille
 2 Le médecin scolaire/universitaire ou l'infirmière de santé scolaire/universitaire
 3 La médecine du travail
 4 Vous-même
 5 Votre père/votre beau-père
 6 Votre mère/votre belle-mère
 7 Vos deux parents
 8 Le médecin de l'armée
 9 Un autre médecin
 10 Autres (précisez)
 11 NSP
 BCG
 Choléra
 DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
 Fièvre jaune
 Grippe
 Hépatite A
 Hépatite B
 Leptospirose
 Méningite (*Hæmophilus influenzae B*)
 Méningococcie
 Oreillons
 Pentacoq (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-*Hæmophilus influenzae B*)
 Rage
 Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)
 Rougeole

Rubéole
Tétanos
TP (Tétanos-Poliomyélite)
Typhoïde (Typhim/TAB)
Varicelle
Autre vaccination 1
Autre vaccination 2
Autre vaccination 3
Autre vaccination 4

◆ *Si la personne a un enfant de moins de 16 ans*

Q107. Avez-vous déjà fait vacciner votre enfant de xx ans contre la rougeole, les oreillons, la rubéole par la vaccination triple Rougeole-Oreillons-Rubéole ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
- Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans

◆ *Si non à Q107*

Q108. En avez-vous l'intention ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
- Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans

◆ *Si la personne a un enfant de moins de 7 ans*

Q109. Avez-vous entendu parler du fait qu'il est désormais recommandé de faire vacciner une seconde fois son enfant contre le Rougeole-Oreillons-Rubéole s'il est âgé entre 3 et 6 ans ?

★ Enquêteur : ROR=Rougeole-Oreillons-Rubéole.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui à la question précédente et si la personne a un enfant de 3 à 6 ans*

Q110. Avez-vous fait ou avez-vous l'intention de faire la deuxième dose Rougeole-Oreillons-Rubéole pour...

- 1 Oui, a déjà eu la deuxième dose
- 2 Oui, intention de faire la deuxième dose
- 3 Non
- 4 NSP

★ Votre enfant de xx ans

Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans
 Votre enfant de xx ans

◆ *Si au moins un non à la question précédente*

Q111. L'un de vos enfants n'a pas eu le vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole, quelle est la raison qui correspond le plus à votre situation ? Était-ce...

★ Enquêteur : énumérer - une seule réponse possible.

- 1 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez refusé
- 2 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez oublié de le faire
- 3 Le médecin a contre-indiqué le vaccin ROR pour cet enfant
- 4 Le médecin a dit que la vaccination ROR n'était pas utile pour cet enfant
- 5 Le médecin ne vous l'a pas proposé
- 6 Ou était-ce parce que l'enfant était partiellement vacciné
- 7 Vous n'avez pas vu de médecin pour cette question
- 8 Le médecin vous a dit qu'une seule dose était suffisante
- 9 Autre (préciser)
- 10 NSP

◆ *Si le médecin l'a proposé mais que la personne a refusé*

Q112. Vous avez refusé le vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole pour cet enfant, quelle est la raison principale ?

★ Enquêteur : énumérer - une seule réponse possible.

- 1 Vous êtes opposé(e) aux vaccinations
- 2 Vous craignez des complications suite au vaccin
- 3 Ce vaccin n'est pas utile
- 4 Il y a trop de vaccins à faire

- 5 Ces trois maladies (rougeole, oreillons, rubéole) sont bénignes
- 6 Ces trois maladies n'existent pratiquement plus
- 7 Ces maladies sont utiles car elles favorisent l'immunité naturelle de l'enfant
- 8 Autre (préciser)
- 9 NSP

Conduites alimentaires

Q113. Quel est votre poids ?

★ Enquêteur : noter en clair en kilogrammes. Si NSP coder 999. Si la personne est une femme, dire « si vous êtes enceinte, veuillez donner votre poids avant votre grossesse ».
... kg

Q114. Quelle est votre taille ?

★ Enquêteur : noter la taille en centimètres. Si NSP coder 999.
Exemple : 1 m 50=150 centimètres.
... cm

Q115. Vous trouvez-vous :

- ★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Beaucoup trop maigre
 - 2 Un peu trop maigre
 - 3 À peu près du bon poids
 - 4 Un peu trop gros(se)
 - 5 Beaucoup trop gros(se)
 - 6 NSP

Q116. Au cours des douze derniers mois, est-ce qu'il vous est arrivé... ?

- ★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Jamais
 - 2 Rarement
 - 3 Assez souvent
 - 4 Très souvent
 - 5 NSP
- De manger énormément avec de la peine à vous arrêter
De vous faire vomir volontairement
De redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter
De manger en cachette
De n'avoir aucune envie de manger
De manquer d'appétit

Tabac

Nous allons maintenant vous parler du tabac.

Q117. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si fumeur

Q118. Fumez-vous...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
- Du tabac à rouler
Des cigarettes
Des cigarillos
Des cigares
La pipe

◆ Si fumeur

Q119. Consommez-vous du tabac à chiquer

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si non fumeur

Q120. Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui question précédente

Q121. Avez-vous fumé...

★ Enquêteur : énumérer
occasionnellement=quel que soit la durée.

- 1 Juste une fois pour essayer
- 2 Occasionnellement (ou quotidiennement mais pendant moins de six mois)
- 3 Quotidiennement pendant au moins six mois
- 4 Ne se souvient pas

◆ Si ex-fumeur

Q122. Fumiez-vous...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
- Du tabac à rouler
Des cigarettes
Des cigarillos
Des cigares
La pipe

- ◆ *Si ex-fumeur*
- Q123. Consommez-vous du tabac à chiquer**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP

- Q124. Fumez-vous/fumiez-vous tous les jours ?**
- 1 Oui
 - 2 Non

◆ *Si fume du tabac à rouler (poser également aux ex-fumeurs)*

- Q125. Combien de cigarettes de tabac à rouler fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne ?**
- ★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigarettes. Sans compter les cigarettes, les cigares, les cigarillos, les pipes et le tabac à chiquer.
- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
 - 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
 - 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
 - 4 Par an (préciser le nombre de fois)
 - 5 NSP

◆ *Si fume des cigarettes (poser également aux ex-fumeurs)*

- Q126. Combien de cigarettes fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne (sans compter les cigarettes de tabac à rouler) ?**
- ★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigarettes. Sans compter les cigarettes roulées, les cigares, les cigarillos, les pipes et le tabac à chiquer.
- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
 - 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
 - 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
 - 4 Par an (préciser le nombre de fois)
 - 5 NSP

◆ *Si fume des cigarillos (poser également aux ex-fumeurs)*

- Q127. Combien de cigarillos fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne ?**
- ★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigarillos.
- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
 - 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
 - 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
 - 4 Par an (préciser le nombre de fois)
 - 5 NSP

◆ *Si fume des cigares (poser également aux ex-fumeurs)*

- Q128. Combien de cigares fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne ?**
- ★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigares.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

◆ *Si fume la pipe (poser également aux ex-fumeurs)*

- Q129. Combien de pipes fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne ?**
- ★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de pipes.
- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
 - 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
 - 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
 - 4 Par an (préciser le nombre de fois)
 - 5 NSP

◆ *Si chique du tabac (poser également aux ex-fumeurs)*

- Q130. Combien de fois chiquez-vous (chiquez-vous) du tabac en moyenne ?**
- ★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de tabac à chiquer.
- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
 - 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
 - 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
 - 4 Par an (préciser le nombre de fois)
 - 5 NSP

◆ *Si fumeur ou ex-fumeur*

- Q131. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous (fumiez-vous) votre première cigarette ?**
- ★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Dans les 5 premières minutes
 - 2 Entre 6 et 30 minutes
 - 3 Entre 31 et 60 minutes
 - 4 Après 60 minutes
 - 5 Ne fume pas le matin
 - 6 NSP

◆ *Si la personne ne fume pas mais déclare avoir fumé au cours de sa vie*

- Q132. Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?**
- 1 Jours
 - 2 Mois
 - 3 Années
 - 4 NSP

◆ *Si fumeur*

- Q133. Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP

◆ *Si oui*

Q134. Avez-vous un projet précis d'arrêter de fumer ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q135. Avez-vous le projet d'arrêter...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Dans le mois à venir
- 2 Dans les six prochains mois
- 3 Dans les douze prochains mois
- 4 Dans un avenir non déterminé
- 5 NSP

◆ *Si la personne déclare avoir envie de s'arrêter de fumer*

Q136. Envisagez-vous d'arrêter de fumer seul ou avec l'aide d'un médecin ?

- 1 Seul
- 2 Avec l'aide d'un médecin
- 3 Avec l'aide de quelqu'un d'autre
- 4 NSP

◆ *Si la personne déclare avoir envie de s'arrêter de fumer*

Q137. Comment envisagez-vous d'arrêter de fumer ?

★ Enquêteur : énumérer – plusieurs réponses possibles.

- 1 Arrêt volontaire radical
- 2 Arrêt volontaire par réduction progressive de la consommation
- 3 Psychothérapie ou soutien psychologique
- 4 Acupuncture
- 5 Auriculothérapie
- 6 Gomme à mâcher
- 7 Patch antitabac
- 8 Zyban®
- 9 Autres traitements (préciser)
- 10 Autres (préciser)
- 11 NSP

◆ *Si fumeur (cigarettes, roulées, cigarillos, cigares, pipes, tabac à chiquer)*

Q138. Avez-vous déjà arrêté de fumer au moins une semaine ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui Q138*

Q139. Combien de fois en tout ? (tentative d'au moins une semaine)

★ Enquêteur : essayer d'obtenir un nombre approximatif. Si NSP : coder 99.

... fois

◆ *Si fumeur et tentative d'arrêt*

Q140. Combien de temps a duré la tentative la plus longue ?

★ Enquêteur : ne pas compter la tentative qui aurait lieu au moment de l'interview.

- 1 Jours
- 2 Mois
- 3 Années
- 4 NSP

◆ *Si fumeur ou déjà essayé*

Q141. À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

...ans

◆ *Si NSP à la question précédente*

Q142. Était-ce plutôt... ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 NSP

◆ *Si fumeur régulier ou ancien fumeur régulier pendant au moins six mois (régulier=au moins trente par mois)*

Q143. À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?

★ Enquêteur : si ne sait pas coder 99. Si jamais coder 98.

... ans

◆ *Si NSP à la question précédente*

Q144. Était-ce plutôt... ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 NSP

◆ *Si ancien fumeur ou fumeur ayant arrêté au moins une semaine*

Q145. Quelles sont les principales raisons qui vous ont poussé à arrêter de fumer ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles.

- 1 Naissance d'un enfant/une grossesse
- 2 Peur de tomber malade
- 3 Campagnes de lutte contre le tabagisme
- 4 Famille
- 5 Entourage autre que familial (amis, collègues)
- 6 Interdiction de fumer dans certains endroits
- 7 Prix des cigarettes
- 8 Événement de votre vie particulier (décès, séparation, voyage)

- 9 Avoir déjà une maladie ou problème de santé lié au tabac
- 10 Avoir déjà une maladie ou problème de santé non lié au tabac
- 11 Proche ou ami atteint d'une maladie due au tabac
- 12 Se défaire de la dépendance
- 13 Avoir une bonne condition physique
- 14 Prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé
- 15 Éviter de gêner un proche ou son conjoint
- 16 Lassitude
- 17 Saturation générale à l'égard du tabac (image sociale, enfant)
- 18 Odeur du tabac
- 19 Autres (préciser)
- 20 Aucune raison particulière
- 21 NSP

◆ *Si fumeur*

Q146. Vous arrive-t-il de fumer dans les zones non-fumeurs, je dis bien les zones non-fumeurs ?

★ Enquêteur : énumérer – répéter « les zones non-fumeurs » une fois sur deux.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Non concerné
- 4 NSP

◆ *(Si la personne travaille)*

Sur votre lieu de travail ?

◆ *(Si la personne est lycéenne, étudiante, à l'école)*

À l'école, au lycée, à l'université ?

Dans les trains ?

Dans les autres transports ?

Dans les restaurants ?

Dans les bars, les cafés ?

Dans les lieux publics couverts en

général (*gare, aéroport, La Poste*) ?

Dans les hôpitaux ?

Q147. Est-ce que la fumée des autres vous gêne ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, beaucoup
- 2 Oui, un peu
- 3 Non, pas du tout
- 4 NSP

Q148. Y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre domicile ?

★ Enquêteur : aux fumeurs « vous y compris ».

- 1 Oui, régulièrement
- 2 Oui, de temps en temps
- 3 Non, rarement
- 4 Non, jamais
- 5 NSP

Q149. Estimez-vous que les zones non-fumeurs sont bien respectées ?

★ Enquêteur : énumérer – répéter « zones non-fumeurs » une fois sur deux.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Non concerné
- 4 NSP

◆ *(Si la personne travaille)*

Sur votre lieu de travail ?

◆ *(Si la personne est lycéenne, étudiante, à l'école)*

À l'école, au lycée, à l'université ?

Dans les trains ?

Dans les autres transports ?

Dans les restaurants ?

Dans les bars, les cafés ?

Dans les lieux publics couverts en

général (*gare, aéroport, La Poste*) ?

Dans les hôpitaux ?

Q150. Voici des opinions que l'on peut entendre à propos du tabac. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

- 1 Les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue
- 2 Les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent
- 3 Fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe
- 4 Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac
- 5 À l'heure actuelle, on est moins bien accepté quand on est fumeur
- 6 Il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs

Alcool

Passons à un autre sujet.

Q151. Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type alcool ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si non ou NSP à la question précédente*

Q152. Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Pour ceux ayant déjà bu une boisson alcoolisée ou peu alcoolisée (Audit C 1/3)*

Q153. Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu :

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tous les jours
- 2 Quatre fois par semaine ou plus
- 3 Deux ou trois fois par semaine
- 4 Une fois par semaine
- 5 Deux à quatre fois par mois
- 6 Une fois par mois ou moins souvent
- 7 Jamais
- 8 NSP

Du vin (blanc, rosé, rouge)

De la bière

Des alcools forts (vodka, pastis, whisky ou whisky coca, planteur, punch, etc.)

D'autres alcools comme du cidre, champagne, porto, etc.

◆ *Pour ceux ayant bu une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois (Audit C 2/3)*

Q154. Au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type alcool ?

- 1 1 ou 2 verres
- 2 3 ou 4
- 3 5 ou 6
- 4 7 à 9
- 5 10 et plus
- 8 NSP

Parlons maintenant des différents types d'alcool.

◆ *Pour ceux qui boivent de l'alcool, quel que soit le type d'alcool (de tous les jours à moins souvent)*

Q155. Au cours des sept derniers jours, avez-vous bu de l'alcool que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type alcool ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tous les jours
- 2 3 à 6 jours sur les sept derniers jours
- 3 1 à 2 jours sur les sept derniers jours
- 4 Non
- 5 NSP

◆ *Pour ceux qui boivent l'alcool considéré (de tous les jours à moins souvent)*

Q156. Au cours des sept derniers jours, avez-vous bu :

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tous les jours
- 2 3 à 6 jours sur les sept derniers jours
- 3 1 à 2 jours sur les sept derniers jours

4 Non

5 NSP

Du vin ? (blanc, rosé, rouge)

De la bière ?

Des alcools forts ? (vodka, pastis, whisky ou whisky coca, planteur, punch, etc.)

D'autres boissons alcoolisées ?

(cidre, champagne, porto, etc.)

◆ *Pour ceux ayant bu l'alcool considéré (de 1 à 6 jours dans la semaine)*

Q157. En avez-vous bu exclusivement le week-end, c'est-à-dire vendredi soir, samedi ou dimanche ?

1 Oui

2 Non

3 NSP

Du vin (blanc, rosé, rouge)

De la bière

Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch, etc.)

D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto, etc.)

◆ *Pour ceux ayant déjà bu une boisson alcoolisée ou peu alcoolisée*

Q158. En dehors d'aujourd'hui, quel est le dernier jour pendant lequel vous avez bu de l'alcool ?

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Dimanche

Q159. Combien de verres d'alcool avez-vous bu ce jour-là ?

... verres

◆ *Pour ceux ayant bu de la bière au cours des sept derniers jours*

Q160. Combien de cannettes de bière de 33 cl ?

... cannettes

◆ *Pour ceux ayant bu de la bière au cours des sept derniers jours*

Q161. Combien de cannettes de bière de 50 cl ?

... cannettes

◆ *Pour ceux ayant bu l'alcool considéré (de 1 à 6 jours dans la semaine)*

Q162. Samedi dernier, combien de verre avez-vous bu....

1 De vin (blanc, rosé, rouge)

2 De la bière

- 3 Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch, etc.)
4 D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto, etc.)
-
- Q163. À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion ? (Audit C 3/3)**
- 1 Jamais
 - 2 Moins d'une fois par mois
 - 3 Une fois par mois
 - 4 Une fois par semaine
 - 5 Tous les jours ou presque
- Une personne sur deux de l'échantillon a répondu au questionnaire Deta.
- Deta (Q164 à Q167)**
-
- Q164. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
-
- Q165. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?**
★ Enquêteur : il s'agit d'une consommation élevée.
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
-
- Q166. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
-
- Q167. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
-
- Q168. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été ivre ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP

◆ Si oui à Q168

Q169. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre ?

★ Enquêteur : si ne sait pas coder 999, si tous les jours coder 365.
... fois

Q170. À quel âge avez-vous été ivre pour la première fois au cours de votre vie ?

... ans

◆ Si NSP

Q171. Était-ce... ?

- 1 avant 11 ans
- 2 à 12-13 ans
- 3 à 14-15 ans
- 4 à 16-17 ans
- 5 à 18-19 ans
- 6 à 20-25 ans
- 7 à 26-34 ans
- 8 plus tard

Q172. Savez-vous ce qu'est un prémix (ou alcopop) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui à Q172

Q173. En consommez-vous ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si non à Q172

Q174. Il s'agit de nouvelles boissons alcoolisées aromatisées sucrées. En consommez-vous ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q175. Connaissez-vous l'avertissement « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé. Consommez avec modération » ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q176. Le trouvez-vous...

- Très efficace
Plutôt efficace
Plutôt pas efficace
Pas du tout efficace
...pour inciter les consommateurs d'alcool à réduire leur consommation ?

Santé mentale

◆ Deux tiers de l'échantillon ont répondu au questionnaire Cidi-SF (15 ans et plus uniquement).

Je vais maintenant vous poser des questions sur la façon dont moralement vous vous sentez.

Cidi-SF

Q177. Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu une période d'au moins un mois où vous étiez très soucieux, tendu ou anxieux la plupart du temps ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q178. Dans une situation donnée, tout le monde ne s'inquiète pas de la même manière. Durant les douze derniers mois, avez-vous eu le sentiment de vous faire plus de soucis que la plupart des gens dans la même situation ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si oui à Q177 ou Q178, poser Q179 à Q181

Q179. Cette période est-elle terminée ou est-elle encore en cours ?

- 1 Terminé
- 2 Encore en cours

Q180. Au cours de votre vie, avez-vous eu une période d'au moins quatre jours où vous étiez heureux(se) ou excité(e) ? Si oui, était-ce à tel point que cela vous a causé des ennuis, que votre famille ou vos amis se sont inquiétés, ou qu'un médecin vous a dit que vous traversiez une phase d'excitation ou de manie ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q181. Avez-vous eu une période d'au moins quatre jours où vous étiez particulièrement irritable au point de protester contre tout, de chercher querelle, d'insulter ou de frapper quelqu'un ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ À tout le monde

Q182. Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives

pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si la personne dit spontanément qu'elle est sous antidépresseur, aller en Q221.

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses.

◆ Si oui à la question précédente

Q183. Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé, sans espoir durait généralement :

- 1 Toute la journée
- 2 Pratiquement toute la journée
- 3 Environ la moitié de la journée
- 4 Moins de la moitié

Q184. Pendant ces deux semaines, ce sentiment arrivait-il ?

- 1 Chaque jour
- 2 Presque chaque jour
- 3 Moins souvent

Q185. Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q186. Pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisée(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q187. Pendant cette même période, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir, ou votre poids est-il resté stable ?

- 1 Vous avez pris du poids
- 2 Vous avez perdu du poids
- 3 Votre poids n'a pas changé

Q188. Combien avez-vous pris de kilos ?

Q189. Combien avez-vous perdu de kilos ?

Q190. Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q191. **Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :**

- 1 Chaque nuit
- 2 Presque chaque nuit
- 3 Moins souvent

Q192. **Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q193. **Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q194. **Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q195. **Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines pendant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?**

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si la personne dit spontanément qu'elle était sous antidépresseurs, aller en Q221.*

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où la perte d'intérêt pour tout était la plus intense.

Q196. **Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?**

- 1 Toute la journée
- 2 Pratiquement toute la journée
- 3 Environ la moitié de la journée
- 4 Moins de la moitié

Q197. **Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?**

- 1 Chaque jour
- 2 Presque chaque jour
- 3 Moins souvent

Q198. **Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q199. **Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?**

- 1 Vous avez pris du poids
- 2 Vous avez perdu du poids
- 3 Non, votre poids n'a pas changé

Q200. **Combien avez-vous pris ou perdu de kilos ?**

Q201. **Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q202. **Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :**

- 1 Chaque nuit
- 2 Presque chaque nuit
- 3 Moins souvent

Q203. **Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q204. **Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q205. **Pendant ces deux semaines avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Trouble dépressif majeur, récurrent et chronique

◆ *Uniquement pour les personnes ayant connu un épisode dépressif majeur*

Q206. **Au cours des douze derniers mois, vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt pendant au moins deux semaines consécutives ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q207. **Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?**

- 1 Oui
2 Non

◆ *Si oui*

Q208. **À combien de temps remonte le début de cette période où vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt ?**

★ Enquêteur : si réponse en années, faire la conversion en mois.

Il y a ... mois

◆ *Si non*

Q209. **Combien de temps a duré cette période où vous vous êtes senti triste, déprimé, sans intérêt ?**

★ Enquêteur : si réponse en années, faire la conversion en mois.

... mois

Q210. **Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré au moins deux semaines où vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt ?**

- 1 Oui
2 Non

◆ *Si oui*

Q211. **Combien de périodes ayant duré au moins deux semaines avez-vous vécu ?**

... périodes (au cours des deux dernières années)
... périodes (au cours de votre vie entière)

Q212. **Avant que vous ne vous sentiez triste, déprimé ou sans intérêt cette fois-ci, vous être vous senti(e) bien pendant au moins deux mois ?**

- 1 Oui
2 Non

Souffrance psychologique et incapacités associées

◆ *Si la personne a connu une période dépressive*

Q213. **Au cours des douze derniers mois, vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans espoir ou vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses pendant au moins deux semaines consécutives.**

- 1 Oui
2 Non

Q214. **Quand vous avez (aviez) ces problèmes,**

est-ce que vous éprouvez (éprouviez) une souffrance psychologique importante ?

- 1 Oui
2 Non

Q215. **Quand vous avez (aviez) ces problèmes, avez (aviez)-vous le sentiment d'être malade ?**

- 1 Oui
2 Non

Q216. **Quand vous avez (aviez) ces problèmes, est-ce que vos activités habituelles sont (ont été) perturbées ?**

- 1 Oui
2 Non

Q217. **Dans quelle mesure ?**

- 1 Beaucoup
2 Moyennement
3 Un petit peu

Q218. **Ces problèmes vous gênent-ils (vous ont-ils gêné) dans vos relations avec les autres ?**

- 1 Oui
2 Non

Q219. **Avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ?**

- 1 Oui
2 Non

◆ *Si oui*

Q220. **Combien de jours avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ?**

... jours

◆ *Si 15 ans et plus*

Q221. **Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ?**

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

◆ *Si oui*

Q222. **En avez-vous parlé à quelqu'un ?**

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

◆ *Si oui*

Q223. **À qui en avez-vous parlé ?**

★ Enquêteur : ne rien suggérer
– plusieurs réponses possibles

- 1 À un organisme d'écoute téléphonique
2 À une association d'aide

- 3 À mon père
- 4 À ma mère
- 5 À mon beau-père
- 6 À ma belle-mère
- 7 À un frère, demi-frère
- 8 À une sœur, demi-sœur
- 9 À mon compagnon/conjoint
- 10 À un de mes enfants
- 11 À un (des) ami(es) du même sexe
- 12 À un (des) ami(es) de sexe opposé
- 13 À mon patron, un collègue de travail
- 14 À un instituteur, professeur, conseiller d'éducation
- 15 À mon médecin
- 16 À un psychiatre, psychologue, psychothérapeute
- 17 À un autre professionnel de santé
- 18 À quelqu'un d'autre (préciser)
- 19 NSP - ne veut pas dire

◆ *Uniquement pour les 15 ans et plus*

Q224. Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q225. Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

★ Enquêteur : noter en clair. Si NSP : coder 99.

Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de la dernière fois que vous avez fait une tentative de suicide.

Q226. C'était quand ?

★ Enquêteur : noter le mois et les deux derniers chiffres de l'année.

- 1 Mois :
- 2 Année :

Q227. Êtes-vous allé à l'hôpital ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q228. Avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » après votre tentative de suicide ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q229. En avez-vous parlé à une autre personne qu'un médecin ou un « psy » ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Prise en charge pour raison de santé mentale

Q230. Au cours de douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre, un groupe, une ligne téléphonique, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q231. ...Et pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si oui*

Q232. Lequel ou lesquels ?

- 1 Un centre médico-psychologique (CMP)
- 2 Les urgences d'un hôpital
- 3 Au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique
- 4 Un centre de jour ou un hôpital de jour
- 5 Les services d'un centre de crise
- 6 Un groupe d'entraide
- 7 Une association
- 8 Une ligne téléphonique d'aide ou d'écoute
- 9 Un autre organisme
- 10 Un site Internet
- 11 NSP

Q233. Au cours de douze derniers mois, avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, psy, thérapeute, infirmière, assistante sociale, religieux, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q234. Au cours de douze derniers mois, avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, psy, thérapeute, infirmière, assistante sociale, religieux, etc. pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si oui*

Q235. Lequel ou lesquels ?

- 1 Un médecin généraliste ou un médecin de famille
- 2 Un psychiatre
- 3 Un autre médecin spécialiste
- 4 Un psychologue
- 5 Un « psy » dont vous ne savez pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute
- 6 Un(e) infirmier(e)
- 7 Un kinésithérapeute
- 8 Un autre professionnel de santé
- 9 Un travailleur social c'est-à-dire éducateur, assistante sociale...
- 10 Quelqu'un qui pratique la médecine douce par les plantes, homéopathie, acupuncture...
- 11 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle tels que guérisseur, rebouteux...
- 12 Un religieux
- 13 Un thérapeute non mentionné ci-dessus
- 14 NSP

Q236. Au cours des douze derniers mois, vous avez demandé de l'aide pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportements. Quel type d'aide avez-vous reçu ?

- 1 Psychothérapie
- 2 Médicaments
- 3 Soutien psychologique
- 4 Informations-éducation thérapeutique sur la maladie, les traitements...
- 5 Exercices de relaxation, méditation
- 6 Massage, manipulation corporelle
- 7 Médecines douces (plantes, homéopathie, acupuncture, médecine énergétique, etc.)
- 8 Millepertuis
- 9 Pratiques ésotériques (voyance, astrologie, travail sur les énergies, etc.)
- 10 Pratiques traditionnelles, rituels
- 11 Pratiques religieuses (prières, etc.)
- 12 Prise en charge socio-éducative
- 13 Cure de sevrage
- 14 Electrochocs
- 15 Photothérapie
- 16 Autre type d'aide
- 17 Aucune aide
- 18 NSP

Q237. Avec cette (ces) aide(s), ces problèmes ont-ils diminué ?

- 1 Non
- 2 Oui, ils ont diminué
- 3 Oui, ils ont disparu

◆ *Si oui*

Q238. Parmi ces aides, quelle est celle qui vous a le plus aidé ?

★ Enquêteur : parmi les aides citées en Q236.

Sexualité, contraception

Passons à un autre sujet.

◆ *Si la personne est âgée de 12 à 18 ans ou est célibataire, veuve, divorcée ou séparée*

Q239. Avez-vous actuellement un petit ami/une petite amie ou un/une partenaire ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si 15 ans ou plus*

Q240. Au cours de votre vie avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

★ Enquêteur : il s'agit de rapports sexuels désirés.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Uniquement pour les personnes de 19 ans et moins ayant déjà eu un rapport sexuel*

Q241. Y a-t-il eu pénétration ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si la personne a déjà eu un rapport sexuel*

Q242. Quel était votre âge lors votre premier rapport sexuel ?

★ Enquêteur : il s'agit de rapports sexuels avec consentement, si NSP : coder 99.

... ans

Q243. Quel était l'âge de votre premier partenaire ?
... ans

Q244. Est-ce que vous avez utilisé un moyen pour éviter de tomber enceinte lors de ce premier rapport sexuel ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q245. Est-ce que vous avez utilisé un préservatif lors de ce premier rapport sexuel ?

- 1 Oui

- 2 Non
3 NSP

Q246. Avez-vous eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois ?

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

◆ *Si oui*

Q247. Au cours des douze derniers mois, combien de partenaires avez-vous eu ?
... Partenaires

Q248. Au cours de la dernière année, lorsque vous avez eu des relations sexuelles, était-ce...

- 1 Toujours avec un/des homme(s) ?
2 Toujours avec une/des femme(s) ?
3 Plus souvent avec un/des homme(s) ?
4 Plus souvent avec une/des femme(s) ?

Q249. Au cours des douze derniers mois, avez-vous effectué un test de dépistage du sida ?

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

Q250. Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite C ?

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

Q251. Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu une maladie qui se transmet par voie sexuelle ?

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

◆ *Si oui*

Q252. De quelle maladie s'agissait-il la dernière fois ?

- 1 Chlamydia
2 Gonocoque/chaude-pisse
3 Trichomonas
4 Mycoplasme
5 Syphilis
6 Herpès
7 Condylome, crête-de-coq
8 Hépatite virale B
9 Sida/VIH
10 Autre
11 Ne sait plus le nom
12 Non-réponse

Q253. Cette maladie s'est elle produite dans les douze derniers mois ?

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

◆ *Pour les hommes et les femmes de moins de 55 ans*

Q254. Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels ?

★ Enquêteur : il est important de bien lire toutes les réponses.

- 1 Oui
2 Ça dépend des fois
3 Non
3 Ménopause
4 NSP

◆ *Si la personne fait quelque chose pour éviter d'être enceinte*

Q255. Pouvez-vous me dire quelles sont les méthodes que vous utilisez actuellement ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
– plusieurs réponses possibles et pas de relance sur les NSP.

- 1 Préservatif masculin
2 Préservatif féminin
3 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
4 Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse
5 Méthode Ogino, méthode des températures
6 Autres méthodes naturelles : Billing, Glairé
7 Pilule
8 Stérilet
9 Diaphragme
10 Crèmes spermicides, ovules, éponges
11 Contraception d'urgence (pilule du lendemain)
12 Ligature des trompes, stérilisation
13 Autres (préciser)
14 NSP

Q256. Depuis quand utilisez-vous cette/ces méthode(s) ? (Pour chaque méthode utilisée en Q255)

- 1 Moins d'1 mois
2 De 1 à moins de 6 mois
3 De 6 à moins de 12 mois
4 De 1 à 5 ans
5 Plus de 5 ans
6 NSP

◆ *Si la personne ne fait rien pour éviter une grossesse*

Q257. Pour quelle raison ne faites-vous rien pour éviter une grossesse ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Vous n'avez pas de rapports sexuels ou pas de partenaire actuellement
- 2 Vous êtes enceinte
- 3 Votre partenaire est enceinte
- 4 Vous et/ou votre partenaire souhaitez avoir un enfant
- 5 Vous/votre partenaire est ménopausée
- 6 Vous ne pouvez pas ou plus avoir d'enfant
- 7 Votre partenaire ne peut pas avoir d'enfant
- 8 Vous évitez les rapports les jours les plus à risque de grossesse
- 9 La contraception est quelque chose qui ne vous préoccupe pas vraiment
- 10 Vous avez des rapports sexuellement uniquement avec des hommes
- 11 Vous avez des rapports sexuellement uniquement avec des femmes
- 12 Autres (préciser)
- 13 NSP

Q258. Est-ce que vous/votre partenaire avez déjà pris la contraception d'urgence (pilule du lendemain : c'est-à-dire une pilule qu'on prend après un rapport sexuel pour ne pas tomber enceinte) ?

★ Enquêteur : lire les réponses.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas ce que c'est
- 4 NSP

◆ *Si oui*

Q259. Pouvez-vous me dire combien de fois vous l'avez prise au cours de votre vie ?

Q260. Et pouvez-vous me dire combien de fois vous l'avez prise dans les douze derniers mois ?

Q261. Savez-vous combien de temps après un rapport non protégé il faut prendre la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si oui*

Q262. Au maximum combien de temps après ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Moins de 24 heures
- 2 24 heures
- 3 25 à 47 heures

- 4 48 heures
- 5 49 à 71 heures
- 6 72 heures
- 7 Plus de 72 heures
- 8 NSP

Q263. À votre avis, a-t-on besoin d'une ordonnance pour acheter la contraception d'urgence ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Oui
- 2 Non pas forcément
- 3 NSP

◆ *Si la personne a déjà pris la pilule du lendemain*

Q264. La dernière fois, que vous avez VOUS ou votre partenaire pris la contraception d'urgence (pilule du lendemain), était-ce à la suite...

★ Enquêteur : lire les réponses.

- 1 D'un problème de pilule
- 2 D'un problème de préservatif
- 3 D'un rapport sans contraception
- 4 D'une erreur dans les dates
- 5 Le partenaire s'est retiré trop tard
- 4 Pour une autre raison

Q265. La dernière fois que vous ou votre partenaire avez pris la pilule du lendemain, les rapports sexuels ont-ils été protégés jusqu'aux règles suivantes ?

★ Enquêteur : lire les réponses.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Vous n'avez pas eu de rapports jusqu'aux règles suivantes
- 4 NSP

Q266. La dernière fois, avez-vous ou votre partenaire utilisé un moyen pour éviter d'être enceinte dans le mois après la prise de contraception d'urgence ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q267. Quels moyens ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles et pas de relance sur les NSP.

- 1 Préservatif masculin
- 2 Préservatif féminin
- 3 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
- 4 Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque
- 5 Méthode Ogino, méthode des températures

- 6 Autres méthodes naturelles : Billing, Glaire
- 7 Pilule
- 8 Stérilet
- 9 Diaphragme
- 10 Crèmes spermicides, ovules, éponges
- 11 Contraception d'urgence=pilule du lendemain
- 12 Ligature des trompes, stérilisation
- 13 Autres (préciser)
- 14 NSP

◆ Si non à la Q266

Q268. Y a-t-il une raison particulière ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Pas de rapports sexuels
- 2 Rapports sexuels occasionnels
- 3 Pas préoccupé par la contraception
- 4 Ne savait pas où aller pour avoir une contraception
- 5 La contraception coûte trop cher
- 6 Autres raisons
- 7 NSP

Q269. La dernière fois, comment avez-vous eu (ou votre partenaire) cette contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Votre médecin vous a fait une ordonnance
- 2 Un autre médecin vous a fait une ordonnance
- 3 Directement en pharmacie
- 4 Vous l'avez eu au planning familial
- 5 C'est une infirmière scolaire qui vous l'a donnée
- 6 Vous aviez déjà la contraception d'urgence, pilule du lendemain chez vous
- 7 Autre
- 8 Ne sait plus
- 9 Ne veut pas dire

Q270. La dernière fois, au moment où on vous a donné la contraception d'urgence (pilule du lendemain)

Vous a-t-on informé sur la contraception d'urgence ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Vous a-t-on conseillé de protéger vos rapports jusqu'aux règles suivantes ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Vous a-t-on informé sur les risques de maladies sexuellement transmissibles ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Vous a-t-on conseillé de consulter un médecin pour la contraception ?

- 1 Oui

- 2 Non
- 3 NSP

Q271. Avez-vous vous ou votre partenaire déjà été enceinte malgré la prise de contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q272. Était-ce dans les douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q273. Vous est-il déjà arrivé de souhaiter utiliser la contraception d'urgence (pilule du lendemain) et finalement d'y renoncer ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non jamais
- 2 Oui, car elle était trop cher
- 3 Oui, car je n'osais pas la demander
- 4 Oui, car je ne savais pas où aller pour l'acheter
- 5 Oui, pour d'autres raisons

Q274. Au cours de votre vie, avez-vous eu ou une de vos partenaires une interruption volontaire de grossesse (IVG), que ce soit en prenant du RU ou en ayant une intervention médicale ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Non-réponse
- 4 NSP

◆ Si oui

Q275. La dernière fois que vous avez eu une IVG, utilisiez-vous à ce moment-là un moyen pour éviter de tomber enceinte ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q276. Avant cette IVG, quels moyens utilisiez-vous ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
– plusieurs réponses possibles et pas de relance sur les NSP.

- 1 Préservatif masculin
- 2 Préservatif féminin
- 3 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
- 4 Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque
- 5 Méthode Ogino, méthode des températures
- 6 Autres méthodes naturelles : Billing, Glaire

- 7 Pilule
- 8 Stérilet
- 9 Diaphragme
- 10 Crèmes spermicides, ovules, éponges
- 11 Contraception d'urgence (*pilule du lendemain*)
- 12 Ligature des trompes, stérilisation
- 13 Autres (préciser)
- 14 NSP

Q277. Depuis combien de temps utilisiez-vous cette méthode de contraception ?

- 1 Moins d'1 mois
- 2 1 à moins de 6 mois
- 3 6 à moins de 12 mois
- 4 1 à 5 ans
- 5 Plus de 5 ans
- 6 NSP

Q278. À votre avis, pourquoi êtes-vous tombée enceinte ?

- 1 Oubli de pilule
- 2 Problème de préservatif
- 3 Pas de contraception cette fois-là
- 4 Erreur dans les dates
- 5 Le partenaire s'est retiré trop tard
- 6 Problème avec le stérilet
- 7 Autres raisons (préciser)

Violences

Passons à un autre sujet.

Q279. Au cours des douze derniers mois, avez-vous été frappé(e) ou blessé(e) physiquement par quelqu'un ou par un groupe de personnes ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, une fois
- 3 Oui, deux fois
- 4 Oui, trois fois et plus
- 5 NSP

◆ *Si oui*

Q280. La dernière fois, était-ce par... ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Une seule personne
- 2 Un groupe de personnes
- 3 NSP

Q281. La dernière fois, avec quoi avez-vous été frappé(e) ou blessé(e) ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
– plusieurs réponses possibles.

- 1 Avec les mains
- 2 Avec les pieds

- 3 Avec la tête
- 4 Avec une arme à feu
- 5 Avec une arme blanche
- 6 Avec un objet
- 7 Par un animal (*par exemple : un pitbull*)
- 8 Autre (préciser)
- 9 NSP

Q282. Au cours des douze derniers mois, seul(e) ou en groupe, avez-vous frappé ou blessé physiquement quelqu'un ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, une fois
- 3 Oui, deux fois
- 4 Oui, trois fois et plus
- 5 NSP

◆ *Si 15 ans et plus*

Q283. Au cours de votre vie, avez-vous subi des rapports sexuels forcés ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Non, mais a d'abord dit « Oui »
- 4 NSP

◆ *Si oui*

Q284. Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

★ Enquêteur : si NSP : coder 99.

... fois

Q285. Quel âge aviez-vous la première fois/lorsque cela s'est passé ?

★ Enquêteur : si NSP : coder 99

... ans

Q286. La dernière fois, était-ce ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Des attouchements
- 2 Une tentative de rapport forcé
- 3 Un rapport forcé
- 4 NSP

Produits illicites

Nous allons maintenant aborder un autre sujet. Je vous rappelle que vos réponses resteront totalement anonymes.

Q287. Vous a-t-on déjà proposé du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si moins de 65 ans*

Q288. Pensez-vous qu'il vous serait difficile ou facile d'obtenir du cannabis en vingt-quatre heures, si vous en vouliez ?

- 1 Impossible
- 2 Très difficile
- 3 Assez difficile
- 4 Assez facile
- 5 Très facile
- 6 NSP
- 7 Ne veut pas dire

Q289. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si non*

Q290. En avez-vous déjà consommé, même pour y goûter ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si la personne en a déjà consommé au cours de sa vie*

Q291. L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si oui*

Q292. Combien de fois au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de fois.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)

- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

Q293. Au cours des trente derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q294. À quel âge avez-vous fumé du cannabis pour la première fois ?

★ Enquêteur : bien relancer, mais si une fourchette est donnée, prendre le plus petit âge : lorsque 10-12 ans est cité prendre 10 ans.

- 1 ... ans
- 2 NSP
- 3 Ne veut pas dire

Je vais maintenant vous poser quelques questions rapides concernant votre consommation d'autres produits. Ces produits sont au nombre de neuf, mais les questions sont très simples et rapides. La série de questions suivante porte sur : les champignons hallucinogènes
le poppers
les produits à inhaler (colles, solvants)
l'ecstasy
les amphétamines
le LSD
le crack
la cocaïne
l'héroïne

Q295. Au cours de votre vie, vous a-t-on déjà proposé du... ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

Q296. En avez-vous déjà consommé ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si oui*

Q297. L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si oui*

Q298. L'avez-vous fait au cours des trente derniers jours ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q299. À quel âge avez-vous pris du... pour la première fois ?

★ Enquêteur : bien relancer, mais si une fourchette est donnée, prendre le plus petit âge : lorsque 10-12 ans est cité prendre 10 ans.

- 1 ... ans
- 2 NSP
- 3 Ne veut pas dire

Q300. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q301. Laquelle ou lesquelles ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Beuh -> Cannabis
- 2 Bedo -> Cannabis
- 3 Champignons hallucinogènes
- 4 Crack
- 5 DOB
- 6 GHB
- 7 Ice -> Amphétamines
- 8 Kétamine
- 9 Kif -> Cannabis
- 10 MDMA -> Ecstasy
- 11 Morphine
- 12 Opium
- 13 Teush -> Cannabis
- 14 Trichlo -> Produits à inhaler
- 15 Autres : préciser
- 16 NSP

Pour finir, je vais vous poser quelques questions concernant votre consommation de cannabis.

◆ *Si la personne a consommé du cannabis au cours des trente derniers jours*

Q302. Combien de fois, au cours des trente derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit ?)

- 1 Nombre de fois :
- 2 Tous les jours
- 3 NSP

Q303. En avez-vous consommé au cours des sept derniers jours ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q304. En dehors d'aujourd'hui, quel est le dernier jour pendant lequel vous avez consommé du cannabis ?

- 1 Lundi
- 2 Mardi
- 3 Mercredi
- 4 Jeudi
- 5 Vendredi
- 6 Samedi
- 7 Dimanche

Q305. Et combien de joints avez-vous consommés ce jour-là ?

- 1 Moins de un joint
- 2 Un joint
- 3 Deux joints
- 4 Trois joints
- 5 Quatre joints
- 6 Cinq joints ou plus
- 7 NSP

Q306. Au cours des douze derniers mois

Avez-vous fumé du cannabis le matin avant d'aller à l'école ou au travail ?

- 1 Non
 - 2 Une ou deux fois
 - 3 De temps en temps
 - 4 Souvent
- Avez-vous déjà fumé du cannabis en étant seul ?

- 1 Non
 - 2 Une ou deux fois
 - 3 De temps en temps
 - 4 Souvent
- Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit de réduire votre consommation de cannabis ?

- 1 Non
 - 2 Une ou deux fois
 - 3 De temps en temps
 - 4 Souvent
- Avez-vous trouvé qu'il est difficile de passer une journée sans joint ?

- 1 Non
 - 2 Une ou deux fois
 - 3 De temps en temps
 - 4 Souvent
- Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?

- 1 Non
 - 2 Une ou deux fois
 - 3 De temps en temps
 - 4 Souvent
- Avez-vous ressenti des effets indésirables (bad trip, crise d'anxiété ou de paranoïa, hallucinations) à cause du cannabis ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps

- 4 Souvent
Avez-vous conduit une voiture ou un deux-roues (moto, mobylette, scooter) après avoir fumé du cannabis ?

- 1 Non
2 Une ou deux fois
3 De temps en temps
4 Souvent

◆ *Si la personne n'a pas consommé de cannabis au cours des douze derniers mois mais en a déjà fumé*

Q307. Quand en avez-vous pris pour la dernière fois ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Moins de 2 ans
2 Entre 2 et 5 ans
3 Entre 6 et 10 ans
4 Plus de 10 ans
5 Ne se souvient plus

Q308. Pour quelle(s) raison(s) n'en avez-vous pas consommé au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Pas d'attirance, pas d'intérêt, pas besoin
2 Peur pour la santé
3 Risque de se faire prendre
4 Cela ne se fait pas dans mon milieu
5 Peur de la dépendance, des pertes de contrôle
6 Pression sociale, de la famille
7 Problème pour trouver du cannabis
8 Trop cher
9 Cela ne m'apporte plus de plaisir
10 Avoir du mal à s'endormir
11 Être fatigué
12 Avoir des angoisses
13 N'aime pas la fumée
14 N'aime pas les drogues en général
15 Parce que l'occasion ne s'est pas présentée sur cette période
16 Pas aimé la première fois
17 Autre : préciser
18 NSP

Q309. La dernière fois que vous avez pris du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) que recherchiez-vous ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Pour y goûter
2 Par curiosité
3 Plaisir
4 Ivresse
5 Détente, bien-être, tranquillité
6 Complicité avec d'autres personnes
7 Convivialité
8 Pour rigoler, s'amuser

- 9 Oubli des problèmes
10 Défoncé, être déchiré
11 Soulager les douleurs
12 Soulager l'angoisse
13 Fonctionner mieux mentalement
14 Pour dormir
15 Pour le goût
16 Pour faire comme tout le monde, faire comme les autres
17 Pour essayer : pas de raison spéciale, c'était juste pour essayer
18 Autres : préciser
19 NSP

Q310. En général, lorsque vous fumez du cannabis, comment vous l'êtes vous procuré ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 On vous en a vendu
2 On vous en a offert
3 Vous le cultivez vous-même
4 NSP

Événements de vie

Q311. Au cours des douze derniers mois

Avez-vous manqué d'énergie ou de motivation pour faire des choses habituelles ?

- 1 Non
2 Une ou deux fois
3 De temps en temps
4 Souvent
Avez-vous eu des problèmes de mémoire ?

- 1 Non
2 Une ou deux fois
3 De temps en temps
4 Souvent
Avez-vous eu des difficultés, des mauvais résultats (à l'école) ou (professionnels) ?

- 1 Non
2 Une ou deux fois
3 De temps en temps
4 Souvent
Avez-vous eu des disputes sérieuses avec vos amis ou de gros problèmes d'argent ?

- 1 Non
2 Une ou deux fois
3 De temps en temps
4 Souvent

◆ *Pour chaque réponse positive aux sous-questions précédentes*

Q312. Était-ce lié à votre consommation de cannabis ?

- 1 Oui
2 Non

◆ *Si 18 ans ou plus*

Q313. D'une manière générale, votre famille avait-elle de gros problèmes d'argent durant votre jeunesse ?

- 1 Oui, souvent depuis ma naissance
- 2 Oui, à partir d'une certaine époque
- 3 Non, pas de problèmes particuliers mais votre famille n'était pas riche
- 4 Non, jamais ou presque

Q314. Avez-vous connu des événements familiaux avant d'avoir atteint 18 ans comme... ?

Séparation ou divorce de vos parents

- 1 Oui
 - 2 Non
- Maladies, handicaps ou accidents graves de votre père (y compris décès)

- 1 Oui
 - 2 Non
- Maladies, handicaps ou accidents graves de votre mère (y compris décès)

- 1 Oui
 - 2 Non
- Graves disputes ou mésententes entre vos parents

- 1 Oui
 - 2 Non
- Autre événement familial marquant (*préciser*)

- 1 Oui
- 2 Non

Q315. Durant votre jeunesse, y avait-il une personne que vous avez considérée plus particulièrement comme un modèle ?

★ Enquêteur : plusieurs réponses possibles.

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si oui*

Q316. Laquelle ?

★ Enquêteur : ne pas citer.

- 1 Père
- 2 Mère
- 3 Autre membre de la famille
- 4 Copain/ami
- 5 Autre

Consommation de soins

Q317. Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps - au moins six mois - et qui

peut nécessiter des soins réguliers ? (par exemple : diabète, asthme, etc.)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q318. Laquelle ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer - plusieurs réponses possibles.

- 1 Asthme
- 2 Autre maladie respiratoire (bronchite chronique)
- 3 Cancer
- 4 Maladie cardiaque (angine de poitrine, infarctus)
- 5 Cholestérol
- 6 Diabète
- 7 Hypertension
- 8 Problèmes articulaires, rhumatismes
- 9 Migraine
- 10 Autre (*Préciser*)
- 11 NSP

◆ *Uniquement pour les personnes ayant répondu au questionnaire santé mentale*

Q319. Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc. ?

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

◆ *Si oui*

Q320. En avez-vous pris au cours des douze derniers mois ?

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

Q321. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà pris des antidépresseurs ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q322. Les(s) quel(s) ?

- 1 Deroxat®
- 2 Prozac®
- 3 Anafranil®
- 4 Laroxyl®
- 5 Seropram®
- 6 Divarius®
- 7 Floxyfral®
- 8 Athymil®

- 9 Autre, en clair
10 NSP
-
- Q323. En prenez-vous toujours actuellement ?**
1 Oui
2 Non
-
- Q324. Combien de temps en avez-vous pris ?**
... mois
-
- Q325. Depuis combien de temps en prenez-vous ?**
... mois
-
- Q326. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà pris des anxiolytiques ou des tranquillisants ?**
1 Oui
2 Non
3 NSP
◆ *Si oui*
-
- Q327. Les(s) quel(s) ?**
1 Temesta®
2 Valium®
3 Lexomil®
4 Xanax®
5 Buspar®
6 Autre en clair
7 NSP
-
- Q328. En prenez-vous toujours actuellement ?**
1 Oui
2 Non
-
- Q329. Combien de temps en avez-vous pris ?**
... mois
-
- Q330. Depuis combien de temps en prenez-vous ?**
... mois
-
- Q331. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà pris des stabilisants-régulateurs de l'humeur ?**
1 Oui
2 Non
3 NSP
◆ *Si oui*
-
- Q332. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà pris des somnifères ou des hypnotiques ?**
1 Oui
2 Non
3 NSP

-
- Q333. Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des neuroleptiques ?**
1 Oui
2 Non
3 NSP
◆ *Si oui*
-
- Q334. Les(s) quel(s) ? (en clair)**
-
- Q335. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?**
1 Non
2 Oui, une seule
3 Oui, plusieurs
◆ *Si oui*
-
- Q336. De quel type était cette psychothérapie ?**
★ Enquêteur : énumérer.
1 Cure psychanalytique
2 Psychothérapie d'orientation psychanalytique
3 Thérapie cognitive et/ou comportementale
4 Thérapie interpersonnelle
5 Thérapie familiale
6 Approche centrée sur la personne
7 Focusing
8 Gestalt
9 Sophrologie
10 Analyse transactionnelle
11 Programmation neuro-linguistique (PNL)
12 Hypnose
13 Rebirth
14 Autre
15 NSP
-
- Q337. Poursuivez-vous une psychothérapie encore actuellement ?**
1 Oui
2 Non
◆ *Si non*
-
- Q338. Combien de temps a-t-elle duré ?**
1 Moins d'1 mois
2 Entre 2 et 6 mois
3 Entre 7 et 11 mois
4 De 1 à 2 ans
5 De 3 à 5 ans
6 Plus de 5 ans
-
- Q339. Quelle était la fréquence des séances ?**
1 Moins d'une séance par mois
2 Une séance par mois
3 Une séance tous les quinze jours
4 Une séance par semaine
5 Deux séances par semaine
6 Plus de deux séances par semaine

◆ *Si oui en Q337*

Q340. Depuis combien de temps dure-t-elle ?

- 1 Moins d'1 mois
- 2 Entre 2 et 6 mois
- 3 Entre 7 et 11 mois
- 4 De 1 à 2 ans
- 5 De 3 à 5 ans
- 6 Plus de 5 ans

Q341. Quelle est la fréquence des séances ?

- 1 Moins d'une séance par mois
- 2 Une séance par mois
- 3 Une séance tous les quinze jours
- 4 Une séance par semaine
- 5 Deux séances par semaine
- 6 Plus de deux séances par semaine

Q342. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous consulté pour vous-même (êtes-vous allé voir)

★ Enquêteur : énumérer - si NSP : coder 99.

◆ *(Si à l'école)*

- 1 Un médecin scolaire ou une infirmière de santé scolaire
- 2 Un médecin généraliste
- 3 Un psychiatre ou psychologue
- 4 Un psychothérapeute (*autre que psychiatre ou psychologue*)
- 5 Un psychanalyste (*autre que psychothérapeute, psychiatre ou psychologue*)
- 6 Un gynécologue (*pour les filles*)
- 7 Un chirurgien-dentiste (*dentiste*) ou orthodontiste
- 8 Un kinésithérapeute (*kiné*) ou masseur
- 9 Un homéopathe
- ◆ *(Si a consulté un homéopathe et a des enfants)*
- 10 Un homéopathe pour un de vos enfants ?
- 11 Un acupuncteur ou mésothérapeute ou ostéopathe
- 12 Un autre médecin (par ex : dermatologue, pédiatre, allergologue, ophtalmologiste)

Q343. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un ou plusieurs médecins pour la contraception ?

- 1 Non
- 2 Oui, un gynécologue (*obstétricien*)
- 3 Oui, un généraliste
- 4 Oui, un autre spécialiste

◆ *Si la personne fume et a consulté un généraliste au cours des douze derniers mois*

Q344. Au cours de votre dernière visite, votre médecin généraliste a-t-il abordé avec vous la question du tabac ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, à votre initiative
- 2 Oui, à son initiative
- 3 Non
- 4 NSP

◆ *Si oui*

Q345. A-t-il utilisé un questionnaire pour cela ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q346. Au cours de votre dernière visite, votre médecin généraliste a-t-il abordé avec vous la question de votre consommation d'alcool ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, à votre initiative
- 2 Oui, à son initiative
- 3 Non
- 4 NSP

◆ *Si oui*

Q347. A-t-il utilisé un questionnaire pour cela ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Uniquement pour les femmes enceintes*

Q348. Le médecin qui vous suit/qui vous a suivie durant votre grossesse vous a-t-il informée de l'impact éventuel de la consommation d'alcool/du tabac... ?

- Sur la grossesse
- 1 Oui
 - 2 Non
- Sur votre enfant
- 1 Oui
 - 2 Non

Q349. Le médecin qui vous suit/qui vous a suivie durant votre grossesse a-t-il essayé d'évaluer les quantités et les circonstances de ces consommations ?

- 1 Oui, pour l'alcool
- 2 Oui, pour le tabac
- 3 Oui pour les deux
- 4 Non pour aucun des deux

◆ *Uniquement pour les femmes âgées de 18 ans et plus*

Q350. Avez-vous déjà passé une mammographie ? (radiographie des seins)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q351. La dernière fois, c'était il y a (ou en quelle année)... ?

- 1 Connait la durée ou bien l'année
- 2 NSP mais la personne interrogée dit suivre les recommandations de son praticien ou être à jour dans ses examens
- 3 NSP

◆ *Si NSP*

Q352. Était-ce il y a... ?

- 1 Moins de 2 ans
- 2 Entre 2 et 3 ans
- 3 Entre 4 et 5 ans
- 3 Plus de 5 ans
- 4 NSP

◆ *Uniquement pour les femmes de 50 ans et plus*

Q353. Vous avez passé cet examen...

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 Parce que vous avez reçu un courrier vous invitant à faire cet examen gratuitement
- 2 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 4 Autre (préciser)
- 5 NSP

◆ *Uniquement pour les femmes de 18-49 ans*

Q354. Vous avez passé cet examen...

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 2 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 3 Autre (préciser)
- 4 NSP

◆ *Si la personne l'a demandé à son médecin*

Q355. Vous l'avez demandé à votre médecin...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer du sein ?
- 2 Parce qu'une amie ou une collègue a eu un cancer du sein ?
- 3 Parce que vous avez été inquiétée par des symptômes ? (douleurs, grosseurs, etc.)
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 5 Parce que vous avez été sensibilisée par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article...
- 6 Parce qu'une personne de votre entourage vous a conseillé de le faire
- 7 Autre (préciser)

◆ *Si le médecin avait dit de le faire*

Q356. Votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer du sein ?
- 2 Parce que vous avez été inquiétée par des symptômes ? (douleurs, grosseurs, etc.)
- 3 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 4 Autre (préciser en clair)
- 5 NSP

Q357. Avez-vous reçu une prise en charge de votre examen (c'est-à-dire un formulaire vous assurant la gratuité de l'examen) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si la personne n'a jamais passé cet examen (ou cela fait longtemps)*

Q358. Vous n'avez jamais passé cet examen... (Vous n'avez pas passé cet examen depuis longtemps...)

- 1 Parce que vous n'en ressentiez pas le besoin
- 2 Parce que vous êtes trop jeune/ âgée pour être concernée
- 3 Parce que vous n'en avez pas pris le temps
- 4 Parce que c'est trop loin
- 5 Parce que c'est trop cher
- 6 Autre (préciser)

◆ *Uniquement pour les femmes de 18 ans et plus*

Q359. Avez-vous déjà fait un frottis du col de l'utérus (vaginal) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q360. La dernière fois, c'était il y a (ou en quelle année)... ?

- 1 Connait la durée ou bien l'année,
- 2 NSP mais la personne interrogée dit suivre les recommandations de son praticien ou être à jour dans ses examens
- 3 NSP

◆ *Si NSP*

Q361. Était-ce il y a...

- 1 Moins de 2 ans
- 2 Entre 2 et moins de 5 ans
- 3 Plus de 5 ans
- 4 NSP

Q362. Vous avez passé cet examen...

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 2 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 3 Autre (préciser)
- 4 NSP

◆ *Si la personne l'a demandé à son médecin***Q363. Vous l'avez demandé à votre médecin...**

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer de l'utérus ?
- 2 Parce qu'une amie ou une collègue a eu un cancer de l'utérus ?
- 3 Parce que vous avez été inquiétée par des symptômes ? (douleurs, saignements, etc.)
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 5 Parce que vous avez été sensibilisée par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article...
- 6 Parce qu'une personne de votre entourage vous a conseillé de le faire
- 7 Autre (préciser)

◆ *Si le médecin avait dit de le faire***Q364. Votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire...**

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer de l'utérus ?
- 2 Parce que vous avez été inquiétée par des symptômes ? (douleurs, saignements, etc.)
- 3 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 4 Autre (préciser)
- 5 NSP

◆ *Si la personne n'a jamais passé cet examen (ou cela fait longtemps)***Q365. Vous n'avez jamais passé cet examen... (Vous n'avez pas passé cet examen depuis longtemps)**

- 1 Parce que vous n'en ressentiez pas le besoin
- 2 Parce que vous êtes trop jeune/ âgée pour être concernée
- 3 Parce que vous n'en avez pas pris le temps
- 4 Parce que c'est trop loin
- 5 Parce que c'est trop cher
- 6 Autre (préciser)

◆ *Uniquement pour les femmes et les hommes de 40 ans et plus***Q366. Avez-vous déjà passé un test recherchant du sang dans les selles tel que test HémocultII®, Hémocheck, Hemo-Fec...**

- 1 Oui

- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui***Q367. La dernière fois, c'était il y a combien de temps (en quelle année) ?**◆ *Uniquement pour les 50 ans et plus concernés***Q368. Vous avez passé cet examen...**

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 De votre propre initiative (sans passer par un médecin)
- 2 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 4 Parce que vous avez été sollicité dans le cadre d'une campagne menée dans votre département
- 5 Autre (préciser)
- 6 NSP

◆ *Uniquement pour les 40-49 ans concernés***Q369. Vous avez passé cet examen...**

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 De votre initiative (sans passer par un médecin)
- 2 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 4 Autre (préciser)
- 5 NSP

◆ *S'il s'agit de la propre initiative de la personne***Q370. Était-ce...**

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal ?
- 2 Parce qu'un(e) ami(e) ou un(e) collègue a eu un cancer colorectal ?
- 3 Parce que vous avez été inquiété(e) par des symptômes ?
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 5 Parce que vous avez été sensibilisé(e) par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article...
- 6 Autre (préciser)

◆ *Si la personne l'a demandé à son médecin***Q371. Vous l'avez demandé à votre médecin...**

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal ?
- 2 Parce que vous avez été inquiété(e) par des symptômes ?
- 3 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 4 Parce qu'une personne de votre entourage vous a conseillé de le faire
- 5 Autre (préciser)
- 6 NSP

◆ *Si c'est le médecin qui a demandé à le faire*

- Q372. Votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire...**
 ★ Enquêteur : deux réponses possibles.
- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal ?
 - 2 Parce qu'un(e) ami(e) ou un(e) collègue a eu un cancer colorectal ?
 - 3 Parce que vous avez été inquieté(e) par des symptômes ?
 - 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
 - 5 Parce que vous avez été sensibilisé(e) par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article...
 - 6 Autre (préciser)

Accidents

- Q373. Au cours des douze derniers mois, combien d'accidents avez-vous eus ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital ?**

- Q374. Et combien au cours des trois derniers mois ?**

- Q375. Parmi ces accidents, au cours des douze derniers mois, était-ce... ?**

★ Enquêteur : énumérer plusieurs réponses possibles si plusieurs accidents.

- 1 Un accident de VTT
- 2 Un accident de BMX
- 3 Un accident de vélo hors VTT et BMX
- 2 Un accident de moto, mobylette, scooter
- 3 Un accident de roller/patins à roulettes
- 4 Un accident de skate
- 5 Un accident de voiture
- 6 Un accident de travail ou d'atelier
- 7 Un accident de sport ou de loisir (*dont le ski et autre que le vélo, roller et skate*)
- 8 Un accident domestique (*à la maison ou autour*)
- 9 Autres (préciser)
- 11 NSP

- Q376. Le dernier accident, était-ce :**

- 1 Un accident du travail
- 2 Un accident de la circulation
- 3 Un accident de la vie courante
- 4 Un accident de sport

◆ *S'il s'agit d'un accident de sport*

- Q377. C'était en pratiquant quel sport ?**

- Q378. Était-ce :**

- 1 Lors d'une pratique en groupe organisé ou club avec un encadrant
- 2 Lors d'une pratique libre/informelle (*y compris avec des amis*)

- Q379. Pour cet accident, comment vous êtes-vous blessé ?**

- 1 Êtes-vous tombé
- 2 Avez-vous reçu un choc (*un coup, une collision, déformation lors d'un effort, un écrasement, etc.*)
- 3 Avez-vous eu une brûlure
- 4 Avez-vous eu une coupure/piqûre/morsure/pénétration d'un corps étranger dans le corps
- 5 Avez-vous subi une intoxication (*par ingestion, inhalation, exemple : produit nocif*)
- 6 Avez-vous été victime d'un étouffement, d'une noyade
- 7 Avez-vous été victime d'une explosion (*réchaud à gaz, white-spirit, cocotte-minute, explosion industrielle, etc.*)
- 8 Autre (préciser)

- Q380. Où a eu lieu ce dernier accident :**

- 1 À l'intérieur de votre domicile
- 2 À l'extérieur de votre domicile
- 3 À l'école, lycée, université, dans un lieu d'enseignement (*y compris les infrastructures sportives de l'établissement*)
- 4 Sur un terrain de sport ou installation sportive (*y compris en tant que spectateur*)
- 5 Dans un lieu public et de loisir (*plages, parcs, magasin, musée, hôtel, gare, camping, etc.*)
- 6 Dans la rue, sur la route (*trottoir, parking*) - voie publique
- 7 Autre lieu (préciser)

- Q381. Dans les quarante-huit heures qui ont suivi cet accident, avez-vous été limité dans les activités que vous faites habituellement ?**

- 1 Oui, sévèrement limité
- 2 Oui, limité
- 3 Non, pas du tout
- 4 NSP

- Q382. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait...**

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 NSP
- De la moto, de la mobylette ou du scooter ?
 Du VTT ?
 Du BMX
 Du vélo hors VTT et BMX ?
 Du roller, du patin à roulettes, du skate ?

Q383. La dernière fois, avez-vous porté un casque ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Uniquement pour les 40 ans et plus*

Q384. Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si oui*

Q385. Combien de fois environ ?

Q386. Avez-vous dû consulter un médecin suite à votre chute ?

- 1 Oui
 - 2 Non
-

Q387. Avez-vous dû limiter vos déplacements ou vos activités quotidiennes par peur de retomber ?

- 1 Oui
 - 2 Non
-

Q388. Souffrez-vous de troubles de l'équilibre, de vertiges ou d'instabilité lorsque vous êtes debout ?

- 1 Oui
 - 2 Non
-

Signalétique 2

Pour terminer, je vais vous poser quelques questions d'ordre général.

◆ *Si la personne est au chômage*

Q389. Depuis combien de temps êtes-vous au chômage ?

- 1 Jours
- 2 Mois
- 3 Années
- 4 NSP

◆ *Pour ceux qui travaillent ou ceux qui sont en formation alternée ou apprentissage, ou n'étant pas à plein-temps ou temps partiel ou retraité/chômage/congé parental/au foyer.*

Q390. Quelle est votre profession ?

Q391. Quelle est votre fonction exacte ?

★ Enquêteur : Recodage de la profession (pour les personnes au chômage, recoder la profession antérieure et pour les retraités, recoder la dernière profession).

- 1 Agriculteur exploitant (*à son compte*)
 - 2 Artisan petit commerçant (*à son compte*)
 - 3 Chef d'entreprise de plus de dix salariés (*à son compte*)
 - 4 Profession libérale (*à son compte – sauf paramédical*)
 - 5 Professeur/profession scientifique (*salarié*)
 - 6 Cadre et autre profession intellectuelle supérieure (*salarié*)
 - 7 Profession intermédiaire (*salarié ou paramédical asc.*)
 - 8 Instituteur ou assimilé (*salarié*)
 - 9 Employé (*salarié*)
 - 10 Personnel de service (*salarié*)
 - 11 Ouvrier/ouvrier agricole (*salarié*)
 - 12 Élève/étudiant
 - 13 Autres inactifs
-

Q392. Code NAF 17 pour identifier le secteur de l'entreprise

◆ *Uniquement pour les 30 ans et moins vivant avec leur père ou beau-père*

Q393. Quel est (était) le métier de votre père/beau-père ?

Q394. Actuellement, votre père/beau-père :

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Travaille
- 2 Est au chômage
- 3 Est à la retraite
- 4 Est à la maison ou en congé parental
- 5 Ne travaille pas pour une autre raison (*exemple : étudiant, longue maladie*)
- 6 Il n'y a pas ou plus de père ou beau-père
- 7 NSP

◆ *Si le père ou beau-père travaille*

Q395. Votre père/beau-père est-il...

- 1 Salarié du secteur privé (*non fonctionnaire*)
- 2 Salarié du secteur public (*fonctionnaire*)
- 3 À son compte
- 4 NSP

◆ *Uniquement pour les 30 ans et moins vivant avec leur mère ou belle-mère*

Q396. Quel est (était) le métier de votre mère/belle-mère ?

Q397. Actuellement, votre mère/belle-mère :

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Travaille

- 2 Est au chômage
- 3 Est à la retraite
- 4 Est à la maison ou en congé parental
- 5 Ne travaille pas pour une autre raison
(exemple : étudiante, longue maladie)
- 6 Il n'y a pas ou plus de mère ou belle-mère
- 7 NSP

◆ Si la mère ou belle-mère travaille

Q398. Votre mère/belle-mère est-elle...

- 1 Salariée du secteur privé (non fonctionnaire)
- 2 Salariée du secteur public (fonctionnaire)
- 3 À son compte
- 4 NSP

Q399. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

- 1 Aucun diplôme
- 2 Certificat d'études primaires
- 3 CAP : certificat d'aptitude professionnelle
- 4 Brevet des collèges, BEPC
- 5 BEP : brevet d'enseignement professionnel
- 6 Baccalauréat d'enseignement technique
- 7 Baccalauréat d'enseignement professionnel
- 8 Baccalauréat d'enseignement général
- 9 Bac + 2 (Deug, DUT, BTS)
- 10 Bac + 3 (Licence (1^{re} année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur))
- 11 Bac + 4 (Maîtrise (dernière année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur))
- 12 Bac + 5 ou plus (3^e cycle de l'enseignement supérieur : DEA, DESS, MBA, doctorat, etc.)
- 13 Diplôme d'une grande école/école d'ingénieur
- 14 Autre diplôme (préciser)
- 15 NSP

Q400. À quel âge avez-vous eu ce diplôme ?

Q401. Avez-vous une religion ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q402. Laquelle ?

- 1 Catholique
- 2 Musulmane
- 3 Israélite
- 4 Protestante
- 5 Autre

Q403. Toujours par rapport à la religion, diriez-vous que :

- 1 Vous ne pratiquez pas
- 2 Vous pratiquez de temps en temps
- 3 Vous pratiquez régulièrement
- 4 NSP

Q404. Combien y a-t-il de lignes téléphoniques fixes dans votre foyer, sans compter les lignes dédiées exclusivement à Internet ?

Q405. De combien de téléphones portables (avec une ligne) disposez au total les membres de votre foyer ?

◆ Uniquement pour les 15 ans et plus

Q406. Dans quelle tranche environ se situe la somme totale des revenus nets par mois (ou par an si vous préférez) de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus autres que salariaux : allocations, rentes, bénéfices industriels commerciaux (BIC), bénéfices non commerciaux (BNC), bénéfices agricoles (BA) (euros ou francs)

- 1 Moins de 230 euros/Moins de 1500 francs
- 2 De 230 à moins de 380 euros/
De 1500 à moins de 2500 francs
- 3 De 380 à moins de 600 euros/
De 2500 à moins de 4000 francs
- 4 De 600 à moins de 1000 euros/
De 4000 à moins de 6600 francs
- 5 De 1000 à moins de 1200 euros/
De 6600 à moins de 8000 francs
- 6 De 1200 à moins de 1500 euros/
De 8000 à moins de 10000 francs
- 7 De 1500 à moins de 2000 euros/
De 10000 à moins de 13000 francs
- 8 De 2000 à moins de 2400 euros/
De 13000 à moins de 16000 francs
- 9 De 2400 à moins de 3000 euros/
De 16000 à moins de 20000 francs
- 10 De 3000 à moins de 4500 euros/
De 20000 à moins de 30000 francs
- 11 De 4500 à moins de 7600 euros/
De 30000 à moins de 50000 francs
- 12 Plus de 7600 euros/Plus de 50000 francs
- 13 NSP, ne veut pas dire

Q407. Étiez-vous seul(e) dans la pièce pour répondre à ce questionnaire ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q408. Enquêteur : Pensez-vous que l'interviewé(e) était vraiment seul(e) et/ou répondait librement à ce questionnaire ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Merci d'avoir bien voulu répondre à ces questions.

Liste des tableaux et des figures

Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution

- 31 **Tableau I** : Caractéristiques sociodémographiques des possesseurs d'une ligne fixe
- 33 **Tableau II** : Structure des échantillons observée et obtenue après pondération et redressement selon le sexe, l'âge, la taille d'agglomération et la région UDA
- 34 **Tableau III** : Description des bases de sondage du Baromètre santé 2005
- 37 **Tableau IV** : Fréquences de certaines caractéristiques sociodémographiques parmi les « portables exclusifs », avant et après standardisation sur le sexe et l'âge
- 30 **Figure 1** : Taux de foyers équipés d'au moins un téléphone fixe
- 30 **Figure 2** : Taux de foyers équipés d'au moins un téléphone fixe
- 30 **Figure 3** : Taux d'équipement des ménages en téléphones portables
- 30 **Figure 4** : Part des individus joignables uniquement sur téléphone portable

- 41 **Figure 5** : Nombre de lignes téléphoniques en dégroupage

Qualité de vie : une évaluation positive

- 47 **Tableau I** : Les questions du profil de santé de Duke
- 54 **Tableau II** : Résultats des analyses multivariées sur l'ensemble des principaux scores de santé, selon les critères de Duke (régression linéaire multiple)
- 56 **Tableau III** : Scores de santé générale selon les événements douloureux vécus avant l'âge de 18 ans chez les hommes et chez les femmes (comparaison de moyennes et analyses multivariées)
- 58 **Tableau IV** : Évolution des principaux scores de santé selon les critères de Duke depuis 1995, parmi les 18-75 ans
- 47 **Figure 1** : Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, suivant le sexe
- 48 **Figure 2** : Scores de qualité de vie de Duke

parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, suivant le sexe et l'âge

50 **Figure 3** : Scores de santé générale parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon la région

51 **Figure 4** : Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon le niveau de revenus par unité de consommation

52 **Figure 5** : Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon le niveau du plus haut diplôme obtenu

53 **Figure 6** : Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon la composition du foyer

53 **Figure 7** : Scores de qualité de vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon la déclaration d'une maladie chronique

57 **Figure encadré** : Scores de santé générale des personnes entre 55 et 75 ans, selon qu'elles travaillent ou qu'elles sont à la retraite

59 **Figure 8** : Scores de santé physique parmi les 18-75 ans depuis 1995

59 **Figure 9** : Scores de santé mentale parmi les 18-75 ans depuis 1995

Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé

84 **Tableau I** : Consommation quotidienne des fumeurs actuels

88 **Tableau II** : Respect par les fumeurs des zones non-fumeurs dans différents lieux

89 **Tableau III** : Facteurs sociodémographiques associés au tabagisme chez les 12-25 ans

92 **Tableau IV** : Déterminants sociodémographiques du tabagisme chez les 26-75 ans

97 **Tableau V** : Caractéristiques tabagiques des anciens fumeurs réguliers selon la période de l'arrêt

98 **Tableau VI** : Comparaison entre ex-fumeurs réguliers et fumeurs réguliers actuels

ayant déjà essayé d'arrêter une semaine au moins (régressions logistiques pour chaque sexe)

78 **Figure 1** : Statut tabagique actuel des 12-75 ans

79 **Figure 2** : Statut tabagique actuel des hommes, selon l'âge

79 **Figure 3** : Statut tabagique actuel des femmes, selon l'âge

80 **Figure encadré** : Pourcentage de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans selon la région de résidence

81 **Figure 4** : Prévalence du tabagisme en France parmi les 18-75 ans (1974-2004)

82 **Figure 5** : Âge au début du tabagisme, par sexe et par cohorte de naissance

82 **Figure 6** : Produits du tabac consommés par les fumeurs actuels

84 **Figure 7** : Consommation quotidienne des fumeurs actuels, selon le sexe et l'âge

85 **Figure 8** : Prix relatif des cigarettes et consommation quotidienne par tête, France, 1965-1999

86 **Figure 9** : Ventes de cigarettes et prix des cigarettes (pour la classe de cigarettes la plus vendue), France, 2000-2005

87 **Figure 10** : Délai entre le réveil et la première cigarette pour les fumeurs réguliers

87 **Figure 11** : Présence de signes de dépendance parmi les fumeurs réguliers, selon le sexe et l'âge

89 **Figure 12** : Fumeurs déclarant fumer en zone non-fumeurs dans au moins un lieu, selon le sexe et l'âge

91 **Figure 13** : Score de santé physique et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

91 **Figure 14** : Score de santé mentale et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

91 **Figure 15** : Score d'anxiété et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

91 **Figure 16** : Score de dépression et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

- 93 **Figure 17** : Consommation de cigarettes et propension à fumer face au stress (fumeurs âgés de 26 à 75 ans)
- 94 **Figure 18** : Score de santé physique et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans
- 94 **Figure 19** : Score de santé mentale et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans
- 94 **Figure 20** : Score d'anxiété et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans
- 94 **Figure 21** : Score de dépression et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans
- 96 **Figure 22** : Début et arrêt du tabagisme quotidien selon l'âge, pour trois cohortes d'hommes
- 96 **Figure 23** : Début et arrêt du tabagisme quotidien selon l'âge, pour trois cohortes de femmes
- 99 **Figure 24** : Durée de la tentative d'arrêt la plus longue des fumeurs actuels, selon leur sexe
- 100 **Figure 25** : Projet d'arrêter des fumeurs actuels
- 101 **Figure 26** : Envie d'arrêter de fumer, selon l'âge des fumeurs actuels
- 102 **Figure 27** : Fréquence à laquelle quelqu'un fume au domicile, selon le statut tabagique de l'enquêté
- 103 **Figure 28** : Fréquence à laquelle quelqu'un fume au domicile, selon l'âge de l'enfant le plus jeune du foyer
- 103 **Figure 29** : Gêne occasionnée par la fumée des autres, selon le statut tabagique
- 104 **Figure 30** : Opinions sur le respect des zones non-fumeurs dans divers endroits, selon le statut tabagique
- 105 **Figure 31** : Degré d'accord avec diverses opinions relatives aux fumeurs et au tabac
- mois des personnes repérées par les tests Audit-C et Deta
- 125 **Tableau II** : OR ajustés pour le statut scolaire et professionnel, pour les usages d'alcool au cours des douze derniers mois, parmi les 15-34 ans
- 125 **Tableau III** : OR ajustés pour le statut scolaire et professionnel, pour les usages d'alcool au cours des douze derniers mois, parmi les 35-59 ans
- 126 **Tableau IV** : OR ajustés pour le niveau de diplôme, parmi les 15-64 ans
- 127 **Tableau V** : Usages de l'alcool au cours des douze derniers mois parmi les chômeurs, suivant la PCS d'origine
- 128 **Tableau VI** : Usages de l'alcool au cours des douze derniers mois parmi les chômeurs, suivant la PCS
- 129 **Tableau VII** : Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la PCS, parmi les 15-64 ans
- 133 **Tableau VIII** : OR ajustés associés au sexe masculin pour les usages de l'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la situation scolaire ou professionnelle, parmi les 15-64 ans
- 133 **Tableau IX** : OR ajustés associés au sexe masculin pour les usages de l'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la situation scolaire ou professionnelle, parmi les 15-34 ans
- 134 **Tableau X** : OR ajustés associés au sexe masculin pour les usages de l'alcool au cours des douze derniers mois, suivant le niveau de diplôme, parmi les 15-64 ans
- 134 **Tableau XI** : OR ajustés associés au sexe masculin pour les usages de l'alcool au cours des douze derniers mois, parmi les actifs occupés âgés de 15-64 ans
- 137 **Tableau XII** : Niveaux de consommation de diverses boissons alcooliques, suivant la situation scolaire ou professionnelle, parmi les 15-64 ans
- 137 **Tableau XIII** : Consommation de diverses boissons alcooliques suivant la PCS, parmi les actifs occupés de 15-64 ans

Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation

- 123 **Tableau I** : Comportements de consommation d'alcool au cours des douze derniers

- 142 **Tableau XIV** : Évolutions entre 2000 et 2005 des usages de l'alcool, parmi les actifs occupés
- 114 **Figure 1** : Les usages déclarés de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois, suivant l'âge, parmi les hommes
- 115 **Figure 2** : Les usages déclarés de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois, suivant l'âge, parmi les femmes
- 116 **Figure 3** : Proportion de consommateurs d'au moins 6 verres d'affilée au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et l'âge
- 117 **Figure 4** : Proportion de personnes déclarant avoir été ivres au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et l'âge
- 117 **Figure 5** : Perception du seuil de dangerosité de l'alcool, exprimé en nombre de verres quotidiens, suivant le sexe
- 122 **Figure 6** : Répartition des types de buveurs selon l'Audit-C, suivant l'âge, parmi les hommes
- 122 **Figure 7** : Répartition des types de buveurs selon l'Audit-C, suivant l'âge, parmi les femmes
- 124 **Figure 8** : Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant le statut professionnel ou scolaire, parmi les 15-64 ans
- 129 **Figure 9** : Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la PCS, parmi les actifs occupés de 15 à 64 ans
- 131 **Figure 10** : Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant la PCS, parmi les cadres
- 138 **Figure 11** : Connaissance et consommation de prémix, suivant le sexe et l'âge
- 140 **Figure 12** : Évolution entre 2000 et 2005 de l'usage quotidien d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant l'âge
- 140 **Figure 13** : Évolution entre 2000 et 2005 de l'ivresse alcoolique au cours des douze derniers mois, suivant l'âge
- 141 **Figure 14** : Évolution entre 2000 et 2005 de l'ivresse alcoolique régulière, suivant l'âge
- 141 **Figure 15** : Évolution entre 2000 et 2005 de l'usage à risques au sens du Deta, suivant l'âge
- 143 **Figure 16** : Usage quotidien d'alcool au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- 145 **Figure 17** : Usage à risques au sens de l'Audit-C au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- 145 **Figure 18** : Usage à risque au sens du Deta parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- 146 **Figure 19** : Au moins une ivresse alcoolique au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- 147 **Figure 20** : Au moins trois ivresses alcooliques au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- 148 **Figure 21** : Usage hebdomadaire de vin au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- 148 **Figure 22** : Usage hebdomadaire de bière au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- 149 **Figure 23** : Usage hebdomadaire de spiritueux au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- 150 **Figure 24** : Usage hebdomadaire d'autres alcools au cours de l'année parmi les 15-75 ans, pourcentages standardisés et OR ajusté
- Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier**
- 173 **Tableau I** : Niveaux d'usage et de proposition par produits parmi les 15-64 ans
- 173 **Tableau II** : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans
- 175 **Tableau III** : Évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel des produits parmi les 15-64 ans entre 2000 et 2005

- 175 **Tableau IV** : Évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel des produits parmi les 15-34 ans entre 2000 et 2005
- 178 **Tableau V** : OR ajustés pour le statut scolaire et professionnel en fonction des différents usages du cannabis parmi les 15-34 ans
- 179 **Tableau VI** : OR ajustés pour le statut professionnel en fonction des différents usages de cannabis parmi les 35-44 ans
- 179 **Tableau VII** : OR ajustés pour le niveau de diplôme en fonction des différents usages du cannabis parmi les 15-44 ans
- 181 **Tableau VIII** : OR ajustés pour les usages du cannabis parmi les actifs occupés âgés de 15 à 44 ans
- 195 **Tableau IX** : Évolution des différents profils de consommation du cannabis parmi les 15-64 ans entre 2000 et 2005
- 195 **Tableau X** : Évolution des différents profils de consommation de cannabis parmi les 15-34 ans entre 2000 et 2005
- 198 **Tableau XI** : Évolution des usages de cannabis suivant la PCS parmi les actifs occupés
- 199 **Tableau XII** : Caractérisation sociodémographique des populations suivant leur équipement téléphonique
- 201 **Tableau XIII** : Niveau de diplôme et PCS (parmi les actifs occupés) suivant l'équipement téléphonique
- 201 **Tableau XIV** : Différences entre listes de téléphone pour quelques usages de produits psychoactifs parmi les 15-64 ans
- 202 **Tableau XV** : OR ajustés pour quelques usages de produits psychoactifs suivant l'équipement téléphonique (référence = liste blanche/orange) parmi les 15-44 ans
- 203 **Tableau XVI** : Impact estimé de l'inclusion des téléphones portables sur les évolutions des niveaux d'usage du cannabis et de la cocaïne parmi les 15-64 ans
- 204 **Tableau XVIII** : OR ajustés sur l'âge pour la survenue d'un épisode dépressif au cours de l'année suivant l'usage de cannabis
- 207 **Tableau XVII** : Usages de produits psychoactifs dans les populations étudiante, active occupée et chômeuse de 18-25 ans
- 174 **Figure 1** : Expérimentation des drogues illicites, selon l'âge, parmi les 15-64 ans
- 176 **Figure 2** : Évolution de l'expérimentation du cannabis parmi les 18-44 ans
- 176 **Figure 3** : Évolution de l'expérimentation de la cocaïne, de l'héroïne et de drogues de synthèse parmi les 18-44 ans
- 177 **Figure 4** : Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le sexe et l'âge
- 178 **Figure 5** : Usages du cannabis, suivant le statut scolaire et professionnel, parmi les 15-64 ans
- 180 **Figure 6** : Usages du cannabis parmi les actifs occupés âgés de 15 à 64 ans
- 181 **Figure 7** : Usages de cannabis parmi les cadres et autres professions intellectuelles supérieures âgés de 15 à 44 ans
- 183 **Figure 8** : Expérimentation du cannabis parmi les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté
- 184 **Figure 9** : Répartition des consommateurs suivant leur fréquence de consommation un jour donné
- 188 **Figure 10** : Comportements d'usage et problèmes associés parmi les consommateurs de cannabis au cours de l'année (15-64 ans)
- 188 **Figure 11** : Distribution de la population suivant le score au Cast parmi les 15-64 ans, suivant la fréquence d'usage du cannabis
- 189 **Figure 12** : Usages de la cocaïne selon le sexe et l'âge, parmi les 15-64 ans
- 190 **Figure 13** : Usages de la cocaïne suivant le statut scolaire ou professionnel, parmi les 15-64 ans
- 191 **Figure 14** : Expérimentation de la cocaïne parmi les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté
- 193 **Figure 15** : Usages de l'ecstasy, selon l'âge, parmi les 15-64 ans

193 **Figure 16** : Usages de l'ecstasy, suivant le statut scolaire ou professionnel, parmi les 15- 64 ans

194 **Figure 17** : Expérimentation de l'ecstasy chez les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté

196 **Figure 18** : Évolution de la consommation de cannabis entre 2000 et 2005 par tranche d'âge

205 **Figure 19** : Scores de Duke de santé mentale, physique et sociale, suivant l'usage du cannabis, parmi les hommes de 15 à 34 ans

205 **Figure 20** : Scores de Duke de santé mentale, physique et sociale, suivant l'usage du cannabis, parmi les femmes de 15 à 34 ans

210 **Figure 21** : Évolution des interpellations pour usage de stupéfiants au cours des années 1990

213 **Figure 22** : Usage du cannabis au cours de l'année en Europe parmi les 15-34 ans

214 **Figure 23** : Évolution depuis le début des années 1990 du niveau d'usage du cannabis au cours de l'année parmi les jeunes adultes de divers pays européens

214 **Figure 24** : Proportion d'usagers d'ecstasy, d'amphétamines et de cocaïne au cours de l'année, parmi les jeunes adultes de divers pays européens

Polyconsommation : une pratique peu répandue en population générale

232 **Tableau I** : Usages de drogues illicites selon la fréquence de consommation du cannabis parmi les 15-34 ans

233 **Tableau II** : OR ajustés pour le cumul d'usages d'au moins deux produits psychoactifs illicites hors cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le statut scolaire et professionnel, parmi les 15-34 ans

231 **Figure 1** : Fréquence et type de polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis, suivant l'âge

233 **Figure 2** : Polyexpérimentation et polyconsommation au cours de l'année de produits illicites hors cannabis parmi les 15-34 ans

Activité physique : entre sport et sédentarité

245 **Tableau I** : Résultats de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé telle que définie dans le score IPAQ

246 **Tableau II** : Résultats d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé telle que définie dans le score IPAQ, chez les actifs occupés de 18 à 64 ans

247 **Tableau III** : Résultats de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé, chez les actifs occupés de 18 à 64 ans

248 **Tableau IV** : Résultats de huit régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer une activité physique favorable à la santé chez les 15-75 ans

249 **Tableau V** : Résultats de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer un sport habituellement

250 **Tableau VI** : Résultats d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de pratiquer un sport habituellement, chez les actifs occupés de 18 à 64 ans

251 **Tableau VII** : Résultats de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer un sport habituellement, chez les actifs occupés de 18 à 64 ans

252 **Tableau VIII** : Résultats de huit régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de pratiquer un sport habituellement, chez les 15-74 ans

255 **Tableau IX** : Évolution des prévalences du surpoids et de l'obésité chez les adultes de 18 à 75 ans entre 1996 et 2005 (redressement sur le recensement de 1990)

- 255 **Tableau X** : Proportion de sujets âgés de 15 à 74 ans selon le temps passé à regarder la télévision la veille de l'interview, par niveau de corpulence
- 256 **Tableau XI** : Résultats de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir regardé la télévision deux heures ou plus la veille de l'interview
- 258 **Tableau XII** : Moyenne et médiane des MET-heures par semaine dans les trois enquêtes
- 259 **Tableau XIII** : Moyenne du nombre de jours et du temps passés à pratiquer des activités physiques intenses, modérées, ou de la marche
- 253 **Figure 1** : Temps moyen passé assis pendant une journée habituelle, au cours des sept jours précédant l'enquête, selon l'âge
- 253 **Figure 2** : Évolution du pourcentage de personnes âgées de 15 à 74 ans ayant regardé la télévision ou utilisé un ordinateur la veille de l'interview
- 254 **Figure 3** : Temps en minutes passé à lire, à regarder la télévision ou assis devant un ordinateur, selon le sexe et l'âge
- 254 **Figure 4** : Pourcentage d'individus en surpoids ou obèses, selon le sexe et l'âge
- Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention**
- 281 **Tableau I** : OR ajustés au fait d'avoir une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination, en 2005
- 283 **Tableau II** : Évolution des réticences vis-à-vis des principales vaccinations, selon le sexe, parmi les personnes se déclarant défavorables à la vaccination
- 283 **Tableau III** : OR ajustés au fait de se sentir bien informé sur la vaccination, en 2005
- 285 **Tableau IV** : OR ajustés au fait d'être à jour dans ses vaccinations « avec certitude », en 2005
- 287 **Tableau V** : OR ajustés au fait avoir effectué une vaccination au cours des cinq dernières années, en 2005
- 289 **Tableau VI** : Principales évolution de la nature du dernier vaccin selon le sexe
- 291 **Tableau VII** : Évolution de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole des enfants âgés de moins de 16 ans depuis 1993 (population des parents de 18 ans et plus)
- 291 **Tableau VIII** : Évolution de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole des enfants âgés de 1 à 6 ans depuis 1993 (population des parents de 18 ans et plus)
- 291 **Tableau IX** : Évolution de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole des enfants âgés de 7 à 15 ans depuis 1993 (population des parents de 18 ans et plus)
- 293 **Tableau X** : OR ajustés au fait de ne pas avoir fait pratiquer sur son enfant de moins de 16 ans, de 1 à 6 ans, de 7 à 15 ans la vaccination rougeole-oreillons-rubéole et de ne pas avoir effectué la 2^e vaccination rougeole-oreillons-rubéole
- 280 **Figure 1** : Opinions favorables (« *très favorables* » et « *plutôt favorables* ») à la vaccination en général, selon le sexe, parmi les 15 à 75 ans
- 287 **Figure 2** : Vaccination au cours des cinq dernières années, suivant le sexe et l'âge
- 292 **Figure 3** : Motifs de refus de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole évoqués par les parents
- Le dépistage des cancers : entre organisation et libre choix**
- 301 **Tableau I** : Craintes individuelles des risques et maladies chez les 12-75 ans
- 302 **Tableau II** : Craintes du cancer (« *pas mal* » et « *beaucoup* ») chez les 18 ans et plus. Évolution entre 1995 et 2005.
- 305 **Tableau III** : OR ajustés pour la réalisation d'une mammographie dans les deux dernières années, parmi les femmes de 50-74 ans concernées par le dépistage organisé

306 **Tableau IV** : Évolution entre 1995 et 2005 de la pratique de la mammographie chez les femmes de 50-74 ans concernées par le dépistage organisé

309 **Tableau V** : OR ajustés pour la réalisation d'un frottis dans les trois dernières années, parmi les femmes de 25-65 ans concernées par le dépistage organisé

312 **Tableau VI** : OR ajustés pour la réalisation d'un test de type Hemocult® dans les deux dernières années, dans la population de 50-74 ans concernée par le dépistage organisé

301 **Figure 1** : Crainte du cancer, suivant le sexe et l'âge

302 **Figure 2** : Évolution des craintes du cancer dans les années 1990 et 2000 parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans

303 **Figure 3** : Prévalence de la mammographie au cours de la vie entre 1995 et 2005, suivant l'âge

304 **Figure 4** : Initiative de la mammographie, selon l'âge

307 **Figure 5** : Taux de participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein par département en 2004 (taux Insee)

308 **Figure 6** : Évolution 2000/2005 de la prévalence du frottis au cours de la vie, selon l'âge

311 **Figure 7** : Prévalence du test Hemocult® au cours de la vie, suivant le sexe et l'âge

313 **Figure 8** : Évolution 2000/2005 de la réalisation du test de type Hemocult® dans la population concernée par le dépistage, dans les deux dernières années, suivant le sexe et l'âge

314 **Figure 9** : Répartition des départements selon le type de dépistage organisé proposé au 1^{er} janvier 2006

Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée

334 **Tableau I** : Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel chez les hommes ; distinction selon la période de survenue du premier rapport : 1994-1999 (Baromètre santé 2000)/2000-2005 (Baromètre santé 2005)

335 **Tableau II** : Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel chez les femmes ; distinction selon la période de survenue du premier rapport : 1994-1999 (Baromètre santé 2000)/2000-2005 (Baromètre santé 2005)

341 **Tableau III** : Caractéristiques associées à la pratique d'un dépistage VIH dans les douze mois précédant l'enquête, parmi les hommes et les femmes âgés de 15 à 54 ans sexuellement actifs

345 **Tableau IV** : Pratiques contraceptives en 2005 parmi les personnes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, selon le sexe et l'âge

346 **Tableau V** : Caractéristiques associées à l'utilisation d'une méthode contraceptive non médicale (*préservatif ou autres méthodes locales*) en 2005 parmi les personnes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse

348 **Tableau VI** : Connaissances relatives à la contraception d'urgence en 2005, par sexe et par âge

350 **Tableau VII** : Circonstances du dernier recours à la contraception d'urgence au cours des douze mois précédant l'enquête en 2005, selon l'âge

350 **Tableau VIII** : Protection des rapports sexuels après la dernière prise de contraception d'urgence (jusqu'aux règles suivantes) et pratiques contraceptives le mois suivant la prise : analyse parmi

les utilisatrices récentes (douze derniers mois) de la contraception d'urgence

- 331 **Figure 1** : Âge médian des hommes et des femmes au premier rapport sexuel, selon la génération
- 332 **Figure 2** : Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année à laquelle il a eu lieu, par sexe
- 333 **Figure 3** : Proportion de personnes ayant utilisé un préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'âge, le sexe et la période à laquelle ce premier rapport a eu lieu
- 335 **Figure 4** : Nombre de partenaires déclarés dans les douze mois précédant l'enquête, selon le sexe et l'âge
- 337 **Figure 5** : Incidence cumulée des IST déclarées dans les cinq dernières années, par sexe et par âge
- 338 **Figure 6** : Type d'IST déclaré au cours des cinq dernières années, selon le sexe
- 339 **Figure 7** : Incidence cumulée des antécédents d'IST dans les cinq ans, par sexe, selon le type d'agent pathogène
- 340 **Figure 8** : Proportion d'hommes sexuellement actifs, âgés de 15 à 54 ans, ayant réalisé un test VIH au cours des douze derniers mois, en 2000 et 2005
- 340 **Figure 9** : Proportion de femmes sexuellement actives, âgées de 15 à 54 ans, ayant réalisé un test VIH au cours des douze derniers mois, en 2000 et 2005
- 343 **Figure 10** : Principales méthodes contraceptives utilisées par les hommes (15-49 ans) concernés par la contraception et déclarant utiliser une méthode : comparaison par âge 2000/2005
- 343 **Figure 11** : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes (15-49 ans) concernées par la contraception et déclarant utiliser une méthode : comparaison par âge 2000/2005
- 349 **Figure 12** : Utilisation de la contraception d'urgence dans la vie en 2000 et 2005,

parmi les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 54 ans

- 349 **Figure 13** : Nombre de prises de contraception d'urgence au cours de la vie parmi les femmes de 15-54 ans ayant déclaré l'avoir utilisée au moins une fois

Minorités sexuelles : des populations plus exposées que les autres ?

- 358 **Tableau I** : Proportion des comportements hétérosexuels, bisexuels et homosexuels chez les hommes et les femmes sexuellement actifs dans l'année
- 359 **Tableau II** : Données sociodémographiques des hommes CHo/CBi et des hommes CHE
- 359 **Tableau III** : Données sociodémographiques des femmes CHo/CBi et des femmes CHE
- 361 **Tableau IV** : Proportion de violence physique reçue, d'abus sexuel et de consommation de substances chez les hommes CHo/CBi, et comparaison au groupe apparié
- 361 **Tableau V** : Proportion de violence physique reçue, d'abus sexuel et de consommation de substances chez les femmes CHo/CBi et comparaison au groupe apparié
- 362 **Tableau VI** : Prévalence de dépression, pensées suicidaires et tentative de suicide chez les hommes CHo/CBi, et comparaison au groupe apparié
- 362 **Tableau VII** : Prévalence de dépression, pensées suicidaires et tentative de suicide chez les femmes CHo/CBi, et comparaison au groupe apparié
- 363 **Figure 1** : Odds ratio des prévalences d'épisode dépressif caractérisé (EDC) dans l'année, de pensées suicidaires dans l'année et de tentative de suicide au cours de la vie pour l'ensemble des minorités sexuelles par rapport au groupe apparié

Accidents : les plus fréquents sont ceux de la vie courante

- 382 Tableau I :** Fréquence des accidents
- 382 Tableau II :** Répartition de la fréquence des différents accidents par sexe
- 385 Tableau III :** Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident de sport et de loisirs parmi les personnes âgées de 15 à 75 ans
- 385 Tableau IV :** Les accidents de sport et de loisirs (dont de vélo selon le genre)
- 387 Tableau V :** Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident de travail, parmi les personnes actives de 16 ans à 65 ans
- 387 Tableau VI :** Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident de voiture, ensemble 15-75 ans
- 388 Tableau VII :** Type d'accidents au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'année d'enquête, en 2000 et en 2005
- 389 Tableau VIII :** Fréquence des accidents selon des comportements de consommation de cannabis et d'alcool
- 391 Tableau IX :** Modèles finaux de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la survenue d'un accident au cours des douze derniers mois parmi les jeunes hommes, puis les jeunes femmes, âgés de 15 à 25 ans
- 391 Tableau X :** Modèles finaux de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la survenue d'un accident au cours des douze derniers mois parmi les hommes, puis les femmes, de 26 à 75 ans
- 396 Tableau XII :** Fréquence des chutes entre 40 et 75 ans, au cours des douze derniers mois, selon les variables sociodémographiques
- 397 Tableau XIII :** Fréquence des chutes entre 40 et 75 ans au cours des douze derniers mois, par sexe
- 398 Tableau XIV :** Modèles finaux de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la survenue d'une chute au cours des douze derniers mois parmi les hommes et les femmes de 40 à 75 ans
- 399 Tableau XV :** Consultation, limitation des activités (peur de retomber) et troubles de l'équilibre parmi les chuteurs, par sexe et par âge, parmi les 40-75 ans
- 401 Tableau XVI :** Répartition des différentes pratiques du vélo (douze derniers mois) et de l'utilisation du casque (dernière sortie), selon le sexe et l'âge
- 401 Tableau XVIII :** Évolution de la pratique du vélo et de l'utilisation du casque (dernière sortie) entre 2000 et 2005
- 402 Tableau XVII :** Modèles finaux de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le port d'un casque lors de la dernière sortie à vélo
- 381 Figure 1 :** Avoir eu au moins un accident au cours des douze derniers mois, par sexe et âge
- 384 Figure 2 :** Fréquence des différents accidents déclarés par les hommes, selon l'âge
- 384 Figure 3 :** Fréquence des différents accidents déclarés parmi les femmes, selon l'âge
- 390 Figure 4 :** Prévalence des accidents (douze derniers mois) selon la consommation ou non de médicaments psychotropes, par sexe et groupe d'âge
- 393 Figure 5 :** Principaux mécanismes accidentels déclarés par les hommes lors du dernier accident, selon l'âge
- 393 Figure 6 :** Principaux mécanismes accidentels déclarés par les femmes lors du dernier accident, selon l'âge
- 393 Tableau XI :** Mécanisme du dernier accident selon le type d'accidents
- 394 Figure 7 :** Répartition des lieux de survenue du dernier accident
- 395 Figure 8 :** Sport pratiqué lors du dernier accident selon l'âge (en pourcentage des accidents de sport)
- 396 Figure 9 :** Fréquence des chutes au cours

des douze derniers mois, parmi les personnes âgées de 40 à 75 ans

400 **Figure 10** : Pratique du vélo au cours des douze derniers mois et port du casque lors de la dernière sortie parmi les hommes et les femmes, selon l'âge

405 **Figure 11** : Pratique du roller au cours des douze derniers mois et port du casque lors de la dernière sortie parmi les hommes et les femmes, selon l'âge

405 **Figure 12** : Pratique du deux-roues motorisé au cours des douze derniers mois et port du casque lors de la dernière sortie parmi les hommes et les femmes, selon l'âge

Activité professionnelle et santé, quels liens ?

418 **Tableau I** : Scores de santé, prévalence des conduites addictives et des épisodes dépressifs chez les actifs occupés et les chômeurs de 16 à 65 ans, en fonction du sexe et de la durée du chômage

418 **Tableau II** : Liens entre indicateurs de santé et situations de chômage parmi les 16-65 ans : régressions linéaires et logistiques des indicateurs de santé ajustés par le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle

420 **Tableau III** : Liens entre indicateurs de santé et situations de chômage parmi les individus âgés de 16 à 65 ans, suivant le sexe et les périodes de vie professionnelle (16-25 ans, 26-44 ans, 45-65 ans) Régressions linéaires et logistiques des indicateurs de santé ajustés par le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle

422 **Tableau IV** : Scores de santé, prévalence des conduites addictives et épisodes dépressifs chez les actifs occupés en fonction du statut professionnel

424 **Tableau V** : Liens entre indicateurs de santé et statut professionnel parmi les actifs occupés âgés de 16 à 65 ans, et comportement lors du passage à la retraite, suivant le sexe et les périodes professionnelles.

Régressions linéaires et logistiques des indicateurs de santé ajustés par le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle

426 **Tableau VI** : Usages des produits psychoactifs suivant les milieux professionnels

428 **Tableau VII** : Consommation de substances psychoactives suivant les conditions de travail : résultats de cinq régressions logistiques des indicateurs de santé ajustés par le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle

430 **Tableau VIII** : Perception des effets du travail sur la santé (quatre principales causes) suivant les conditions de travail

432 **Tableau IX** : Affections de santé et conditions de travail : résultats de cinq régressions logistiques ajustés par le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle

434 **Tableau X** : Liens entre affections ressenties et autres déterminants de santé

436 **Tableau XI** : Régressions logistiques sur la population se déclarant « affectée » ou « stressée dans le dernier mois par son travail » ajustés par le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle

437 **Tableau XII** : Liens entre indicateurs de santé et stress déclaré en relation avec le travail, la situation ou la vie professionnelle. Modèles finaux de régressions logistiques où les variables dépendantes sont les comportements de santé, ajustés sur le sexe, l'âge et la catégorie professionnelle.

430 **Figure 1** : Affections de santé par le travail déclarées par les actifs occupés de 16 à 65 ans

435 **Figure 2** : Stress dans le dernier mois parmi l'ensemble des actifs occupés

La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins

461 **Tableau I** : Prévalence à un an des troubles dépressifs

465 **Tableau II** : Épisode dépressif caractérisé comorbide avec une maladie somatique

466 **Tableau III** : Arrêts de travail en raison de problèmes psychologiques

467 **Tableau IV** : Effet ajusté des caractéristiques sociodémographiques et des événements de vie sur l'épisode dépressif caractérisé, au cours des douze derniers mois

470 **Tableau V** : Recours aux soins pour raison de santé mentale en fonction des troubles dépressifs

472 **Tableau VI** : Recours aux services de santé en fonction des troubles dépressifs

472 **Tableau VII** : Recours aux professionnels de santé en fonction des troubles dépressifs

474 **Tableau VIII** : Détails du recours aux professionnels de santé en fonction des troubles dépressifs

462 **Figure 1** : Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés, en fonction de l'âge

463 **Figure 2** : Prévalence des troubles dépressifs, en fonction de l'âge, chez les hommes

463 **Figure 3** : Prévalence des troubles dépressifs, en fonction de l'âge, chez les femmes

464 **Figure 4** : Types de troubles subsyndromiques, en fonction de l'âge, chez les hommes

465 **Figure 5** : Types de troubles subsyndromiques, en fonction de l'âge, chez les femmes

471 **Figure 6** : Recours aux soins des personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé, en fonction du sexe et de l'âge

Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité

492 **Tableau I** : Épisodes dépressifs caractérisés : fréquence et intensité

492 **Tableau II** : Tentatives de suicide, idées suicidaires et dépression au cours des douze derniers mois

493 **Tableau III** : Recours aux soins chez les sujets déprimés en 2005 au cours des douze derniers mois

494 **Tableau IV** : Consommation de substances

psychoactives, perturbation des conduites alimentaires et violences, en lien avec les idées suicidaires et tentatives de suicide en 2005

495 **Tableau V** : Relation entre l'intensité des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis), l'âge lors de la première prise et les idées suicidaires et tentatives de suicide au cours des douze derniers mois

496 **Tableau VI** : Modèle des idées suicidaires

497 **Tableau VII** : Modèle des tentatives de suicide

489 **Figure 1** : Idées suicidaires et tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, selon l'âge

490 **Figure 2** : Tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge

490 **Figure 3** : Idées suicidaires au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge : évolution entre 2000 et 2005

491 **Figure 4** : Proportion des personnes ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie, selon le sexe et l'âge : évolution entre 2000 et 2005

Troubles du sommeil : une approche exploratoire

521 **Tableau I** : Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'être insatisfait par son sommeil

523 **Tableau II** : Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir rencontré (« un peu » ou « beaucoup ») des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours

524 **Tableau III** : Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir consommé des somnifères au cours des douze derniers mois

525 **Tableau IV** : Analyse régionale descriptive et régression logistique sur l'insatisfaction du sommeil

526 **Tableau V** : Analyse régionale descriptive et

régression logistique sur les problèmes de sommeil (« *un peu* » ou « *beaucoup* ») rencontrés au cours des huit derniers jours

527 **Tableau VI** : Analyse régionale descriptive et régression logistique sur la consommation de somnifères (15-75 ans)

520 **Figure 1** : Insatisfaction à l'égard du sommeil, suivant le sexe et l'âge

522 **Figure 2** : Problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours, suivant le sexe et l'âge

524 **Figure 3** : Consommation de somnifères au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et l'âge

Études et enquêtes parues aux éditions de l'INPES

F. Baudier, C. Dressen, F. Alias

Baromètre santé 92

1994, 168 p.

F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski

Baromètre santé 93/94

1995, 172 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes

Baromètre santé jeunes 94

1997, 148 p.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti

Baromètre santé médecins généralistes 94/95

1996, 138 p.

F. Baudier, J. Arènes (dir.)

Baromètre santé adultes 95/96

1997, 288 p.

F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud

Baromètre santé nutrition 1996 adultes

1997, 180 p.

J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé jeunes 97/98

1998, 328 p.

J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé médecins généralistes 98/99

1999, 224 p.

J.-F. Collin

Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99
1999, 64 p.

E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (dir.)

**Les années collège. Enquête santé HBSC 1998
auprès des 11-15 ans en France**
2000, 114 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson,
M.-P. Janvrin.

Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode
2001, 144 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (dir.)

Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats
2001, 474 p.

P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (dir.)

**Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.
Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux**
2004, 216 p.

M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert,
F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon

**Baromètre santé 2000. Les comportements
des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux**
2004, 256 p.

P. Guilbert, Perrin-Escalon H. (dir.)

Baromètre santé nutrition 2002
2004, 260 p.

A. Gautier (dir.)

Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003
2005, 276 p.

E. Godeau, H. Grandjean, F. Navarro (dir.)

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002

Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in
School-Aged Children, 2005, 286 p.

P. Guilbert, A. Gautier (dir.)

Baromètre santé 2005, premiers résultats.
2006, 176 p.

P. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier (dir.)

Baromètre cancer 2005
2006, 202 p.

N. Lydié (dir.)

**Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida.
Connaissances, attitudes, croyances et comportements**
2007, 188 p.

Conception graphique originale **SCRIPTA** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
Photographies **Florent Mattei**
Relecture **Nelly Zeitlin**
Impression **Fabrègue**

novembre 2007

La mise en œuvre d'une politique de santé publique cohérente et efficace passe par une meilleure appréhension des comportements de santé. Cette nouvelle édition du Baromètre santé les décrit et les met en regard des connaissances et des perceptions des 12-75 ans en matière de santé. Par son échantillon de 30 000 personnes et par sa méthodologie, le Baromètre santé 2005 s'inscrit comme une référence en matière d'enquête téléphonique de qualité.

Observer les évolutions et comprendre les déterminants de santé susceptibles de jouer un rôle dans l'adoption ou l'abandon de certains comportements, tel est l'objet de cet ouvrage. Seize chapitres abordent des thématiques très variées, telles que la consommation de substances psychoactives, le dépistage des cancers, la vaccination, la qualité de vie, les accidents, l'activité physique, le sommeil, le lien entre santé et travail...

Ce travail éclaire également des disparités importantes au sein de la population, mettant en lumière des populations vulnérables ou en rupture. Au-delà de la description, il fournit ainsi un cadre quantitatif pour aborder la question des inégalités de santé.

