

éducation
POUR LA
santé
pour mieux vivre

Baromètre santé 2000

Résultats

Volume 2

sous la direction de
Philippe GUILBERT
François BAUDIER
Arnaud GAUTIER

préface de
Bernard KOUCHNER



BAROMÈTRES

éditions
CFES

Baromètre santé 2000

Résultats

Volume 2

sous la direction de
Philippe Guilbert
François Baudier
Arnaud Gautier

préface de
Bernard Kouchner

Cette étude a été réalisée par

le **Comité français d'éducation pour la santé (CFES)**

En partenariat avec

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

le **Centre national de la recherche scientifique (CNRS)**

le **Centre de recherche, d'étude et de documentation
en économie de la santé (Credes)**

la **Fédération nationale des observatoires régionaux
de la santé (Fnors)**

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

l' **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**

l' **Observatoire régional de la santé
Provence-Alpes-Côte-d'Azur (ORS Paca)**

Son financement a été assuré par

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

le **ministère de l'Emploi et de la Solidarité
(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)**

la **Mission interministérielle de lutte contre la drogue
et la toxicomanie (Mildt)**

la **Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)**

le **Haut Comité de la santé publique (HCSP)**

la **Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)**

remerciements

- Josiane Warszawski, (Inserm U. 292), François Beck (OFDT), Hubert Isnard (InVS), Bernadette Roussille et Michel Dépinoy (CFES) pour leur aide et leurs conseils.
- Pierre Arwidson (CFES), Béatrice Ducot (Inserm U. 292), Claude Got (Collège scientifique de l'OFDT), Albert Hirsch (Alliance pour la santé-Coalition contre le tabac), Marie-Pierre Janvrin (CFES), Serge Karsenty (CNRS), Christophe Léon (CFES), Philippe le Fur (Credes), Brigitte Lhomond (CNRS), Laurence Meyer (Inserm U. 292), Pierre-André Michaud (IUSMP Lausanne), Karina Oddoux (CFES), Bertrand Thélot (InVS), Samir Tillikete (Hôpital Émile Roux), Danielle Vasseur (CFES), Isabelle Vincent (CFES) et le Conseil scientifique de l'OFDT pour leur relecture attentive.
- Hafosa Ali, Claude Jouglard, Sandra Kerzanet et Catherine Lavielle pour leur contribution à la recherche documentaire.
- Martine Drouin et Marie-Jeanne Barreau pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête.

le photographe

Bertrand Desprez, 38 ans, collabore régulièrement depuis 1990 à *Libération*, *l'Express*, *l'Équipe Magazine*, *Télérama*, *Géo*, etc.

Seul

Dans les profondeurs océanes,
Inaccessible obscurité.

Et pourtant tous ces pas ensablés,
Rondes infinies.

Et cette ombre fuyante
Sur la pierre.

Seul

Comme un arbre foudroyé
Feuilles absentes.

Mais parfois deux
Ou plus, foule anonyme.

Le corps tendu à ciel ouvert
Lumière violente
Face aux rires éclatants.

Seul

Et déjà si loin.

Bertrand Desprez/VU
Le 14 décembre 2001

Pierre Arwidson	Médecin, CFES
Nathalie Bajos	Sociodémographe, chercheur, Inserm U. 292
Julien Barnier	Statisticien, assistant d'études à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur
François Baudier	Médecin, responsable de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté
François Beck	Statisticien, responsable du pôle Études en population générale à l'OFDT
Hélène Bourdessol	Sociologue, CFES
Bertrand Coustou	Chargé d'études, CFES
Christiane Dressen	Sociologue, CFES
François Eisinger	Médecin, département prévention et dépistage, Institut Paoli-Calmettes, Inserm U. 379, Marseille
Arnaud Gautier	Statisticien, CFES
Valérie Guagliardo	Statisticienne, chargée d'études à l'Observatoire régional de la Santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur
Philippe Guilbert	Économètre au CFES, coordonnateur du Baromètre santé
Marie-Pierre Janvrin	Démographe, CFES
Claire Julian-Reynier	Médecin, Inserm U. 379, Marseille
Hugues Lagrange	Sociologue, Observatoire sociologique du changement, FNSP-CNRS, Paris
Brice Lefèvre	Sociologue du sport
Stéphane Legleye	Statisticien, chargé d'études à l'OFDT
Olivier Le Nezet	Étudiant en DESS Méthodologie et statistique en recherche biomédicale, Université Paris XI
Georges Menahem	Maître de recherches, Credes-CNRS
Colette Ménard	Psychosociologue, CFES
Jean-Paul Moatti	Économiste, Inserm U. 379, Université de la Méditerranée
Karina Oddoux	Économiste, CFES
Patrick Peretti-Watel	Sociologue et statisticien, OFDT
Hélène Perrin	Économiste, CFES
Xavier Pommereau	Psychiatre des hôpitaux, responsable de l'UMPJA, Bordeaux
Michel Rotily	Médecin, chercheur associé à l'unité 379 de l'Inserm, Marseille
Josiane Warszawski	Épidémiologiste, Inserm U. 292, Service d'épidémiologie, Hôpital Bicêtre

Préface

Le Baromètre santé aura 10 ans en 2002. Tout au long de cette décennie, les données de cette enquête sur les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français en matière de santé ont aidé au pilotage des campagnes d'éducation et de prévention mises en œuvre en France. Ses données, devenues une référence dans le domaine de la santé publique, ont aussi servi aux décideurs, aux professionnels, aux journalistes et aux acteurs de terrain de la promotion de la santé.

De nombreuses évolutions présentées dans cet ouvrage sont encourageantes. Une véritable prise de conscience sur les dangers du tabagisme est apparue, en particulier chez les hommes chez qui on observe une diminution de la prévalence tabagique à partir de 45 ans. Les seuils de consommation quotidienne d'alcool à moindre risque sont mieux connus de la population et la notion de drogue est plus étendue qu'autrefois. Il reste que ces nouveaux repères doivent se traduire par l'adoption de comportements plus favorables à la santé : à cet égard, l'éducation pour la santé a un rôle primordial à jouer.

Du côté de la prévention médicalisée se dégagent également des avancées intéressantes : l'adhésion à la vaccination est très élevée (90 %), le dépistage des cancers du sein a considérablement progressé en dix ans et concerne 75 % des femmes de 50 à 69 ans.

L'analyse montre, en revanche, la persistance des inégalités de santé. Quelle que soit la dimension de qualité de vie considérée — mentale, physique, sociale —, la santé « estimée » c'est-à-dire appréciée par les intéressés, baisse très fortement avec l'augmentation des indices de précarité (professionnelle, financière, affective). Ainsi, les personnes cumulant les trois types de précarité sont sept fois plus nombreuses à avoir effectué une tentative de suicide au cours de la vie (28 %).

C'est une des raisons pour lesquelles le Gouvernement a lancé en juillet 2001 le nouveau programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Dans le même sens, le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé vise à créer, enfin, les conditions d'une véritable promotion de la santé où l'éducation pour la santé aura une place centrale.



Le ministre délégué à la Santé
Bernard Kouchner

Présentation

L'objectif premier de la série d'enquêtes Baromètre santé est de concevoir et d'alimenter régulièrement une base de données sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Français en matière de santé. De nombreux sujets traités dans les Baromètres santé sont liés aux campagnes de promotion et d'éducation pour la santé, menées par le CFES en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité : la prévention en général, mais aussi la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, les vaccinations, l'usage de médicaments, les accidents de la vie courante, les cancers, le sport, la nutrition, etc.

Ces enquêtes multithématiques, répétées au cours des années, permettent de suivre les évolutions des opinions, des comportements et de certains indicateurs de santé. Elles permettent également de mieux définir les objectifs des programmes nationaux de prévention, d'orienter des études spécifiques quantitatives ou qualitatives et d'engager, en matière de prévention et d'éducation pour la santé, des actions de terrain plus ciblées sur des types de populations ou dans certaines régions.

En 1999, année du terrain de l'enquête présentée ici, le Baromètre santé a pris une nouvelle forme. Première transformation, il s'est intéressé simultanément aux jeunes et aux adultes. En effet, la distinction entre les 12-19 ans et les 18-75 ans, qui définissait les deux Baromètres « jeunes » et « adultes », paraissait arbitraire et ne permettait pas d'étudier de façon précise la mise en place de comportements de santé entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. De plus, l'augmentation importante de la taille de l'échantillon (13 685 en 1999) permet de détecter plus finement des évolutions d'opinions et de comportements. Par ailleurs et pour la première fois, cinq suréchantillons ont été réalisés dans les régions suivantes : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Picardie pour les 12-25 ans uniquement, et Poitou-Charentes pour les 12-75 ans. La présente édition sur les résultats détaillés est complétée par un volume « méthode », qui décrit les principes méthodologiques de l'enquête et donne le questionnaire, et par un troisième volume (édition en 2002) qui expose les résultats des suréchantillons régionaux.



sommaire

19

Présentation des termes statistiques

Définition des principaux termes statistiques utilisés dans les différents chapitres : test du χ^2 , odds ratio, régression logistique, analyse de la variance. La structure de l'échantillon est également présentée, ainsi que quelques références d'ouvrages épidémiologiques. Pour une description très détaillée de la méthodologie de l'enquête, consulter le volume « méthode » du Baromètre santé 2000.

Arnaud Gautier, Philippe Guilbert



29

Activité sportive et comportements de santé

Description de la pratique sportive de la population au cours des sept derniers jours : durée et type de sport. Cette pratique sportive a été analysée à travers d'autres déterminants de santé comme la consommation de tabac et d'alcool, la violence agie ou subie, les prises de risque, les accidents, etc. Un autre point concerne les motivations déclarées à faire du sport.

Philippe Guilbert, Brice Lefèvre



55

Vaccination : opinions et pratiques

Connaitre l'opinion de la population sur le principe de la vaccination, son évolution au cours des dernières années, les pratiques vaccinales à travers la date de la dernière vaccination et du dernier vaccin reçu. Une partie du chapitre traite plus spécifiquement de la vaccination contre la rubéole, les oreillons et la rougeole : usage, freins à la vaccination et connaissance de l'existence d'une seconde dose du vaccin.

Valérie Guagliardo, Julien Barnier, Michel Rotily



77

Tabac

Tour d'horizon des comportements en matière de tabagisme et de leur évolution depuis 1992 : prévalence, quantité, dépendance, respect de la loi Evin, mais aussi analyse des tentatives d'arrêt à travers la fréquence des tentatives et les principales motivations à l'arrêt. Une présentation géographique des résultats est faite ainsi qu'une comparaison avec la carte des ventes de cigarettes.

Karina Oddoux, Patrick Peretti-Watel, François Baudier



123

Alcool

Détail de la consommation d'alcool par produits et par fréquence : les buveurs quotidiens, les abstinentes, les quantités consommées le week-end, etc. La dépendance est estimée à travers le test clinique Deta et une répartition régionale des consommations est comparée avec celles issues d'autres sources de données.

Stéphane Legleye, Colette Ménard, François Baudier, Olivier Le Nezet



163

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Analyse de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon des déterminants sociodémographiques et économiques (structure familiale, situation professionnelle, etc.), des indicateurs de qualité de vie (score de santé de Duke) et les événements de vie des individus. Les tentatives de suicide au cours de la vie sont également décrites, ainsi que la prise en charge médicale post-tentative.

Philippe Guilbert, Xavier Pommereau, Bertrand Coustou

189

Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés

Description des actes de violence agie ou subie et des prises de risque en considérant les spécificités des hommes et des femmes dans ce domaine. L'analyse est faite également en fonction de l'âge des individus. La prévalence des abus sexuels au cours de la vie est estimée et comparée avec les principales enquêtes nationales sur le sujet.

Hugues Lagrange

209

Sexualité, contraception, MST

Les pratiques des 15-49 ans et leurs évolutions en matière d'utilisation du préservatif, de moyens de contraception, de pilule du lendemain ou encore le recours à une interruption volontaire de grossesse au cours de la vie. Il a été pris en compte, dans l'analyse, des déterminants sociodémographiques comme le niveau d'éducation ou le statut marital. D'autres résultats concernent la prévalence des maladies sexuellement transmissibles les plus courantes et des modes d'information des partenaires le cas échéant.

Josiane Warszawski, Nathalie Bajos

237

Drogues illicites : pratiques et attitudes

Vaste présentation des comportements de consommation de cannabis en population générale : l'expérimentation, la consommation répétée ou régulière, les consommations à problèmes, ainsi que les grandes évolutions depuis le début des années quatre-vingt-dix. Les motivations à la consommation sont listées, de même que les raisons de l'abandon. L'analyse de la situation nationale par rapport à d'autres pays européens et la prise d'autres drogues illicites (cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy, etc.) complètent le chapitre.

François Beck, Stéphane Legleye, Patrick Peretti-Watel

279

Douleur

L'analyse des réponses des hommes et des femmes sur le thème de la douleur : les réponses différent-elles selon le type de douleur (physique ou morale) ? Dans quelle mesure la subjectivité des individus dans le déclaratif ou d'autres facteurs interviennent-ils : maladie, handicap, événement de vie, cumul des précarités, etc. ?

Georges Menahem



311

Consommation de soins et de médicaments

Analyse du recours aux principaux professionnels de la santé (médecin généraliste, psychologue, psychanalyste, psychiatre, kinésithérapeute, gynécologue) selon le sexe, l'âge, la situation matrimoniale ou encore le fait d'avoir une maladie chronique, un handicap physique. La prise de médicaments antidépresseurs et de tranquillisants/somnifères est l'objet de la seconde partie du chapitre qui se termine par l'analyse des conseils reçus de la part du médecin en matière d'exercice physique, de tabagisme, d'accidents de la vie courante, de nutrition et de bon usage des médicaments.

Pierre Arwidson, Philippe Guilbert

329

Dépistage des cancers

Évolution des pratiques de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en population générale. La régularité des dépistages a été prise en compte selon les dernières recommandations et selon différentes variables sociodémographiques et économiques. L'utilisation du test hémocult II® de dépistage du cancer colorectal a été estimée pour les hommes et les femmes de plus de 40 ans.

François Eisinger, Valérie Guagliardo, Claire Julian-Reynier, Jean-Paul Moatti

359

Accidents

Accidents de sport, du travail, de la route, de la vie domestique. L'évolution des craintes ressenties vis-à-vis de ces accidents relativement à d'autres risques sanitaires est présentée. Il a été également estimé le nombre d'accidents selon les populations et, pour les pratiquants de roller, skate, VTT, vélo, moto, de la fréquence du port du casque lors de la dernière sortie.

Hélène Bourdessol, Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

391

Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans

Analyse de plusieurs comportements de santé sous l'angle de déterminants socio-démographiques et économiques : revenu mensuel du ménage par unité de consommation, niveau d'éducation, profession et catégorie socioprofessionnelle, situation maritale, etc. Un indicateur de cumul des précarités est également utilisé.

Colette Ménard, Arnaud Gautier

425

La santé des personnes âgées de 60 à 75 ans

Comparaison des réponses des 60-75 ans à celles des 45-59 ans pour plusieurs déterminants de santé ou indicateurs de santé : échelle de qualité de vie, recours au soins, problème de sommeil, pratique sportive. La présentation des résultats est réalisée par tranche de cinq années : 60-64 ans, 65-69 ans et 70-75 ans.

Christiane Dressen, Hélène Perrin

439

Liste des tableaux et figures

457

English summaries







Présentation des termes statistiques

Arnaud Gautier, Philippe Guilbert

Afin de faciliter la lecture de l'ouvrage, un certain nombre de termes statistiques sont brièvement définis dans cette partie. Pour connaître dans le détail le protocole de l'enquête, le lecteur pourra se référer au volume Méthode du Baromètre santé 2000.

La structure de l'échantillon

Le nombre de personnes interrogées dans cette enquête est de 13 685. La durée moyenne des entretiens a été d'environ 34 minutes ; certains se sont révélés beaucoup plus longs. Les interviews ont été réalisées par téléphone (Cati) après tirage aléatoire du numéro de téléphone (voir volume Méthode). La fréquence des entretiens selon le jour de la semaine laisse apparaître que les interviews ont été plus nombreuses le mercredi et le samedi en raison de plages horaires d'enquête plus étendues pour ces deux jours (Tableau I).

Tableau I

Répartition et nombre d'interviews réalisées quotidiennement

	Nombre d'interviews	
Lundi	1 369	(10,0 %)
Mardi	2 028	(14,8 %)
Mercredi	3 572	(26,1 %)
Jeudi	1 232	(9,0 %)
Vendredi	2 173	(15,9 %)
Samedi	3 311	(24,2 %)

La distribution de l'échantillon selon différentes caractéristiques

Le Tableau II présente la répartition des individus selon certaines caractéristiques telles que le sexe, l'âge ou encore la région d'habitation. Les effectifs et les pourcentages sont détaillés avant pondération (résultats bruts observés, correspondant aux sujets ayant effectivement répondu à l'enquête), après pondération (pourcentages pondérés par le nombre de personnes éligibles dans le ménage et après redressement (Recensement de la population 1999). Il existe quelques différences entre l'échantillon brut et l'échantillon redressé avec une sous-représentation d'individus de sexe masculin, jeunes et habitant l'agglomération parisienne.

Les analyses statistiques

Cette partie sous forme de lexique a pour propos d'introduire de façon succincte les principales analyses statistiques utilisées dans l'ouvrage. Elle est destinée aux personnes moins familiarisées avec les statistiques, afin de leur faciliter la lecture et la compréhension des termes et tableaux employés. Les analyses ont été effectuées avec le progiciel Stata (*Statistics/Data Analysis* version 7). Comme souligné dans le volume Méthode du Baromètre santé 2000, très peu de différences ont été observées entre les résultats issus du progiciel



Tableau II

Structure de l'échantillon observé et obtenu après pondération et redressement selon certaines caractéristiques (en pourcentage)

	Brut	Pondéré	Pondéré et redressé
Sexe			
Hommes	44,0	45,6	49,3
Femmes	56,0	54,4	50,7
Âge			
12-14 ans	3,8	6,0	5,0
15-19 ans	6,8	10,7	8,5
20-25 ans	9,6	9,9	9,7
26-34 ans	20,6	17,4	16,5
35-44 ans	18,7	20,3	18,5
45-54 ans	16,0	17,1	17,7
55-64 ans	12,7	10,5	11,8
65-75 ans	11,8	8,1	12,3
Taille d'agglomération			
Communes rurales	28,6	30,2	24,4
De 2000 à 20 000 hab.	16,8	17,2	16,8
De 20 000 à 100 000 hab.	12,8	12,6	13,4
De 100 000 à 200 000 hab.	7,0	6,9	5,6
200 000 hab. et plus	20,8	20,0	23,2
Aqglomération parisienne	13,3	12,4	16,0
Non renseignée	0,7	0,7	0,6
Région			
Alsace	3,4	3,5	4,7
Aquitaine	5,3	5,4	5,0
Auvergne	2,7	2,8	2,6
Basse-Normandie	2,6	2,6	2,3
Bourgoqne	2,8	2,7	2,8
Bretagne	5,9	6,0	3,6
Centre	4,2	4,2	4,1
Champagne-Ardenne	2,4	2,4	2,5
Corse	0,5	0,6	0,5
Franche-Comté	2,4	2,4	2,9
Haute-Normandie	3,0	3,2	3,2
Languedoc-Roussillon	3,8	3,6	3,7
Limousin	1,4	1,4	1,2
Lorraine	4,3	4,4	5,6
Midi-Pyrénées	4,6	4,4	4,3
Nord-Pas-de-Calais	6,8	7,2	6,8
Pays de la Loire	6,3	6,4	3,8
Picardie	2,8	3,0	2,9
Poitou-Charentes	2,8	2,7	1,5
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7,0	6,9	7,8
Île-de-France	15,3	14,5	18,7
Rhône-Alpes	9,6	9,6	9,3
Non renseignée	0,1	0,1	0,2

ciel SPSS et ceux issus de Stata. À titre d'illustration, pour l'ensemble des données du chapitre Vaccination, à l'exclusion des tris à plat qui sont par principe identiques pour les deux logiciels, moins de 4 % des valeurs diffèrent de plus de 0,5 points.

Dans l'ensemble de l'ouvrage, l'analyse statistique a été menée avec la procédure « svy » du logiciel Stata, qui permet de tenir compte, pour le calcul des intervalles de confiance et la réalisation des tests, des probabilités inégales d'inclusion dans l'échantillon.

L'interprétation des tests statistiques

Les statistiques permettent de comparer les données qui varient (variables) d'un individu et d'un groupe d'individus à l'autre. Ces variables peuvent être :

- un nombre représentant une quantité (l'âge, le nombre de cigarettes fumées par jour) ;
- une catégorie de réponses (« oui », « non », « ne sait pas » ou « rarement », « parfois », « souvent », « très souvent »).

Le premier type de variable se nomme quantitative. Il permet, par exemple, les calculs de moyennes. Le deuxième type de variable se nomme qualitative. Elle est dite nominale si les catégories n'ont pas d'ordre (« oui », « non », « ne sait pas ») et ordinale s'il est possible d'indiquer un ordre entre les catégories (« rarement », « parfois », « souvent », « très souvent »). Pour les variables nominales et ordinales, un pourcentage de réponses par catégorie (ou modalité) peut être obtenu.

L'analyse des réponses fait apparaître en général des différences selon le groupe d'appartenance d'un individu, par exemple selon le sexe ou l'âge. La question essentielle est de pouvoir déterminer si la différence observée entre les groupes pourrait être un effet du hasard ou si elle résulte d'un autre effet. Il n'est pas possible de répondre à cette question directement, mais on évalue la probabilité que la disposition trouvée dans les données soit due au hasard. Si cette probabilité (que l'on note habituellement « p ») est inférieure à 5 % (seuil gé-

néralement retenu), on admet que la différence est significative.

La moyenne, l'écart type et la médiane

Il est souvent utile de résumer une série de nombres par des indicateurs simples et représentatifs. L'un des plus connus et des plus utilisés est la moyenne arithmétique : la série des âges peut ainsi être résumée par l'âge moyen. Le choix de la moyenne comme indice résumant l'ensemble des données s'explique par le fait qu'il s'agit du nombre le plus proche de l'ensemble de ces données (lorsque celles-ci suivent une loi dite « normale », c'est-à-dire lorsqu'il y a dans une population beaucoup d'individus proches de la moyenne et peu aux extrêmes). En revanche, utiliser seulement cet indice revient à ne pas prendre en compte la variabilité des données ; ainsi, on lui adjoint souvent l'écart type évaluant la dispersion des valeurs autour de la moyenne.

La médiane est, quant à elle, la valeur pour laquelle 50 % des mesures de la distribution sont supérieures et 50 % inférieures. Cet indicateur de position a l'intérêt d'être indépendant des valeurs extrêmes d'un échantillon, contrairement à la moyenne.

La relation entre deux séries d'observations

Quand il s'agit d'évaluer la relation entre deux séries d'observations, il convient de déterminer si le fait que les deux types d'événements apparaissent ensemble un certain nombre de fois permet de conclure qu'il existe entre eux une relation. Par exemple, dans l'étude de la consommation de tabac suivant le sexe du répondant, les hommes déclarent plus souvent être des fumeurs que les femmes. Deux possibilités sont envisageables :

- dans un premier cas, les deux types d'événements sont considérés comme indépendants ; leur occurrence simultanée, quand elle se produit, est due au seul hasard. Les hommes seraient plus souvent des fumeurs que les femmes uniquement en raison d'une fluctuation d'échantillonnage ;

- dans le cas contraire, lorsque les observations effectives s'éloignent suffisamment des observations attendues en cas de répartition au hasard, il existe une relation entre les deux variables étudiées (voir « Degré de significativité ou de signification »). Dans notre exemple, les hommes seraient plus souvent des consommateurs de tabac que les femmes à la fois dans l'échantillon et la population d'origine.

La causalité

Seule la méthode expérimentale est en mesure d'établir un lien de causalité entre deux phénomènes. Les enquêtes descriptives comme le Baromètre santé ne peuvent apporter de preuve de l'existence d'un lien de causalité. L'hypothèse d'un lien causal peut être renforcée si certaines conditions sont remplies :

1. il y a une séquence dans le temps ;
2. il y a une élimination des facteurs de confusion ;
3. il y a une cohérence avec les connaissances actuelles ;
4. l'association statistique est forte¹ ;
5. il y a une relation dose-effet ;
6. il y a constance de l'association et reproductibilité.

La standardisation

Lorsque l'on étudie certaines caractéristiques ou certains comportements de santé dans deux populations distinctes, les différences observées peuvent être affectées par des facteurs qui différencient les deux populations (par exemple, la structure par âge ou par sexe peut être différente d'une population à l'autre). La standardisation est un moyen de rendre les mesures effectuées comparables.

Le degré de significativité (ou de signification)

Le degré ou seuil de significativité exprime la probabilité que les différences observées soient le fruit du hasard (risque de 1^{re} espèce).

1. Certains auteurs citent en exemple un odds ratio supérieur ou égal à 3 (cours de Biostatistique, IUMSP, www.hospvd.ch/IUMSP/).



Pour chaque test statistique effectué, le degré de significativité a été calculé et exprimé par la donnée du seuil « p » associé. Quand un résultat relatif à une relation entre deux variables est introduit dans le texte et discuté, dans tous les cas cette relation a été évaluée par l'intermédiaire d'un test statistique, et le test utilisé s'est révélé significatif à un seuil de probabilité « p » inférieur à 0,05 (5 %). Cela signifie que la différence observée a moins de cinq chances de se produire si l'on tirait au hasard cent échantillons différents dans la population générale. Il est donc possible de conclure que ce n'est probablement pas le hasard qui induit cette différence, mais qu'il s'agit d'un autre effet.

Dans les tableaux ou dans le corps du texte, les degrés de significativité des tests statistiques sont généralement indiqués de la manière suivante :

* : $p < 0,05$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur vingt tirages au sort ;

** : $p < 0,01$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur cent tirages au sort ;

*** : $p < 0,001$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur mille tirages au sort.

Certains auteurs ont utilisé des seuils de significativité légèrement différents.

Les risques de 2^e espèce et de 3^e espèce ne seront pas abordés dans le cadre de cette publication.

Le χ^2 de Pearson

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à deux variables qualitatives (repérées par des catégories ou des modalités) — comme le sexe et la pratique sportive —, l'outil statistique utilisé est le test du χ^2 de Pearson. Il mesure la différence entre le tableau attendu si les deux facteurs se croisaient « au hasard » et le tableau effectivement observé (Tableau III).

Le χ^2 de tendance

Le test de tendance est généralement utilisé pour étudier une relation dose-réponse

ou pour évaluer des tendances selon le temps ou n'importe quelle valeur ordonnée. Il permet éventuellement de conclure, par exemple, à l'existence d'une tendance linéaire, selon le temps, d'une diminution ou d'une augmentation de la prévalence d'un comportement de santé.

Analyse de la variance

L'analyse de la variance a été utilisée pour comparer la différence entre deux ou plusieurs moyennes.

Si l'on s'intéresse au nombre moyen de cigarettes fumées par jour selon le sexe, il faudrait s'attendre, si aucune relation n'existait entre la variable « nombre moyen de cigarettes fumées » et la variable « sexe », à ce que le nombre moyen de cigarettes soit identique chez les hommes et chez les femmes. L'analyse de la variance distinguera les sources de variation de la « consommation de cigarettes » en une composante liée aux différences individuelles (fortuites ou au hasard) et une composante liée à l'effet « sexe ». Si cette dernière source de variation est jugée importante en regard de la première composante « aléatoire » — par l'utilisation des statistiques F de Fisher ou t de Student qui quantifient cette comparaison —, il est possible de conclure que le nombre de cigarettes fumées en moyenne diffère significativement selon le sexe de l'individu.

L'odds ratio

Une des façons d'exprimer l'effet d'une variable sur une donnée qualitative est l'odds ratio (littéralement : *rapport de côtes*). L'odds ratio est, dans un tableau à deux entrées, le rapport a/c sur b/d (Tableau IV). Il exprime, dans cet exemple, que le rapport du nombre d'hommes pratiquant un sport au cours des sept derniers jours sur le nombre d'hommes n'en pratiquant pas est, chez les hommes, 1,4 fois supérieur au même rapport chez les femmes. Ceci traduit le fait que la proportion d'individus ayant fait du sport au cours des sept derniers jours est supérieure chez les hommes que chez les femmes.

Tableau III

Illustration du χ^2 de Pearson. Tableaux observé et attendu de la comparaison de la pratique d'un sport au cours des sept derniers jours selon le sexe

Tableau observé			
	A pratiqué un sport	N'a pas pratiqué de sport	Total
Hommes	3 176 (47,1 %)	3 571 (52,9 %)	6 747 (100 %)
Femmes	2 648 (38,2 %)	4 287 (61,8 %)	6 935 (100 %)
Total	5 824 (42,6 %)	7 858 (57,4 %)	13 682 (100 %)

Tableau attendu lorsqu'il n'y a pas de différence de pratique entre les hommes et les femmes			
	A pratiqué un sport	N'a pas pratiqué de sport	Total
Hommes	2 872 (42,6 %)	3 875 (57,4 %)	6 747 (100 %)
Femmes	2 952 (42,6 %)	3 983 (57,4 %)	6 935 (100 %)
Total	5 824 (42,6 %)	7 858 (57,4 %)	13 682 (100 %)

Dans ce cas précis, il existe un écart entre le tableau observé et le tableau attendu (ce dernier correspond à la répartition attendue des hommes pratiquant un sport s'il n'existait pas de différence entre hommes et femmes). Le χ^2 de Pearson, évaluant cet écart, s'est révélé significatif au seuil de un pour mille ; il a été conclu qu'il existe une différence entre hommes et femmes quant à la pratique d'un sport.

Celui-ci est très utilisé en épidémiologie, notamment pour évaluer les risques de développer certaines maladies chez certaines populations (par exemple exposées et non exposées) ; c'est en réalité une estimation de l'augmentation du risque relatif si la grandeur observée est rare ($< 1\%$).

En effet, l'odds ratio $(a/c)/(b/d)$ peut uniquement être confondu avec le risque relatif $(a/(a+c))/(b/(b+d))$ lorsque le phénomène observé est rare (a et $b < 1\%$). Ceci est souvent le cas lorsqu'il s'agit d'une maladie, mais est exceptionnellement le cas dans les phénomènes de comportements fréquents étudiés dans le Baromètre santé. En toute

rigueur, il conviendrait donc d'utiliser systématiquement le mot anglais « odds ratio » et non risque pour ne pas induire de confusion. Cependant, pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, on trouvera également dans les chapitres une interprétation de l'odds ratio en terme de « risque », de « chance » ou de « probabilité ».

Les variables de confusion et les interactions

Trouver une association entre deux variables ne signifie pas que les deux variables soient liées directement entre elles. Un troisième facteur lié aux deux autres peut intervenir. Par exemple, il existe une relation entre la pratique d'un sport et la consommation d'alcool au cours de l'année. En fait, ce lien disparaît si l'on introduit la variable « âge » (en « ajustant » sur l'âge), tout simplement parce que la consommation d'alcool est fortement liée à l'âge. On appellera « variable de confusion », une variable qui aura tendance à annuler (ou accentuer) la relation statistique entre deux variables, à chaque item d'une des variables. On parlera « d'interaction » entre variables lorsque l'effet d'une variable *diffère* selon l'item consi-

Tableau IV

Comparaison de la pratique d'un sport au cours des sept derniers jours entre les hommes et les femmes

	A pratiqué un sport	N'a pas pratiqué un sport	Total
Hommes	(a)	(c)	(a+c)
Femmes	(b)	(d)	(b+d)
Total	(a+b)	(c+d)	



déré d'une des variables. Ainsi, dans notre exemple, si après avoir regardé la relation statistique entre la pratique d'un sport et la consommation d'alcool pour différentes tranches d'âges, on observe qu'il n'y a plus de relation entre les deux variables pour chacune des tranches d'âge, on parlera de variable de confusion (en l'occurrence *l'âge*) dans le relation sport/consommation d'alcool. En revanche, si l'on observe une relation entre sport et alcool pour les jeunes, mais pas pour les plus âgés, on parlera d'interaction de l'âge dans la relation sport/consommation d'alcool. Pour éviter ce problème d'interaction, les régressions logistiques seront souvent présentées séparément pour les hommes et pour les femmes.

Les analyses multivariées

Il est rare de s'intéresser seulement à deux variables isolées quand il s'agit d'étudier des phénomènes complexes. Dans ce cas, il est possible d'avoir recours aux analyses multivariées (incluant en même temps plusieurs variables) qui peuvent être de deux types. Le premier se focalise sur une variable — nommée variable « dépendante » ou cible — pour laquelle on cherche à déterminer les facteurs associés — variables indépendantes — restant en relation significative avec cette variable quand on considère leur variation simultanée. Dans notre étude, ce type d'analyse (représenté par la régression logistique ou l'analyse de la variance multiple) a essentiellement été utilisé pour vérifier l'existence ou non de certains facteurs de confusion.

Le second type d'analyse ne privilégie pas une des variables considérées et cherche à dégager la structure descriptive de l'ensemble de ces variables. Dans cet ouvrage, ce genre d'analyse a été employé sous la forme d'une analyse en composantes principales.

La régression logistique

La régression logistique permet de créer un modèle (mathématique) liant une série de variables à une seule variable cible qualitative à deux modalités (« oui »/« non », « pré-

sent »/« absent », 0/1). Il est possible de mesurer l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, indépendamment des autres (ajustement). La force de l'influence de chaque variable du modèle est estimée par l'odds ratio. Suivant la qualité du modèle, il est possible de prédire plus ou moins bien la variable cible connaissant la valeur des autres variables.

La difficulté de l'utilisation de la régression logistique en sciences sociales repose sur la fragilité des modèles explicatifs reliant comportements, attitudes, connaissances et opinions.

La régression logistique n'a pas été utilisée dans ce Baromètre pour construire un modèle et prédire la variable cible, mais simplement pour évaluer l'impact éventuel de certaines variables de confusion ou pour mesurer la force des liens entre les variables.

Pour chaque odds ratio ajusté, l'intervalle de confiance est signalé (IC) à 95 % : cela signifie que la probabilité que l'odds ratio ajusté soit dans l'intervalle indiqué est de 95 %.

L'analyse de la variance multiple

L'analyse de la variance multiple (Manova) a permis de mesurer l'influence de plusieurs variables sur une variable dépendante quantitative. Elle donne l'occasion de déterminer celles qui s'avèrent les plus influentes — expliquent le plus sa variation ou sa variance — et, comme pour la régression logistique, de vérifier l'existence ou non de variables de confusion.

**pour en savoir plus**

- Ardilly P. *Les techniques de sondage*. Paris : Éditions Technip, 1994 : 416 p.
- Beaglahde R., Bonita R., Kjellström T. *Éléments d'épidémiologie*. Genève : OMS, 1994 : 182 p.
- Bouyer J., Hémon D., Cordier S., et al. *Épidémiologie. Principes et méthodes quantitatives*. Paris : Inserm, 1995 : 498 p.
- Bradford-Hill A. *The environment and disease: association or causation?* Proc. Royal Soc. Med. 1966 ; 58 : 295.
- Brossier G., Dussaix A-M. *Enquêtes et sondages*. Paris : Dunod, 1999 : 365 p.
- Dodge Y. *Premiers pas en statistique*. Springer-Verlag France, 1999 : 427 p.
- Jenicek M., Cléroux R. *Epidémiologie. Principe-Techniques-Applications*. Paris : Maloine, 1987 (4^e éd.) : 454 p.
- Leclerc A., Papoz L., Bréart G., et al. *Dictionnaire d'épidémiologie*. Paris : Frison-Roche, 1990 : 143 p.
- Rumeau-Rouquette C., Blondel B., Kaminski M., Bréart G. *Épidémiologie. Méthodes et pratique*. Paris : Flammarion/Médecine-sciences, coll. Statistique en biologie et en médecine, 1994 : 312 p.
- Saporta G. *Probabilités : analyse des données et statistique*. Paris : Éditions Technip, 1990 : 528 p.
- Schwartz D., Bouyer J. *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes : exercices corrigés et commentés*. Paris : Flammarion/Médecine-sciences, 1994 : 304 p.







Activité sportive et comportements de santé

Philippe Guilbert, Brice Lefèvre

l'essentiel en quelques chiffres...

Près d'une personne sur deux (42,4 %) déclare avoir eu une activité sportive au cours des sept derniers jours avec une proportion plus importante parmi les hommes que les femmes (46,9 % *vs* 38,0 %). Les hommes pratiquent également plus fréquemment du sport de façon intensive (plus de 8 heures) : 13,2 % *vs* 6,4 %. Parmi les sportifs, 86,1 % déclarent avoir fait au moins un sport individuel au cours des sept derniers jours et 24,4 % au moins un sport collectif. La marche à pied (au sens large) et le football sont les deux activités les plus citées. Le « plaisir », la « santé » et « rencontrer des amis » sont les trois premières motivations des sportifs pour faire du sport, avec une différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le plaisir (74,9 % *vs* 67,5 % parmi les sportives). Deux autres motivations se distinguent selon que l'on soit un homme ou une femme. Les premiers disent plus volontiers faire un sport pour gagner (10,7 % *vs* 3,9 %), alors que les secondes répondent plus souvent faire du sport pour maigrir (18,6 % *vs* 10,8 %). Des évolutions sont perceptibles en fonction de l'âge. Le sport pour la santé est souvent cité par les plus âgés.

Pour les hommes, la prévalence du tabagisme (régulier ou non) et la proportion de gros fumeurs sont moins importantes parmi les sportifs. En revanche, concernant la consommation quotidienne d'alcool, les résultats sont très peu différents selon la durée de la pratique sportive. Le même constat est fait pour l'expérimentation et la consommation de cannabis. Des épisodes de violence, quelles que soient leurs circonstances, sont plus souvent rapportés par les sportifs. Il en est de même pour les prises de risque.



De nombreuses recherches épidémiologiques ont montré les effets protecteurs d'une activité physique régulière sur les risques vis-à-vis de plusieurs types d'affections et/ou facteurs de risque : maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, ostéoporose, etc. [1].

Ce chapitre décrit principalement la pratique sportive aux cours des sept derniers jours selon différentes variables sociodémographiques (sexe, âge, profession, revenu par unité de consommation, etc.) et selon plusieurs déterminants de santé (consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, violence agie ou subie, accidents, etc.).

Des recommandations situent à trente minutes ou plus, le temps d'activité physique modérée ou intensive qu'il serait souhaitable d'avoir en moyenne sur une semaine [1]. D'autres études ont montré qu'une activité physique faible est associée à des taux de mortalité (toute cause) plus élevés [2]. Ainsi, aux États-Unis, environ 12 % des décès (30 000) seraient attribuables à un manque d'activité physique régulière.

L'activité physique peut être classée en quatre niveaux : 1) nulle ou presque (dormir, regarder la télévision, manger, lire, etc.) ;

2) faible ou légère (faire la cuisine, les courses, etc.) ; 3) modérée (faire le ménage, du jogging, etc.) ; 4) intense (transporter quelque chose de lourd, faire du sport de compétition, etc.) [3]. Dans le cadre du Baromètre santé 2000, l'activité physique sera étudiée uniquement à travers la *pratique sportive*, sa durée au cours des sept derniers jours, les sport(s) pratiqué(s) et les principales motivations liées à ces habitudes.

Si la pratique sportive entre très largement dans le cadre des conclusions émises à propos des bénéfices d'une activité physique sur l'état de santé des individus, dans certaines situations, elle peut être également préjudiciable à la santé : violence physique, violence de l'effort pour l'organisme, accidents liés ou non à une prise de risque, pression psychologique excessive chez certains sportifs de haut niveau, etc. Le sport a connu, au siècle dernier, un véritable enthousiasme médiatique souvent accompagné d'une valorisation de l'exploit, mais sa probité a été aussi régulièrement mise en question par la constatation de l'existence de cas de dopage et par le développement croissant de l'affairisme. Le fait le plus marquant de ces dernières années est certainement l'engouement féminin pour le sport, puisqu'en l'espace de trente ans, l'évolution du nombre de femmes ayant une activité sportive régulière, en France, est impressionnante : elles étaient 32,5 % en 1997 contre seulement 9 % en 1968 [4].

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



Ce chapitre se propose de décrire, dans un premier temps, la pratique sportive des Français aux cours des sept derniers jours selon différentes variables socio-démographiques (sexe, âge, profession, revenu par unité de consommation, etc.). Puis, dans un deuxième temps, plusieurs comportements de consommation (tabac, alcool, drogues illicites) seront mis en perspective avec le temps de pratique sportive. Une autre partie s'intéressera à la violence agie ou subie, ainsi qu'aux accidents vécus au cours des douze derniers mois. Enfin, seront abordées les opinions en matière de vaccination et les pratiques préventives.

Méthode

La mesure de l'activité sportive peut se faire dans beaucoup de dimensions (fréquence, intensité, régularité, pratique formelle ou informelle), ce qui rend difficile une investigation courte dans ce domaine. Cette habitude sera décrite ici à partir d'un indicateur portant sur la durée de la pratique sportive au cours des sept derniers jours (seul ou avec des amis¹) et dans différents lieux (en club, à l'école). Lors de la passation du questionnaire, le sport ne faisait l'objet d'aucune définition et aucun sport n'était cité en exemple. Cette approche, non restrictive, de la notion d'activité sportive renvoie à certains travaux de l'Insep considérant que « *le sport, c'est ce que les gens font quand ils pensent qu'ils font du sport* » [5]. Toutefois, une formulation associant l'activité physique (*activité physique ou sportive*) aurait donné des taux de pratique plus importants (voir la partie qui traite des limites de l'enquête). Pour faciliter l'utilisation des données, leur compréhension et leur comparabilité avec les précédentes études [6], le temps de sport au cours des sept derniers jours a été recodé en une variable à quatre classes :

1. Les non-sportifs : pas d'activité sportive au cours des sept derniers jours ;
2. Les « petits » sportifs : moins de 4 heures

1. Cf. volume Méthode pour le choix de ce type d'indicateur.

res en moyenne au cours des sept derniers jours ;

3. Les sportifs « modérés » : de 4 à 8 heures de sport en moyenne au cours des sept derniers jours ;

4. Les « grands » sportifs : plus de 8 heures de sport en moyenne au cours des sept derniers jours.

Les notions d'intensité dans l'effort et de dépense d'énergie ne sont pas abordées. De plus, ces appellations qui servent à faciliter l'analyse sont quelque peu restrictives, car il est évident que parmi les personnes qui ont répondu ne pas avoir fait de sport au cours des sept derniers jours et que nous qualifions de *non sportives*, un certain nombre sont peut-être des sportifs n'ayant, pour une raison ou pour une autre, pas pu faire de sport la semaine précédant l'enquête (blessure, maladie, etc.).

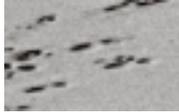
Tout au long du chapitre, des regroupements seront régulièrement opérés entre des sujets qualifiés de non-sportifs (classe 1) et ceux identifiés comme sportifs (classe 2, 3 et 4).

La démarche analytique consistera à présenter fréquemment les données de façon brute (*pourcentage, moyenne, odds ratio*) accompagnées de données ajustées par des régressions logistiques, afin de prendre en compte les facteurs de confusion (*odds ratio ajusté*)². Le calcul des odds ratios (OR) aura systématiquement les non-sportifs comme valeur de référence (OR = 1 ou OR ajusté = 1). Les variables indépendantes utilisées dans toutes les régressions logistiques sont : l'âge, la situation professionnelle, la profession, le niveau moyen du revenu du ménage par unité de consommation et la taille de l'agglomération de résidence.

Description des pratiques sportives

Cette partie a pour objet de détailler la durée de la pratique sportive au cours des sept derniers jours, le type de sport (collec-

2. Cf. lexique des termes statistiques au début de l'ouvrage.



tif/individuel) et les motivations déclarées selon différents indicateurs sociodémographiques : le sexe des individus, leur âge, leur profession, le revenu disponible par unité de consommation et la taille de la commune de résidence (importance des équipements et des structures disponibles). Les analyses se feront tous lieux confondus (école, club), seul ou avec des amis, sans essayer de distinguer les éventuels bénéfices d'une pratique qui se ferait au sein d'une structure encadrante (club), car il est fréquent que les deux pratiques coexistent (club/hors club).

Durée hebdomadaire moyenne de l'activité sportive

Près d'un Français sur deux (de 12 à 75 ans) déclare avoir eu une activité sportive au cours des sept derniers jours (42,4 %) avec une proportion plus importante parmi les hommes que les femmes (46,9 % vs 38,0 % ; $p < 0,001$) (Tableau I). Les hommes pratiquent également plus fréquemment du sport de façon intensive (plus de 8 heures) : 13,2 % vs 6,4 % ($p < 0,001$) (Figure 1).

Parmi les variables sociodémographiques

étudiées, un certain nombre semble jouer un rôle discriminant dans la pratique sportive après ajustement. Celle-ci s'avère être plus fréquente parmi les plus jeunes (moins de 20 ans), parmi les cadres et les professions intermédiaires — respectivement OR ajusté = 1,8/2,0 par rapport aux agriculteurs—, parmi les individus dont les revenus exprimés en unité de consommation (UC)³ sont les plus élevés (au moins 10 000 francs ; OR ajusté = 1,8 pour un revenu de référence inférieur à 6 000 francs), parmi les habitants des grandes villes (plus de 200 000 habitants). Les motivations liées au plaisir, à la compétition et à la musculation sont plutôt associées à des temps moyens de pratique élevés (plus de 8 heures), alors que les sportifs motivés par l'amélioration de la santé ou l'amaigrissement ont tendance à avoir une activité sportive moins longue : respectivement 42,8 % et 47,2 % déclarent avoir fait moins de 4 heures de sport au cours des sept derniers jours (Figure 2).

Le type de sport pratiqué peut également

3. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

Figure 1

Pratique sportive au cours des sept derniers jours selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

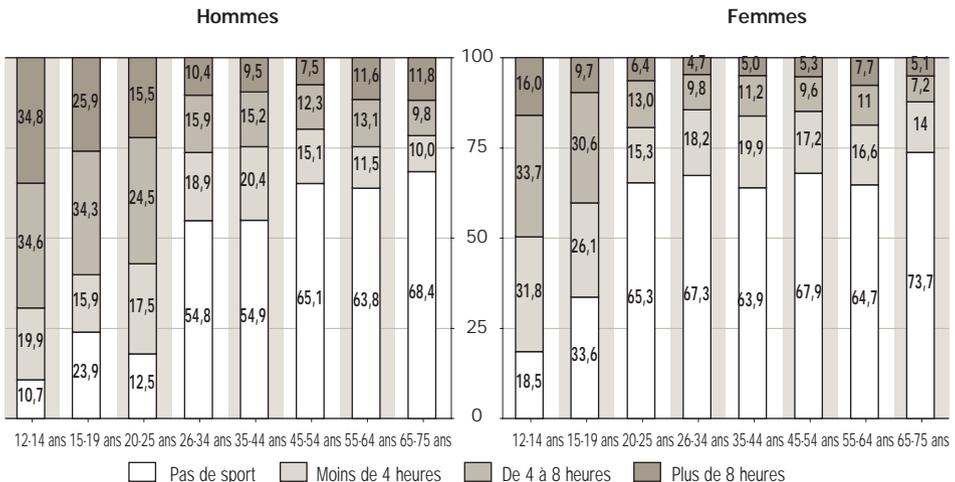


Tableau I
Pratique sportive au cours des sept derniers jours selon des variables socio-démographiques

	Pratiquants (%)	IC à 95 %	OR brut	OR ajusté ^a
Sexe				
Hommes (n=6 027)	46,9	45,5–48,4	1	1
Femmes (n=7 658)	38,0	36,7–39,2	0,7***	0,8***
Age				
12-14 ans (n=522)	85,4	82,2–88,6	1	–
15-19 ans (n=929)	71,6	68,5–74,7	0,4***	1
20-25 ans (n=1 314)	46,3	43,1–49,5	0,1***	0,8
26-34 ans (n=2 823)	38,8	36,8–40,8	0,1***	0,7*
35-44 ans (n=2 564)	40,3	38,2–42,5	0,1***	0,8
45-54 ans (n=2 189)	33,5	31,3–35,8	0,1***	0,5***
55-64 ans (n=1 734)	35,7	33,2–38,3	0,1***	0,6**
65-75 ans (n=1 610)	28,8	26,3–31,3	0,1***	0,4***
Profession et catégorie socio-professionnelle interviewé(e) (PCS)				
Agriculteurs (n=187)	21,4	14,9–27,9	1	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=249)	31,0	24,3–37,7	1,6*	1,1
Cadres (n=1 259)	47,0	43,8–50,1	3,2***	1,8**
Professions intermédiaires (n=2 064)	46,1	43,7–48,6	3,1***	2,0***
Employés (n=2 584)	34,2	32,1–36,2	1,9**	1,4
Ouvriers (n=1 856)	33,9	31,4–36,4	1,9**	1,2
Situation professionnelle				
Chômage (n=827)	36,6	32,7–40,6	1	1
Travail (n=7 280)	38,6	37,4–39,9	1,1**	0,8
Retraite (n=2 477)	33,1	31,0–35,2	0,9	1,3
Études (n=886)	57,6	53,8–61,4	2,3***	1,6***
Autres inactifs (n=1 118)	26,9	23,9–29,8	0,6***	0,7*
Revenu mensuel du ménage par UC^b				
Moins de 6 000 F (n=4 457)	34,1	32,5–35,8	1	1
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=4 573)	40,8	39,2–42,4	1,3***	1,4***
Au moins 10 000 F (n=3 233)	45,5	43,6–47,5	1,6***	1,8***
Taille d'agglomération				
Commune rurale (n=3 910)	39,3	37,6–41,0	1	1
Moins de 20 000 hab. (n=2 307)	40,8	38,6–43,1	1,1	1
De 20 000 à 100 000 hab. (n=1 746)	44,3	41,6–47,0	1,2**	1,1
De 100 000 à 200 000 hab. (n=957)	42,9	39,2–46,5	1,2	1
Plus de 200 000 hab. (n=2 854)	45,1	43,0–47,1	1,3***	1,2*
Agglomération parisienne (n=1 819)	43,5	40,9–46,1	1,2**	0,9

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

a : sur l'ensemble des variables du tableau et pour les 18-75 ans uniquement. b. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros

être une variable intéressante à prendre en compte en tant que déterminant de santé (sport violent, de relaxation, etc.) et comme révélateur d'un état d'esprit, d'une situation économique ou d'une culture.

Types de sport

Parmi les sportifs, 86,1 % déclarent avoir fait au moins un sport individuel au cours des sept derniers jours et 24,4 % au moins un sport collectif. La marche à pied (au sens

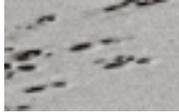
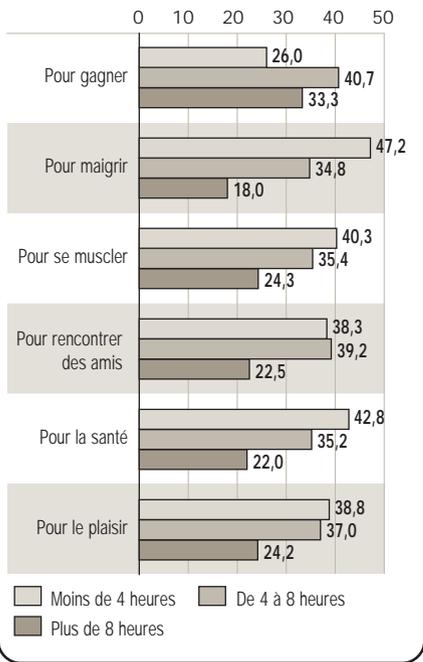


Figure 2

Motivation à la pratique sportive selon la durée de la pratique (en pourcentage)



large) et le football sont les deux activités les plus citées (Tableau II).

Une proportion plus importante de sportifs masculins a déclaré avoir fait un sport collectif (33,6 % vs 13,3 %) et une proportion plus élevée de sportives avoir fait un sport individuel (94,5 % vs 79,1 %) au cours des sept derniers jours.

Le sport le plus pratiqué par les hommes, en club ou entre amis, est le football. Les femmes ont plus fréquemment répondu faire de la marche à pied ou de la gymnastique (au sens large). Certains sports ont été autant pratiqués par les deux sexes : le basket-ball (premier sport collectif féminin), le volley-ball et le handball. D'une façon générale, la pratique d'un sport collec-

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

tif diminue¹ avec l'âge, alors que le sport individuel suit l'évolution inverse. Les sports plus violents de par l'effort ou les contacts physiques qu'ils occasionnent, ne sont presque plus pratiqués à partir de 45 ans. La marche à pied est, en revanche, plus fréquemment retrouvée à mesure que les individus prennent de l'âge. À partir de 55 ans, plus d'une personne sur deux dit avoir fait ce type d'exercice au cours des sept derniers jours. La gymnastique et la natation sont des sports que l'on retrouve à tous les âges. Les proportions les plus élevées de pratiquants d'un sport collectif sont identifiées chez les inactifs (45,7 %) et les ouvriers (29,2 %). Par opposition, la proportion la plus importante d'un sport individuel déclaré est observée parmi les cadres (94,1 %).

D'autres déterminants importants dans l'équation *activité sportive/facteur de bonne santé* sont les motivations déclarées à pratiquer un sport. Celles-ci peuvent donner des éléments de compréhension concernant l'hétérogénéité des comportements adoptés dans d'autres domaines : tabac, alcool, dépistage des cancers, etc.

Motivations à la pratique

Le « plaisir », la « santé » et « rencontrer des amis » sont les trois premières motivations des sportifs à faire du sport, avec une différence entre les hommes et les femmes pour ce qui est du plaisir (74,9 % vs 67,5 % parmi les sportives) (Tableau III). Deux autres motivations se distinguent selon que l'on soit un homme ou une femme. Les premiers disent plus volontiers faire un sport pour gagner (10,7 % vs 3,9 %), alors que les secondes répondent plus souvent pour maigrir (18,6 % vs 10,8 %).

Des évolutions sont perceptibles en fonction des tranches d'âge. Le sport « pour la santé » est ainsi deux fois plus cité par les 20-25 ans (60,5 %) que par les 12-14 ans (31,6 % ; p<0,001). D'une façon générale, le sport « pour la santé » est une motivation qui ne cesse d'augmenter avec l'âge des individus.

Quelques différences sont observables se-

Tableau II
Les sports les plus cités selon le sexe, l'âge et la profession des pratiquants (en pourcentage et parmi les sportifs)

	Sport individuel					Sport collectif				
	Ensemble	Marche	Jogging	Gym	Natation	Ensemble	Football	Basket-ball	Volley-ball	Handball
Sexe ***						***				
Hommes (n=2 793)	79,1	17,0	18,7	3,5	8,1	33,6	21,9	5,8	4,0	3,0
Femmes (n=2 879)	94,5	28,9	10,7	24,2	14,9	13,3	1,9	4,5	5,0	2,7
Âge ***						***				
12-14 ans (n=445)	78,2	1,8	16,7	13,4	8,5	64,4	27,1	20,2	13,1	15,1
15-19 ans (n= 643)	76,8	3,2	13,1	6,3	8,9	52,0	25,0	13,2	13,9	6,2
20-25 ans (n=592)	76,4	9,5	14,9	5,9	13,7	35,5	22,8	5,7	4,6	2,6
26-34 ans (n=1 106)	86,8	13,9	18,7	11,1	16,5	19,4	13,7	1,3	2,1	0,6
35-44 ans (n=1 043)	90,6	19,6	24,0	16,1	12,7	12,0	8,5	1,0	1,1	0,4
45-54 ans (n=743)	92,5	31,8	15,2	19,4	10,0	6,1	3,1	1,8	0,9	0,4
55-64 ans (n=630)	93,3	54,4	6,4	17,3	8,1	4,5	1,1	0,5	0,1	0,0
65-75 ans (n=470)	94,1	63,6	0,9	12,9	7,9	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0
PCS interviewé(e) ***						***				
Agriculteurs (n=42)	72,4	28,1	1,9	7,4	4,9	16,9	6,8	0,0	0,0	3,6
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=81)	87,2	9,9	14,4	7,6	7,0	8,7	5,4	0,4	0,0	0,3
Cadres (n=598)	94,1	21,3	22,4	13,4	14,9	9,3	3,6	1,6	2,8	0,8
Professions intermédiaires (n=976)	88,7	7,2	0,6	14,4	13,8	14,5	8,7	2,1	1,7	0,6
Employés (n=890)	91,9	26,7	16,6	19,7	13,8	12,5	8,3	2,4	1,6	1,2
Ouvriers (n=618)	75,3	13,9	20,6	4,7	7,1	29,2	24,5	1,7	1,0	0,2

*** : p<0,001.

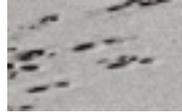
lon la profession du sportif, mais il conviendrait de prendre en compte l'âge et le sexe des individus pour les affirmer avec plus de certitudes.

Pratique sportive et consommation de substances psychoactives

Le sport est parfois perçu comme une alternative à une dépendance ou à une consommation excessive de tabac, d'alcool ou d'autres drogues. Nous allons essayer de voir dans quelle mesure ceux qui déclarent faire du sport adoptent des comportements de consommation plus modérés. Est-ce systématiquement le cas ? Est-ce une relation linéaire avec la durée hebdomadaire moyenne de la pratique ?

Tabac

Globalement, il y a une proportion moins importante de fumeurs parmi les sportifs que les non-sportifs (30,3 % vs 35,4 % ; p<0,001). Même constat pour le tabagisme régulier (exclusion des fumeurs prenant moins d'une cigarette par jour en moyenne) : 24,3 % parmi les sportifs versus 31,2 % chez ceux ayant déclaré ne pas avoir fait de sport au cours des sept derniers jours. Si l'on examine les prévalences selon le sexe du répondant, on s'aperçoit après prise en compte des éventuels facteurs de confusion, qu'elles varient différemment selon le temps de sport. Pour les hommes, on observe une décroissance continue de la prévalence du tabagisme (régulier ou non), avec un OR ajusté de 0,6 pour les « grands » sportifs comparés aux non-sportifs (Tableaux IV et V).


Tableau III
Les motivations à la pratique selon le sexe, l'âge et la profession des sportifs (en pourcentage et parmi les sportifs)

	Le plaisir	La santé	Rencontrer des amis	Se muscler	Maigrir	Gagner
Sexe	***			***	***	***
Hommes (n=2 793)	74,9	60,9	38,3	17,7	10,8	10,7
Femmes (n=2 879)	67,5	61,7	38,4	24,4	18,6	3,9
Âge	***	***	***	***		***
12-14 ans (n=445)	74,8	31,6	44,6	23,4	12,6	16,3
15-19 ans (n=643)	76,9	45,8	44,8	30,9	12,1	12,9
20-25 ans (n=592)	72,5	60,5	45,6	31,0	14,8	14,0
26-34 ans (n=1 106)	72,7	64,4	36,9	24,1	16,2	7,9
35-44 ans (n=1 043)	74,4	67,7	35,2	18,8	15,1	4,0
45-54 ans (n=743)	69,3	72,1	35,8	14,6	14,5	2,9
55-64 ans (n=630)	65,9	74,1	31,0	8,2	16,7	1,9
65-75 ans (n=470)	59,8	71,7	32,2	10,4	12,3	1,6
PCS interviewé(e)	***	***	***	***	*	***
Agriculteurs (n=42)	83,0	42,6	38,6	6,2	11,8	3,7
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=81)	72,6	60,2	27,2	14,5	15,2	16,9
Cadres (n=598)	76,4	71,3	33,1	17,6	13,3	3,6
Professions intermédiaires (n=976)	71,9	67,6	35,7	21,3	15,7	7,2
Employés (n=890)	70,0	65,6	34,4	22,6	19,0	3,9
Ouvriers (n=618)	71,3	66,4	41,9	17,2	12,6	7,8

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

Concernant les femmes, en revanche, le minimum se situe parmi les sportives déclarant peu d'heures de sport (moins de 4 heures), pour ensuite voir les prévalences rejoindre celles des non-sportives à mesure que la durée hebdomadaire de sport augmente (OR ajusté des « grandes » sportives = 1,0). La proportion de gros fumeurs (plus de 10 cigarettes en moyenne par jour) est moins élevée parmi les sportifs que parmi les non-sportifs, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après ajustement, la tendance reste la même. Ainsi, l'OR ajusté pour les femmes faisant plus de 8 heures de sport est de 0,5 (Tableau VI). Parmi les hommes faisant du sport, on observe une tendance à l'augmentation de cette proportion de gros fumeurs avec la durée de la pratique : les OR ajustés sont respectivement

Tableau IV
Prévalence du tabagisme selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	Fumeurs (%)	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 242)	40,3	1	1
Moins de 4 heures (n=984)	34,3	0,8**	0,7***
De 4 à 8 heures (n=1 038)	31,9	0,7***	0,7***
Plus de 8 heures (n=763)	30,7	0,7***	0,6***
Femmes			
Pas de sport (n=4 793)	31,2	1	1
Moins de 4 heures (n=1 417)	26,2	0,8**	0,7***
De 4 à 8 heures (n=958)	28,2	0,9	0,8
Plus de 8 heures (n=490)	30,9	1	1

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

a. Sur l'ensemble des variables du Tableau I et pour les 18-75 ans uniquement.

les suivants : 0,5 (moins de 4 heures), 0,6 (de 4 à 8 heures) et 0,8 (plus de 8 heures). Cette tendance observée chez les hommes se retrouve également avec le test de Fagerström¹ qui évalue la dépendance du fumeur : les sportifs masculins sont globalement moins fréquemment fortement dé-

pendants du tabac que les non-sportifs, mais les « grands » sportifs le sont plus (10,6 %) que les « petits » sportifs (7,6 %) ou que les sportifs « modérés » (5,0 %) (Tableau VII).

Alcool

La fréquence de la consommation régulière d'alcool (vin, bière ou alcools forts) au cours de l'année ou des sept derniers jours est peu différente selon la pratique sportive lorsque l'on considère les facteurs de confusion potentiels. Les quantités ne sont pour l'instant pas prises en compte. Les résultats bruts montrent en premier lieu des proportions moins élevées de consommateurs réguliers parmi les sportifs. Après ajustement, les OR des sportifs sont proches de 1 et ne sont plus statistiquement différents de cette valeur de référence (les non-sportifs) (Tableaux VIII et IX). La variable qui joue un rôle important dans les différences observées est l'âge. Parmi les femmes faisant peu de sport, la proportion de consommatrices hebdomadaires est la plus élevée (48,5 %).

Le test Delta² est un test clinique qui tente d'évaluer si le sujet a des risques ou a eu des risques de dépendance vis-à-vis de l'alcool. Les résultats de ce test mis en regard de la pratique sportive sont différents selon le sexe. Pour les hommes, la proportion de sujets à risque semble moins élevée parmi les sportifs et diminue avec la durée de la pratique : 15,6 % (non-sportifs), 12,2 % (moins de 4 heures), 10,2 % (de 4 à 8 heures) et 9,7 % (plus de 8 heures) (Tableau X). Pour les femmes, la tendance est plus incertaine et c'est parmi les « grandes » sportives que se situe la proportion de tests positifs la plus élevée (6,5 %) : l'OR ajusté étant de 1,8 (p<0,05).

Le calcul du nombre moyen de verres d'alcool consommés la veille et le samedi précédant l'enquête ne donne pas de tendance précise selon la pratique sportive. Les moyennes sont calculées uniquement parmi les consommateurs. Les différences que l'on peut observer se situent à la décimale.

1. Cf. chapitre Tabac.
2. Cf. chapitre Alcool.

Tableau V

Prévalence du tabagisme régulier selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	Fumeurs réguliers (%)	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 242)	35,8	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	27,8	0,7***	0,6***
De 4 à 8 heures (n=1 038)	25,8	0,6***	0,6***
Plus de 8 heures (n=763)	24,6	0,6***	0,6***
Femmes			
Pas de sport (n=4 793)	27,3	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	20,6	0,7***	0,7***
De 4 à 8 heures (n=958)	21,8	0,7**	0,7**
Plus de 8 heures (n=490)	26,6	1,0	1,0

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

a. Sur l'ensemble des variables du Tableau I et pour les 18-75 ans uniquement.

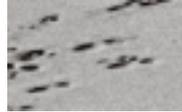
Tableau VI

Quantité moyenne de tabac consommée par jour selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	> 10/jour (%)	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=1 373)	56,6	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=354)	34,7	0,4***	0,5***
De 4 à 8 heures (n=353)	37,8	0,5***	0,6**
Plus de 8 heures (n=249)	41,6	0,5***	0,8
Femmes			
Pas de sport (n=1 564)	45,5	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=392)	27,4	0,5***	0,6***
De 4 à 8 heures (n=276)	27,8	0,5***	0,6**
Plus de 8 heures (n=157)	27,5	0,5**	0,5**

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

a. Sur l'ensemble des variables du Tableau I et pour les 18-75 ans uniquement.


Tableau VII
Test de Fagerström selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	Forte dépendance (%)	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=1 084)	20,3	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=263)	7,6	0,3***	0,4**
De 4 à 8 heures (n=258)	5,0	0,2***	0,3***
Plus de 8 heures (n=180)	10,6	0,5**	0,6
Femmes			
Pas de sport (n=1 367)	14,2	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=301)	5,6	0,4**	0,4**
De 4 à 8 heures (n=215)	8,3	0,5*	0,6
Plus de 8 heures (n=126)	5,0	0,3**	0,4*

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

a. Sur l'ensemble des variables du *Tableau I* et pour les 18-75 ans uniquement.

Tableau IX
Consommation quotidienne d'alcool au cours des sept derniers jours selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 242)	34,5	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	19,8	0,5***	0,8
De 4 à 8 heures (n=1 038)	18,5	0,4***	0,8
Plus de 8 heures (n=763)	21,1	0,5***	0,9
Femmes			
Pas de sport (n=4 793)	12,0	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	10,0	0,8	1,0
De 4 à 8 heures (n=958)	9,1	0,7*	1,2
Plus de 8 heures (n=490)	9,9	0,8	1,0

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

a. Sur l'ensemble des variables du *Tableau I* et pour les 18-75 ans uniquement.

Tableau VIII
Consommation d'alcool au moins hebdomadaire au cours des douze derniers mois selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 242)	77,9	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	72,6	0,8**	1,1
De 4 à 8 heures (n=1 038)	64,7	0,5***	1,1
Plus de 8 heures (n=763)	59,4	0,4***	0,8
Femmes			
Pas de sport (n=4 793)	45,4	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	48,5	1,1	1,3**
De 4 à 8 heures (n=958)	41,8	0,9	1,3**
Plus de 8 heures (n=490)	43,4	0,9	1,1

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

a. Sur l'ensemble des variables du *Tableau I* et pour les 18-75 ans uniquement.

Tableau X
Risque d'alcool-dépendance (d'après le test Deta) selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 242)	15,6	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	12,2	0,8*	0,8
De 4 à 8 heures (n=1 038)	10,2	0,6***	0,8*
Plus de 8 heures (n=763)	9,7	0,6***	0,8
Femmes			
Pas de sport (n=4 793)	3,6	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	4,4	1,2	1,1
De 4 à 8 heures (n=958)	3,8	1,1	1,0
Plus de 8 heures (n=490)	6,5	1,9**	1,8*

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

a. Sur l'ensemble des variables du *Tableau I* et pour les 18-75 ans uniquement.

Par exemple, la veille de l'interview, le nombre moyen de verres d'alcool consommés par les hommes et selon leur pratique sportive est très proche de 3 verres : 3,0 (non-sportifs), 2,7 (moins de 4 heures), 2,9 (de 4 à 8 heures) et 3,0 (plus de 8 heures) (*Tableau XI*). Pour le nombre moyen d'ivresses

déclarées, on observe le même phénomène. Les minima sont plutôt obtenus parmi ceux qui ne font pas de sport ou peu en ce qui concerne le nombre moyen de verres (la veille et le dernier samedi), alors que pour le nombre moyen d'ivresses, ce serait plutôt parmi les « grands » sportifs.

Cannabis et problèmes liés à la consommation d'une drogue

L'expérimentation de cannabis est peu différente selon la pratique sportive avant la prise en compte des variables sociodémographiques, alors que pour l'usage répété

(au moins dix fois dans l'année) ou régulier (dix fois par mois et plus), ce n'est pas le cas. C'est parmi les sportifs et les sportives que l'on observe des proportions de consommation de ce type les plus importantes (Tableaux XII et XIII). Après ajustement, presque aucune différence ne demeure lorsque l'on étudie l'expérimentation de cannabis et sa consommation répétée ou régulière. L'âge est la variable la plus déterminante. Seule une proportion plus élevée d'expérimentateurs parmi les sportifs masculins modérés est constatée (34,4 %) : OR ajusté 1,5 ($p < 0,01$). C'est parmi ce groupe que l'on observe également plus fréquemment la réalisation d'un mélange alcool + cannabis (18,7 %) : OR ajusté 1,5 ($p < 0,01$) (Tableau XIV).

Trois questions ont été posées pour essayer d'évaluer l'usage à problème ou la dépendance à l'égard d'une drogue (au sens large)¹. Le fait d'avoir déjà abandonné ses activités à cause d'une drogue, le fait d'avoir connu un échec dans sa tentative d'arrêt et la consommation quotidienne pendant au moins deux semaines. Pour ces trois ques-

1. Cf. chapitre Drogues illicites : pratiques et attitudes.

Tableau XI

Nombre de verres d'alcool consommés et ivresse selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	Nombre de verres la veille parmi les buveurs	Nombre de verres le dernier samedi parmi les buveurs	Nombre d'ivresses au cours de l'année parmi les consommateurs
Hommes			
Pas de sport	3,0	3,4	5,0
Moins de 4 heures	2,7	3,5	4,9
De 4 à 8 heures	2,9	3,7	5,6
Plus de 8 heures	3,0	3,9	4,2
Femmes			
Pas de sport	1,7	2,1	2,8
Moins de 4 heures	1,7	2,2	3,0
De 4 à 8 heures	1,8	2,2	3,0
Plus de 8 heures	1,9	2,4	2,3

Tableau XII

Expérimentation du cannabis au cours de la vie selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 242)	24,4	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	29,1	1,3**	0,9
De 4 à 8 heures (n=1 038)	34,4	1,6***	1,5**
Plus de 8 heures (n=763)	27,1	1,2	0,9
Femmes			
Pas de sport (n=4 793)	13,4	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	17,4	1,4**	1,1
De 4 à 8 heures (n=958)	15,0	1,1	0,9
Plus 8 heures (n=490)	17,1	1,3*	1,2

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

a. Sur l'ensemble des variables du Tableau I et pour les 18-75 ans uniquement.

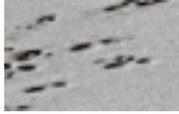
Tableau XIII

Consommation répétée ou régulière de cannabis au cours de l'année selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 231)	4,2	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=982)	6,0	1,5*	0,8
De 4 à 8 heures (n=1 035)	8,6	2,2***	1,3
Plus de 8 heures (n=759)	6,5	1,6*	0,9
Femmes			
Pas de sport (n=4 787)	1,8	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 416)	3,3	1,9**	1,2
De 4 à 8 heures (n=958)	3,8	2,2***	1,0
Plus de 8 heures (n=489)	2,4	1,4	0,6

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

a. Sur l'ensemble des variables du Tableau I et pour les 18-75 ans uniquement.



tions, la pratique sportive ne semble pas être statistiquement discriminante. Que ce soit de façon brute ou ajustée, pour les hommes ou pour les femmes, pour les « grands » sportifs ou les sportifs « modérés », les résultats sont assez proches (Ta-

bleaux XVa, XVb, XVc). On notera une exception puisqu'une proportion plus importante de femmes faisant beaucoup de sport déclare avoir déjà connu un échec dans sa tentative d'arrêt de consommation d'une drogue (2,3 %) : OR ajusté 2,2 ($p < 0,05$).

Tableau XIV

Avoir déjà fait un mélange alcool et cannabis selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 242)	12,1	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	15,5	1,3*	0,9
De 4 à 8 heures (n=1 038)	18,7	1,7***	1,5**
Plus de 8 heures (n=763)	13,0	1,1	0,9
Femmes			
Pas de sport (n=4 793)	5,1	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	7,1	1,4**	1,1
De 4 à 8 heures (n=958)	6,0	1,2	1,0
Plus de 8 heures (n=490)	6,7	1,3	1,2

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

a. Sur l'ensemble des variables du *Tableau I* et pour les 18-75 ans uniquement.

Tableau XVb

Avoir déjà connu un échec dans sa tentative d'arrêt de consommation d'une drogue selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 240)	1,9	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	1,7	0,9	0,8
De 4 à 8 heures (n=1 037)	2,3	1,2	1,3
Plus de 8 heures (n=762)	0,9	0,5	0,6
Femmes			
Pas de sport (n=4 791)	1,3	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	1,1	0,9	0,9
De 4 à 8 heures (n=958)	1,5	1,2	1,2
Plus de 8 heures (n=489)	2,3	1,8	2,2*

* : $p < 0,05$.

a. Sur l'ensemble des variables du *Tableau I* et pour les 18-75 ans uniquement.

Tableau XVa

Avoir déjà abandonné ses activités à cause d'une drogue selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 237)	1,0	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	1,0	1,0	0,9
De 4 à 8 heures (n=1 037)	1,7	1,7	1,3
Plus de 8 heures (n=763)	1,0	1,0	1,0
Femmes			
Pas de sport (n=4 792)	0,3	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	0,6	1,9	1,9
De 4 à 8 heures (n=958)	0,2	0,8	0,7
Plus de 8 heures (n=490)	0,2	0,6	0,5

a. Sur l'ensemble des variables du *Tableau I* et pour les 18-75 ans uniquement.

Tableau XVc

Avoir déjà consommé quotidiennement ou presque une drogue pendant au moins deux semaines selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes			
Pas de sport (n=3 240)	5,6	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)	5,8	1,0	0,7
De 4 à 8 heures (n=1 038)	7,2	1,3	1,1
Plus de 8 heures (n=763)	5,6	1,0	1,0
Femmes			
Pas de sport (n=4 791)	2,7	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)	3,0	1,1	0,9
De 4 à 8 heures (n=958)	2,3	0,9	0,7
Plus de 8 heures (n=490)	3,6	1,3	1,3

a. Sur l'ensemble des variables du *Tableau I* et pour les 18-75 ans uniquement.

Activité sportive, violence, accident et prise de risque

La violence est un élément présent dans le sport et son univers. L'effort peut être intense, le sport peut comporter une part de violence physique (sports de combat et de contact) ou psychologique, l'arrêt d'une carrière est un événement de vie difficile. Par ailleurs, les supporters connaissent aussi des moments de violence.

Les accidents de sports, qui sont parfois le résultat d'une prise de risque trop importante, peuvent entraîner divers traumatismes plus ou moins invalidants. Dans cette partie, seront étudiés la violence agie ou subie, les accidents ayant entraîné une consultation ou une hospitalisation, la douleur difficile à supporter et la prise de risque par plaisir ou par défi, chacune de ces situations au cours des douze derniers mois.

Violence physique

Elle consiste à avoir été frappé ou blessé (sujet agressé) ou d'avoir soi-même frappé ou blessé physiquement quelqu'un (sujet agresseur) au cours des douze derniers mois. Les violences subie et agie sont assez liées dans la mesure où, dans certaines

situations, il s'agit d'un échange de coups (l'agressé répondant à l'agresseur). Quel que soit le sexe du répondant, la violence (agie ou subie) est un élément plus présent parmi les sportifs que chez les non-sportifs. La proportion d'individus ayant connu des épisodes de violence physique au cours des douze derniers mois augmente de façon continue avec la durée de l'activité sportive hebdomadaire (Tableau XVI). Les différences entre sportifs et non-sportifs sont particulièrement importantes pour la violence agie : l'OR ajusté est de 2,5 ($p < 0,01$) pour les « grands » sportifs masculins et 3,7 ($p < 0,01$) pour leurs homologues féminines.

Accidents, douleur et prise de risque

La proportion d'accidents de sport ayant entraîné une consultation ou une hospitalisation augmente de façon continue avec le temps de sport pratiqué. Pour les hommes, le risque relatif d'avoir eu un tel accident est d'environ 2, entre ceux qui font peu de sport (6,0 %) et ceux qui en font beaucoup (11,8 %). Pour les femmes, ce même rapport est de 3 (2,6 % vs 9,8 %) (Tableau XVII). Comme cela a été souligné dans la partie « méthode », un certain nombre de personnes ayant déclaré ne pas avoir fait de sport

Tableau XVI

Violence subie ou agie au cours des douze derniers mois selon le sexe et la durée de la pratique sportive

	Violence subie (%)	OR brut	OR ajusté	Violence agie (%)	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes						
Pas de sport (n=3 242)	2,6	1	1	2	1	1
Moins de 4 heures (n=984)	3,3	1,3	0,7	2,7	1,3	0,8
De 4 à 8 heures (n=1 038)	5,9	2,3***	1,4	5,1	2,6***	1,6
Plus de 8 heures (n=763)	9,0	3,6***	2,5***	9,1	4,9***	2,5**
Femmes						
Pas de sport (n=4 793)	2,4	1	1	0,9	1	1
Moins de 4 heures (n=1 417)	2,0	0,8	0,6	0,9	1	0,6
De 4 à 8 heures (n=958)	2,6	1,1	0,7	2,1	2,5**	1,2
Plus de 8 heures (n=490)	4,6	2,0*	1,6	4,9	6,0***	3,7**

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

a. Sur l'ensemble des variables du Tableau I et pour les 18-75 ans uniquement.



au cours des sept derniers jours ont été victimes d'un accident de sport au cours de l'année passée (2,8 % parmi les hommes et 1,5 % parmi les femmes).

Les sportifs prennent également plus fréquemment des risques par plaisir ou par défi, en particulier ceux ou celles qui disent avoir fait beaucoup de sport au cours des sept derniers jours : 19,0 % pour les hommes (OR ajusté = 2,7 ; $p < 0,001$) et 11,3 % pour les femmes (OR ajusté = 4,5 ; $p < 0,001$) versus respectivement, parmi les non-sportifs, 6,5 % et 2,7 %¹. Les sportifs faisant moins de 4 heures de sport ont des résultats équivalents à ceux des non-sportifs.

Enfin, une proportion moins importante d'individus ayant une faible activité sportive dit avoir souffert d'une douleur difficile à supporter comparés aux non-sportifs² (OR ajusté = 0,8 ; $p < 0,05$ pour les hommes et 0,7 ; $p < 0,001$ pour les femmes). Les différences observables avec les autres catégories de sportifs disparaissent après prise en compte des facteurs de confusion, sauf pour les sportives modérées qui déclarent également moins fréquemment avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des douze derniers mois (OR ajusté = 0,8 ; $p < 0,05$).

Activité sportive et pratiques préventives

Dans cette partie, sera étudiée, en fonction du temps de pratique sportive, l'opinion quant à l'utilité de la vaccination en général et le dépistage de trois types de cancer (sein, utérus et côlon).

Les personnes ayant fait peu de sport (et modérément pour les femmes) au cours des sept derniers jours disent moins fréquemment que les autres être très favorables à la vaccination : 46,5 % des non-sportifs masculins le sont contre 40,9 % parmi les sportifs de moins de 4 heures (OR ajusté

1. La notion de prise de risque par plaisir ou par défi n'était pas définie lors de la passation du questionnaire. C'était à la personne interrogée de considérer ce qu'elle entendait par cette notion de prise de risque.

2. Ce peut être une des raisons les ayant empêché de faire du sport la semaine précédent l'interview.

Tableau XVII

Accident, douleur difficile à supporter et prise de risque au cours des douze derniers mois selon le sexe et la durée de la pratique sportive

		Accident de sport (%)	OR brut	OR ajusté ^a
a				
Hommes				
Pas de sport (n=3 242)		2,8	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)		6,0	2,2***	1,9**
De 4 à 8 heures (n=1 038)		11,1	4,4***	3,4***
Plus de 8 heures (n=763)		11,8	4,7***	3,5***
Femmes				
Pas de sport (n=4 793)		1,5	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)		2,6	1,8*	1,6
De 4 à 8 heures (n=958)		6,0	4,2***	3,6***
Plus de 8 heures (n=490)		9,8	7,2***	5,1***
b				
		Douleur (%)	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes				
Pas de sport (n=3 237)		30,6	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=983)		24,8	0,7**	0,8*
De 4 à 8 heures (n=1 038)		26,5	0,8*	0,9
Plus de 8 heures (n=762)		29,1	0,9	1,0
Femmes				
Pas de sport (n=4 790)		38,4	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 417)		30,1	0,7***	0,7***
De 4 à 8 heures (n=958)		34,1	0,8*	0,8*
Plus de 8 heures (n=490)		32,6	0,8*	0,8
c				
		Prise de risque (%)	OR brut	OR ajusté ^a
Hommes				
Pas de sport (n=3 241)		6,5	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=984)		9,3	1,5**	1,3
De 4 à 8 heures (n=1 036)		12,2	2,0***	1,8***
Plus de 8 heures (n=762)		19,0	3,4***	2,7***
Femmes				
Pas de sport (n=4 790)		2,7	1,0	1,0
Moins de 4 heures (n=1 416)		3,2	1,2	0,9
De 4 à 8 heures (n=957)		7,0	2,7***	2,6***
Plus de 8 heures (n=489)		11,3	4,6***	4,5***

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

a. Sur l'ensemble des variables du Tableau I et pour les 18-75 ans uniquement.

= 0,8 ; $p < 0,05$) et 44,9 % des femmes non-sportives contre 38,7 % parmi les sportives de moins de 4 heures (OR ajusté = 0,8 ; $p < 0,001$) et 36,8 % parmi les sportives modérées (OR ajusté = 0,7 ; $p < 0,001$) (Tableau XVIII).

Pour les pratiques de dépistage, les femmes qui déclarent une activité sportive de moins de 4 heures sont celles qui disent plus souvent avoir bénéficié d'une mammographie au cours de leur vie (92,3 % parmi les femmes de plus de 49 ans) et avoir réalisé un frottis du col de l'utérus au cours des trois dernières années (84,0 % parmi les femmes de plus de 19 ans) : respectivement OR ajusté = 1,9 ($p < 0,01$) et 1,6 ($p < 0,001$) comparés aux non-sportives du même âge. 93,5 % des femmes de 49 ans faisant beaucoup de sport (plus de 8 heures) déclarent avoir déjà bénéficié d'une mammographie de dépistage, là encore la différence est significative avec les non-sportives (OR ajusté = 2,4 ; $p < 0,01$).

Les hommes de 50 ans et plus ayant fait peu de sport au cours des sept derniers jours ont plus fréquemment déjà réalisé un test de dépistage du cancer colorectal (Test Hémocult II®) que les non-sportifs : 40,8 % vs 29,5 % ; OR ajusté = 1,6 ;

$p < 0,01$. Cette différence ne s'observe pas chez les femmes.

Activité sportive et souffrance psychologique

Des analyses secondaires déjà publiées remarquaient que les adolescentes ou les jeunes femmes qui déclaraient faire beaucoup de sport avaient plus souvent connu des événements de vie difficiles [6]. Quatre points seront abordés ici : le suicide, les rapports sexuels forcés, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les conduites alimentaires perturbées (CAP). Les conduites alimentaires perturbées correspondent à des moments de perte de contrôle dans la prise alimentaire (frénésie alimentaire, vomissement volontaire). Seront qualifiées ainsi les personnes ayant répondu avoir connu « souvent » ou « très souvent » ces conduites au cours des douze derniers mois.

La pratique sportive ne semble pas être une variable discriminante dans l'analyse des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, aussi bien pour les hommes que pour les femmes¹ (Tableau XIX). En

1. Toutefois, pour les femmes faisant beaucoup de sport, l'OR ajusté est de 1,5 ; $p = 0,05$.

Tableau XVIII

Opinion sur la vaccination en général et dépistage des cancers selon le sexe et la durée de la pratique sportive (en pourcentage)

	Vaccination Opinion (très favorable)	Sein (Femmes ≥ 50 ans) Vie	Dépistage des cancers Utérus (Femmes ≥ 20 ans) < 3 ans	Color ectal (âge ≥ 50 ans) Vie
Hommes				
Pas de sport	46,5	Non concernés		29,5
Moins de 4 heures	40,9			40,8
De 4 à 8 heures	43,4			35,2
Plus de 8 heures	45,7			36,9**
Femmes				
Pas de sport	44,9	84,9	73,4	23,8
Moins de 4 heures	38,7	92,3	84,0	23,7
De 4 à 8 heures	36,8	90,8	79,4	23,8
Plus de 8 heures	39,9***	93,5***	77,4***	24,0

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

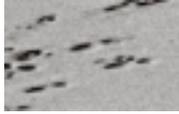


Tableau XIX

Indicateurs de souffrance psychologique selon le sexe et la durée de la pratique sportive (en pourcentage)

	Suicide		Événement de vie		Perception du corps et conduite alimentaire perturbée			
	Avoir pensé au suicide des douze derniers mois	Avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie	Rapport sexuel forcé au cours de sa vie	IVG au cours de sa vie	IMC	Se trouver trop gros(se)	Se trouver trop maigre	Au moins une conduite alimentaire perturbée
Hommes								
Pas de sport	4,8	4,2	0,6	nc	25,1	40,2	9,1	15,5
Moins 4 heures	3,5	2,3	0,5		23,7	35,9	11,1	14,0
De 4 à 8 heures	3,9	1,9	0,7		23,4	31,9	11,8	16,1
Plus de 8 heures	4,3	2,8**	0,7		23,3***	25,6***	10,7	16,9
Femmes								
Pas de sport	7,1	8,6	4,7	18,4	23,5	52,5	4,2	19,4
Moins de 4 heures	6,8	4,8	3,5	17,3	22,0	46,6	3,4	17,3
De 4 à 8 heures	7,6	7,4	4,3	15,7	21,6	43,1	5,0	19,0
Plus de 8 heures	9,4	7,7***	6,0	21,0	21,9***	39,7***	3,7	20,4

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

IMC : indice de masse corporelle (poids sur taille au carré).

vanche, les sportifs ayant une activité faible (hommes et femmes) ou modérée (uniquement pour les hommes) disent moins fréquemment avoir fait une tentative de suicide que les non-sportifs : respectivement 2,3 % (OR ajusté = 0,6 ; p<0,05) et 1,9 % (OR ajusté = 0,5 ; p<0,01) pour ces sportifs masculins vs 4,2 % pour les non-sportifs et 4,8 % (OR ajusté = 0,6 ; p<0,01) pour les « petites » sportives vs 8,6 % pour les femmes n'ayant pas fait de sport.

Il n'y a pas de différences significatives lorsque l'on considère les événements de vie « rapport sexuel forcé et IVG » et la pratique sportive, après prise en compte des variables sociodémographiques.

En revanche, la perception du corps et l'indice de masse corporelle (IMC) diffèrent sensiblement selon l'on ait fait ou non du sport au cours des sept derniers jours. L'IMC est moins élevé parmi les sportifs, en particulier ceux qui disent avoir fait beaucoup de sport. Le sentiment de se sentir trop gros est moins présent parmi ceux qui font beaucoup de sport (plus de 8 heures). Même constat pour le sentiment de se sen-

tir trop maigre pour les hommes faisant beaucoup de sport.

Une proportion plus élevée de femmes faisant beaucoup de sport ont eu une conduite alimentaire perturbée au cours des douze derniers mois sans que la différence soit significative.

Discussion

Limites

Deux limites peuvent être formulées. La période de référence (sept derniers jours) a probablement sélectionné des sportifs réguliers (les pratiquants en club représentent une forte proportion des sportifs et le temps moyen de pratique sportive est élevé), car les sportifs saisonniers (ceux ne faisant pas de sport l'hiver par exemple) ont beaucoup plus de chance d'avoir répondu ne pas avoir fait de sport au cours des sept derniers jours. De plus, la formulation de la question qui spécifie le type de sport pratiqué, et non



l'activité physique et sportive, tend à donner des réponses plus sélectives et donc là aussi, certains sujets ayant une activité sportive modeste ou mal identifiée ne se sont pas forcément sentis concernés.

Caractéristiques de la pratique sportive

Malgré son essor, la pratique sportive féminine est toujours inférieure à celle des hommes. Les écarts les plus importants se situent parmi les tranches d'âges les plus jeunes. À partir de 45 ans, les comportements deviennent assez similaires. Ce rapprochement des pratiquants est dû à la diminution de l'activité sportive des hommes à partir de la classe d'âge des 26-34 ans. Cette baisse peut correspondre à l'abandon du sport de compétition et elle coïncide avec l'entrée dans la vie active, qui réduit le temps disponible et nécessite un arbitrage plus contraint avec les autres centres d'intérêts des individus. Avant 26 ans, les différences entre les sexes sont importantes. Les adolescentes et les jeunes femmes ne semblent pas autant intéressées par le sport que les garçons. Les origines de cette différence entre les sexes — pourquoi les femmes font moins de sport que les hommes ? — ont fait l'objet de plusieurs études sociologiques (« attitudes ségréгатives, ou encore manifestations de rejet actif à l'encontre des femmes par des groupements sportifs masculins », « représentations mentales socialement construites à propos des femmes », « image de la féminité », « exclusion liée à la nature violente de certains sports », etc. [7]). De fait, le sport féminin reste moins médiatisé que celui des hommes. Les femmes sont aussi moins présentes aux postes à responsabilités dans les milieux sportifs. Pour essayer de développer ces deux aspects, les premières assises nationales « Femmes et sport » se sont tenues les 29 et 30 mai 1999.

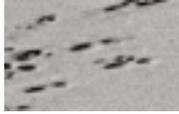
L'activité sportive est une composante de l'activité physique. Faut-il conclure, des remarques précédentes, que les jeunes femmes (moins de 26 ans) ont une activité phy-

sique moins importante que les garçons du même âge ? La réponse n'est pas simple car il faut se souvenir que nombre d'activités ménagères sont considérées comme des activités physiques modérées ou faibles et sont à ce jour en majorité remplies par des femmes (d'où également moins de temps disponible pour faire du sport). Cependant, ces activités sont rarement réalisées avant 20 ans.

Par ailleurs, de 20 à 40 ans, une grande majorité des femmes ont des enfants et, outre le temps d'immobilisation lors des grossesses, ce sont également elles qui passent le plus de temps à s'occuper des enfants.

La pratique sportive diminue avec l'âge pour les hommes comme pour les femmes. Les hypothèses sont celles déjà évoquées au paragraphe précédent (vie active, centre d'intérêt multiplié), mais aussi l'apparition de blessures plus importantes en prenant de l'âge, et la difficulté de continuer certains sports à tous les âges de la vie (éprouvants ou de contact). Le sport de compétition diminue avec l'âge et, au contraire, l'activité sportive est de plus en plus recherchée comme facteur de santé. Les sports pratiqués sont plus souvent des sports à dépenses énergétiques modérées ou faibles (marche à pied, gymnastique d'entretien, natation, etc.) souvent recommandés pour leurs bénéfices concernant la santé. Les sports de contact ou à dépenses énergétiques élevées sont surtout pratiqués par les jeunes (football, basket, etc.).

La situation économique et professionnelle est également facteur de différence dans la pratique et les motivations. La majorité des sports occasionnent des frais parfois importants (inscription, matériel, équipement, déplacement, etc.), ce qui peut constituer encore un frein à la pratique pour certains groupes économiquement fragilisés. Cependant, cet obstacle financier n'explique pas à lui seul la multiplicité des pratiques sportives, en particulier le choix d'un sport et de son approche. Les sociologues du sport invitent à considérer également les valeurs culturelles de chaque groupe social [7, 8]. Dans le Baromètre santé 2000, les catégo-



ries professionnelles sur-représentées dans la pratique sportive sont les cadres et les professions intermédiaires. Ce classement correspond à celui déjà établi en 1967 et 1988 lors des enquêtes Insee sur les loisirs des Français [9]. Par ailleurs, une proportion plus importante de cadres déclare faire du sport pour la santé. Ce peut être lié à une origine culturelle, mais aussi à un besoin plus grand de faire travailler son corps par rapport aux personnes ayant une activité professionnelle moins sédentaire. Les professions libérales ou indépendantes abordent plus souvent le sport sous l'angle de la compétition, ce qui correspond à certaines observations sociologiques déjà produites sur le sujet¹.

Le sport est décrit comme une activité de bien-être avant tout : plaisir, santé et rencontrer des amis sont les trois premières motivations affichées. Ce classement est également celui décrit lors de l'enquête Baromètre santé jeunes de 1997. Les mêmes spécificités par sexe sont retrouvées cette année : les femmes disent plus souvent faire du sport pour façonner leur corps (maigrir, se muscler) et les hommes déclarent plus souvent être intéressés par la performance sportive (gagner).

Consommation de substances psychoactives

Tabac

Pour les hommes, la prévalence du tabagisme (régulier ou non) et la proportion de gros fumeurs sont moins importantes parmi les sportifs. Ce comportement peut être lié à une logique de recherche d'une certaine performance sportive. Les sportifs ayant un niveau intense d'activité sont plus souvent des gros fumeurs que les « petits » sportifs. Ils sont, en proportion, plus nombreux à être fortement dépendants du tabagisme. Ce phénomène peut être lié à une attitude « excessive » qui se retrouverait dans différents comportements : *quoi que fasse l'individu,*

il en fera souvent plus que les autres. Pour les femmes, les tendances sont moins linéaires et ce sont parmi les sportives modérées ou faisant peu de sport que se situent les minima (prévalence du tabagisme (régulier ou non) et proportion de gros fumeurs (dépendance)). Là encore, ce pourrait être lié à une personnalité globalement plus modérée, qui se retrouverait dans plusieurs domaines parmi les sujets de sexe féminin. Mais il est difficile de généraliser de telles hypothèses car les variables, sous une appellation unique, renvoient à des réalités sportives et des motivations hétérogènes. De façon plus générale, il est possible d'imaginer que parmi les pratiquants d'une activité physique intense, on trouve à la fois des sportifs de haut niveau qui s'imposent une hygiène de vie en lien avec la recherche de la performance (un minimum de tabac, d'alcool, etc.) et des personnes qui, quoi qu'elles fassent, le feront toujours « à fond ». Une autre hypothèse serait de dire que parmi les sportifs qui ont une activité soutenue, un certain nombre s'y serait mis de façon intensive pour se défaire d'une dépendance (tabagique ou alcoolique) : *faire beaucoup de sport pour moins consommer.*

Alcool

Quel que soit le sexe, les résultats pour les dimensions étudiées sont très peu différents selon la durée de la pratique sportive. Le fait de consommer régulièrement de l'alcool (sans considérer les quantités) se retrouve aussi bien parmi les « petits » sportifs que parmi ceux ayant fait plus de 8 heures de sport au cours des sept derniers jours. Le nombre moyen de verres consommés la veille ou le samedi précédant l'enquête est également peu différent selon la pratique sportive. La seule véritable différence s'observe pour le test Deta où une proportion plus importante de sportives aurait eu un risque d'alcoolodépendance. Ce résultat pourrait être rapproché de la dernière hypothèse évoquée dans le paragraphe précédent, mais dans ce cas, il peut être surprenant de ne pas retrouver ce constat parmi les sportifs masculins.

1. Cette sur-représentation devient une sous-représentation quand il s'agit de sports traditionnellement plus populaires. L'exemple du vélo est cité [7].



Cannabis

Les mêmes remarques peuvent être formulées pour l'expérimentation et la consommation de cannabis que pour la consommation d'alcool : pas ou peu de différences selon la durée de la pratique sportive. Deux exceptions : les hommes faisant modérément du sport auraient plus fréquemment déjà expérimenté du cannabis et réalisé un mélange alcool plus cannabis et, seconde différence, les femmes faisant beaucoup de sport ont plus souvent déjà connu une situation d'échec dans leur tentative d'arrêt de consommation d'une drogue (au sens large). Ce dernier point peut également être vu selon l'hypothèse précédente : *faire beaucoup de sport pour moins consommer*.

Globalement, le lien parfois établi entre, d'une part, une activité sportive intense ou répétée et, d'autre part, une consommation élevée de substances psychoactives, pourrait correspondre pour certains à une pratique sportive de type addictive.

Violence, prise de risque et accidents de sport

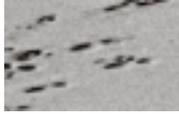
Dans ces trois domaines, les proportions sont globalement plus importantes parmi les sportifs, quel que soit le sexe.

Il n'est pas possible de l'affirmer avec certitude, mais il est probable qu'une partie des violences (agies ou subies) ont lieu dans le cadre de l'activité sportive. Des échanges de coup peuvent avoir lieu dans les sports de contact (football, rugby, hockey-sur glace, etc.) et dans des sports de combat, mais il n'est pas possible de savoir si la réponse donnée par ces sportifs est en lien avec le sport qu'ils pratiquent. Ces résultats n'apportent pas de réponse à la question : *le sport rend-il violent ou canalise-t-il la violence ?* Ils n'en constatent que la concomitance. La notion de violence est cependant sujette à l'appréciation subjective des acteurs. Comme le soulignent certaines études, « *tant que la violence reste dans les règles et n'est pas induite*

par la haine, elle n'est pas (nécessairement) définie comme violence par les sportifs » [7, 10].

L'augmentation de la durée de sport augmente, de fait, la probabilité d'avoir un accident ou de prendre un risque par plaisir ou défi. Parmi les accidents, ceux de sport représentent la part la plus importante et les prises de risque se font le plus souvent dans le cadre d'activité de sport et de loisirs (cf. chapitre Accidents). L'augmentation du taux d'accident avec la durée de la pratique sportive est une donnée observée dans d'autres enquêtes épidémiologiques pour d'autres pays [11]. Dans de nombreuses situations, l'accident de sport est le résultat d'une prise de risque. Cependant, tous les accidents de sport ne sont pas directement liés à une prise de risque, certains peuvent être le résultat d'une défaillance du matériel, d'autres être la conséquence d'une activité sportive trop intensive, ou encore résulter d'une erreur d'appréciation ou de jugement sur ses propres capacités physiques.

Les sportifs ayant fait moins de 4 heures de sport ne prennent pas plus de risques que les non-sportifs et déclarent significativement moins fréquemment que les autres, avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des douze derniers mois. Ces résultats paraissent cohérents avec les informations dont on dispose : ils font davantage du sport pour la santé et pour rencontrer des amis. Soulignons aussi la nature subjective de la notion de prise de risque qui peut parfois être occultée lorsque que la personne considère qu'elle ne prend, en fait, que des risques maîtrisés ou calculés. Cette notion a été, à une époque, constitutive de la définition du sport telle qu'établie par Pierre de Coubertin en 1922 : « *le sport est le culte volontaire et habituel de l'effort musculaire intensif appuyé sur le désir de progrès et pouvant aller jusqu'au risque* » [7]. Cette prise de risque, plus présente parmi ceux faisant beaucoup de sport, peut correspondre à une recherche de sensations fortes (*sensation seeking*).



Dépistage des cancers

À l'aide de ces indicateurs liés au dépistage, l'idée était de regarder si les sportives avaient plus fréquemment des pratiques de dépistage que les autres. Une partie des sportifs, particulièrement ceux faisant du sport pour la santé, pourrait prêter particulièrement attention à sa santé et à l'entretien de son corps. Après ajustement, ce sont surtout les femmes faisant peu de sport (moins de 4 heures) qui déclarent avoir déjà bénéficié d'une mammographie et d'un frottis et que, pour le dépistage colorectal, ce sont pareillement les hommes ayant fait peu de sport qui répondent le plus en avoir déjà fait un. Ces résultats pourraient être concordants avec une pratique sportive motivée par la santé, davantage citée par ceux faisant peu de sport ou modérément. D'autres études devront valider ces résultats et, en particulier, intégrer d'autres critères comme la date du dernier dépistage ou sa régularité.

Événements de vie

Pour les adolescentes, certaines études ont pu souligner l'existence d'une relation statistique entre une pratique sportive intensive et le fait d'avoir subi des rapports sexuels forcés, sans pouvoir en faire une interprétation précise [6]. Cette relation n'est pas retrouvée ici pour l'ensemble des femmes de 12 à 75 ans. Les sportives faisant plus de 8 heures de sport déclarent plus souvent avoir déjà subi des rapports sexuels forcés que les non-sportives, mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Les données sur le suicide (pensées et tentatives) ne sont statistiquement pas différentes selon la pratique sportive.

Les conduites alimentaires perturbées peuvent également être utilisées comme indicateur d'un certain malaise psychologique. Celles-ci se retrouvent principalement parmi les adolescentes ou les jeunes filles. C'est parmi les sportives faisant peu de sport que l'on trouve la proportion de ce type de conduites alimentaires la plus faible, comme on

observe, dans le même temps, des proportions de pensées suicidaires, de tentatives de suicide et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), les plus basses pour ce même groupe.

Concernant la perception du corps et l'indice de masse corporelle, il semble que ce soient les sportifs faisant le plus de sport qui se perçoivent comme étant « à peu près du bon poids » et qui ont un indice de masse corporelle le plus petit. Il faut y voir ici, certainement, l'effet structurant du sport sur le corps (muscultation), la dépense d'énergie associée à sa pratique [12-14], l'amélioration du métabolisme, mais aussi le fait que pour faire du sport de façon intensive ou prolongée, il est nécessaire de ne pas avoir un excès de poids important, l'obésité pouvant être un facteur limitant la pratique sportive (difficulté de mouvement, essoufflement plus rapide).

Conclusion

Ces différents constats viennent compléter les connaissances acquises sur le bénéfice d'une activité physique (ou sportive) pour la santé en soulignant aussi que ces bénéfices ne sont pas nécessairement linéaires avec le temps de pratique. Ainsi, certains aspects néfastes peuvent apparaître en fonction de la personnalité du pratiquant, du temps de pratique et de la dangerosité des activités en question. Ces résultats rappellent aussi que la motivation première à faire du sport n'est pas la santé (en particulier chez les jeunes), mais le plaisir.

références bibliographiques

1. Pate R., Pratt M., Blair, S., et al. *Physical Activity and Public Health*. JAMA, February 1, 1995 : 273 ; 5.
2. Paffenbarger R. S., Hyde R. T., Wing A. L., et al. *Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni*. N. Engl. J. Med. 1986 ; 314 : 605-13.
3. Voir pour plus de détail l'European Physical Activity Surveillance System (EUPASS).
4. D'après le ministère de la Jeunesse et des Sports, site Internet 2001.
5. Irlinger P., Louveau C., Métoudi M. *Les pratiques sportives des Français*. Paris : Insep, Tome 1, décembre 1987, p. 15.
6. Choquet M., Bourdessol H., Arvers Ph., et al. *Jeunes et pratique sportive. L'activité sportive à l'adolescence – les troubles et conduites associées*. Injep : 2001 ; 95.
7. Defrance J. *Sociologie du sport*. Paris : Éditions La Découverte, 2000 : 128 p.
8. Clément J.-P. *Étude comparative de trois disciplines de combat (lutte, judo, aikido) et de leurs usages sociaux*. Thèse Paris-VII, 1985.
9. Insee. *Loisirs des Français*. La lettre de l'économie du sport, 24 mai 1989, n° 29.
10. Bredemeier B. J., Shields D. L. États-Unis d'Amérique. In : Defrance J. *Sociologie du sport*. Paris : Éditions La Découverte, 2000 : p. 53.
11. Michaud P.-A., Renaud A., Narring F. *Sports activities related to injuries? A survey among 9-19 years olds in Switzerland*. Injury Prevention 2001 ; 7 : 41-5.
12. Ainsworth BE., Haskel WL., Leon AS., et al. *Compendium of physical activities*. Med. Sci. Sports Exerc. 1993 ; 25 : 71-80.
13. Leon A. S. Physical fitness. In : Wynder E. L., ed. American Health Foundation, *The Book of Health*. New York, NY : Franklin Watts ; 1981 : 293.
14. McCardle W. D., Katch F. I., Katch V. L.

Exercise Physiology, Energy Nutrition Performance. 2nd ed. Philadelphia, Pa : Lea & Febiger, 1986 : 642.







Vaccination : opinions et pratiques

Valérie Guagliardo, Julien Barnier, Michel Rotily

l'essentiel en quelques chiffres...

Les opinions

Plus de neuf français sur dix (91,7 %) âgés de 15 à 75 ans déclarent être favorables à la vaccination. Des différences significatives sont observées selon l'âge : plus les personnes sont âgées, plus elles déclarent être opposées aux vaccinations (17,4 % chez les 70-75 ans vs 4,6 % chez les 15-19 ans). En analyse multivariée, certains facteurs sont significativement associés à une opinion défavorable à la vaccination : le fait de citer les médicaments comme pouvant être une drogue, le fait d'avoir consulté un homéopathe ou un acupuncteur au cours des douze derniers mois, le fait de craindre les risques liés aux vaccinations et le fait de ne pas avoir consulté un médecin généraliste dans l'année. Parmi les personnes ayant une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination (moins d'une personne sur dix — 8,3 %), 21,9 % sont opposées à toutes les vaccinations, 23,7 % sont opposées au vaccin contre la grippe et 23,6 % à celui contre l'hépatite B. Parmi les douze thèmes de santé cités, la vaccination est le cinquième pour lequel les individus se sentent bien informés : près de trois personnes sur quatre (72,1 %) ont ce sentiment. Interrogés à propos de

craintes générales ou sanitaires, 12,1 % des Français déclarent craindre les risques liés à la tuberculose et 24,7 % craignent ceux liés aux vaccinations. Les jeunes de 12 à 14 ans et les femmes sont proportionnellement plus nombreux à craindre ces risques.

La dernière vaccination en date

Plus de neuf personnes sur dix âgées de 12 à 75 ans déclarent s'être fait vacciner au cours des dix dernières années (91,2 %) et plus des trois quarts (73,1 %) au cours des cinq dernières années. En effectuant les analyses en fonction de l'âge, 96,1 % des jeunes âgés de 12 à 19 ans disent avoir reçu une dose de vaccin au cours des cinq dernières années et 42,9 % ne savent pas contre quelle maladie ils ont été vaccinés. Le vaccin le plus souvent cité par les jeunes de cette tranche d'âge est celui contre l'hépatite B (29,3 %), celui contre les trois maladies diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP, 10,7 %) et enfin, le vaccin contre le tétanos (3,1 %). Concernant la dernière vaccination, la décision revient le plus souvent aux parents (42,4 %). Chez les personnes âgées de 20 à 75 ans, 90,0 % ont déclaré avoir eu au moins une vacci-

nation au cours des dix dernières années et 75,0 % se souviennent de la date exacte de cette dernière injection. Seulement 0,3 % des individus a déclaré ne jamais avoir été vacciné. Le tétanos est le vaccin le plus fréquemment cité par les adultes. Arrivent ensuite le vaccin contre l'hépatite B chez les personnes âgées de 20 à 54 ans et celui contre la grippe chez les 55 à 75 ans. Concernant la prise de décision de cette dernière vaccination, la moitié des personnes a déclaré avoir pris elle-même cette décision.

La vaccination rougeole, oreillons, rubéole

Parmi les parents d'enfants âgés de 1 à 6 ans, 86,0 % ont déclaré avoir fait vacciner au moins un de leurs enfants par la vaccination rougeole-oreillons-rubéole. Plus des deux tiers (69,4 %) des familles qui n'ont pas fait cette vaccination ont l'intention de la faire. Parmi les personnes qui n'ont pas fait vacciner au moins un de leurs enfants et qui n'ont pas l'in-

tention de le faire (3,7 % des personnes interrogées), 32,1 % ont refusé cette vaccination malgré la proposition du médecin. Le principal refus avancé par les parents d'enfants âgés de 1 à 6 ans serait le caractère bénin de la rougeole, des oreillons et de la rubéole.

Si l'on considère les parents d'enfants âgés de 7 à 15 ans, 86,8 % déclarent avoir fait vacciner au moins un de leurs enfants et 84,1 % l'ont fait systématiquement pour tous. Parmi les motifs de la non-vaccination, c'est la crainte des complications qui est citée en premier (28,7 %). Concernant les recommandations d'une seconde dose de vaccin, parmi les parents ayant des enfants âgés de 7 à 15 ans, 40,7 % ont déjà entendu parler de cette recommandation, 57,4 % l'ignorent et 1,9 % n'ont pas d'avis. Parmi les parents d'enfants âgés de 3 à 6 ans, 23,2 % ont déclaré que tous leurs enfants avaient reçu cette dose et 61,4 % ont l'intention de faire vacciner leurs enfants.



L'évaluation des opinions, des attitudes et des pratiques a connu un essor considérable dans certains champs de la santé publique, notamment à partir de la question posée par l'épidémie de sida. Dans le domaine des vaccinations, l'émergence de ce type d'évaluation est plus récente et en grande partie liée à la stratégie de la politique vaccinale qui repose aujourd'hui sur la responsabilisation de la population et le caractère volontaire de la vaccination. Les difficultés rencontrées ces dernières années pour parvenir à des couvertures vaccinales satisfaisantes, notamment contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B, sont venues accentuer le besoin de nouvelles méthodes d'évaluation destinées à compléter la « classique » et indispensable surveillance épidémiologique des maladies infectieuses. Le contrôle de ces maladies et, pour certaines d'entre elles, l'objectif d'éradication, passent désormais par une meilleure compréhension des mécanismes tendant à expliquer l'adhésion de la population aux campagnes de vaccination engagées par les pouvoirs publics et relayées par les médecins. Il faut rappeler que les maladies infectieuses représentent toujours

un problème de santé dans notre pays comme à l'échelle mondiale, malgré les stratégies préventives et thérapeutiques mises en œuvre au cours du xx^e siècle. Ces affections sont en effet la cause de 30 % des décès dans le monde [1]. Le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé a fixé comme objectifs l'élimination certifiée de la poliomyélite en 2003, l'élimination certifiée de la rougeole en 2010 et la réduction d'ici à 2010 de l'incidence de la diphtérie, de l'hépatite B, de la coqueluche, des oreillons, des maladies invasives à *Haemophilus influenzae* B et de la rubéole congénitale [2].

L'évaluation des opinions, des attitudes et des pratiques à propos de la vaccination est devenue indispensable du fait même du succès des politiques vaccinales. En effet, les nombreuses maladies infectieuses ayant vu leur incidence diminuer (l'expression chronique de ces maladies est de plus en plus rare), seuls les possibles effets secondaires semblent être perçus par la population, alors qu'un certain nombre d'entre eux n'ont pas fait l'objet d'une démonstration scientifique. Or, cette perception risque d'entraîner par là-même une certaine désaffection de la vaccination. D'autres perspectives comme la mise au point à plus ou moins long terme de nouveaux vaccins contre le sida et l'hépatite C participent à la

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



nécessité de mieux évaluer ces aspects. En effet, si aujourd'hui la population est dans l'attente de tels vaccins, rien ne dit qu'ils soient facilement acceptés lors de leur introduction. Il est donc essentiel, aujourd'hui, non seulement d'évaluer mais aussi de suivre les opinions, les attitudes et les pratiques de la population par rapport à la vaccination. Ce travail est utilement complété par des démarches d'investigations similaires auprès des professionnels de santé [3-5].

Ce chapitre abordera successivement les opinions sur la vaccination, la dernière vaccination réalisée et la vaccination rougeole, oreillons, rubéole. Des comparaisons avec les précédents Baromètre santé et d'autres enquêtes seront présentées.

Traitements statistiques

Pour l'essentiel, les analyses univariées ont été effectuées à l'aide du test du Chi² de Pearson. Afin d'évaluer les facteurs individuels associés au fait d'avoir une opinion défavorable sur la vaccination en général ou la vaccination au cours des dix dernières années, des régressions logistiques ont été effectuées (méthode pas-à-pas descendante avec introduction préalable des variables significatives dans l'analyse univariée au seuil de 10 %, puis élimination successive des variables en fonction du test du

ratio de vraisemblance). Le test de Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour évaluer l'adéquation des modèles. Toutes les interactions¹ de premier ordre ont été testées [6]. Le texte insiste particulièrement sur les résultats des analyses de régression logistique, dans la mesure où elles permettent d'identifier les facteurs qui ont une influence statistique propre (après ajustement sur les autres variables) sur le phénomène étudié (par exemple avoir reçu une dose de vaccin). Les résultats sont présentés par des odds ratios (OR) ajustés et leurs intervalles de confiance à 95 %.

Les opinions

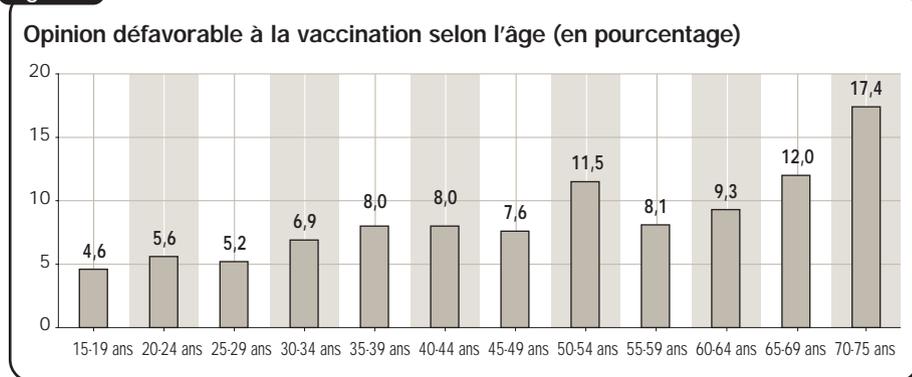
Résultats

Une opinion favorable à la vaccination

Plus de neuf Français sur dix (91,7 %) âgés de 15 à 75 ans déclarent être favorables à la vaccination (43,6 % très favorables et 48,0 % plutôt favorables). La dernière enquête Baromètre santé médecins généralistes 98/99 donnait des informations sur l'opinion des praticiens vis-à-vis de la vaccination [4]. Ces derniers étaient proportionnellement plus nombreux à déclarer être favora-

1. Cf. chapitre Présentation des termes statistiques.

Figure 1





bles à la vaccination (97,6 %) avec une différence encore plus grande concernant les opinions très favorables (78,0 % pour les généralistes et 43,6 % pour la population générale).

Des différences significatives existent suivant l'âge (Figure 1) : plus les personnes sont âgées¹, plus elles sont nombreuses à déclarer une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination (17,4 % chez les 70-75 ans vs 4,6 % chez les 15-19 ans ; $p < 0,001$).

Les facteurs associés à une opinion défavorable à la vaccination (en regroupant les deux modalités « *plutôt pas favorable* » ou « *pas du tout favorable* ») sont présentés dans le (Tableau I). En analyse univariée, les personnes déclarant une opinion défavorable par rapport à la vaccination sont plus souvent des femmes, des personnes âgées de 65 à 75 ans, des sujets divorcés ou veufs, ayant des enfants, étant professionnellement inactifs ou pratiquant une religion régulièrement. Le niveau d'études, le revenu par unité de consommation (UC) du ménage², ainsi que la taille de l'agglomération de résidence, n'apparaissent pas significativement liés à une opinion défavorable à la vaccination. Outre ces variables sociodémographiques, l'opinion défavorable à la vaccination est également associée à des variables caractéristiques de représentations et de pratiques de soins telles que : le fait d'être mal ou très mal informé sur les vaccinations, de craindre les risques liés aux vaccinations ou à la tuberculose, de ne plus être à jour dans ses vaccinations. Les personnes ayant une opinion défavorable à la vaccination sont en proportion également plus nombreuses à déclarer avoir consulté un acupuncteur ou un homéopathe au cours des douze derniers mois ou à citer les médicaments comme pouvant être une drogue. En revanche, elles ont moins souvent con-

sulté un médecin généraliste durant l'année. Enfin, plus les personnes ont un score de santé générale selon le profil de santé Duke³ faible, plus elles sont défavorables à la vaccination.

Du fait de l'existence de nombreuses associations entre ces facteurs, le recours à des analyses multivariées s'avère indispensable. Les modèles de régression logistique qui permettent d'estimer les effets propres de chaque facteur, en ajustant sur les autres facteurs présents dans le modèle, montrent que ceux les plus liés à une opinion défavorable face à la vaccination (Tableau II) varient sensiblement selon les différentes tranches d'âge retenues (15-25 ans, 26-54 ans et 55-75 ans). Les analyses ont donc été réalisées séparément pour chacune d'entre elles.

Certains facteurs sont significativement associés à une opinion défavorable face à la vaccination quelle que soit la tranche d'âge :

- le fait de citer les médicaments comme pouvant être une drogue. L'association la plus forte est observée chez les 15-25 ans (OR ajusté = 2,1 ; $p < 0,001$) ;
- le fait d'avoir consulté un homéopathe ou un acupuncteur au cours des douze derniers mois. L'association la plus significative est observée chez les 26-54 ans (OR ajusté = 3,2 ; $p < 0,001$) ;
- le fait de craindre les risques liés aux vaccinations. Cette relation croît avec l'âge (OR ajusté = 2,0 ; $p < 0,001$ pour les 15-25 ans et OR=3,9 ; $p < 0,001$ pour les 55-75 ans) ;
- le fait de ne pas avoir consulté un médecin généraliste dans l'année.

Un lien significatif avec d'autres variables n'est observé que pour certaines tranches d'âge. Les femmes sont plus souvent défavorables à la vaccination que les hommes, uniquement chez les personnes les plus âgées (55-75 ans). Les autres variables telles que le statut matrimonial, la crainte de la tuberculose, le sentiment d'être informé

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

2. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

3. Le profil de santé de Duke porte sur la perception de la qualité de vie et la santé perceptuelle actuelles au cours des huit derniers jours (cf. chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans).

Tableau I

Opinion défavorable à la vaccination en général chez des personnes âgées de 15 ans et plus (en pourcentage)

Sexe	
Homme (n=5 751)	7,2
Femme (n=7 369)	9,3 ^{***}

Âge	
15-25 ans (n=2 240)	5,0
26-54 ans (n=7 556)	7,9
55-64 ans (n=1 724)	8,7
65-75 ans (n=1 600)	14,5 ^{***}

Avoir des enfants	
Oui (n=8 699)	9,0
Non (n=4 092)	6,8 ^{***}

Statut matrimonial	
Marié (n=6 592)	8,4
Célibataire (n=4 700)	6,7
Divorcé, veuf (n=1 819)	13,3 ^{***}

Niveau d'études	
Inférieur ou égal au bac (n=9 555)	8,2
Supérieur au bac (n=3 299)	8,3

Situation professionnelle	
Exerce une activité professionnelle (n=7 257)	7,4
Au chômage (n=825)	7,5
Inactif (n=4 464)	10,4 ^{***}

Revenu mensuel du ménage par UC^a	
Moins de 6 000 F (n=4 439)	8,5
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=4 562)	8,5
Au moins 10 000 F (n=3 224)	7,4

Taille d'agglomération	
Communes rurales (n=3 753)	8,5
De 2000 à 20 000 hab. (n=2 218)	8,1
De 20 000 à 100 000 hab. (n=1 658)	8,8
De 100 000 à 200 000 hab. (n=921)	7,5
200 000 hab. et plus (n=2 753)	8,5
Agglomération parisienne (n=1 733)	7,8

Crainte des risques liés aux vaccinations	
Peu ou pas du tout (n=9 838)	5,5
Pas mal ou beaucoup (n=3 232)	16,8 ^{***}

Sentiment d'information sur la vaccination	
Très bien ou plutôt bien informé (n=9 285)	6,7
Mal ou très mal informé (n=3 795)	12,3 ^{***}

Date de la dernière vaccination	
Cinq ans et moins (n=9 315)	5,5
De six à dix ans (n=2 527)	11,0
Plus de dix ans (n=1 186)	24,0
Jamais vacciné (n=30)	32,6
Ne sait pas (n=62)	11,4 ^{***}

Crainte de la tuberculose	
Pas du tout (n=7 917)	9,1
Peu, pas mal ou beaucoup (n=5 136)	7,0 ^{***}

Consultation d'un généraliste au cours des douze derniers mois	
Aucune (n=1 920)	11,4
1 à 5 (n=8 403)	7,5
5 et plus (n=2 718)	8,2 ^{***}

Consultation d'un acupuncteur ou d'un homéopathe au cours des douze derniers mois	
Oui (n=1 604)	18,3
Non (n=11 496)	7,0 ^{***}

Les(ou certains) médicaments sont une drogue	
Oui (n=2 526)	10,6
Non (n=10 594)	7,8 ^{***}

Pratique religieuse	
Sans religion (n=4 575)	7,7
Religion avec pratique occasionnelle ou non pratiquée (n=7 277)	8,1
Religion avec pratique régulière (n=1 239)	10,6 ^{***}

Score de santé générale	
0 à 50 (n=1 502)	11,1
51 à 75 (n=5 891)	9,1
76 à 100 (n=5 540)	6,7 ^{***}

*** : p<0,001

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros

sur les vaccinations ou le score de santé générale, ne sont liées de façon significative à l'opinion défavorable des personnes que dans certaines tranches d'âge (Tableau II).

Des opinions défavorables à certains vaccins

Parmi les personnes ayant une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination (moins

d'une personne sur dix ; 8,3 %), 21,9 % sont opposées à toutes les vaccinations, 23,7 % sont opposées au vaccin contre la grippe et 23,6 % à celui contre l'hépatite B. Enfin, 18,0 % des personnes ne peuvent préciser celles auxquelles elles sont défavorables (Figure 2). L'âge est un facteur significativement associé au type de vaccin (Figure 3). Ainsi, les personnes âgées de

Tableau II

Modèle final de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination chez les personnes âgées de 15 ans et plus

	15-25 ans (n=117)		26-54 ans (n=602)		55-75 ans (n=404)	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe						
Homme	1		1		1	
Femme	1,1	0,8-1,6	1,1	0,9-1,3	1,4*	1,1-1,8
Statut matrimonial^a						
Autres	1		1		1	
Divorcé ou veuf	-	-	1,4*	1,0-1,9	1,2	0,9-1,5
Consultation d'un généraliste au cours des douze derniers mois						
Au moins une fois	1		1		1	
Aucune	2,3***	1,5-3,6	1,9***	1,5-2,3	1,8***	1,3-2,5
Score de santé générale						
Supérieur à 75	1		1		1	
Inférieur ou égal à 75	1,8***	1,2-2,7	1,2	1,0-1,5	1,1	0,9-1,4
Les(ou certains) médicaments « sont une drogue »						
Non	1		1		1	
Oui	2,1***	1,3-3,2	1,3*	1,1-1,6	1,3*	1,0-1,8
Consultation d'un homéopathe ou d'un acupuncteur au cours des douze derniers mois						
Non	1		1		1	
Oui	2,1***	1,2-3,5	3,2***	2,6-4,0	2,2***	1,6-2,9
Crainte de la tuberculose						
Peu, pas mal ou beaucoup	1		1		1	
Pas du tout	1,6***	1,1-2,4	1,9***	1,6-2,4	1,1	0,9-1,5
Crainte des risques liés à la vaccination						
Peu ou pas du tout	1		1		1	
Pas mal ou beaucoup	2,0***	1,3-3,0	3,4***	2,8-4,1	3,9***	3,1-5,0
Sentiment d'information sur la vaccination						
Bien informé	1		1		1	
Mal ou très mal informé	1,4	1,0-2,1	2,6***	2,1-3,1	1,2	0,9-1,6

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

a. Cette variable n'a pas été incluse chez les 15-25 ans car le nombre de personnes divorcées ou veuves n'était pas assez important dans cette tranche d'âge.



55 ans et plus sont plus souvent défavorables à la vaccination contre la grippe ($p < 0,001$) ; celles âgées entre 26 et 54 ans sont plus souvent défavorables à la vaccination contre l'hépatite B ($p < 0,001$). Certains facteurs sont associés de façon signi-

ficative au fait d'avoir une opinion défavorable face à la vaccination contre l'hépatite B chez les personnes âgées de 26 à 54 ans ($n = 193$) : être une femme, penser que les(ou certains) médicaments « sont des drogues », avoir consulté un acupuncteur ou un homéopathe au cours des douze derniers mois et craindre les vaccinations.

Figure 2

Nature des vaccins pour lesquels les personnes de 15 ans et plus sont défavorables (en pourcentage)

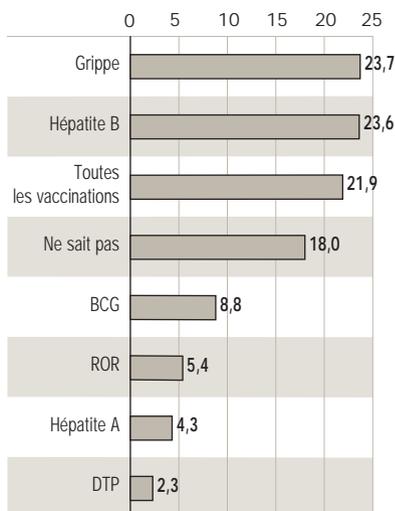
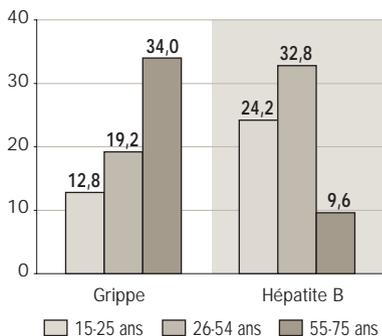


Figure 3

Nature des vaccins pour lesquels les personnes sont défavorables en fonction de l'âge (en pourcentage)



Une information satisfaisante

Parmi les douze thèmes de santé cités, la vaccination est le cinquième pour lequel les Français se sentent bien informés : près de trois personnes sur quatre (72,1 %) ont ce sentiment (les premiers thèmes étant le tabac, le sida, la contraception et l'alcool). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à s'estimer bien informées sur ce thème ainsi que les personnes âgées de 55 ans et plus, ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, vivant en couple et déclarant être au chômage ou professionnellement inactives (Tableau III).

Tableau III

Facteurs associés au fait d'être bien informé sur les vaccinations (en pourcentage)

Sexe

Homme (n=6 003)	69,5
Femme (n=7 639)	75,0***

Âge

Moins de 55 ans (n=10 319)	69,5
55 ans et plus (n=3 323)	81,1***

Niveau d'études

Supérieur ou égal au bac (n=5 360)	67,4
Inférieur au bac (n=7 497)	75,3***

Vie en couple

Non (n=5 573)	68,0
Oui (n=8 069)	74,6***

Situation professionnelle

Exerce une activité professionnelle (n=7 262)	69,9
Chômage ou inactif (n=5 285)	75,4***

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



Interrogées sur une liste de craintes générales ou sanitaires, 12,1 % des personnes déclarent craindre les risques liés à la tuberculose et 24,7 % craignent ceux liés aux vaccinations. Les jeunes de 12 à 14 ans (28,5 %) et les femmes (27,1 %) sont significativement plus nombreux à craindre ces risques.

Discussion

Cette première analyse permet de discerner deux points majeurs sur lesquels pourraient porter les efforts des prochaines campagnes de prévention. Le premier serait de cibler les personnes n'ayant pas ou peu recours aux médecins généralistes. L'absence d'adhésion de ces personnes à la vaccination peut s'expliquer par le fait que ces sujets se sentent peu concernés par leur santé ou ont des difficultés pratiques ou financières pour recourir au système de soins. L'incitation à une consultation médicale de prévention pourrait permettre de réaliser un bilan de santé et de proposer chez ces personnes une mise à jour des vaccins. C'est cette démarche qui a été impulsée depuis plusieurs années dans les centres d'examen de santé auprès de populations prioritaires. Le deuxième point soulevé par l'étude vient conforter des résultats antérieurs. C'est la crainte à l'égard des vaccinations : la sécurité actuelle des vaccins et le caractère bénin des effets secondaires par rapport au bénéfice apporté par la vaccination pourraient être mis en avant, tant auprès de la population que des médecins. Il semble, en effet, exister une certaine méfiance des personnes défavorables à la vaccination vis-à-vis de l'ensemble des médicaments qui peuvent être considérés comme des « drogues », c'est-à-dire potentiellement dangereux. Dans le même sens, les personnes ayant recours à l'homéopathie sont plus souvent défavorables aux vaccinations. On peut donc s'interroger sur la confiance générale de certains groupes de population vis-à-vis des médicaments qui leur sont proposés, le vaccin faisant partie de cet arsenal thérapeutique générateur de craintes.

La dernière vaccination en date

Des questions concernant la dernière vaccination (année, nature de la vaccination et décision concernant cette vaccination) ont été posées à l'ensemble des personnes de l'échantillon (12-75 ans). Ces questions fournissent des informations sur le dernier vaccin reçu mais ne permettent pas de tirer des conclusions sur la couverture vaccinale des personnes interrogées.

Résultats

De façon générale, plus de neuf personnes sur dix déclarent s'être fait vacciner contre au moins une maladie au cours des dix dernières années (91,2 %) et plus des trois quarts (73,1 %) au cours des cinq dernières années.

Dans la suite de cette partie, les résultats ont été analysés en fonction de l'âge des personnes, en distinguant les jeunes de 12 à 19 ans — afin de comparer certaines informations avec les résultats de l'enquête menée par le CFES auprès des jeunes en 1997 [7] — et la population des adultes de 20 à 75 ans.

Chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans

Presque tous les jeunes âgés de 12 à 19 ans (96,1 %) ¹ disent avoir reçu une dose de vaccin au cours des cinq dernières années. 42,9 % des jeunes interrogés ne savent pas contre quelle maladie ils ont été vaccinés (*Figure 4*). Le vaccin le plus souvent cité chez les jeunes est celui contre l'hépatite B (29,3 %), celui contre les trois maladies diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP, 10,7 %), le BCG (8,5 %) et le tétanos (3,1 %). Les autres vaccins tels que ceux contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ou contre la grippe, la coqueluche ou l'hépatite A sont très peu cités.

1. Les vingt et un jeunes qui ignoraient la date de leur dernière vaccination (représentant 1,5 % des 12-19 ans) ont été exclus des analyses.

Figure 4

Les dernières vaccinations en date déclarées chez les 12-19 ans (en pourcentage)

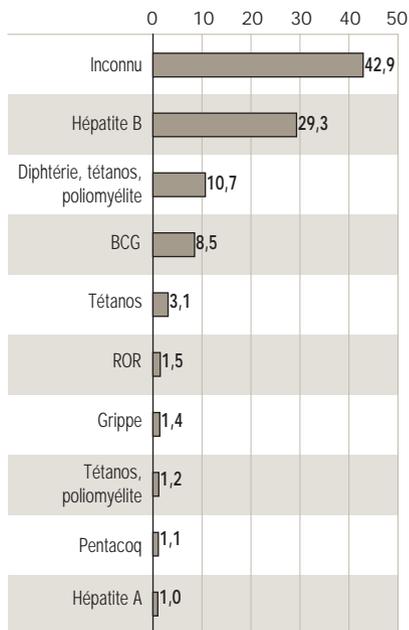


Tableau IV

Décision de la dernière vaccination pour les jeunes âgés de 12 à 19 ans (en pourcentage)

Parents	42,0
Mère/belle-mère	25,7
Les deux parents	12,3
Père/beau-père	4,4
Médecin	40,6
Scolaire	21,1
De famille	19,2
Du travail	0,3
Le jeune lui-même	15,7
Autres	1,3
Ne sait pas	1,2

Somme des pourcentages supérieure à 100 % car certaines personnes ont déclaré avoir eu plusieurs vaccins et avec des décisions venant de différentes personnes.

Décision vaccinale

Concernant la dernière vaccination (Tableau IV), la décision revient le plus souvent aux parents (42,0 %) avec une importance plus marquée de la part des mères ou belles-mères (25,7 %). Le médecin occupe également une place importante, puisque 40,6 % des jeunes déclarent que cette décision revient au médecin (médecin de famille, scolaire ou du travail). Par ailleurs, un accroissement du rôle de ces médecins dans la décision de la dernière vaccination est observé entre 1997 et 1999 (Figure 5).

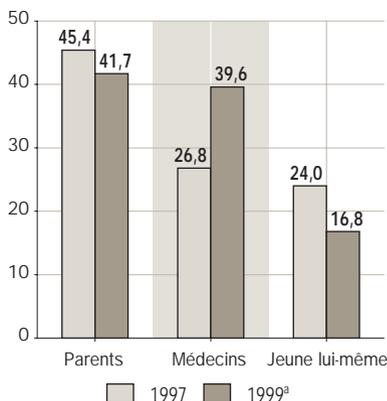
La décision par le jeune lui-même a été prise uniquement dans 15,7 % des cas.

Chez les plus de 20 ans

Parmi les personnes âgées de 20 à 75 ans interrogées sur les vaccinations, neuf personnes sur dix (90,0 %) déclarent avoir eu au moins une vaccination au cours des dix dernières années et 75,0 % se souviennent de la date exacte de cette dernière injection. Seulement 0,3 % des personnes interrogées déclare ne jamais avoir été vacciné.

Figure 5

Décision de la dernière vaccination chez les 12-19 ans (en pourcentage). Évolution 1997-1999



a. Redressé à partir des données du recensement 1990.

Nature et décision de la vaccination en fonction de l'âge

En ce qui concerne la nature et la décision de la dernière vaccination, les analyses ont été effectuées sur deux groupes : les personnes âgées de 20 à 54 ans et celles appartenant à la classe des 55 à 75 ans. Le tétanos est, contrairement aux jeunes âgés de 12 à 19 ans, le vaccin le plus fréquemment cité par les adultes (Figure 6) : 26,7 % chez les 20-54 ans et 40,7 % chez les 55-75 ans. Arrivent ensuite le vaccin contre l'hépatite B chez les 20 à 54 ans (21,8 % vs 3,6 % chez les 55-75 ans) et celui contre la grippe chez les 55 à 75 ans (31,7 % vs 5,2 % chez les 20-54 ans). Concernant la prise de décision de cette dernière vaccination (Tableau V), la moitié des personnes déclare avoir pris elle-même cette décision et ce, quel que soit l'âge (50,0 % chez les 20-54 ans et 47,2 % chez les 55-75 ans). Viennent ensuite les médecins avec une part plus importante du médecin du travail pour les 20-54 ans (19,0 %) et du médecin de famille pour les 55-75 ans (30,6 %).

Dernière vaccination

Les facteurs associés à la prise d'une dose de vaccin au cours des dix dernières années chez les plus de 20 ans sont (Tableau VI) : le fait d'être un homme, d'être âgé entre 20 et 30 ans, de travailler, de ne pas avoir d'enfant, d'avoir le baccalauréat ou un diplôme supérieur, de ne pas avoir de pratique religieuse et d'avoir consulté au moins une fois son médecin généraliste pendant l'année. Les questions d'opinions et de craintes sont également très liées au statut vaccinal. Les personnes qui ne craignent pas du tout ou peu les vaccinations, qui ont le sentiment d'être bien informées sur les vaccinations et qui ont une opinion favorable sur la vaccination sont proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu une dose de vaccin au cours des dix dernières années. Deux autres variables sont également associées à une vaccination durant cette période : le fait d'avoir effectué un test de dépistage de l'hépatite C ou un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois.

Figure 6

Les dernières vaccinations déclarées chez les 20-54 ans et les 55-75 ans (en pourcentage)

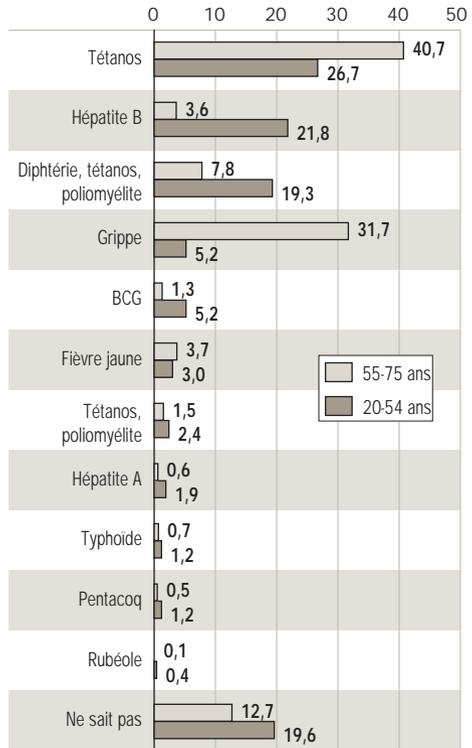


Tableau V

Décision de la dernière vaccination pour les 20-54 ans et les 55-75 ans (en pourcentage)

	20-54 ans (n=7 106)	55-75 ans (n=2 904)
Médecin	41,3	42,3
Scolaire	1,9	1,0
De famille	17,3	30,6
De l'armée	3,2	1,0
Du travail	19,0	9,7
La personne elle-même	50,0	47,2
Autres	9,3	9,3
Ne sait pas	1,2	2,4

Somme des pourcentages supérieure à 100 % car certaines personnes ont déclaré avoir eu plusieurs vaccins et avec des décisions venant de différentes personnes.



Tableau VI

Facteurs reliés au fait d'avoir effectué une vaccination au cours des dix dernières années chez les 20-75 ans (en pourcentage)

Sexe	
Homme (n=5 309)	91,1
Femme (n=6 869)	88,9 ^{***}
Âge	
20-30 ans (n=2 827)	98,5
31-50 ans (n=5 163)	90,1
51-75 ans (n=4 188)	84,6 ^{***}
Situation professionnelle	
Actif (n=7 229)	92,1
Inactif-chômage (n=4 949)	86,9 ^{***}
Avoir des enfants	
Oui (n=8 678)	88,5
Non (n=3 500)	94,5 ^{***}
Niveau d'études	
Inférieur au bac (n=6 770)	88,7
Supérieur ou égal au bac (n=5 156)	91,9 ^{***}
Pratique religieuse	
Pratique régulière (n=1 173)	86,8
Pas de pratique (n=10 977)	90,4 ^{***}
Consultation du médecin généraliste	
Aucune (n=1 731)	84,0
Au moins une fois dans l'année (n=10 379)	91,0 ^{***}
Test de dépistage de l'hépatite C	
Oui (n=2 302)	93,7
Non (n=9 976)	89,2 ^{***}
Test de dépistage du VIH	
Oui (n=1 379)	92,7
Non (n=10 799)	89,7 ^{***}
Sentiment d'information sur la vaccination	
Très bien ou bien informé (n=8 654)	91,0
Très mal ou mal informé (n=3 483)	87,3 ^{***}
Opinion sur la vaccination	
Favorable (n=11 067)	91,7
Défavorable (n=1 070)	72,0 ^{***}
Crainte des risques liés aux vaccinations	
Peu ou pas du tout (n=9 127)	91,0
Pas mal ou beaucoup (n=3 000)	87,0 ^{***}

*** : p<0,001.

Lorsque l'on ajuste le modèle sur l'ensemble des facteurs présentés dans le *Tableau VI*, ceux qui demeurent associés au fait d'avoir été vacciné au cours des dix dernières années sont (*Tableau VII*) : être un homme, avoir un âge compris entre 20 et 54 ans, ne pas avoir d'enfant, être actif, avoir le sentiment d'être bien informé sur les vaccinations, déclarer ne pas craindre les risques liés aux vaccinations, avoir une opinion favorable vis-à-vis des vaccinations, avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des douze derniers mois et avoir réalisé un test de dépistage de l'hépatite C. Les autres facteurs tels que le niveau d'études et la réalisation d'un test de dépistage du VIH ne sont plus significativement associés au fait d'avoir reçu une dose de vaccin au cours des dix dernières années.

Discussion

Cette seconde analyse confirme les résultats de la première et apporte quelques éléments de réflexion supplémentaires. En effet, l'analyse précédente avait montré que les femmes étaient plus souvent défavorables aux vaccinations ; ici, nous observons qu'elles déclarent moins souvent avoir reçu une dose de vaccin au cours des dix dernières années. Une explication partielle réside dans le fait que les hommes aient pu bénéficier d'un rappel ou d'une mise à jour de leur statut vaccinal au cours de leurs obligations militaires. Avec la disparition de celles-ci, il est primordial de proposer des alternatives s'appliquant aux deux sexes (rendez-vous citoyens, médecine du travail, incitation à des démarches préventives chez les généralistes à certains âges, etc.) qui permettraient de répondre aux oublis et aux rendez-vous manqués en matière de vaccination. Des propositions de cet ordre permettraient d'assurer une meilleure couverture vaccinale chez les femmes qui, lorsqu'elles ne sont pas à jour de leurs vaccins, le sont plus souvent par manque d'opportunité vaccinale plutôt que par conviction (*anti-vaccination*) et chez les personnes mal informées à propos de l'inté-

Tableau VII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir effectué une vaccination au cours des dix dernières années chez les 20-75 ans (n=10 958)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Femme	1	
Homme	1,2***	1,1-1,4
Âge		
55-75 ans	1	
20-54 ans	1,6***	1,3-1,9
Situation professionnelle		
Inactif au chômage	1	
Actif	1,3***	1,1-1,6
Avoir des enfants		
Oui	1	
Non	2,0***	1,6-2,4
Sentiment d'information sur la vaccination		
Mal informé	1	
Bien informé	1,7***	1,5-1,9
Crainte des risques liés aux vaccinations		
Pas mal ou beaucoup	1	
Peu ou pas du tout	1,2	1,0-1,3
Opinion sur la vaccination		
Défavorable	1	
Favorable	3,4***	2,8-4,0
Test de dépistage de l'hépatite C		
Non	1	
Oui	1,5***	1,2-1,8
Consultation d'un médecin généraliste		
Aucune consultation	1	
Au moins une fois dans l'année	2,3***	1,9-2,7

*** : p<0,001.

rêt de la vaccination et n'ayant plus recours au système de soins. De même, il semble qu'au-delà de 50 ans, on assiste à un affaiblissement de la couverture vaccinale. Ici encore, les médecins généralistes pourraient être sensibilisés pour assurer une meilleure couverture vaccinale chez les

personnes les plus âgées, même si le taux de couverture contre la grippe est en France un des plus élevés au monde chez les personnes âgées de 70 ans et plus. D'après les dernières études de la Cnamts, trois quarts d'entre elles s'étaient fait vacciner en 2000. L'association observée entre le recours au dépistage de l'hépatite C et le recours à la vaccination est très probablement liée à la sensibilisation de certaines personnes face aux mesures préventives. Cet élément vient renforcer la nécessité de communiquer de manière plus globale sur la prévention et de manière plus spécifique sur la sécurité et le bénéfice apporté par les vaccins.

La vaccination rougeole, oreillons, rubéole

En France, la vaccination rougeole-oreillons-rubéole est recommandée chez les enfants à partir de l'âge de 12 mois. Depuis 1998, il est préconisé de proposer aux enfants une seconde dose entre l'âge de 3 et 6 ans et de s'assurer que les enfants de 11 à 13 ans ont bien reçu au moins une dose de vaccin [8]. Or, force est de reconnaître que malgré de nombreux efforts de communication, la couverture vaccinale contre la rougeole stagne entre 80 et 85 % depuis 1994, ce qui compromet fortement l'objectif d'éradication proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'horizon 2007 et fait craindre la survenue d'épidémies touchant des enfants plus âgés, et donc plus graves en termes de conséquences sanitaires. Les données de l'Institut national de la veille sanitaire (InVS) montrent clairement l'élévation de l'âge moyen des enfants atteints de rougeole. Cette situation est à l'origine de la décision de l'Assurance maladie qui désire assurer la gratuité du vaccin dans le but d'améliorer le recours aux vaccins pour tous et de faire reconnaître par l'ensemble de la population le caractère indispensable de cette vaccination. Récemment, une étude de la couverture vaccinale rougeole-

oreillons-rubéole chez les enfants de 3 ans dans douze départements français a montré les difficultés rencontrées pour améliorer la couverture vaccinale au travers de projets pilotes. Elle a, notamment, permis d'identifier des groupes devant être prioritairement ciblés par les campagnes (âge élevé de la mère, familles nombreuses et/ou ayant recours à l'homéopathie) [9]. La présente enquête doit permettre de confirmer ces observations et d'apporter des données au plan national.

Résultats

Des analyses ont été réalisées sur les familles ayant au moins un enfant âgé de 1 à 6 ans, puis sur celles ayant au moins un enfant âgé de 7 à 15 ans.

Primo-vaccination par le vaccin rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants âgés de 1 à 6 ans

Parmi les parents d'enfants âgés de 1 à 6 ans, 86,0 % ont déclaré avoir fait vacciner au moins un de leurs enfants par la vaccination rougeole-oreillons-rubéole. Plus précisément, 82,5 % ont fait vacciner tous leurs enfants âgés de 1 à 6 ans et 3,5 % l'ont fait faire pour l'un des enfants mais pas pour tous. Enfin, plus de deux tiers (69,5 %) des familles qui n'ont pas encore fait pratiquer cette vaccination ont l'intention de le faire. Il est important de souligner qu'un tiers des parents d'enfants de moins de 1 an ont déclaré que leur enfant avait déjà reçu le vaccin. Parmi les personnes qui n'ont pas fait vacciner au moins un de leurs enfants et qui n'ont pas l'intention de le faire (3,2 % des personnes interrogées), 32,7 % ont refusé malgré la proposition du médecin (Tableau VIII). Parmi les motifs principaux de refus proposés par l'enquêteur, le caractère bénin de la rougeole, des oreillons et de la rubéole est le plus fréquemment cité (30,8 %). La crainte des complications liées à la vaccination vient en deuxième position (19,7 %). Une proportion élevée (20,2 %) de parents n'indique pas de motif particulier à la non-vaccination.

Tableau VIII

Motifs de non-vaccination et de refus du vaccin rougeole-oreillons-rubéole par la famille pour des enfants âgés de 1 à 6 ans et de 7 à 15 ans (en pourcentage)

	1-6 ans	7-15 ans
Parmi l'échantillon des non-vaccinés^a	81	151
Motif de non-vaccination		
Proposition du vaccin par le médecin mais refus de la famille	32,7	27,5
Proposition du vaccin par le médecin mais oublié de la famille	1,3	0,2
Contre-indications	12,7	12,3
Inutilité du vaccin	17,8	11,9
Le médecin ne l'a pas proposé	12,2	16
Pas de visite chez le médecin sur ce sujet	9,3	10,8
Enfant partiellement vacciné	5,4	4,6
Autre	5,0	13,5
Raison inconnue	3,6	3,2
Parmi l'échantillon de refus de la famille	27	45
Motif principal de refus		
Maladies bénignes	30,8	16,0
Crainte des complications	19,7	28,7
Opposition aux vaccins	9,5	8,0
Trop de vaccins à faire	9,2	2,4
Favorise l'immunité naturelle	8,5	6,6
Inutilité du vaccin	2,1	12,2
Autre ou raison inconnue	20,2	26,1

a. Échantillon des personnes qui n'ont pas fait vacciner un de leurs enfants et qui n'ont pas l'intention de le faire.

L'analyse multivariée des facteurs associés au fait de n'avoir fait vacciner aucun de ses enfants par le vaccin rougeole-oreillons-rubéole montre que ce sont plus souvent les pères, les personnes ayant un seul enfant, ayant consulté au cours des douze derniers mois un acupuncteur ou un homéopathe, n'ayant pas bénéficié d'un test de dépistage de l'hépatite C, ayant une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination en général, craignant (« pas mal » ou « beaucoup ») les risques liés à la vaccination et ayant été vaccinés pour la dernière fois il y a plus de dix ans. Des facteurs tels que l'âge, le ni-

veau d'études, les revenus ou la situation professionnelle ne sont pas reliés de façon significative au fait de ne pas avoir fait vacciner son ou ses enfant(s) contre les trois maladies (Tableau IX).

Évolution depuis 1993

Deux observations peuvent être faites :

- une légère amélioration de l'adhésion des parents à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole ;
- des taux sensiblement à la hausse quant à l'intention des parents de faire vacciner leurs enfants, même si les écarts ne sont pas significatifs (Tableau X).

Primo-vaccination par le vaccin rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants âgés de 7 à 15 ans

Si l'on considère les parents d'enfants âgés de 7 à 15 ans, 86,8 % déclarent avoir fait vacciner au moins un de leurs enfants (84,5 % l'ont fait systématiquement pour tous les enfants de 7 à 15 ans et 2,3 % pour au moins un enfant mais pas tous). Concernant les motifs de la non-vaccination déclarés par les familles, c'est la crainte des complications qui est citée en premier (28,7 %), contrairement aux parents d'enfants de 1 à 6 ans (Tableau VIII).

Les facteurs associés à la non-vaccination de l'enfant par le vaccin rougeole-oreillons-rubéole sont (en analyse multivariée) : le fait d'être un homme, d'être âgé de plus de 45 ans, d'avoir une maladie chronique, d'avoir une opinion défavorable vis-à-vis de

Tableau IX

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de ne pas avoir fait vacciner son enfant âgé de 1 à 6 ans par la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (n=308)

Population : ensemble des parents d'enfants âgés de 1 à 6 ans renseignant les variables du modèle (n=2 221).

	OR	IC à 95 %
Nombre d'enfant(s) présent(s) dans le foyer		
Plusieurs	1	
1 enfant	2,0***	1,5-2,6
Test de dépistage de l'hépatite C		
Oui	1	
Non	1,6***	1,2-2,3
Sexe du parent interrogé		
Femme	1	
Homme	1,8***	1,4-2,3
Opinion sur la vaccination en général		
Favorable	1	
Défavorable	2,9***	1,9-4,4
Consultation d'un acupuncteur ou d'un homéopathe dans les douze derniers mois		
Non	1	
Oui	1,7***	1,2-2,4
Crainte des risques liés à la vaccination		
Peu ou pas du tout	1	
Pas mal ou beaucoup	1,4*	1,1-1,9
Date de la dernière vaccination		
Dix ans et moins	1	
Plus de dix ans	1,9***	1,2-3,0

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

Tableau X

Évolution de l'adhésion des parents à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole pour des enfants âgés de 1 à 6 ans depuis 1993 (en pourcentage)

	1993 (n=377)	1995 (n=378)	1999 ^a (n=2 221)	Différences 1993/1995/1999
A fait vacciner au moins un enfant	85,3	80,7	86,0	p<0,05
A fait vacciner tous ses enfants	80,4	75,6	82,3	p<0,05
Intention de le faire	62,5	66,2	72,5	ns

NB : utilisation de la variable de redressement sur le recensement 1990. a. Résultats redressés à par tir des données du recensement 1990.

la vaccination en général, d'avoir consulté un acupuncteur ou un homéopathe dans les douze derniers mois et de ne pas avoir reçu une dose de vaccin au cours des dix dernières années (Tableau XI). En revanche, le niveau d'études, l'activité professionnelle ou le fait d'avoir bénéficié d'un test de dépistage de l'hépatite C ne sont pas associés à la vaccination par le vaccin rougeole-oreillons-rubéole chez l'enfant âgé de 7 à 15 ans.

La recommandation d'une seconde dose rougeole-oreillons-rubéole chez les moins de 7 ans

Les parents d'enfants âgés de moins de 7 ans ont été interrogés sur leurs connaissances vis-à-vis de l'existence de la seconde dose qui est désormais recommandée pour les enfants ayant entre 3 et 6 ans. Parmi ces familles, 40,7 % ont déjà entendu parler de cette recommandation, mais 57,4 % l'ignorent et 1,9 % n'ont pas d'avis sur la question. Les mères sont proportionnellement plus nombreuses que les pères à connaître cette recommandation (51,9 % vs 28,5 % ; $p < 0,001$) ainsi que les personnes inactives par rapport à celles déclarant travailler (55,3 % vs 37,9 % ; $p < 0,001$) et celles ayant déjà fait un test de dépistage de l'hépatite C (47,1 % vs 38,4 % ; $p < 0,001$). Parmi les parents d'enfants âgés de 3 à 6 ans, 23,4 % déclarent que tous leurs enfants ont reçu cette seconde dose et 61,5 % ont l'intention de la faire.

Discussion

Les résultats de l'analyse sur la couverture vaccinale des enfants âgés de 1 à 6 ans sont conformes aux estimations obtenues à partir des certificats de santé du 24^e mois et des carnets de santé, ainsi que celles obtenues dans les écoles et les collèges [10]. Il faut cependant souligner que ce Baromètre inclut également les enfants âgés de 1 an qui ne sont pas ciblés par le calendrier vaccinal. En outre, le fait que les pères aient moins souvent déclaré que leurs enfants étaient vaccinés s'explique

Tableau XI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de ne pas avoir fait vacciner son enfant âgé de 7 à 15 ans par la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (n=294)

Population : ensemble des parents d'enfants âgés de 7 à 15 ans renseignant les variables du modèle (n=2 467)

	OR	IC à 95 %
Maladie chronique		
Non	1	
Oui	1,7***	1,3-2,2
Sexe		
Femme	1	
Homme	1,7***	1,3-2,1
Age		
15-44 ans	1	
45-75 ans	1,3***	1,1-1,7
Opinion sur la vaccination en général		
Favorable	1	
Défavorable	3,1***	2,2-4,3
Consultation d'un acupuncteur ou d'un homéopathe dans les douze derniers mois		
Non	1	
Oui	1,5***	1,1-2,1
Date de la dernière vaccination		
Dix ans et moins	1	
Plus de dix ans	1,7***	1,3-2,4

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

probablement par leur moindre connaissance du statut vaccinal de leur enfant. Cette hypothèse est renforcée par l'observation d'une moindre connaissance des pères de la recommandation d'une seconde dose entre 3 et 6 ans. Les médecins peuvent jouer un rôle important face à cette situation en informant régulièrement les familles des évolutions du calendrier vaccinal. Cette information devrait également être davantage diffusée pour toucher un public plus large.

Les données de cette enquête tendent à confirmer que les opinions défavorables des



parents sur la vaccination, leurs craintes d'un risque éventuel lié à la vaccination, leur recours à des médecines douces sont des facteurs constants, à travers toutes les études réalisées, pour expliquer la stagnation de la couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Il faut également souligner que les parents non vaccinés (ou vaccinés depuis plus de dix ans) tendent également à moins souvent faire vacciner leurs enfants par le vaccin rougeole-oreillons-rubéole.

Conclusion

Si l'adhésion face à la vaccination reste globalement très bonne, le Baromètre santé 2000 permet de noter l'insuffisante stabilisation de certains groupes de population en termes d'opinions, d'attitudes ou de pratiques. Deux types d'actions mériteraient d'être conduites. D'une part, il faudrait proposer d'autres opportunités à la population et aux médecins pour aborder la question des vaccinations. Il existe, en effet, un grand nombre de personnes insuffisamment informées et/ou qui ne trouvent pas cette oppor-

tunité de prévention. Un effort devrait porter notamment sur les adultes les plus démunis, les personnes âgées, mais également les jeunes adultes du fait de la disparition des obligations militaires. La vaccination devrait s'inscrire dans un cadre plus volontaire et plus formel des soins de prévention en France. C'est, par exemple, ce qui se met en place dans le cadre de l'option médecin référent qui donne une place importante à la prévention en général, aux questions vaccinales et au dépistage des cancers, en particulier.

Une deuxième démarche pour les futures actions pourrait être de s'attacher à rassurer la population quant à la sécurité des vaccins et aux bénéfices apportés par rapport aux effets secondaires. Il est, en effet, possible qu'on assiste actuellement à une décrédibilisation de certains médicaments, y compris les vaccins, et de certains actes thérapeutiques, notamment dans le domaine de la prévention, du fait de la survenue d'événements comme le retrait de certains médicaments et la mise en doute de leur innocuité par certains professionnels de santé. Une communication bien argumentée constitue à nos yeux une priorité dans la politique française.



références bibliographiques

1. Inserm EC. *Vaccinations : Actualités et Perspectives*. Paris : Inserm, 1999 : 349 p.
2. Organisation mondiale de la santé. *La santé pour tous au XXI^e siècle*. Genève : OMS, 1998.
3. Arènes J., Baudier F., Dressen C., Rotily M., Moatti J.-P. (sous la dir. de). *Baromètre santé médecins généralistes 94/95*. Paris : CFES ; coll. Baromètres, 1996 : 138 p.
4. Arènes J., Guilbert P., Baudier F. (sous la dir. de). *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*. Paris : CFES ; coll. Baromètres, 1999 : 218 p.
5. Collin J.-F. *Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99*. Paris : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 64 p.
6. Hosmer D., Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. Wiley Series in Probability and Mathematical statistics, John Wiley & sons, 1989.
7. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 328 p.
8. *Calendrier vaccinal 1998. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France*. BEH 1998 ; 15 : 61-2.
9. Rotily M., Guagliardo V., Fontaine D. *Évaluation de la couverture vaccinale rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants de trois ans dans douze départements français : évolution temporelle et facteurs associés*. Rev. Épidemiol. Santé Publ. 2001 ; 49 : 331-41.
10. InVS. *Mesure de la couverture vaccinale en France. Bilan des outils et méthodes en l'an 2000*. InVS, 2001 : 56 p.





Relecture : **Albert Hirsch** (Alliance pour la santé-Coalition contre le tabac)
et **Serge Karsenty** (CNRS)



Tabac

Karina Oddoux, Patrick Peretti-Watel, François Baudier

l'essentiel en quelques chiffres...

33,1 % des individus de 12 à 75 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps, avec une grande disparité selon l'âge et le sexe : 36,7 % pour les jeunes de 12 à 25 ans et 32,2 % chez les 26-75 ans.

Parmi les 12-25 ans, la prévalence tabagique est de 36,8 % chez les garçons et de 36,5 % chez les filles, sans que cette différence soit statistiquement significative. Les jeunes (12 à 25 ans) qui déclarent fumer régulièrement (29,9 %) consomment en moyenne 10,2 cigarettes par jour et les quantités fumées augmentent rapidement au cours de l'adolescence. 21,9 % des fumeurs réguliers montrent des signes de dépendance moyenne et 5,2 % de dépendance forte selon le minitest de Fagerström. Entre le Baromètre santé jeunes 97/98 et celui de 2000, on n'observe pas de différence significative pour l'ensemble des 12-19 ans. En revanche, la prévalence tabagique des filles augmente. Concernant les jeunes de 18-25 ans, la comparaison des données des trois Baromètres santé conclut à une baisse significative de la prévalence tabagique.

Parmi les adultes de 26-75 ans, 32,2 % déclarent fumer, ne serait-ce que de

temps en temps, et 27,7 % régulièrement. Parmi ces derniers, 33,4 % présentent des signes de dépendance moyenne et 16,4 % de dépendance forte.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, on constate une certaine tendance à la baisse de la prévalence des hommes alors que celle des femmes est en augmentation.

Plus de la moitié (58,7 %) des fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, sans différence selon le sexe. Les consommateurs occasionnels font moins souvent cette déclaration que les fumeurs réguliers et, parmi ces derniers, l'envie d'arrêter est d'autant plus fréquente qu'ils consomment un plus grand nombre de cigarettes par jour. Il en est de même chez les plus dépendants. Parmi les jeunes, tout comme parmi les adultes, le projet d'arrêt est le plus souvent envisagé dans un avenir indéterminé.

59,5 % des fumeurs et anciens fumeurs de 15 ans et plus déclarent qu'il leur est déjà arrivé d'arrêter de fumer durant au moins une semaine. En moyenne, les fumeurs réguliers (hors anciens fumeurs) déclarent avoir fait 8,6 arrêts d'au moins une semaine. Ce nombre moyen cache de fortes variations entre les individus. Les

arrêts de moins d'un an représentent 73,8 % des cas. Parmi ceux-ci, les tentatives d'arrêt durent le plus souvent moins d'un mois.

Les motivations qui ont poussé les fumeurs et les anciens fumeurs à arrêter durant au moins une semaine sont variées. Les plus souvent évoquées sont « *une prise de conscience des conséquences du tabac* » (20,4 %), « *la peur de tomber malade* » (14,9 %) et « *la naissance d'un enfant* » (13,4 %). Le prix des cigarettes est évoqué par 10,3 % des interrogés et l'avis du médecin par 0,7 %.

De façon générale, les scores de santé des individus qui déclarent fumer sont moins bons que ceux des non-fumeurs, pour les hommes comme pour les femmes : leurs

scores de santé physique, de santé perçue et d'estime de soi sont inférieurs à ceux des non-fumeurs, et leur score d'anxiété est plus élevé.

Avec le temps, les fumeurs déclarent de moins en moins souvent consommer du tabac dans les zones non-fumeurs, et c'est plus particulièrement le cas des lieux de travail, des restaurants et des bars. 71,2 % des personnes interrogées se déclarent gênées par la fumée des autres (« *beaucoup* » : 37,6 % et « *un peu* » : 33,6 %) et les différents Baromètres santé depuis le début des années quatre-vingt-dix montrent qu'il est de plus en plus fréquent de se déclarer « *beaucoup gêné* » par la fumée des autres.



En France, le tabagisme est responsable d'environ 60 000 décès annuels dont 3 000 féminins, ce qui en fait la première cause de mortalité évitable [1]. Depuis le milieu des années soixante-dix, on observe une tendance à la baisse de la prévalence tabagique¹ mais la part des femmes dans la population des fumeurs est en augmentation, au point de remettre en cause la progression de leur espérance de vie [2]. Par ailleurs, cette tendance à la baisse de la prévalence tabagique ne semble plus vérifiée au cours des toutes dernières années pour les 12-19 ans [3].

En 1991, la loi Evin, citée en exemple par la communauté internationale de la santé publique, a permis d'augmenter fortement le prix des cigarettes dès 1992, de renforcer la protection des non-fumeurs par la généralisation des zones non-fumeurs et d'interdire toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac. Ce nouveau contexte s'est traduit par une baisse marquée des ventes de cigarettes, mais un pourcentage significatif de Français continue toujours de fumer (environ un tiers). Les hausses de prix

sont récemment devenues plus modestes et, depuis 1998, les ventes ne semblent plus baisser. À la vue des tendances de consommation passées et actuelles, certaines prévisions de mortalité pour 2025 évaluent le nombre de victimes annuelles à 160 000, dont 50 000 femmes [1].

Devant un tel constat, un plan triennal a été mis en place par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et le CFES (1997-1999). Il se poursuit sur la période 2000-2003 dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion entre l'Assurance maladie et l'État. Par ailleurs, un plan gouvernemental ambitieux a été lancé en 1999 pour les trois années suivantes, confirmant une mobilisation sans précédent des pouvoirs publics autour de la prévention du tabagisme. Il comprend le renforcement des dispositifs de prévention du tabagisme, notamment en terme d'éducation pour la santé auprès des femmes, des jeunes et plus généralement des fumeurs souhaitant arrêter, l'implication accrue des professionnels de la santé et de l'éducation, et une meilleure accessibilité aux méthodes les plus efficaces pour arrêter de fumer du tabac.

De son côté, le Parlement européen se positionne fortement en faveur de la prévention du tabagisme avec une directive concernant la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac, approuvée le

1. Passage de 42 % à 34,3 % de fumeurs chez les plus de 18 ans de 1974 à 1999. Source : CFES.

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



Méthode

Rappel de quelques définitions utilisées dans ce chapitre :

- Fumeur : personne qui déclare fumer, ne serait-ce que de temps en temps.
- Fumeur occasionnel : personne qui déclare fumer moins d'une cigarette par jour.
- Fumeur régulier : personne qui déclare fumer au moins une cigarette par jour.

Le test de Fagerström (six questions), validé par la communauté scientifique internationale, permet d'évaluer le degré de dépendance physique au tabac. Le Baromètre santé ne pose pas l'ensemble des six questions du test, mais se concentre sur deux des plus importantes : « *Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?* » et « *Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?* ». À partir de ces deux questions, Fagerström a établi un système de scores simplifié pour évaluer le degré de dépendance de l'individu (pas de dépendance ou faible dépendance, dépendance moyenne et dépendance forte).

Dans ce texte, les chiffres relatifs aux quantités consommées ne concernent que celles des fumeurs réguliers. Elles prennent en compte la consommation de pipes et de cigares. À cette fin, un système de conversion a été défini comme suit : un cigare équivaut à deux cigarettes ; une pipe équivaut à cinq cigarettes. Les cigarillos sont inclus dans la dénomination « cigare ».

Les résultats seront le plus souvent présentés en distinguant les hommes et les femmes. Les principaux outils statistiques employés seront les tris croisés avec test du χ^2 de Pearson et les odds ratios ajustés issus de régressions logistiques.

Lorsqu'une personne déclare fumer, ne serait-ce que de temps en temps, mais que rien ne permet de savoir si elle fume régulièrement ou occasionnellement, l'hypothèse qu'elle fume occasionnellement a été retenue.

15 mai 2001, aussitôt attaquée par l'industrie du tabac. Le texte prévoit notamment des averissements sanitaires occupant au moins 30 % de la face principale des paquets, la limitation des rendements en goudrons et monoxyde de carbone, et l'interdiction des mentions fallacieuses « light » et « ultralight ».

Le Baromètre santé 2000 comporte une trentaine de questions consacrées au tabac, ce qui en fait le thème le plus exploré de l'ensemble de l'étude. Ce chapitre dresse un état des lieux de la consommation tabagique chez les jeunes (12-25 ans) et chez les adultes (26-75 ans). Il donne par ailleurs un éclairage sur les comportements d'arrêt du tabac (souhaits, expériences, méthodes envisagées, motivations, etc.) et décrit l'état de santé physique, mentale et sociale des fumeurs à par tir d'une échelle de qualité de vie (Duke). Enfin, le respect des zones non-fumeurs et la gêne associée à la fumée des autres seront aussi étudiés dans ce chapitre.

Les 12-75 ans et le tabac

33,1 % des individus de 12 à 75 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps, avec une grande disparité selon l'âge et le sexe (Figure 1). Sans surprise, tout se joue à l'adolescence, puisque l'on part de quelques pour-cent de fumeurs à 12 ans, pour arriver à près de la moitié de fumeurs à l'âge de 18-19 ans.

Parmi les personnes de cette tranche d'âge, 28,3 % déclarent fumer régulièrement, c'est-à-dire au moins une cigarette par jour, et 4,8 % déclarent être des fumeurs occasionnels.

Les hommes se déclarent significativement plus souvent fumeurs que les femmes (36,6 % vs 29,9 % ; $p < 0,001$) et cette différence reste vérifiée pour les consommations régulières : on compte en effet 31,3 % de fumeurs réguliers parmi les hommes vs 25,3 % parmi les femmes ($p < 0,001$) et 5,1 % de fumeurs occasionnels parmi les hommes vs 4,6 % parmi les femmes (test non significatif). Tout comme pour le tabagisme en général, ces données varient sensiblement avec l'âge (Figure 2).

Consommation de tabac chez les jeunes (12-25 ans)

Les résultats seront d'abord présentés de façon brute (tris croisés), puis après ajustement sur des variables ayant un rapport à la variable étudiée (prise en compte des facteurs de confusion).

Prévalence du tabagisme selon les caractéristiques sociodémographiques

Âge

36,7 % des jeunes de 12 à 25 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Ce pourcentage est significativement supérieur à celui des 26-75 ans (32,2 % ; $p < 0,001$). Cependant, il cache une grande disparité entre les plus jeunes et les moins jeunes de cette tranche d'âge (12-25 ans). En effet, la prévalence tabagique passe de 8,5 % pour les 12-14 ans à 40,9 % pour les 15-19 ans et atteint un maximum de 47,6 % chez les 20-25 ans (jeunes adultes). Ces différences sont significatives entre 12-14 ans et 15-19 ans ($p < 0,001$) et entre 15-19 ans et 20-25 ans ($p < 0,01$).

La part des fumeurs réguliers dans l'ensemble des fumeurs augmente¹ régulièrement avec l'âge. Il est néanmoins plus fréquent qu'un individu déclare fumer régulièrement, c'est-à-dire au moins une cigarette par jour, chez les 12-25 ans (29,9 %) que chez les 26-75 ans (27,7 % ; $p < 0,05$). 4,1 % des 12-14 ans déclarent fumer régulièrement. Ce pourcentage est de 33,2 % chez les 15-19 ans et de 40,4 % parmi les 20-25 ans (Figure 3). La part des consommateurs réguliers parmi les fumeurs augmente donc très rapidement : si moins de la moitié des fumeurs de 12-14 ans sont

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

Figure 1

Prévalence du tabagisme déclaré, selon l'âge et le sexe

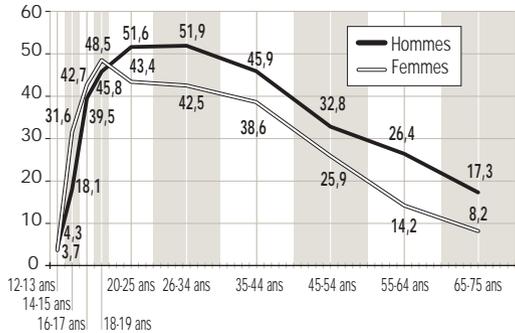


Figure 2

Prévalence du tabagisme régulier déclaré, selon l'âge et le sexe

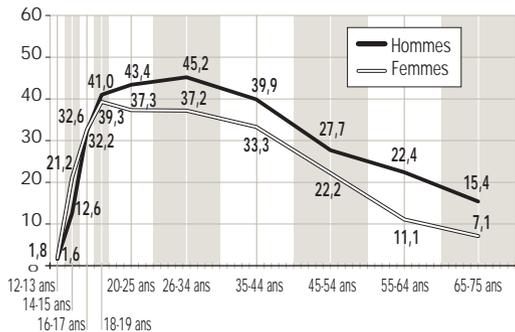
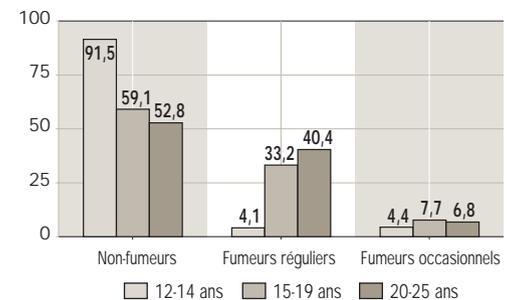


Figure 3

Statut tabagique déclaré par les 12-25 ans (en pourcentage)





Tabac

des consommateurs réguliers, cette proportion dépasse les 80 % pour les 15-19 ans et les 20-24 ans.

Sexe

Parmi les 12-25 ans, la prévalence tabagique est de 36,8 % chez les garçons et de 36,5 % chez les filles, sans que cette différence soit statistiquement significative. Cependant, les adolescentes de 12-14 ans déclarent significativement fumer plus fréquemment que les garçons du même âge, respectivement 11,6 % des filles et 5,3 % des garçons ($p < 0,05$). Pour les 15-19 ans, la différence n'est pas significative (respectivement filles : 44,0 % et garçons : 38,2 %) (Figure 4). La tendance s'inverse pour les 20-25 ans, avec une prédominance de fumeurs parmi les jeunes hommes, respectivement 43,3 % des filles et 51,6 % des garçons ($p < 0,05$).

Les filles de 12-14 ans sont 5,7 % à déclarer consommer au moins une cigarette par jour (fumeuses régulières) vs 2,5 % pour les garçons de la même tranche d'âge (différence non significative). Pour les 15-19 ans, cette différence n'est pas non plus significative (32,2 % pour les garçons vs 34,7 % pour les filles). Enfin, il y a 37,2 % de fumeuses régulières parmi les jeunes femmes de 20-25 ans, alors que les hommes de la même tranche d'âge sont près de la moitié (43,4 %) à consommer au moins une cigarette par jour ($p < 0,05$).

La part des fumeurs réguliers dans la population des fumeurs augmente très vite avec l'âge : pour les garçons, ils sont 46,8 % parmi les 12-14 ans, puis 83,6 % parmi les 15-19 ans et 84,1 % parmi les 20-25 ans ($p < 0,01$). Parmi les filles fumeuses, 48,8 % déclarent fumer régulièrement parmi les 12-14 ans, 78,8 % parmi les 15-19 ans et 85,9 % parmi les 20-25 ans.

Scolarisation

Le fait de n'être plus scolarisé est corrélé avec le fait de déclarer fumer pour les 16-18 ans. Concernant cette tranche d'âge, 38,4 % des jeunes scolarisés (à l'école ou à l'université) déclarent fumer, ne serait-ce

que de temps en temps, alors que ce pourcentage est de 66,1 % parmi ceux qui ne le sont plus ($p < 0,001$) (Figure 5). Ces résultats ne sont significatifs que pour les jeunes de 18 ans ($p < 0,001$ pour les garçons et $p < 0,05$ pour les filles).

Les jeunes de 15 à 19 ans qui sont en apprentissage déclarent plus souvent être fumeurs que ceux qui ne le sont pas : 50,1 % vs 39,5 % ($p < 0,05$). Cette différence est

Figure 4

Prévalence du tabagisme déclaré par des 12-25 ans, selon le sexe

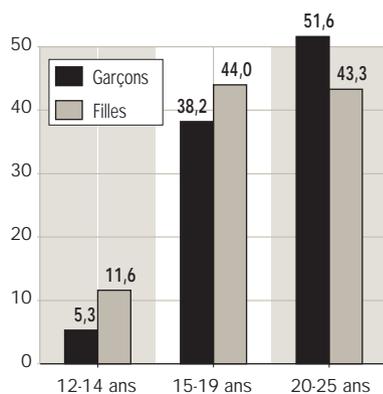
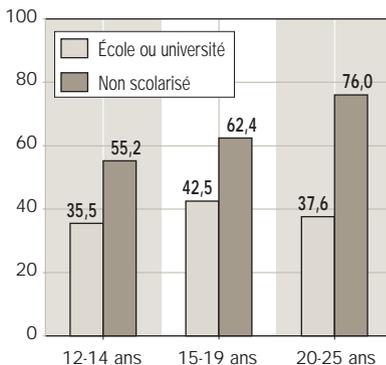


Figure 5

Prévalence tabagique déclarée par les jeunes scolarisés et non scolarisés, selon l'âge



significative pour les garçons, mais pas pour les filles.

Parmi les jeunes de 20-25 ans, le fait d'avoir son bac apparaît comme un facteur fortement discriminant : 48,6 % de ceux qui n'ont aucun diplôme ou qui ont un diplôme inférieur au bac déclarent fumer régulièrement vs 36,8 % de ceux qui ont au moins un niveau bac ($p < 0,001$). Il en va de même pour les quantités consommées : les premiers consomment en moyenne un plus grand nombre de cigarettes par jour (13,9 vs 10,5 ; $p < 0,001$).

Structure familiale

La structure familiale des jeunes semble liée avec le fait de déclarer fumer ou ne pas fumer. Que ce soit parmi les 15-19 ans ou les 20-25 ans, les jeunes issus d'une famille nucléaire ou étendue¹ sont significativement ($p < 0,001$) moins souvent fumeurs que les autres. Chez les plus jeunes (15-19 ans), la différence est faible entre ceux qui n'ont plus de parents (54,3 % déclarent fumer), ceux qui sont issus d'une famille monoparentale (55,4 %) et ceux qui sont issus d'une famille recomposée (55,2 %) (Tableau I). Cette variation est plus marquée chez les 20-25 ans. Le pourcentage de fumeurs parmi les jeunes issus d'une famille recomposée est élevé, mais les effectifs sont très faibles ($n=23$) et ne permettent donc pas de tirer des conclusions. Chez les 12-14 ans, l'effectif des fumeurs est trop faible pour en analyser les tendances en fonction de la structure familiale.

Niveau socio-économique

Il n'existe aucune différence significative selon le niveau de revenu du ménage par unité de consommation (UC)². En revanche, parmi ceux qui déclarent fumer, les différences sont significatives selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS) du chef de ménage, pour les hommes ($p < 0,05$) et pour les femmes ($p < 0,01$) (Tableau II). Les

1. Familles qui se composent des deux parents au moins.

2. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

Tableau I

Prévalence du tabagisme selon la structure familiale

15-19 ans	***
Sans parent (n=42)	54,3
Famille monoparentale (n=169)	55,4
Famille nucléaire/famille étendue (n=882)	36,5
Famille recomposée (n=68)	55,2
Ensemble des 15-19 ans (n=1 161)	41,0
20-25 ans	**
Sans parent (n=607)	53,2
Famille monoparentale (n=128)	48,3
Famille nucléaire / famille étendue (n=562)	40,3
Famille recomposée (n=23)	68,1
Ensemble des 20-25 ans (n= 1 320)	47,5

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

Tableau II

Prévalence du tabagisme actuel des 12-25 ans par sexe et selon quelques variables socio-démographiques

	Garçons	Filles
Taille d'agglomération		
Commune rurale	34,5	34,5
De 2 000 à 20 000 hab.	40,1	37,5
De 20 000 à 100 000 hab.	30,6	39,4
De 100 000 à 200 000 hab.	33,4	32,1
200 000 hab. et plus	43,2	35,1
Agglomération parisienne	32,7	38,3
Scolarisation		
À l'école ou à l'université	28,8	33,2
Non scolarisé	53,5***	44,3***
PCS du chef de ménage		
Agriculteurs	37,9	28,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	40,2	38,1
Professions libérales, cadres	30,1	31,5
Professions intermédiaires	31,0	41,9
Employés	40,1	38,8
Ouvriers	36,4	32,6
Retraités	53,5	16,5
Autres, sans activité	43,4	44,1*

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



garçons issus d'une famille dont le chef de ménage est ouvrier ou agriculteur sont, respectivement, 36,4 % et 37,9 % à déclarer fumer vs 30,1 % pour les professions libérales et cadres, 40,1 % pour les employés. Pour les filles, la situation semble différente. Celles issues d'une famille dont le chef de ménage est ouvrier ou agriculteur sont, respectivement, 32,6 % et 28,1 % à déclarer fumer vs 31,5 % pour les professions libérales et cadres, 38,8 % pour les employés.

Taille de l'agglomération

De manière générale, la taille de l'agglomération n'est un facteur discriminant du tabagisme ni parmi les jeunes filles ni parmi les garçons de 12 à 25 ans.

Tabagisme et mode de vie : rencontres, loisirs et comportements alimentaires

Pour les deux sexes, la sociabilité va de pair avec le tabagisme : plus les rencontres avec des parents ou des amis sont fréquentes au cours des huit derniers jours, plus la proportion de fumeurs est élevée (cette relation étant plus nette pour les filles que pour les garçons) (*Tableau III*).

Concernant les habitudes alimentaires, le fait de sauter le petit déjeuner ou un autre repas au cours des sept derniers jours correspond, pour les deux sexes, à une plus grande prévalence tabagique. En revanche, les résultats sont plus contrastés en ce qui concerne le fait d'avoir suivi un régime pour maigrir au cours des douze derniers mois. Cette pratique n'est pas associée à un tabagisme plus élevé pour les garçons, tandis qu'elle l'est pour les filles : parmi celles qui ont suivi un régime, 46,6 % fument vs seulement 33,1 % de celles qui n'en ont pas suivi ($p < 0,001$). De même, si globalement la prévalence du tabagisme diminue quand la pratique sportive augmente, pour les filles les plus sportives (au moins 8 heures de sport par semaine) cette relation semble moins linéaire que pour les garçons¹.

Tableau III

Prévalence du tabagisme actuel parmi les 12-25 ans selon différentes variables liées au mode de vie

	Garçons	Filles
Rencontres (parents, amis) au cours des huit derniers jours		
Pas du tout	32,6	28,4
Un peu	35,7	31,5
Beaucoup	41,1*	44,9***
Activités de groupe, de loisirs au cours des huit derniers jours		
Pas du tout	33,3	33,8
Un peu	36,2	34,5
Beaucoup	38,4	40,5
Pratique sportive au cours des sept derniers jours		
Aucune	49,2	42,7
4 heures ou moins	35,6	33,9
Entre 4 et 8 heures	31,2	29,2
Plus de 8 heures	30,0***	32,6**
Petit déjeuner sauté au cours des sept derniers jours		
Aucun	28,9	32,1
Au moins une fois	40,1	38,2
Tous les jours	60,5***	50,9***
Repas sauté (midi ou soir) au cours des sept derniers jours		
Aucun	32,3	31,3
Au moins une fois	53,2***	50,3***
Avoir suivi un régime pour maigrir au cours des douze derniers mois		
Oui	31,9	46,6
Non	37,2	33,1***

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

Modélisation du tabagisme selon le mode de vie

Une régression logistique permet de contrôler les effets de structure pour mesurer des relations « toutes choses égales par ailleurs » (et en particulier à âge comparable). Les résultats obtenus permettent ainsi d'isoler des « effets propres » à chaque variable, sans toutefois préjuger de la nature causale des relations mises en évidence : certaines

1. Cf. chapitre Activité sportive et comportements de santé.

dimensions du mode de vie vont de pair avec le tabagisme, sans que les premières déterminent le second ou inversement. Après ajustement, les relations observées précédemment entre habitudes alimentaires et tabagisme sont confirmées : filles ou garçons, les adolescents qui sautent des repas (petit déjeuner, midi ou soir) déclarent fumer plus souvent que les autres (l'odds ratio ajusté pour le fait d'être fumeur double pour ceux qui n'ont pas pris de petit déjeuner pendant toute la semaine précédant l'enquête) (Tableau IV). Par ailleurs, pour les filles uniquement, le tabagisme est plus fréquent parmi celles qui ont suivi un régime pour maigrir au cours de l'année passée. De même, le lien entre la sociabilité et le tabagisme est confirmé et s'avère un peu plus marqué pour les filles, puisque celles qui déclarent beaucoup de rencontres avec des parents ou des amis au cours des huit derniers jours ont un odds ratio ajusté presque deux fois plus élevé que celles qui n'en rapportent aucune. En revanche, une fois contrôlés les effets de l'âge, des rencontres et des habitudes alimentaires, plus aucun lien ne subsiste entre la pratique sportive hebdomadaire et le tabagisme, du moins pour les filles. Pour les garçons, les plus sportifs restent moins souvent fumeurs que les non-sportifs, et ce de manière significative.

Quantités consommées

Les quantités consommées sont calculées uniquement parmi les fumeurs réguliers, c'est-à-dire chez ceux qui consomment au moins une cigarette par jour. Les jeunes de 12 à 25 ans qui déclarent fumer régulièrement déclarent consommer en moyenne 10,2 cigarettes par jour. Dans cette tranche d'âge, les filles consomment en moyenne moins de cigarettes par jour que les garçons, respectivement 9,3 contre 11,0 ($p < 0,001$).

Une analyse plus fine montre que les quantités de cigarettes fumées augmentent rapidement au cours de l'adolescence : les 12-14 ans qui déclarent fumer régulièrement consomment en moyenne 4,0 cigaret-

Tableau IV

Modèle final de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la prévalence tabagique

	Garçons (n=1 280)		Filles (n=1 481)	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Âge				
	1,2***	1,1-1,2	1,1***	1,1-1,1
Petit déjeuner sauté				
<u>au cours des sept derniers jours</u>				
Aucun	1		1	
Au moins 1 fois	1,4*	1,0-1,9	1,3	1,0-1,7
Tous les jours	2,5***	1,7-3,7	2,0***	1,4-2,9
Repas sauté (midi ou soir)				
<u>au cours des sept derniers jours</u>				
Aucun	1		1	
Au moins une fois	1,9***	1,4-2,7	1,8***	1,3-2,3
Rencontres (parents, amis)				
<u>au cours des huit derniers jours</u>				
Pas du tout	1		1	
Un peu	1,0	0,7-1,5	1,2	0,8-1,7
Beaucoup	1,4	1,0-2,0	1,8***	1,3-2,6
Pratique sportive au cours des sept derniers jours				
Aucune	1			
4 heures ou moins	0,8	0,5-1,1		
Entre 4 et 8 heures	0,7*	0,5-1,0		
Plus de 8 heures	0,7*	0,4-1,0		
Régime pour maigrir				
<u>au cours des douze derniers mois</u>				
Oui			1	
Non			0,7**	0,5-1,0

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

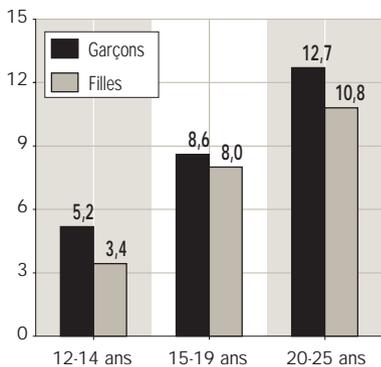
tes par jour, contre 8,3 pour les 15-19 ans et 11,9 pour les 20-24 ans. Au sein de chacune de ces classes d'âge, les filles consomment un moins grand nombre de cigarettes que les garçons, mais cette différence n'est ici significative que pour les 20-25 ans ($p < 0,01$) (Figure 6).

Ces résultats cachent des écarts types importants qui ne paraissent pas liés à l'âge : 7,7 chez les garçons de 15-19 ans déclarant fumer régulièrement, 5,7 chez les filles de la même tranche d'âge ; 8,0 chez les hommes de 20-25 ans et 6,6 chez les jeunes femmes de la même tranche d'âge. Les



Figure 6

Nombre moyen de cigarettes consommées parmi les fumeurs réguliers, selon l'âge et le sexe



médianes sont respectivement de 7 et 6 cigarettes chez les garçons et les filles de 15-19 ans déclarant fumer régulièrement. Elles sont identiques (10 cigarettes) chez les garçons et les filles de 20-25 ans.

Les signes de dépendance

Parmi les fumeurs réguliers, 5,6 % déclarent consommer leur première cigarette dans les cinq premières minutes suivant le réveil, et 14,7 % entre 6 et 30 minutes suivant le réveil, cette précocité de la première cigarette pouvant être interprétée comme un signe de dépendance. Une grande majorité (61,3 %) des jeunes fumeurs réguliers déclarent fumer leur première cigarette au-delà de 60 minutes après leur réveil, les filles plus fréquemment que les garçons (67,7 % vs 55,3 % ; $p < 0,001$).

Le mini-test de Fargerström nous renseigne plus précisément sur ces signes de dépendance des fumeurs réguliers. Si l'on tient compte à la fois du délai entre le réveil et la première cigarette, et des quantités fumées en moyenne chaque jour, 21,9 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance moyenne et 5,2 % de dépendance forte. Cette dépendance moyenne concerne significativement ($p < 0,01$) plus souvent les garçons que les filles : dépendance moyenne

pour 26,3 % des premiers et 17,3 % des secondes (contre respectivement 4,6 % et 5,8 % pour la dépendance forte).

L'entrée dans le tabagisme

En moyenne, les jeunes fumeurs de 12 à 25 ans déclarent avoir fumé leur première cigarette à 14 ans et demi, et avoir commencé à fumer régulièrement un peu après 16 ans. Les résultats sont identiques que l'on soit fumeur régulier ou ex-fumeur régulier. Un délai moyen d'un an et demi à deux ans s'écoule donc entre la première cigarette et le tabagisme régulier.

Évolution depuis 1997

Le Baromètre santé 2000 indique que 30,0 % des jeunes de 12 à 19 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Ce pourcentage était de 29,0 % dans l'enquête de 1997, sans différence significative. Si on distingue les filles des garçons, la comparaison des deux enquêtes montre que la différence n'est pas significative pour les garçons, mais que la prévalence tabagique des filles augmente significativement (29,8 % à 32,9 % ; $p < 0,05$, le test de significativité étant fait après avoir standardisé les pourcentages de 1999 sur les effectifs de 1997).

Concernant les jeunes adultes, trois enquêtes du Baromètre peuvent nous renseigner de manière intéressante sur la prévalence tabagique parmi les 18-25 ans au cours des années quatre-vingt-dix. En 1992, 54,7 % des jeunes de 18-25 ans déclaraient fumer, ne serait-ce que de temps en temps. En 1995, sans aucune différence significative, cette part s'élevait à 54,0 %. En revanche, en 1999, la prévalence est significativement inférieure avec 47,3 % de jeunes adultes de cette tranche d'âge qui déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps ($p < 0,05$ entre 1999 et 1995 et $p < 0,01$ entre 1999 et 1992).

Discussion

Les enquêtes du CFES montrent une tendance à la baisse de la prévalence tabagi-



que chez les jeunes depuis les années soixante-dix, mais cette évolution n'est plus observée en 1999 pour l'ensemble des tranches d'âge. Pour la première fois, il est observé une hausse significative de la prévalence tabagique chez les jeunes filles de 12 à 19 ans entre 1997 et 1999, cette observation n'étant pas vérifiée pour les garçons. Même si la différence n'est pas significative pour l'ensemble des jeunes de 12-19 ans, sans distinction de sexe, cette hausse ne manque pas d'inquiéter, d'autant plus qu'elle rejoint, pour les filles, les résultats d'autres enquêtes nationales. La comparaison des enquêtes Inserm 93 et Espad 99 [3], toutes les deux faites en milieu scolaire, montre en effet que la consommation répétée de tabac tend à augmenter chez les 14-18 ans et que cette hausse concerne davantage les filles. L'enquête Espad consiste en un questionnaire autoadministré en milieu scolaire et a été réalisée dans une trentaine de pays européens. Entre 1995 et 1999, la prévalence du tabagisme au cours des trente jours précédant l'enquête a plutôt augmenté, assez nettement pour les pays de l'Est (Républiques tchèque et slovaque, Slovaquie, Pologne) et du Nord (Lituanie, Estonie, Danemark, Norvège, Finlande). Cette consommation baisse uniquement pour Chypre, l'Islande et l'Irlande. Concernant les pays voisins de la France, entre 1995 et 1999 le tabagisme au cours des trente derniers jours a baissé très légèrement au Royaume-Uni (32 à 31 % pour les garçons, 40 à 37 % pour les filles) et a augmenté en Italie, sur tout pour les filles (36 à 37 % pour les garçons, 37 à 43 % pour les filles). L'enquête sur la santé en milieu scolaire intitulée *Health Behaviour of School-aged Children* (HBSC) [5] conclut qu'entre 1994 et 1998 aucune variation majeure n'est observée pour la consommation de tabac des jeunes en France. L'enquête note cependant une tendance à la hausse des initiés à l'âge de 15 ans, 59,0 % ayant déclaré avoir déjà essayé de fumer en 1994 contre 65,6 % en 1998. Enfin, l'enquête HBSC, tout comme le Baromètre santé 2000, conclut à une prévalence tabagique supérieure

chez les jeunes filles à celle observée chez les garçons du même âge.

À l'inverse, la prévalence tabagique diminue nettement parmi les 18-25 ans, ce qui est un résultat très positif. En effet, les 18-25 ans constituent la tranche d'âge où la prévalence tabagique est la plus importante. Cette baisse pourrait s'expliquer par le fait qu'au sein de cette tranche d'âge, ce sont les hommes qui déclarent le plus souvent fumer et que globalement on identifie une baisse plus marquée parmi les hommes que parmi les femmes.

Consommation de tabac chez les adultes¹ (26-75 ans)

Prévalence tabagique selon les caractéristiques sociodémographiques

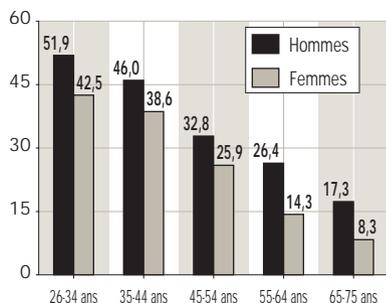
Anciens fumeurs et fumeurs actuels

En 1999, les deux tiers (65,9 %) des Français âgés de 26 à 75 ans sont fumeurs ou l'ont déjà été, ne serait-ce qu'occasionnellement. En revanche, au moment de l'enquête, seuls 32,2 % se déclarent actuellement fumeurs. Cette population adulte peut donc être découpée en trois tiers : un tiers de fumeurs actuels, un tiers d'anciens fumeurs et un tiers de personnes qui n'ont jamais fumé une cigarette (ou juste une seule fois pour essayer). Bien sûr, cette répartition est différente suivant le sexe : 76,2 % des hommes sont fumeurs ou l'ont déjà été, contre 56,1 % des femmes ($p < 0,001$) ; les hommes se déclarant plus souvent fumeurs actuels (36,6 % vs 28,0 %, $p < 0,001$). Le statut tabagique évolue également avec l'âge : la proportion de fumeurs actuels décroît régulièrement pour les deux sexes lorsque l'âge augmente (Figure 7).

1. Cette dénomination fait référence à la tranche d'âge 26-75 ans. Il s'agit de distinguer cette population de celle précédemment étudiée (les jeunes).



Figure 7

Prévalence du tabagisme déclaré, selon le sexe et l'âge**Fumeurs occasionnels et réguliers**

Parmi les fumeurs actuels, l'usage occasionnel reste très minoritaire : seuls 13,5 % sont des fumeurs occasionnels (moins d'une cigarette par jour), cette proportion ne variant ni selon le sexe, ni avec l'âge. À l'inverse, 86,5 % des fumeurs actuels sont donc des consommateurs réguliers (c'est-à-dire quotidiens), soit 27,7 % des 26-75 ans interrogés (31,6 % des hommes, 24,1 % des femmes ; $p < 0,001$).

Quantités

En moyenne, les fumeurs réguliers consomment 15,2 cigarettes par jour (les hommes davantage que les femmes : 16,3 vs 13,8 ; $p < 0,001$). Pour 38,5 % d'entre eux, cette consommation quotidienne atteint ou dépasse le paquet (20 cigarettes), là aussi plus souvent pour les hommes que pour les femmes (42,2 % vs 34,0 % ; $p < 0,001$). La tranche des 45-54 ans se distingue par une consommation quotidienne moyenne de 17,6 cigarettes et qui atteint au moins 20 cigarettes pour 48,7 % d'entre eux.

Les signes de dépendance

Parmi les fumeurs réguliers, 11,1 % déclarent prendre leur première cigarette dans les cinq premières minutes suivant le réveil et 26,1 % entre 6 et 30 minutes suivant le réveil. Si ces proportions sont presque identiques pour les deux sexes, la tranche des 45-54 ans se distingue, puisque les fumeurs

réguliers de cet âge sont proportionnellement les plus nombreux à prendre leur première cigarette dans les cinq minutes suivant le réveil (14,8 %).

En considérant à la fois le délai entre le réveil et la première cigarette, et les quantités fumées en moyenne chaque jour (mini-test de Fagerström), 33,4 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance moyenne et 16,4 % de dépendance forte. Cette dépendance est significativement ($p < 0,001$) plus fréquente parmi les hommes que parmi les femmes : dépendance moyenne pour 34,2 % des hommes et 32,7 % des femmes, dépendance forte pour 18,8 % des hommes et 13,7 % des femmes.

L'entrée dans le tabagisme

Parmi les 26-75 ans qui déclarent avoir déjà fumé ne serait-ce qu'une fois, la première cigarette est fumée dans 26,7 % des cas avant 15 ans et, pour 64,1 %, entre 15 et 20 ans inclus. L'essentiel des expérimentations se situe donc à l'adolescence. Elles ont lieu en moyenne deux ans plus tôt pour les hommes que pour les femmes (16,6 ans vs 18,5 ans ; $p < 0,001$).

Parmi les 26-75 ans qui déclarent fumer ou avoir fumé régulièrement, le début de cette pratique régulière est concentré entre 17 et 25 ans (69,5 % des débuts s'y situent). Cette initiation se situe plus souvent au-dessus de cet intervalle : 20,1 % ont commencé avant 17 ans, seulement 8,5 % après 25 ans. Le même écart de deux ans se retrouve entre hommes et femmes (20,3 ans vs 22,8 ans ; $p < 0,001$).

Le tabagisme au fil du temps**Années quatre-vingt-dix : des évolutions contrastées pour les deux sexes**

Les données des précédents Baromètres santé adultes (1992 et 1995) permettent de mettre en évidence les évolutions du tabagisme actuel parmi les 26-75 ans au cours des années quatre-vingt-dix, en distinguant les Français selon leur sexe et leur âge.

Pour les hommes, la tendance est plutôt à la baisse à partir de 45 ans (Figure 8). En revanche, la proportion de fumeurs actuels a peu évolué pour les 26-44 ans. Pour les femmes, les évolutions observées sont bien différentes (Figure 9). Parmi les 26-34 ans, la proportion de fumeuses a baissé entre 1992 et 1995, puis est revenue en 1999 au niveau de 1992. L'augmentation du tabagisme féminin est très nette et régulière entre 1992 et 1999 pour les 35-64 ans, traduisant un effet mécanique de cohorte.

Des entrées dans la consommation plus précoces¹

Il est également possible de suivre l'évolution des entrées dans la consommation, en considérant les tranches d'âge comme autant de générations (en remplaçant les premières par les intervalles d'années de naissance correspondants : par exemple, les 26-34 ans sont nés entre 1965 et 1973). En se limitant aux premières fois antérieures à l'âge plancher de la plus jeune génération (donc les enquêtes qui ont fumé leur première cigarette ou ont commencé à fumer régulièrement avant 26 ans, soit la très grande majorité des expérimentateurs concernés) et en faisant l'hypothèse que les souvenirs des plus âgés ne sont pas biaisés par un « effet de mémoire », on peut alors estimer des âges moyens pour chaque intervalle d'années de naissance et interpréter leur évolution d'un intervalle à l'autre comme un « effet génération ».

Pour les hommes, la tendance est à une plus grande précocité de la première cigarette, mais cette évolution stagne pour les trois dernières générations (nées entre 1945 et 1973), avec globalement une différence moyenne de presque un an entre les générations extrêmes. En revanche, la même tendance est beaucoup plus nette pour l'usage régulier, avec une baisse constante de l'âge moyen marquant le début de

1. En toute rigueur, il serait préférable d'estimer l'évolution de la précocité en comparant les données sur des âges particuliers, afin d'annuler un éventuel effet de mémoire : par exemple, comparer l'âge d'initialisation du tabagisme à 20 ans dans le Baromètre santé 2000 et le Baromètre santé adultes 95/96.

Figure 8

Proportion d'hommes fumeurs dans les années quatre-vingt-dix

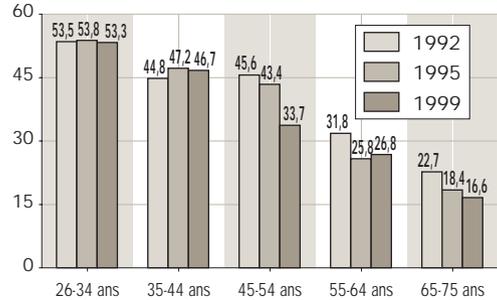
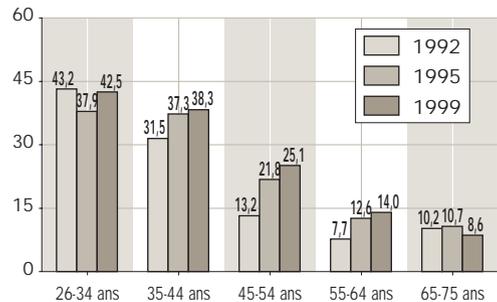


Figure 9

Proportion de femmes fumeuses dans les années quatre-vingt-dix



cette consommation et un écart de deux ans entre les générations extrêmes (Figure 10). Pour les femmes, cette plus grande précocité des premières fois s'avère plus marquée (Figure 11)². Entre les enquêtes nés entre 1924 et 1934 et ceux nés entre 1965 et 1973, l'âge moyen diminue de presque trois ans pour la première cigarette et de deux ans et demi pour l'usage régulier.

2. Note concernant les figures 10 et 11 : les données relatives à la première cigarette concernent les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, occasionnels ou réguliers et qui déclarent avoir consommé leur première cigarette avant l'âge de 26 ans. Les données concernant l'âge du début de la consommation régulière ne concernent que les individus qui déclarent avoir commencé à fumer régulièrement avant l'âge de 26 ans.



Figure 10

Âge de la première cigarette et du début de l'usage régulier pour les hommes selon les années de naissance

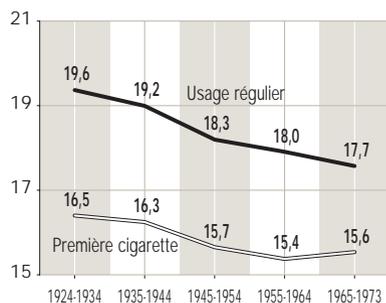
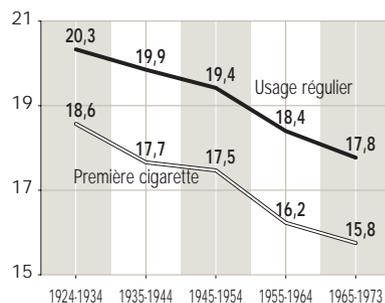


Figure 11

Âge de la première cigarette et du début de l'usage régulier pour les femmes selon les années de naissance



Ces baisses contrastées induisent une convergence entre les sexes : les âges « aux premières fois » sont sensiblement identiques pour les hommes et les femmes nés entre 1965 et 1973, tandis qu'ils étaient différents (plus élevés pour les femmes) pour les générations antérieures. En revanche, pour chaque sexe, l'écart temporel entre la première cigarette et le début de l'usage régulier semble assez stable d'une génération à l'autre, et plus court pour les femmes (environ deux ans) que pour les hommes (avec un écart moyen plus proche de trois ans). Précisons que cet écart ne doit pas être pris au pied de la lettre : comme tous les expérimentateurs ne deviennent pas fumeurs réguliers, il serait trop hâtif d'en déduire par exemple que pour une femme, l'usage régulier survient deux ans après la première cigarette. Toutefois, en se restreignant aux 26-75 ans qui sont ou ont été fumeurs réguliers, les écarts visibles sur les graphiques restent identiques : l'usage quotidien survient en moyenne environ deux ans après l'initiation pour les femmes, cet intervalle étant juste un peu plus élevé pour les hommes.

Le profil sociodémographique des fumeurs

Les relations observées entre le tabagisme actuel (se déclarer comme fumeur au mo-

ment de l'enquête) et les caractéristiques sociodémographiques doivent être interprétées avec prudence (Tableau V). En effet, le fait de fumer ou non peut être influencé, entre autres, par l'effet de l'âge. Par exemple, si les célibataires sont plus souvent fumeurs, c'est en partie parce qu'ils sont plus jeunes que les mariés et les séparés, et que la prévalence du tabagisme décroît avec l'âge. De même, comme les plus âgés fument moins et qu'en général leurs enfants ne vivent plus avec eux, il est logique d'observer une moindre prévalence du tabagisme pour les enquêtés sans enfants au domicile.

Une fois ces réserves faites, certains résultats méritent tout de même d'être soulignés. Pour les deux sexes, le tabagisme varie significativement selon la catégorie socioprofessionnelle (avec des prévalences plus élevées pour les hommes ouvriers, artisans-commerçants-chefs d'entreprises et employés, et pour les femmes artisanes-commerçantes-chefs d'entreprise, employées et professions intermédiaires), il est plus fréquent pour les chômeurs, mais ne varie pas avec le niveau de revenus par unité de consommation (UC). Certains résultats diffèrent selon le sexe. Ainsi, la prévalence du tabagisme est plus élevée pour les femmes lorsqu'elles résident dans une agglomération de plus grande taille (cette augmentation est

Tableau V

Prévalence du tabagisme actuel selon les principales caractéristiques sociodémographiques

	Hommes	Femmes
Taille d'agglomération		
Commune rurale	33,9	24,6
De 2 000 à 100 000 hab.	37,0	26,5
100 000 hab. et plus	36,9	30,0
Agglomération parisienne	39,4	32,0***
Situation matrimoniale		
Célibataire	50,1	44,5
Marié, remarié	32,7	24,1
Séparé (veuf, divorcé)	38,6***	26,1***
Enfant(s) au domicile		
Aucun	31,9	20,2
Au moins un	40,5***	34,0***
Niveau d'études		
Aucun diplôme	36,0	27,9
Inférieur au bac	37,2	24,5
Bac, niveau bac	39,3	33,7
Bac + 2	36,4	30,3
Supérieur à bac + 2	33,4	32,7
Autres diplômes	35,4	26,5***
Profession et catégorie socioprofessionnelle		
Agriculteurs	26,4	11,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	46,4	38,0
Cadres	38,6	30,7
Professions intermédiaires	38,5	35,5
Employés	44,3	36,3
Ouvriers	46,5	32,7
Retraités	20,2	10,1
Étudiants, autres inactifs	39,4***	27,6***
Situation professionnelle		
Travaille	41,6	34,0
Au chômage	50,2	39,1
Inactif	21,9***	18,3***
Revenu mensuel du ménage/UC^a		
Moins de 6 000 F	37,4	30,1
De 6 000 F à moins 10 000 F	36,7	27,4
Au moins 10 000 F	35,6	28,8

*** : p<0,001.

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

moins et non significative pour les hommes). De même, la relation entre niveau d'études et tabagisme n'est significative que pour les femmes.

Modélisation du tabagisme selon les facteurs sociodémographiques

Une régression logistique permet ici de contrôler les effets de structure et de raisonner en particulier une fois contrôlé l'effet de l'âge (Tableau VI). Après l'ajustement, la taille

Tableau VI

Modèle final de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la prévalence tabagique

	Hommes (n=4 744) OR ajusté IC à 95 %		Femmes (n=5 764) OR ajusté IC à 95 %	
Âge				
	0,96***	0,95-0,97	0,96***	0,95-0,97
Situation matrimoniale				
Célibataire	1		1	
Marié(e), remarié(e)	0,7***	0,6-0,9	0,5***	0,4-0,6
Séparé (veuf, veuve, divorcé(e))	1,2	0,9-1,7	1,0	0,8-1,3
Enfant(s) au domicile				
Aucun	1		1	
Au moins un	1,2*	1,0-1,4	1,4***	1,1-1,6
Niveau d'études				
Aucun diplôme	1		1	
Inférieur au bac	1,0	0,8-1,2	0,7*	0,6-0,9
Bac, niveau bac	0,8	0,6-1,1	0,8	0,6-1,1
Bac + 2	0,6**	0,5-0,9	0,6***	0,4-0,8
Supérieur à bac + 2	0,7**	0,5-0,9	0,8	0,6-1,0
Autres diplômes	1,0	0,6-1,6	0,7	0,4-1,3
Situation professionnelle (hommes)				
Travaille	1			
Au chômage	1,5*	1,1-1,9		
Inactif	1,0	0,8-1,2		
Profession et catégorie socioprofessionnelle (femmes)				
Employées			1	
Agricultrices			0,3**	0,1-0,7
Artisanes, commerçantes, chefs d'entreprise			1,4	0,8-2,5
Cadres			0,7*	0,6-1,0
Professions intermédiaires			0,9	0,7-1,1
Ouvrières			0,9	0,7-1,1

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



de l'agglomération cesse d'être significativement associée au tabagisme. À âge comparable, le fait de vivre en couple est associé à un tabagisme moins fréquent, sur tout pour les femmes : une femme mariée ou remariée a deux fois moins de risque¹ de fumer que les femmes célibataires. En revanche, la présence d'au moins un enfant au domicile n'induit pas un moindre tabagisme. Concernant le niveau de diplôme, globalement les enquêtés qui ont un haut niveau de diplôme sont moins souvent fumeurs, même si cette relation est plus nette pour les hommes que pour les femmes. Elle est vérifiée en particulier lorsqu'il s'agit d'un diplôme universitaire du premier cycle (bac + 2) : OR ajusté = 0,6 ($p < 0,01$) pour les hommes et OR ajusté = 0,6 ($p < 0,001$) pour les femmes. La situation professionnelle n'est significativement associée au tabagisme que pour les hommes : parmi ces derniers, les chômeurs ont un odds ratio ajusté de 1,5 pour le fait d'être fumeur comparés à ceux qui ont un emploi. Inversement, la catégorie socioprofessionnelle n'apparaît significative que pour les femmes. La prévalence du tabagisme actuel s'avère ainsi moins fréquente pour les femmes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure, mais aussi pour les agricultrices (toutefois, pour ces dernières, les résultats doivent être lus avec prudence car l'échantillon ne compte que 66 agricultrices).

Tabagisme et mode de vie : rencontres, loisirs, activité sportive, comportements alimentaires

Des relations différentes pour les deux sexes

Les relations observées entre le tabagisme actuel et quelques indicateurs relatifs au

1. Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, on trouvera dans les chapitres une interprétation de l'odds ratio en terme de « risque », de « chances » ou de « probabilité » (cf. chapitre Présentation des termes statistiques).

mode de vie font apparaître des relations différentes selon le sexe (*Tableau VII*). Les hommes qui ont rencontré des parents ou des amis au cours de la semaine précédant l'enquête ne déclarent pas fumer plus souvent que les autres, tandis que pour les femmes la relation entre fréquence des rencontres et tabagisme est positive. La pratique sportive est associée à une moindre prévalence du tabagisme pour les hommes, tandis que les femmes qui ont une pratique sportive intensive (plus de 8 heures hebdomadaires) sont presque aussi nombreuses à fumer que les non-sportives (avec une moindre prévalence pour les « petites sportives » : moins de 4 heures par semaine). S'agissant des habitudes alimentaires, pour les deux sexes, il apparaît que les fumeurs sautent plus souvent le petit déjeuner ou le repas de midi ou du soir. En revanche, le fait d'avoir suivi un régime pour maigrir au cours des douze derniers mois est associé à un tabagisme moins fréquent, mais uniquement pour les hommes.

Modélisation du tabagisme selon le mode de vie

De même que précédemment, une régression logistique permet de contrôler les effets de structure et de mesurer des relations, une fois contrôlé l'effet de l'âge et des autres variables (*Tableau VIII*).

Après ajustement, la prévalence du tabagisme actuel s'avère plus forte parmi les enquêtés qui ont sauté le petit déjeuner ou un autre repas de la journée au cours des sept derniers jours, en particulier pour les femmes. Cette relation entre tabagisme et habitudes alimentaires se vérifie également pour le régime amaigrissant, mais cette fois uniquement pour les hommes (ceux qui ont suivi ce régime durant les douze derniers mois sont moins souvent fumeurs, ces deux comportements indiquant peut-être un souci relatif au domaine cardio-vasculaire).

La pratique sportive est associée à un tabagisme moins fréquent pour les hommes, avec un effet de seuil : les sportifs déclarent moins souvent fumer que les non-sportifs, sans qu'il y ait ensuite de différences signi-

ficatives entre sportifs suivant l'intensité de leur pratique hebdomadaire. En revanche, pour les femmes, seule la pratique sportive modérée (inférieure à 4 heures) est associée à une moindre prévalence du tabagisme.

Enfin, les femmes qui déclarent beaucoup de rencontres avec des parents ou des amis au cours des huit derniers jours fument plus fréquemment.

Précisons qu'un tel modèle met en évidence des facteurs associés au tabagisme, sans postuler une relation de causalité : un individu ne fume pas parce qu'il ne prend pas de petit déjeuner, pas plus d'ailleurs qu'il ne saute le petit déjeuner parce qu'il fume. En revanche, ces deux pratiques constituent sans doute deux facettes complémentaires d'un certain mode de vie, qui peut s'expliquer peut-être par une moindre attention

Tableau VII

Prévalence du tabagisme actuel parmi les 26-75 ans selon différentes variables liées au mode de vie

	Hommes	Femmes
Rencontres (parents, amis) au cours des huit derniers jours		
Pas du tout	38,3	26,5
Un peu	35,1	25,9
Beaucoup	37,7	31,0***
Activités de groupe, de loisirs au cours des huit derniers jours		
Pas du tout	38,3	26,7
Un peu	36,4	28,1
Beaucoup	34,2	30,1
Pratique sportive au cours des sept derniers jours		
Aucune	38,9	29,1
4 heures ou moins	34,0	23,4
Entre 4 et 8 heures	31,5	28,1
8 heures et plus	32,6**	28,7*
Petit déjeuner sauté au cours des sept derniers jours		
Aucun	33,3	24,1
Au moins une fois	40,6	35,8
Tous les jours	55,0***	56,4***
Repas sauté (midi ou soir) au cours des sept derniers jours		
Aucun	34,0	24,7
Au moins une fois	47,3***	41,0***
Avoir suivi un régime pour maigrir au cours des douze derniers mois		
Oui	30,4	28,9
Non	37,5***	27,6

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

Tableau VIII

Modèle final de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le tabagisme actuel parmi les 26-75 ans

	Hommes (n=4 738)		Femmes (n=5 387)	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Age				
	0,96***	0,95-0,96	0,95***	0,94-0,95
Pratique sportive au cours des sept derniers jours				
Aucune	1		1	
4 heures ou moins	0,7***	0,6-0,8	0,7***	0,6-0,9
Entre 4 et 8 heures	0,6***	0,5-0,7	1,0	0,8-1,2
Plus de 8 heures et plus	0,7***	0,6-0,9	1,1	0,8-1,4
Petit déjeuner sauté au cours des sept derniers jours				
Aucun	1		1	
Au moins une fois	0,9	0,8-1,1	1,2	1,0-1,6
Tous les jours	1,8***	1,5-2,2	3,2***	2,6-3,9
Repas sauté (midi ou soir) au cours des sept derniers jours				
Aucun	1		1	
Au moins une fois	1,4***	1,2-1,6	1,6***	1,4-1,9
Régime pour maigrir au cours des douze derniers mois				
Oui	1			
Non	1,4***	1,1-1,7		
Rencontres (parents, amis) au cours des huit derniers jours				
Pas du tout			1	
Un peu			1,1	0,9-1,3
Beaucoup			1,2*	1,0-1,5

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



portée à son équilibre alimentaire et à sa santé en général, ou encore par une activité professionnelle à la fois exigeante et anxio-gène, qui perturbe le rythme des repas et incite au tabagisme. Il convient donc d'interpréter ces résultats en termes de « facteurs associés » révélateurs d'un certain mode de vie, non de relations déterministes rigides.

Discussion

Les résultats présentés ici s'inscrivent dans la continuité des tendances observées depuis les années soixante-dix en population adulte : les hommes fument plus souvent que les femmes, mais on remarque une diminution régulière du tabagisme pour les premiers, qui contraste avec une augmentation pour les seconds. Au cours des années quatre-vingt-dix, la baisse est surtout nette pour les hommes de 45 à 75 ans,

tandis que la hausse du tabagisme féminin est plus marquée entre 35 et 64 ans. Ces tendances différenciées pour les deux sexes sont confirmées par les enquêtes de l'Insee et les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux, réalisées depuis 1980 [7]. Par ailleurs, les résultats observés parmi les 12-25 ans laissent à penser que les prévalences tabagiques des hommes et des femmes vont continuer à converger dans les prochaines années. Cette convergence a des répercussions directes sur la mortalité : depuis la fin des années quatre-vingt, les taux de décès pour les principaux cancers liés au tabac baissent pour les hommes et augmentent pour les femmes [2]. Au niveau européen [8], les évolutions constatées en France se retrouvent dans d'autres pays méditerranéens : en Espagne, de 1987 à 1997, la prévalence tabagique est passée de 55 % à 45 % pour

Les fumeurs de cigares et de pipes

La consommation de cigares¹ et de pipes est très rare avant 26 ans (sur la tranche d'âge 12-25 ans, leur prévalence respective atteint 2,9 % et 0,5 %). Pour étudier ces fumeurs, on se limitera donc aux 26-75 ans. Parmi ces derniers, 4,9 % déclarent fumer le cigare (soit 510 enquêtés) et 1,2 % la pipe (soit 121 enquêtés). Ces effectifs étant faibles, les pourcentages qui suivent sont donc donnés sans décimale.

Fumer un cigare reste une activité largement occasionnelle : seuls 28 % des amateurs déclarent le fumer quotidiennement. L'usage quotidien est plus fréquent pour les fumeurs de pipe (il concerne 51 % d'entre eux).

La plupart de ces consommateurs sont des hommes (91 % pour le cigare, 95 % pour la pipe). Ils sont plus âgés que la moyenne des fumeurs : 46 ans pour les fumeurs de cigare, 48 ans pour les fumeurs de pipe, contre 42 ans pour l'ensemble des fumeurs. La moitié des premiers et les deux tiers des seconds ont entre 45 et 75 ans. Les cadres sont ici sur-représentés (18 % des fumeurs de cigare, 26 % des fumeurs de pipe), toutefois les ouvriers sont aussi proportionnellement plus nombreux parmi les fumeurs de cigare (25 %). Ces fumeurs disposent

aussi plus souvent d'un revenu par unité de consommation atteignant 10 000 francs² et plus (37 % pour les fumeurs de cigare, 47 % pour les fumeurs de pipe), et résident un peu plus fréquemment dans l'agglomération parisienne (respectivement 20 % et 21 %).

Le tabagisme des personnes qui consomment exclusivement des cigares s'avère plus occasionnel et plus faible que celui des consommateurs exclusifs de cigarettes : 51 % sont des fumeurs réguliers (*vs* 86 % ; $p < 0,001$) pour une consommation de tabac équivalente à 6 cigarettes par jour (un cigare étant comptabilisé comme « valant » deux cigarettes). Mais la stabilité de leur conduite est plus affirmée : seuls 21 % ont envie d'arrêter de fumer (*vs* 61 % pour les fumeurs exclusifs de cigarettes).

Les fumeurs de pipe sont 21 % à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer. Toutefois, ils sont fumeurs réguliers aussi souvent que les autres fumeurs (77 %) et ont une consommation de tabac équivalente à 24 cigarettes par jour (une pipe étant ici comptabilisée comme « valant » cinq cigarettes).

1. Les cigarillos sont inclus dans la dénomination « cigare ».

2. 1 524,49 euros.

les hommes, mais de 23 % à 27 % pour les femmes ; en Italie, de 1983 à 1995, cette prévalence est passée de 46 % à 33 % pour les hommes, de 18 % à 24 % pour les femmes. En revanche, les pays du nord de l'Europe se caractérisent par une baisse de la prévalence tabagique pour les deux sexes, même si cette diminution est généralement plus marquée pour les hommes (Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Danemark).

Pilule et tabac

Huit femmes sur dix prenant un contraceptif oral sont dans la classe d'âge 20-44 ans et plus d'un tiers (35,5 %) d'entre elles sont des fumeuses régulières. Elles consomment en moyenne 12,2 cigarettes par jour. Aucune différence significative n'est observée en terme de prévalence tabagique entre les femmes de 20-44 ans qui prennent la pilule et celles qui ne la prennent pas (Tableau IX). Les jeunes filles de 15-19 ans qui prennent la pilule sont près de la moitié (49,0 %) à fumer régulièrement. Ce pourcentage décroît avec l'âge mais reste très élevé quand on sait que le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'association tabac et prise de contraceptifs oraux. En revanche, les femmes de la même tranche d'âge qui prennent la pilule consomment de manière significative un moins grand nombre de cigarettes par jour que celles qui ne la prennent pas (12,2 vs 13,4 ; p<0,05).

Tableau IX

Statut tabagique des femmes de 15 à 54 ans qui prennent la pilule (en pourcentage)

	Non-fumeuses	Fumeuses régulières	Fumeuses occasionnelles
15-19 ans (n=155)	38,1	49,0	12,9
20-25 ans (n=386)	51,3	41,2	7,5
26-34 ans (n=525)	59,4	36,4	4,2
35-44 ans (n=460)	66,3	29,8	3,9
45-54 ans (n=154)	74,0	22,7	3,2

Les fumeurs de tabac à rouler

Parmi les 12-75 ans interrogés, 5,8 % déclarent fumer du tabac à rouler. Ces personnes représentent un quart des fumeurs âgés de 15 à 25 ans. À partir de 26 ans, cette proportion est moins élevée (Figure 12). Sur l'ensemble des 12-75 ans, les consommateurs de tabac à rouler sont plus jeunes que les autres fumeurs (33,7 ans vs 37,0 ans).

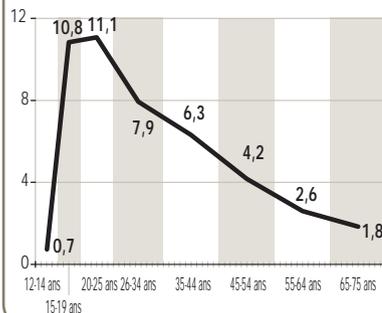
Les trois quarts de ces consommateurs sont des hommes (74,9 %), avec une légère surreprésentation du milieu rural (où résident 26,4 % de ces consommateurs). Il s'agit principalement d'ouvriers et d'étudiants disposant de faibles ressources : la moitié (48,6 %) a moins de 6 000 francs¹ par unité de consommation, 29,3 % sont ouvriers, 29,0 % sont élèves, étudiants ou autres inactifs.

Les fumeurs de tabac à rouler ont une consommation de tabac plus élevée que les autres fumeurs : 91,4 % sont des fumeurs réguliers (vs 83,7 % pour les autres fumeurs), leur consommation quotidienne de tabac atteint 13,8 cigarettes (contre 11,6 cigarettes) et 44,5 % d'entre eux présentent des signes de dépendance selon le test simplifié de Fagerström (vs 32,6 %). Enfin, ils disent un peu plus souvent avoir envie d'arrêter de fumer (63,7 % vs 57,1 %).

1. 914,69 euros.

Figure 12

Pourcentage de personnes déclarant fumer du tabac à rouler selon l'âge





Régions et tabac

La prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-75 ans n'est pas répartie uniformément sur l'ensemble de l'Hexagone. Six régions, la Bourgogne (23,6 %), le Limousin (25,0 %), le Poitou-Charentes (25,0 %), les Pays de la Loire (25,6 %), le Nord-Pas-de-Calais (25,5 %) et la Basse-Normandie (26,8 %) comptent un pourcentage relativement faible de fumeurs réguliers. À l'inverse, trois régions comptent un pourcentage au-dessus de la moyenne nationale : la Franche-Comté (31,0 %), la Haute-Normandie (33,8 %) et la Corse (34,9 %).

La consommation moyenne de cigarettes par jour des 15-75 ans diffère également d'une région à l'autre. Certaines régions présentent un nombre moyen de cigarettes consommées par les fumeurs réguliers supérieur à la moyenne nationale. Il s'agit de l'Île-de-France (14,7 cig./jour), la Lorraine (14,7 cig./jour), la Champagne-Ardenne (15,1 cig./jour), la Haute-Normandie (15,2 cig./jour), la Bourgogne (15,3 cig./jour) et la Picardie (15,8 cig./jour). D'autres, au contraire, présentent des moyennes relativement basses. Il s'agit de la Bretagne (12,3 cig./jour), du Poitou-Charentes (12,9 cig./jour), du Languedoc-Roussillon (13,1 cig./jour), de la Basse-Normandie (13,3 cig./jour), de la Franche-Comté (13,3 cig./jour), du Nord-Pas-de-Calais (13,3 cig./jour) et des Pays de la Loire (13,3 cig./jour).

Enfin, certaines régions combinent un taux élevé de fumeurs réguliers et une moyenne élevée de cigarettes consommées par les fumeurs réguliers. Il s'agit particulièrement

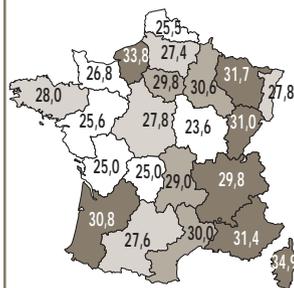
de la Haute-Normandie et, dans une moindre mesure, de l'Île-de-France, de la Champagne-Ardenne et de la Lorraine. D'autres, au contraire, associent des taux de fumeurs réguliers relativement bas à un nombre peu élevé de cigarettes consommées par jour. Il s'agit, par exemple, des Pays de la Loire, du Poitou-Charentes, de la Basse-Normandie et du Nord-Pas-de-Calais.

Ces résultats sont à comparer avec la répartition régionale de ventes de cigarettes par habitant de 15-75 ans, selon les données du groupe Altadis¹. La combinaison du pourcentage de fumeurs réguliers et du nombre moyen de cigarettes consommées par ces fumeurs ne se traduit pas toujours au niveau des ventes de cigarettes. Par exemple, les ventes enregistrées dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur semblent dépasser l'impact du taux de fumeurs réguliers et du nombre moyen de cigarettes qu'ils consomment. La raison la plus probable est la présence sur le territoire d'un très grand nombre de touristes dans cette région. Les ventes relativement importantes dans le Nord-Pas-de-Calais, alors que la prévalence du tabagisme régulier et le nombre de cigarettes consommées en moyenne sont tous deux relativement bas, pourraient s'expliquer par la proximité de pays comme le Royaume-Uni où le prix du paquet de cigarettes est deux fois plus élevé qu'en France, et donc par des achats transfrontaliers.

1. European Tobacco Company, groupe industriel issu de la fusion du groupe français Seita et du groupe espagnol Tabacalera.

Figure 13

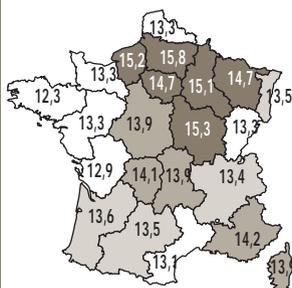
Pourcentage de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans



■ 30,2 à 35,2 □ 26,3 à 28,2
■ 28,2 à 30,2 □ 22,5 à 26,3

Figure 14

Consommation de cigarettes par jour parmi les fumeurs réguliers de 15-75 ans



■ 14,67 à 15,83 □ 13,41 à 13,88
■ 13,88 à 14,67 □ 12,25 à 13,41

Figure 15

Ventes annuelles de cigarettes. Unités par habitant de 15 à 75 ans

(sources : Seita-Altadis)



■ 2 164 à 2 367 □ 1 760 à 1 962
■ 1 962 à 2 164 □ 1 558 à 1 760

Arrêt du tabac

En raison de la faible taille des effectifs de fumeurs parmi les 12-14 ans, cette tranche d'âge ne sera pas systématiquement considérée dans l'analyse des comportements relatifs à l'arrêt du tabac.

La question « *Avez-vous déjà arrêté de fumer durant au moins une semaine ?* » a été posée aux fumeurs et aux anciens fumeurs. Le nombre de tentatives d'arrêt ne concerne que les arrêts d'au moins une semaine. La question « *Combien de temps a duré la tentative la plus longue ?* » a été posée aux fumeurs déclarant avoir déjà arrêté de fumer durant au moins une semaine et aux anciens fumeurs ayant essayé au moins deux fois d'arrêter. Enfin, les enquêteurs ont reçu la consigne de ne pas comptabiliser une éventuelle tentative qui aurait lieu au moment de l'interview.

L'expérience de l'arrêt chez les 15-75 ans¹

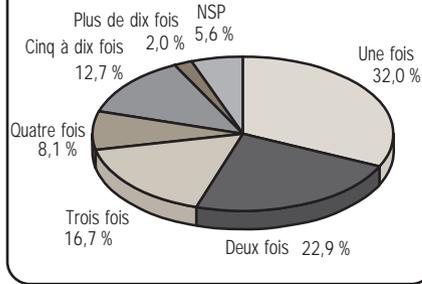
59,5 % des fumeurs et anciens fumeurs de 15 ans et plus déclarent qu'il leur est déjà arrivé d'arrêter de fumer durant au moins une semaine. Ce résultat se décline en 39,9 % des fumeurs occasionnels et 76,2 % des fumeurs réguliers ($p < 0,001$). Les femmes font moins fréquemment cette déclaration que les hommes (54,2 % vs 63,8 % ; $p < 0,001$).

En moyenne, les fumeurs réguliers (hors anciens fumeurs) déclarent avoir fait 8,6 arrêts d'au moins une semaine (sans différence significative entre les hommes et les femmes). Ce nombre moyen cache de très fortes variations entre les individus. Un tiers (32,0 %) des fumeurs réguliers déclare avoir arrêté une fois durant au moins une semaine et un peu moins d'un quart (22,9 %) deux fois. 5,6 % déclarent ne pas savoir combien de fois ils ont fait cette expérience (Figure 16).

1. À l'occasion d'exploitations supplémentaires de ces données, il serait intéressant d'explorer ces éléments au regard de l'ancienneté du tabagisme.

Figure 16

Nombre d'arrêts d'au moins une semaine parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans



Concernant le nombre moyen de tentatives d'arrêt d'au moins une semaine chez les fumeurs réguliers, il n'existe pas d'écart significatif entre les différentes classes d'âge. Quel que soit l'âge, les déclarations relatives à un unique arrêt d'au moins une semaine l'emportent et sont le plus souvent suivies par deux, puis trois expériences d'arrêt (Figure 17).

Les arrêts de moins d'un an représentent 73,8 % des cas. Parmi ceux-ci, les tentatives durent le plus souvent moins d'un mois (28,5 %) (Figure 18).

Les motivations de l'arrêt

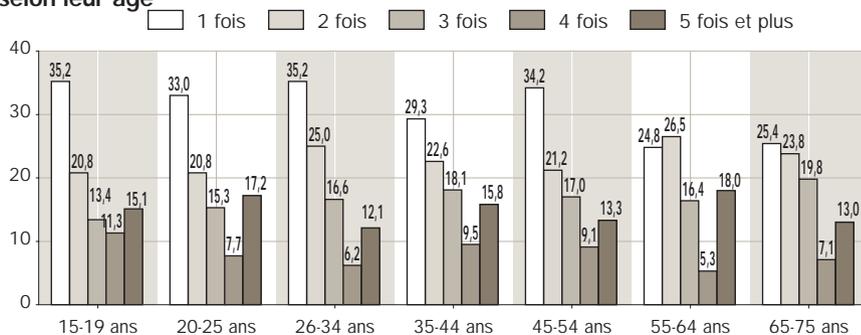
Les motivations évoquées ici concernent les fumeurs et anciens fumeurs qui ont arrêté durant au moins une semaine, et chaque individu a pu donner plusieurs réponses.

Les motivations qui ont poussé les fumeurs et les anciens fumeurs à arrêter durant au moins une semaine sont très variées. La raison la plus souvent évoquée est « *une prise de conscience des conséquences du tabac* » (20,4 %). Viennent ensuite la peur de tomber malade (14,9 %), la naissance d'un enfant (13,4 %¹), un sentiment de lassitude (13,1 %), la recherche d'une meilleure condition physique (12,1 %) et le prix des cigarettes (10,3 %). Le fait d'avoir déjà une maladie liée au tabac est une raison évoquée par 8,0 %, se débarrasser de la dépendance par 5,7 % des personnes interro-



Figure 17

Nombre d'arrêts d'au moins une semaine parmi les fumeurs réguliers selon leur âge



gées, le fait d'éviter de gêner un proche par 3,7 %, l'envie de se débarrasser de l'odeur du tabac par 3,1 % (3,8 % pour les femmes, 2,6 % pour les hommes ; $p < 0,01$) et le fait d'avoir un proche atteint d'une maladie due au tabac par 2,1 %. L'avis du médecin est évoqué par 0,7 % des individus interrogés, les raisons d'ordre esthétique par 0,8 % (sans différence significative entre les hommes et les femmes) et le fait de prendre la pilule par 0,3 % des femmes interrogées. 2,4 % parlent d'un pari qu'ils ont fait.

Les motivations qui ont mené à ces tentatives d'arrêt sont différentes selon qu'on est fumeur ou ancien fumeur. Faut-il en conclure que certaines motivations mènent plus souvent que qu'autres à un arrêt définitif (ou un arrêt relativement long) ? (Tableau X). En particulier, la naissance d'un enfant et le prix des cigarettes sont plus souvent évoqués par ceux qui ont finalement repris la consommation de tabac. À l'inverse, le fait d'avoir déjà une maladie ou un problème de santé lié au tabac ou d'avoir pris conscience des conséquences du tabac sur la santé, est plus souvent évoqué par ceux qui n'étaient plus fumeurs lors de l'enquête. Notons que même si l'avis du médecin est évoqué par un pourcentage très faible des personnes interrogées, ceux qui évoquent cette motivation sont significativement plus souvent les anciens fumeurs. La volonté de se défaire de la dépendance au tabac ne

Figure 18

Durée moyenne de la plus longue tentative d'arrêt parmi les fumeurs et anciens fumeurs de 15 à 75 ans

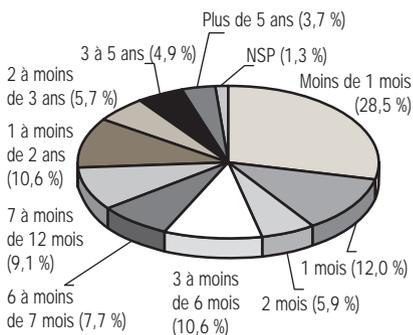


Tableau X

Motivations des arrêts d'au moins une semaine selon le statut tabagique (en pourcentage)

	Fumeurs actuels	Anciens fumeurs
Naissance d'un enfant	16,9	10,3***
Prix des cigarettes	13,3	7,6***
Avoir déjà une maladie ou un problème de santé lié au tabac	6,5	9,3***
Avoir pris conscience des conséquences du tabac sur la santé	18,7	21,9**
Avis du médecin	0,4	1,1**

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

Grossesse et tabac

Parmi les anciens fumeurs et les fumeurs actuels qui ont essayé d'arrêter de fumer durant au moins une semaine, la grossesse ou la naissance d'un enfant est la raison la plus souvent citée par les femmes (25,8 %), mais elle est rarement évoquée par les hommes (3,4 %).

Dans cette enquête, la population des femmes enceintes se situe à 80 % dans la tranche d'âge des 25-35 ans.

Au sein de cette tranche d'âge, un peu moins d'un tiers (28,8 %) continue à fumer pendant la grossesse vs 42,7 % chez les femmes qui ne sont pas enceintes ($p < 0,01$) et un peu moins d'un quart

régulièrement : 22,2 % vs 37,7 % chez celles qui n'attendent pas d'enfant ($p < 0,01$). Elles consomment en moyenne 8,6 cigarettes par jour contre 13,0 pour celles qui n'attendent pas d'enfant ($p < 0,01$). Le pourcentage de fumeuses régulières et le nombre moyen de cigarettes consommées quotidiennement sont inférieurs pour cette population à ceux des femmes de la même tranche d'âge qui ne sont pas enceintes, mais ces chiffres restent élevés au regard des risques encourus (augmentation du risque de fausse-couche et de grossesse extra-utérine, poids moyen de naissance du bébé plus faible).

mène pas à une différence significative entre fumeurs actuels et anciens fumeurs.

Les motivations varient également avec l'âge. La peur de tomber malade est assez bien partagée quel que soit l'âge, mais elle l'emporte largement sur le coût des cigarettes chez les plus âgés, alors que c'est le contraire chez les plus jeunes (Figure 19).

Le prix des cigarettes est plus souvent cité par les personnes dont le ménage dispose de moins de 6 000 francs par mois et par unité de consommation que par les personnes qui disposent de plus de 10 000 francs (11,2 % vs 7,5 % ; $p < 0,001$).

Il n'existe pas de différence significative selon le niveau d'études des individus concernant la peur de tomber malade, la prise de conscience des conséquences du tabac ou l'envie d'avoir une bonne condition physique.

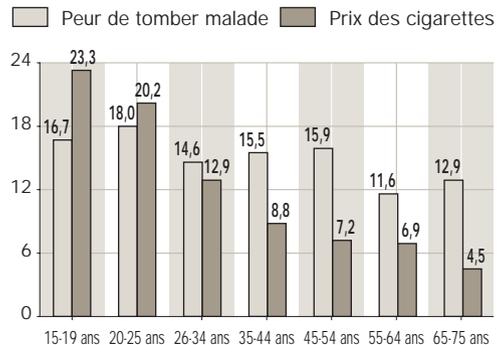
Les intentions d'arrêt parmi l'ensemble des fumeurs de 12 à 75 ans

Dans l'ensemble, plus de la moitié (58,7 %) des fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, sans différence selon le sexe. Les fumeurs occasionnels font moins souvent cette déclaration que les réguliers (31,6 % vs 63,5 % ; $p < 0,001$).

1. Avec une différence importante selon le sexe : 25,8 % parmi les fumeuses considérées vs 3,4 % parmi les hommes ($p < 0,001$).

Figure 19

Fumeurs et anciens fumeurs qui déclarent avoir déjà arrêté de fumer durant au moins une semaine, selon l'âge et la motivation (en pourcentage)

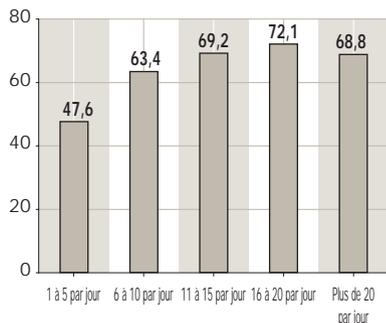


Parmi ces derniers, l'envie d'arrêter est d'autant plus fréquente qu'ils consomment un plus grand nombre de cigarettes par jour ($p < 0,001$) (Figure 20) et qu'ils sont dépendants à la nicotine. 70,4 % des fumeurs présentant des signes de dépendance « moyenne » selon le test simplifié de Fagerström et 71,2 % de ceux qui présentent des signes de dépendance « forte », déclarent avoir envie d'arrêter de fumer. Ces pourcentages sont significativement supérieurs ($p < 0,001$) à ceux des fumeurs qui ne présentent pas de



Figure 20

Fumeurs réguliers déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, selon les quantités de cigarettes consommées (en pourcentage)



signes de dépendance à la nicotine (60,0 %).

L'envie d'arrêter est largement partagée par les fumeurs quel que soit leur âge (Figure 21). Elle commence par augmenter avec l'âge, puis décroît à partir de la cinquantaine. Ces différences selon l'âge sont globalement significatives ($p < 0,001$). La moindre « dissonance¹ » des plus âgés est peut-être à rapprocher du fait qu'ils ont déjà expé-

1. La dissonance d'un fumeur peut être définie par son envie ou son intention d'arrêter de fumer.

menté les difficultés de l'arrêt ou même qu'ils n'ont jamais réussi totalement à arrêter de fumer et ont alors abandonné leur projet.

L'envie d'arrêter de fumer est d'autant plus partagée que l'individu dispose d'un moins grand revenu par unité de consommation (UC) : 64,9 % des fumeurs disposant de moins de 6 000 francs/UC déclarent avoir envie d'arrêter de fumer vs 58,1 % pour ceux qui disposent de 6 000 à 10 000 francs/UC, et 53,4 % pour ceux qui ont de plus de 10 000 francs/UC ($p < 0,001$). En revanche, la différence en fonction des revenus n'est pas significative quand on explore les délais dans lesquels l'individu envisage d'arrêter.

Parmi les hommes, il existe une relation inversement proportionnelle entre l'envie d'arrêter et le niveau d'études ($p < 0,001$) (Figure 22). Chez les femmes, cette relation est vérifiée, mise à part pour les femmes de niveau bac + 2 ($p < 0,05$).

Si l'envie d'arrêter est largement partagée, c'est le plus souvent dans un avenir indéterminé que le projet est envisagé : 20,4 % des fumeurs qui déclarent souhaiter arrêter envisagent de le faire dans le mois à venir, 22,6 % dans les six prochains mois, 6,0 % dans les douze prochains mois et 51,0 % dans un avenir non déterminé.

Figure 21

Fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, selon l'âge (en pourcentage)

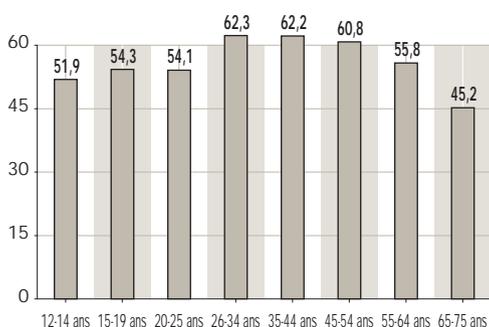
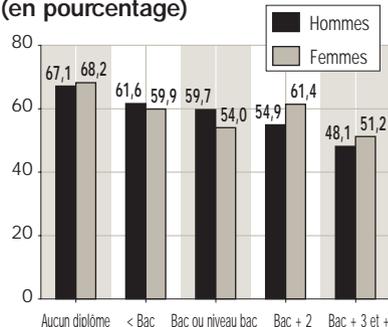


Figure 22

Fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, selon le sexe et le niveau d'études (en pourcentage)





Combien de personnes arrêtent de fumer chaque année en France ?

Il est difficile de répondre à cette question car nombreux sont les fumeurs qui arrêtent et reprennent une cigarette quelques jours, quelques semaines ou quelques mois après. Si certains fumeurs réussissent à arrêter dès leur première tentative, la plupart ont besoin de faire plusieurs essais pour y parvenir. Pour tenter néanmoins de répondre à cette question, les personnes qui déclarent ne pas être fumeurs lors de l'enquête, mais avoir déjà fumé au cours de leur vie ont été interrogées. Il leur a été demandé depuis combien de temps ils avaient arrêté. Les réponses se déclinaient en nombre de jours, de mois et d'années selon le choix de la personne interviewée.

Parmi les 13 685 individus de l'enquête, 2,6 % déclarent avoir arrêté de fumer depuis un an ou moins, soit 361 individus. Le terrain de l'enquête ayant eu lieu fin 1999, on peut considérer que ces individus ont arrêté durant l'année 1999. En extrapolant au nombre d'individus de 12 à 75 ans comptabilisés lors du dernier recensement de la population (1999), on parvient à plus de 1 200 000 arrêts en 1999, soit plus de 3 000 par jour.

Ce premier résultat est sans doute une hypothèse haute. En effet, parmi ces arrêts, certains peuvent dater de quelques jours ou de quelques semaines. Étant donné le nombre important de rechutes observées, la prudence conduit à ne sélectionner que les arrêts d'une certaine durée. Si, par exemple, on conserve uniquement les individus qui déclarent avoir arrêté de fumer depuis au moins six mois mais depuis moins d'un an (ils ont arrêté de fumer durant le premier semestre de 1999 et n'ont pas repris depuis), on parvient à plus de 580 000 arrêts, soit environ 1 500 par jour, c'est-à-dire deux fois moins que la première estimation.

Enfin, on peut également se baser sur les personnes qui déclarent avoir arrêté de fumer depuis plus d'un an mais depuis moins de deux ans. Il s'agit des individus qui ont arrêté de fumer en 1998. Au total, on parvient à près de 750 000 arrêts en un an, ce qui correspond à plus de 2 000 chaque jour en moyenne. La probabilité d'une reprise durable du tabac après un an d'abstinence étant faible, il faut sans doute retenir ce dernier calcul.

Les fumeurs présentant des signes de dépendance sont plus enclins à repousser ce projet vers un avenir indéterminé que ceux qui n'en présentent pas (54,1 % de ceux qui présentent une dépendance moyenne et 60,1 % de ceux qui présentent une dépendance forte ; $p < 0,001$).

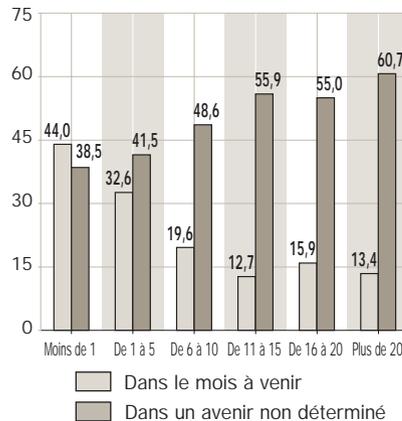
De manière générale, plus un fumeur consomme des quantités importantes de cigarettes par jour, plus il envisage de reporter un arrêt du tabac dans un avenir indéterminé (Figure 23).

Une grande majorité des fumeurs qui déclarent souhaiter arrêter de fumer envisage de le faire seule (70,2 %). Moins d'un tiers (29,8 %) pense faire appel à l'aide d'un médecin, plus souvent les femmes que les hommes. (33,3 % vs 26,9 % ; $p < 0,01$).

Moins de la moitié (49,3 %) des fumeurs qui présentent des signes de forte dépendance à la nicotine déclare envisager d'arrêter de fumer avec l'aide d'un médecin. C'est également le cas de 39,4 % de ceux qui présen-

Figure 23

Fumeurs qui déclarent projeter d'arrêter de fumer, selon les délais envisagés et les quantités de cigarettes fumées quotidiennement (en pourcentage)





tent des signes de dépendance moyenne et de 21,5 % de ceux qui ne présentent pas de signes de dépendance. Enfin, à degré de dépendance identique, les femmes envisagent plus souvent que les hommes de faire appel à un médecin. Cette différence est significative pour une dépendance faible et moyenne ($p < 0,01$), mais elle ne l'est pas en cas de dépendance forte (Figure 24).

L'envie d'arrêter de fumer ne semble pas être une abstraction puisque les fumeurs qui déclarent avoir envie d'arrêter sont 81,6 % à avoir déjà arrêté durant au moins une semaine.

La question de la méthode envisagée a été posée à l'ensemble des fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, chacun pouvant donner plusieurs réponses possibles. L'arrêt volontaire de manière radicale (51,2 %) arrive en tête. Viennent ensuite un arrêt par réduction progressive des quantités (29,1 %) et l'utilisation de substituts nicotiques sous forme de patchs (18,5 %). Loin derrière sont évoquées l'acupuncture (7,2 %), la substitution nicotinique sous forme de gommes à mâcher (5,6 %), la psychothérapie (3,8 %) et l'auriculothérapie¹ (1,2 %).

L'arrêt volontaire et par réduction progressive

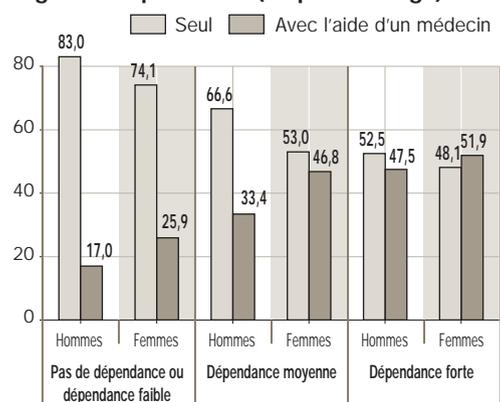
des quantités fumées est principalement envisagé par les fumeurs qui présentent une faible, voire aucune dépendance. Parmi ces individus, 34,5 % envisagent cette solution vs 28,2 % pour ceux qui présentent une dépendance moyenne et 22,7 % pour ceux qui présentent une dépendance forte ($p < 0,001$). À l'inverse, la substitution nicotinique par patch est plus fréquemment envisagée par les fumeurs présentant une forte dépendance. 27,3 % de ceux-ci envisagent de l'utiliser vs 24,1 % de ceux qui présentent une dépendance moyenne et 15,7 % de ceux qui ne présentent pas de dépendance ou une dépendance faible. Enfin, concernant l'arrêt volontaire radical, il ne semble pas y avoir de différence significative selon le degré de dépendance.

Les solutions envisagées varient selon les revenus du fumeur et ce, quels que soient l'âge et le sexe des individus. L'arrêt volontaire radical est surtout envisagé par les plus aisés : 47,6 % des individus qui disposent de moins de 6 000 francs/UC envisagent cette solution, contre 53,2 % pour ceux qui disposent de 6 000 à 10 000 francs et 54,9 % pour ceux qui disposent de plus de 10 000 francs ($p < 0,01$). La réduction progressive des quantités est principalement envisagée par les moins aisés. Enfin, comme pour l'arrêt volontaire radical, l'utilisation des patchs est le plus souvent envisagée par les plus aisés : seulement 15,4 % des individus qui disposent de moins de 6 000 francs/UC envisagent cette solution versus 20,6 % de ceux qui disposent de 6 000 à 10 000 francs et 23,7 % de ceux qui disposent de plus de 10 000 francs ($p < 0,001$).

Les moyens envisagés par les fumeurs qui déclarent souhaiter arrêter de fumer ne semblent pas influencés par le niveau d'instruction scolaire, sauf pour l'utilisation des patchs transdermiques plus souvent envisagée par ceux qui ont leur bac (21,5 % vs 17,0 % ; $p < 0,05$). En affinant l'analyse, on observe que le projet d'utiliser un patch est

Figure 24

Aide du médecin envisagée par les fumeurs qui déclarent projeter d'arrêter, selon leur degré de dépendance (en pourcentage)



1. Thérapeutique dérivée de l'acupuncture qui consiste à traiter différentes affections par la piqûre de points déterminés du pavillon de l'oreille. Source : Dictionnaire Larousse.

d'autant plus répandu que l'individu a un niveau d'études élevé : 16,5 % parmi ceux qui n'ont aucun diplôme, 17,1 % parmi ceux qui ont un diplôme inférieur au bac, 19,4 % parmi ceux qui ont leur bac ou un équivalent, 19,2 % parmi ceux qui ont fait deux années d'études après leur bac et 26,0 % parmi ceux qui ont un niveau d'études équivalent à au moins trois années d'études après le bac. Ces différences sont significatives ($p < 0,05$).

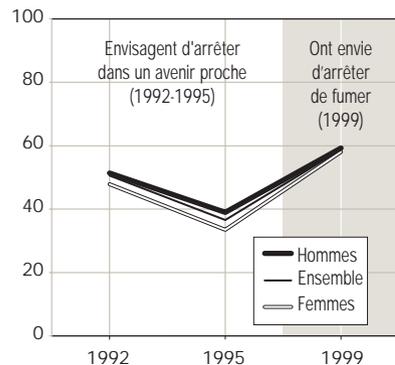
Évolution depuis 1992

Les questions relatives à l'arrêt du tabac ont été souvent reformulées d'une enquête Baromètre santé à l'autre. Certaines ont disparu au profit de nouvelles plus précises. D'autres encore ont subi des modifications qui rendent les comparaisons malaisées. Les analyses longitudinales sur tous les items sont donc difficiles.

En 1992, le Baromètre santé indiquait que la grande partie des fumeurs semblait bien accepter son tabagisme. Les fumeurs de 18-75 ans interrogés étaient 50,0 % à déclarer « envisager d'arrêter de fumer dans un avenir proche » et 45,5 % déclaraient avoir « essayé d'arrêter de fumer au cours de l'année écoulée » (Figure 25).

Figure 25

Fumeurs de 18-75 ans déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, selon le sexe



En 1993, 39,0 % des fumeurs déclaraient « avoir essayé d'arrêter de fumer au cours de l'année ». La question relative aux projets d'arrêt n'était pas posée.

En 1995, 38,7 % des fumeurs interrogés déclaraient « avoir essayé d'arrêter de fumer au cours de l'année » et 36,7 % déclaraient « envisager d'arrêter ».

En 1999, si on retire les individus sur liste rouge afin de permettre des comparaisons, 59,2 % des fumeurs interrogés déclarent « avoir envie d'arrêter de fumer » et 76,2 % des fumeurs déclarent « avoir déjà arrêté de fumer au moins une semaine ».

Discussion

Le nombre de tentatives d'arrêt ne semble pas augmenter nettement avec l'âge des individus interviewés, ce qui est surprenant. Peut-être pouvons-nous voir ici un phénomène de mémoire sélective : on ne retient que les tentatives les plus récentes, soit par oubli, soit parce que les autres sont si lointaines qu'elles ne sont pas considérées par la personne comme une tentative sérieuse. Deuxième explication possible : les tentatives d'arrêt sont plus nombreuses depuis peu, avec l'arrivée des substituts nicotiniques dans les années quatre-vingt-dix et la montée en puissance des campagnes de prévention du tabagisme sur la promotion de l'arrêt. Toutes les générations de fumeurs « s'y mettant » depuis récemment, il n'y aurait pas encore d'enregistrements cumulatifs pour cette réponse. Enfin, troisième explication possible, ceux qui ont essayé plusieurs fois d'arrêter ont fini par y arriver : ils sortent alors de la population des fumeurs, et donc de la population interrogée. Les données d'évolution de l'arrêt ne permettent pas de dresser des grandes tendances, étant donné la variabilité de la formulation des questions posées d'une vague barométrique à l'autre. La baisse du pourcentage de fumeurs déclarant envisager d'arrêter dans un avenir proche n'est pas simple à analyser. On ne sait pas en effet s'il s'agit d'une baisse de la dissonance des fumeurs, c'est-à-dire de leur souhait d'arrê-



Tabac

ter de fumer dans l'absolu ou si cette diminution est due à un allongement du délai envisagé pour arrêter : une partie des fumeurs ayant déclaré en 1992 qu'ils envisageaient d'arrêter de fumer dans un avenir proche auraient effectivement fait des tentatives, se seraient confrontés aux difficultés de l'arrêt et rejoindraient ceux qui repoussent leur prochaine tentative à un avenir plus lointain, voire indéterminé.

Que ce soit en 1992, en 1995 ou en 1999, envisager ou avoir envie d'arrêter de fumer est aussi fréquent parmi les hommes que parmi les femmes. Aucune différence significative n'est en effet observée selon le sexe des individus enquêtés.

Tabac

et score de santé

Fumeurs, non-fumeurs et profil de Duke

Le profil de Duke [6] constitue une échelle de qualité de vie validée pour les adultes¹, qui vise à mesurer globalement la santé des enquêtés en distinguant différentes dimensions : physique, mentale et sociale. Les questions du profil de Duke associent à chacune de ces dimensions un score pouvant varier de 0 à 100. Les Figures 26 à 29 permettent de visualiser la relation entre quelques-unes de ces dimensions et le tabagisme : santé physique perçue, estime de soi et anxiété. Comme la santé et les déclarations sur l'état de santé sont étroitement liées à l'âge et au sexe des enquêtés, les fumeurs et les non-fumeurs sont ici comparés en distinguant les hommes des femmes ainsi que quatre grandes tranches d'âge (12-19 ans, 20-34 ans, 35-54 ans, 55-75 ans). De façon générale, la santé des individus qui déclarent ne pas fumer est meilleure : pour

1. Pour les adolescents, le Baromètre santé jeunes 97/98 a expérimenté le profil de Duke sans qu'il semble poser de problème pour cette population. Pour en savoir plus, se reporter au chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans.

les hommes comme pour les femmes, la santé physique, la santé perçue et l'estime de soi des non-fumeurs se situent à un niveau moyen supérieur à celui des fumeurs, tandis qu'inversement, le score d'anxiété est plus élevé pour les fumeurs que pour les non-fumeurs. Toutefois, il faut remarquer que l'écart entre les sexes tend à se réduire pour les plus âgés. Il est important de souligner ici que l'on se situe devant un phénomène de ciseaux aux âges avancés, pour toutes les variables, sauf l'estime de soi : les fumeurs retrouvent une position supérieure ou de moindre anxiété. Ce fait paradoxal pourrait s'expliquer par un phénomène de sélection aux âges avancés : pour être resté fumeur jusqu'à cet âge, il faut sans doute

Figure 26

Score de santé physique selon le statut tabagique, par âge et sexe

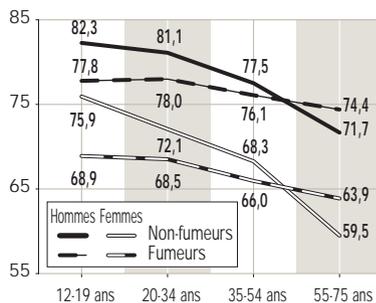
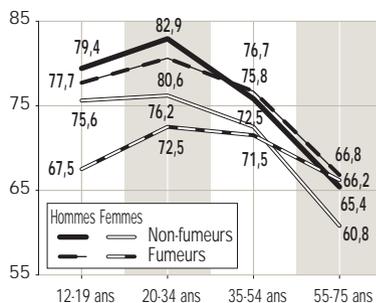


Figure 27

Score moyen de santé perçue selon le statut tabagique, par âge et sexe



être assez résistant. Inversement, les non-fumeurs du même âge comprennent, hélas, beaucoup d'ex-fumeurs moins résistants.

Plusieurs interprétations sont ici envisageables. Avant tout, il convient de souligner un probable biais de sélection : entre 55 et 75 ans, la surmortalité et la surmorbidité dues au tabagisme pourraient déjà faire sentir leurs effets et biaiserait donc les résultats observés, puisque les scores estimés mesurent un différentiel de santé non pas entre fumeurs et non-fumeurs, mais entre les fumeurs et les non-fumeurs « restants » (à l'exclusion des personnes décédées ou hospitalisées), la nocivité même du tabac soustrayant à l'enquête les personnes les plus touchées.

Figure 28

Score moyen d'estime de soi selon le statut tabagique, par âge et sexe

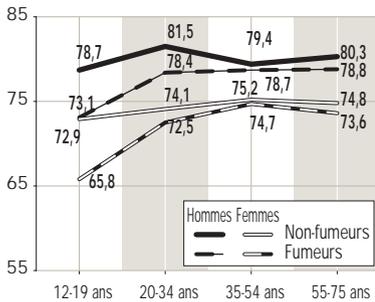
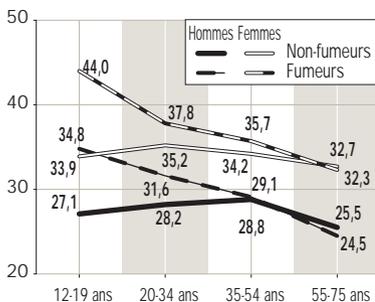


Figure 29

Score moyen d'anxiété selon le statut tabagique, par âge et sexe



Types de fumeur et profil de Duke

Au-delà du seul statut tabagique actuel, il est possible de mettre en relation les scores de santé physique et mentale avec les différents types de fumeurs, tout en contrôlant les effets de l'âge et du sexe (Tableau XI). Une fois contrôlé l'effet de l'âge, les scores de santé physique sont les moins élevés pour les individus qui déclarent fumer régulièrement et ceux présentant des signes de dépendance. Relativement à un individu du même sexe déclarant n'avoir jamais fumé (ou juste une fois pour essayer), un tel fumeur obtient un score de santé physique inférieur en moyenne de 5,2 points sur une échelle allant de 0 à 100 s'il est un homme, de 6,4 points s'il est une femme.

Concernant la santé mentale, la seule différence observable concerne les hommes anciens fumeurs quotidiens qui « déclarent » de moins bons scores de santé mentale (-2,9 points en moyenne). Relativement à une personne qui déclare n'avoir jamais fumé, un fumeur présentant des signes de dépendance obtient un score de santé mentale inférieur de 5,7 points s'il s'agit d'une femme, mais de seulement 1,7 point s'il est un homme. Par ailleurs, comme précédemment, les anciens fumeurs réguliers ont un score significativement inférieur pour les hommes (-2,9 points) mais pas pour les femmes.

Les relations observées entre présence de signes de dépendance, santé physique et mentale sont d'une ampleur tout à fait comparable à celles mesurées entre l'âge et ces scores de santé. Ainsi, par exemple, un homme âgé de 21 à 34 ans et présentant des signes de dépendance obtient en moyenne un score de santé physique presque égal à celui d'un homme de 55-75 ans qui déclare n'avoir jamais fumé.

Enfin, il convient de souligner que même s'il existe très certainement un lien causal entre le tabagisme et la santé, de nombreux facteurs de confusion ne sont ici pas contrôlés, au premier rang desquels le régime alimentaire et la consommation d'alcool. D'ailleurs, si un impact négatif sur la santé



Tableau XI

Modélisation des scores de santé physique et mentale (régression linéaire) en fonction de l'âge et du statut tabagique

	Santé physique		Santé mentale	
	Hommes (n=4 738)	Femmes (n=5 387)	Hommes (n=4 738)	Femmes (n=5 387)
Score de référence				
12-20 ans, n'a jamais fumé	82,2	74,4	75,2	67,1
Âge				
21-34 ans	-0,7	-2,5**	4,2***	4,3***
35-54 ans	-2,5***	-5,4***	4,3***	3,8***
55-75 ans	-6,9***	-13,8***	6,1***	1,8*
Statut tabagique				
Ancien fumeur occasionnel (ou quotidien <6 mois)	-1,1	-1,0	-1,9	-0,1
Ancien fumeur quotidien (6 mois et plus)	-4,6***	-1,4	-2,9***	-0,3
Fumeur occasionnel	-1,9	0,2	-1,2	-1,6
Fumeur régulier (sans signe de dépendance)	-2,4***	-1,8*	-2,4**	-1,2
Fumeur présentant des signes de dépendance	-5,2***	-6,4***	-1,7*	-5,7***

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

persiste pour les anciens fumeurs, contrairement aux anciennes fumeuses, c'est peut-être parce que les premiers fumaient davantage que les secondes, mais aussi parce que le tabagisme est plus souvent associé à une alimentation déséquilibrée et à une consommation d'alcool importante chez les premiers que chez les secondes.

Tabagisme et indice de masse corporelle¹

Les fumeurs sont-ils plus maigres que les non-fumeurs ? L'indice de masse corporelle des individus déclarant fumer régulièrement est effectivement légèrement inférieur à celui des non-fumeurs : pour les hommes 24,0 vs 24,5 ($p < 0,001$) et pour les femmes 22,0 vs 23,2 ($p < 0,001$). Cette différence est moins marquée parmi les hommes que parmi les femmes et elle n'est pas significative à tout âge : elle est significative parmi les hommes de 15-19 ans ($p < 0,05$), de 35-44 ans ($p < 0,001$), de 45-54 ans ($p < 0,05$), de 55-64 ans ($p < 0,05$) et de 65-75 ans

($p < 0,05$). Parmi les femmes, cette différence est significative pour les 26-34 ans ($p < 0,05$) et les 35-44 ans ($p < 0,001$) seulement.

Il faut également noter que la perception qu'ont les fumeurs de leur propre poids peut influencer leur désir d'arrêter de fumer. Ainsi, certaines fumeuses actuelles qui se trouvent un peu ou beaucoup trop grosses déclarent moins souvent que les autres avoir envie d'arrêter de fumer. Cette relation, qui n'est pas vérifiée pour les hommes, n'est valable pour les femmes que jusqu'à 25 ans : parmi les fumeuses de 12-25 ans, 51,0 % de celles qui se trouvent trop grosses désirent arrêter vs 60,7 % des autres fumeuses ($p < 0,01$).

Discussion

De façon générale, le tabagisme est associé à un moins bon état de santé. Toutefois, la relation entre le tabagisme et les diverses dimensions de la santé mesurées par le profil de Duke est sans doute largement indirecte. En effet, au-delà de son impact immédiat sur la santé, le tabagisme est souvent révélateur d'un style de vie caractérisé par

1. L'indice de masse corporelle (IMC) est égal au poids de l'individu divisé par sa taille au carré.

un moindre intérêt de l'individu pour son « capital santé » [9]. De fait, en population adulte, d'autres enquêtes confirment que les fumeurs boivent plus fréquemment, évitent plus rarement les aliments gras, mais prennent aussi davantage de risques au volant [10]. Enfin, concernant plus particulièrement les santés mentale et sociale, le rôle du tabagisme reste largement à explorer. Par exemple, si l'on considère généralement qu'un état dépressif incite au tabagisme, inversement il semble que le tabac ait des effets déprimeurs [11]. Quant à la santé sociale, il semble qu'à partir d'un certain âge, le tabagisme ait un impact sur la sociabilité et puisse devenir un facteur d'exclusion [12].

Opinions à l'égard du tabac

Globalement, une large majorité d'enquêtés se dit bien informée des effets de l'usage du tabac sur la santé (86,1 % dont 37,5 % se disent très bien informés et 48,6 % plutôt bien informés). Cette opinion dépend du statut tabagique ($p < 0,01$), les fumeurs se déclarent plus fréquemment très bien informés que les non-fumeurs. Cet écart persiste quel que soit l'âge, mais avec quelques variations de niveaux et d'écart (Figure 30). Pour les fumeurs comme pour les non-fumeurs, la proportion d'enquêtés se sentant très bien informés sur le tabac est maximale pour les plus jeunes. Ce pourcentage baisse ensuite parmi les adultes, avant de remonter à partir de 40 ans, surtout pour les fumeurs qui se distinguent alors davantage par rapport aux non-fumeurs.

La majorité des enquêtés (54,4 %) ne craint pas du tout les maladies dues au tabac, 18,2 % les craignent peu, 12,5 % « pas mal » et 14,9 % beaucoup. Cette crainte dépend largement selon que l'on déclare n'avoir jamais fumé, être un ancien fumeur, un fumeur occasionnel ou un fumeur régulier ($p < 0,001$) (Figure 31).

La part des non-fumeurs déclarant avoir peur des maladies liées au tabac est importante, faisant sans doute référence au tabagisme passif. Au total, 14,2 % des personnes qui déclarent n'avoir jamais fumé ou juste une seule fois pour essayer, disent avoir peur des maladies liées au tabac (pas mal ou beaucoup) et ce pourcentage monte à 17,8 % parmi les anciens fumeurs réguliers. Les anciens fumeurs réguliers, eux, ont un peu plus souvent peur de ces maladies que ceux qui déclarent n'avoir jamais fumé, mais ils sont 65,7 % à déclarer qu'ils

Figure 30

Fumeurs et non-fumeurs qui déclarent se sentir très bien informés sur le tabac selon leur âge (en pourcentage)

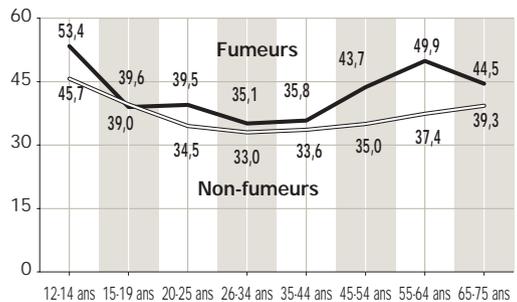
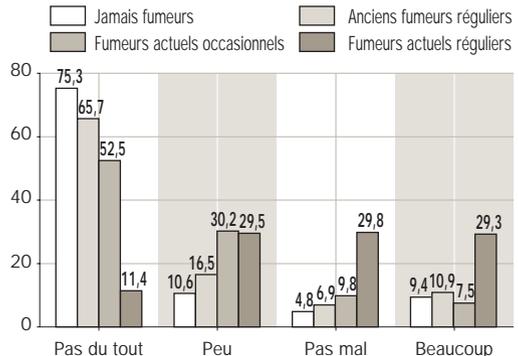


Figure 31

Craintes des maladies dues au tabac, selon le statut tabagique (en pourcentage)





n'en ont pas du tout peur, comme si leur risque de tomber malade avait disparu¹. 11,4 % des fumeurs réguliers déclarent ne pas avoir peur de ces maladies et près d'un tiers déclarent avoir soit « un peu », soit « pas mal », soit « beaucoup » peur, selon une répartition très homogène. De manière non surprenante, ce sont eux qui déclarent le plus souvent en avoir « pas mal » et « beaucoup » peur.

Les personnes qui déclarent fumer situent le seuil de dangerosité du tabagisme à un niveau plus élevé que les non-fumeurs ($p < 0,001$) (Figure 32). Notons ici que le questionnaire du Baromètre santé n'appréhende le seuil de dangerosité qu'à travers les quantités de cigarettes consommées par jour, ce qui est insuffisant : par exemple, pour le cancer, c'est la durée durant laquelle on fume qui compte et non les quantités fumées quotidiennement.

Par ailleurs, 44,8 % des personnes interrogées estiment que le tabac est dangereux dès qu'on l'essaie (47,3 % des non-fumeurs, 39,7 % des fumeurs ; $p < 0,001$) et 44,1 % dès qu'on déclare en fumer tous les jours (40,8 % des non-fumeurs, 50,8 % des fumeurs ; $p < 0,001$).

Enfin, parmi les fumeurs ayant consulté un généraliste au cours des douze derniers mois, 35,0 % ont abordé avec lui la question du tabac : 22,0 % à l'initiative du médecin, 13,0 % à leur propre initiative. Ces deux dernières proportions passent respectivement à 24,2 % et 14,7 % parmi les fumeurs réguliers, puis à 31,6 % et 18,3 % parmi les fumeurs présentant des signes de dépendance.

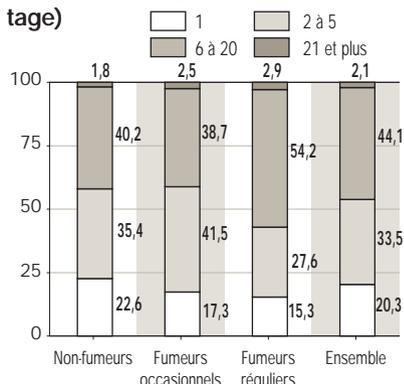
La gêne occasionnée par la fumée des autres

En grande majorité (71,2 %), les personnes interrogées se déclarent gênées par la fu-

1. On considère qu'un ancien fumeur voit son risque de faire une crise cardiaque diminuer par deux par rapport à celui d'un fumeur après cinq ans d'abstinence et il est égal à celui d'une personne qui n'a jamais fumé au bout de dix ans. Pour le cancer du poumon, il faut attendre dix ans pour que le risque d'en être victime soit deux fois moins élevé que pour un fumeur.

Figure 32

Seuil de dangerosité du tabagisme (en nombre de cigarettes par jour) tel que perçu par les individus, selon leur statut tabagique (en pourcentage)



mée des autres (« beaucoup » : 37,6 % et « un peu » : 33,6 %). Plus d'un quart (28,8 %) déclare ne pas du tout être gêné par cette fumée.

Fumeurs, non-fumeurs, ex-fumeurs...

Il est plus fréquent pour les non-fumeurs de se déclarer gênés par la fumée des autres que pour les fumeurs, quelle que soit la catégorie de fumeurs (occasionnels ou réguliers) (80,3 % vs 52,9 % ; $p < 0,001$), et la différence est particulièrement nette parmi ceux qui se déclarent « beaucoup » gênés (48,9 % vs 14,8 %) (Tableau XII). Mais il est tout à fait remarquable que plus de la moitié des fumeurs (52,9 %) se déclarent gênés par la fumée des autres. Les fumeurs occasionnels se disent plus souvent gênés que les fumeurs réguliers ($p < 0,001$) : beaucoup gêné : 28,1 % vs 12,4 % ; un peu gêné : 39,5 % vs 38,0 %.

Cer tains fumeurs qui consomment plus d'un paquet par jour se déclarent gênés par la fumée des autres (beaucoup : 9,1 % ; un peu : 25,3 % ; $p < 0,001$). Mais de manière générale, les fumeurs se déclarent d'autant plus gênés par la fumée des autres qu'ils consomment de moins grandes quantités de cigarettes par jour (Figure 33).

Tableau XII

La gêne associée à la fumée des autres selon le statut tabagique

	Oui, beaucoup n	%	Oui, un peu n	%	Non, pas du tout n	%
N'a jamais fumé (n=2 775)	1 429	50,8	880	32,2	466	17,0
A fumé juste une seule fois pour essayer (n=2 450)	1 310	53,3	776	31,0	364	15,7
Ancien fumeur occasionnel ou quotidien durant moins de six mois (n=1 223)	634	52,3	386	31,5	203	16,2
Ancien fumeur quotidien durant au moins six mois (n=2 487)	1 001	41,1	787	30,9	699	28,0
Fumeur actuel régulier (n=4 051)	493	12,4	1 563	38,0	1 995	49,6
Fumeur actuel occasionnel (n=667)	192	28,1	262	39,5	213	32,4

Enfin, il est fréquent que les anciens fumeurs se déclarent gênés par la fumée des autres : parmi l'ensemble des personnes interrogées qui déclarent ne plus fumer lors de l'enquête, les individus qui ont fumé quotidiennement ou occasionnellement durant moins de six mois sont ceux qui déclarent le plus souvent être gênés par la fumée des autres (« beaucoup » : 52,3 % ; « un peu » : 31,5 %). Ceux qui ont fumé quotidiennement durant au moins six mois et que l'on pourrait qualifier d'anciens « vrais fumeurs » sont également très nombreux à se déclarer « beaucoup » gênés (41,1 %) et « un peu » gênés (30,9 %).

Hommes, femmes

La part des femmes à déclarer être « beaucoup » gênées est significativement plus élevée que celle des hommes, quel que soit leur statut tabagique (hommes : 33,2 % ; femmes : 41,8 % ; $p < 0,001$). Il est, en revanche, aussi fréquent pour les hommes que pour les femmes de se déclarer « un peu » gêné par la fumée des autres (hommes : 33,9 % ; femmes : 33,4 %).

Jeunes, moins jeunes

Les fumeurs qui déclarent ne pas être gênés du tout par la fumée des autres restent minoritaires quel que soit l'âge, sauf parmi les plus jeunes (12-17 ans) et les plus âgés (65-75 ans). Les plus jeunes sont ceux qui se déclarent le moins souvent gênés quel que soit leur statut tabagique (Tableau XIII).

Figure 33

La gêne associée à la fumée des autres, selon le nombre de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs (en pourcentage)

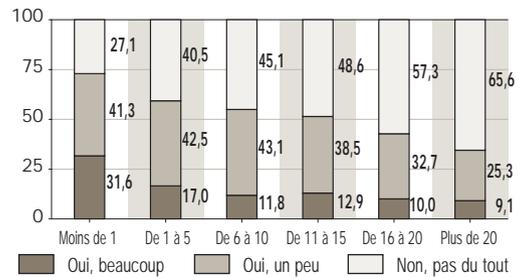


Tableau XIII

Gêne associée à la fumée des autres selon l'âge et le statut tabagique (en pourcentage)

	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout
Fumeurs			
12-17 ans (n=271)	8,1	39,4	52,5
18-24 ans (n=701)	12,7	47,4	39,9
25-34 ans (n=1 481)	15,7	40,5	43,8
35-64 ans (n=2 115)	16,7	34,1	49,2
65-75 ans (n=171)	9,1	30,4	60,5
Non-fumeurs			
12-17 ans (n=826)	34,4	38,9	26,7
18-24 ans (n=675)	43,7	38,7	17,6
25-34 ans (n=1 634)	51,8	32,9	15,3
35-64 ans (n=4 369)	52,8	29,2	18,0
65-75 ans (n=1 435)	47,8	27,3	24,9

Fumeurs : $p < 0,001$; non-fumeurs : $p < 0,001$.



On sait, par ailleurs, que les lieux d'enseignement sont les endroits où les zones non-fumeurs sont les moins bien respectées. Les jeunes sont peut-être plus indulgents face à la fumée des autres et déclarent plus facilement être « *un peu* » que « *beaucoup* ». Ceci doit être rapproché de la prévalence tabagique pour ces tranches d'âge. Par exemple, à prévalence tabagique très proche, il est plus fréquent pour les 25-34 ans de se déclarer « *beaucoup* » gêné par la fumée des autres que pour les 18-24 ans.

Les résultats concernant la gêne occasionnée par la fumée des autres sont identiques selon le diplôme, que l'on soit fumeur ou non-fumeur. Si l'on se rapporte aux conclusions de certaines études, et notamment celle réalisée en Finlande en 2000 [13], l'exposition à la fumée ambiante, notamment sur le lieu de travail, serait d'autant plus importante que l'on est moins diplômé. On pourrait donc penser que les individus les moins diplômés, même s'ils peuvent être relativement plus souvent exposés à la fumée des autres, ont une plus grande acceptation de celle-ci. Compte tenu des variations socioculturelles qui peuvent exister entre la France et la Finlande, ces conclusions sont à considérer avec prudence. On rapprochera ces éléments des points développés ci-après dans ce chapitre, selon lesquels plus on est diplômé, plus on estime les zones non-fumeurs bien respectées sur son lieu de travail.

Personnes souffrant d'asthme ou de maladies cardiaques

Les individus qui souffrent d'asthme se déclarent significativement ($p < 0,01$) plus souvent gênés par la fumée des autres que ceux qui n'en souffrent pas (« *beaucoup* » gêné : 45,2 % vs 37,3 % pour le reste de la population ; $p < 0,01$). Il en va de même pour les personnes qui ont des maladies cardiaques : 50,7 % d'entre elles se déclarent « *beaucoup* » gênées par la fumée des autres et 21,8 % se déclarent « *un peu* » gênées ($p < 0,001$).

Évolution depuis 1992

Les différents Baromètres santé depuis 1992 montrent qu'il est de plus en plus fréquent de se déclarer « *beaucoup* » gêné par la fumée des autres (Figure 34). Alors qu'il était plus fréquent en 1992 de se déclarer « *pas du tout* » gêné que « *beaucoup* » gêné, la tendance s'est très clairement inversée au fil du temps et jusqu'en 1999.

Le respect des zones non-fumeurs

Les déclarations des fumeurs concernant leurs comportements vis-à-vis du respect des zones non-fumeurs ne rejoignent pas toujours celles des non-fumeurs sur le même sujet. Dans tous les lieux, excepté les lieux d'enseignement, les fumeurs estiment plus souvent que les non-fumeurs que les zones sont bien respectées. De manière générale, et ce pour l'ensemble des lieux à propos desquels les personnes ont été interrogées, les fumeurs déclarent en grande majorité respecter eux-mêmes les zones non-fumeurs et estiment beaucoup plus souvent qu'elles sont respectées que ne le font les non-fumeurs (Figure 35).

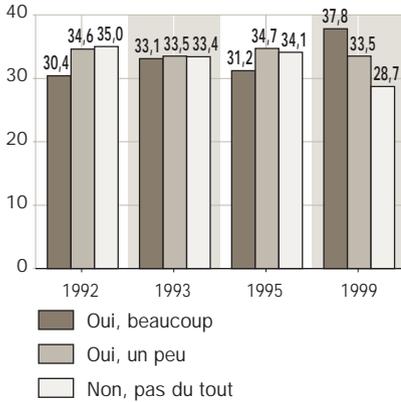
Le lieu de travail

La question du respect des zones non-fumeurs sur les lieux de travail n'a été posée qu'aux individus déclarant travailler au moment de l'enquête. 16,4 % des fumeurs interrogés (18,6 % des hommes et 13,3 % des femmes ; $p < 0,001$) déclarent qu'il leur arrive de fumer sur leur lieu de travail. Par ailleurs, un tiers (37,1 %) des personnes interrogées estiment que les zones non-fumeurs ne sont pas bien respectées sur ce type de lieu et ce pourcentage est de 40,6 % pour les non-fumeurs. Aucune différence significative n'est observée en fonction du secteur (public ou privé), de la catégorie socioprofessionnelle ou du niveau d'études parmi ceux qui déclarent fumer sur leur lieu de travail et ceux qui ne font pas cette déclaration. En revanche, il apparaît que plus on est diplômé, plus on estime que les zones non-fumeurs sont bien respectées



Figure 34

Adultes de 18 à 75 ans se déclarant gênés par la fumée des autres (en pourcentage)



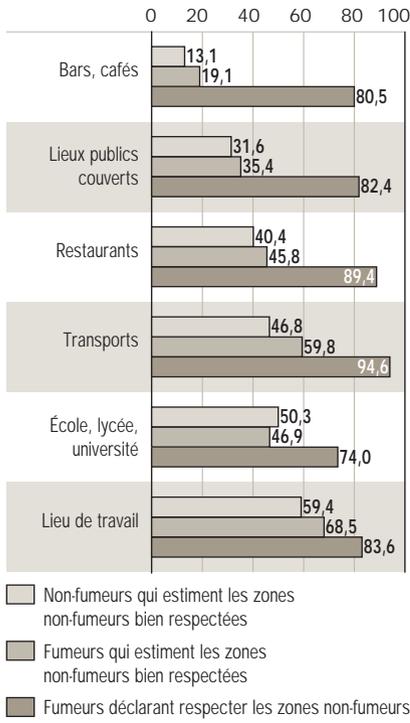
sur le lieu de travail, et ce, quels que soient le sexe, l'âge ou le statut tabagique (Figure 36).

Les lieux d'enseignement

49,2 % de la population concernée par ces lieux considèrent que les zones non-fumeurs y sont bien respectées, sans que la différence entre les fumeurs et les non-fumeurs ne soit significative. Un quart (26,0 %) des individus interrogés déclare qu'il lui arrive de fumer à l'école, au lycée ou à l'université selon le lieu d'enseignement qu'il fréquente, ce qui en fait des lieux publics où le pourcentage de consommateurs de tabac est le plus élevé. Enfin, la différence observée entre les 12-17 ans et les 18-24 ans n'est pas significative.

Figure 35

Respect des zones non-fumeurs selon les lieux (en pourcentage)

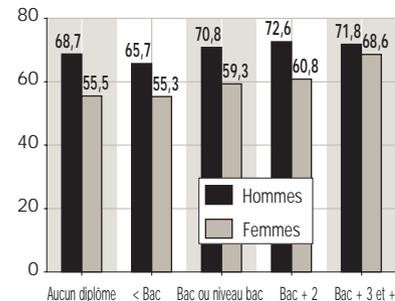


Les transports

Selon les déclarations des fumeurs, les zones les mieux respectées sont les transports : seulement 5,4 % d'entre eux déclarent qu'il leur arrive d'y fumer. En revanche, une majorité (53,2 %) des non-fumeurs estime que les transports ne sont pas des zones bien respectées. Cette différence pourrait s'expliquer par le caractère captif de la population transportée qui ne peut s'éloigner pour éviter la fumée ambiante et qui supporterait donc d'autant moins ce désagrément.

Figure 36

Individus estimant que les zones non-fumeurs sont bien respectées sur leur lieu de travail (en pourcentage)





Les restaurants

Seulement 10,6 % des fumeurs déclarent qu'il leur arrive de consommer du tabac dans les zones non-fumeurs des restaurants (4,3 % des fumeurs occasionnels et 11,7 % des fumeurs réguliers ; $p < 0,001$). Tout comme pour les transports, les pratiques semblent différentes de l'impression qu'elles donnent, puisque pour 40,4 % des fumeurs et 45,8 % des non-fumeurs, les zones y sont bien respectées.

Les lieux publics couverts en général

Dans l'ensemble, ces lieux publics semblent bien respectés puisque seules 17,6 % des personnes interrogées déclarent qu'il leur arrive d'y fumer (19,5 % des hommes vs 15,4 % des femmes ; $p < 0,01$). Sans surprise, ce sont les fumeurs réguliers qui déclarent le plus souvent y fumer (19,3 % vs 7,8 % pour les fumeurs occasionnels ; $p < 0,001$). Enfin, 35,4 % des fumeurs et 31,6 % des non-fumeurs estiment que les zones y sont bien respectées.

Enquêtes comparées

Les comparaisons de résultats d'enquêtes dont les échantillons sont obtenus en aléatoire et en quotas font l'objet de nombreuses discussions [16]. En 2000, le CFES et la Cnamts ont mis en place avec l'institut Ipsos Opinion un dispositif d'enquêtes inspiré des méthodes de marketing, afin de mesurer et de suivre dans le temps l'intensité avec laquelle la population générale et les fumeurs en particulier perçoivent les actions de prévention du tabagisme.

Douze vagues d'enquêtes, réalisées à intervalles réguliers de juillet à décembre 2000 dans le cadre d'un omnibus téléphonique, ont permis de recueillir les réponses de 11 497 individus âgés de 18 ans et plus, constituant un échantillon national représentatif de la population française selon la méthode des quotas (âge, sexe, profession du chef de famille, taille de l'agglomération et région).

La questions concernant le fait de fumer étaient formulées de manière strictement identique dans les deux types d'enquêtes (Baromètre santé 2000 pour l'enquête en aléatoire et étude Ipsos Opinion pour les enquêtes par quotas). En revanche, les autres questions sont proches dans leur formulation, mais non strictement identiques. La principale différence réside dans la question concernant le délai envisagé pour l'arrêt.

Questions posées dans le cadre du cumul d'enquêtes par quotas :

- Fumez-vous, ne serait-ce que de temps en temps ? (oui/non/nsp)
- En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
- Avez-vous le projet d'arrêter de fumer ? (non/oui, dans le mois à venir/oui, dans les six prochains mois/

oui, dans les douze prochains mois/oui, dans un avenir non déterminé/nsp).

Au-delà de l'objectif premier de ce dispositif, le cumul de ces vagues d'enquêtes permet d'analyser les comportements tabagiques des individus interviewés et de les comparer aux données du Baromètre santé 2000, recueillies en sélectionnant les individus de manière aléatoire (*Tableau XIV*).

Compte tenu du grand nombre d'enquêtes par quotas réalisées par le CFES et la Cnamts dans le cadre du suivi et de l'évaluation de leurs campagnes de communication, il est intéressant de constater que les résultats des deux types d'enquêtes sont proches concernant la prévalence tabagique en général, les distinctions selon l'âge et le sexe, ou même les quantités fumées par jour. Le pourcentage de fumeurs qui déclarent avoir le projet d'arrêter de fumer (72 % dans le cumul d'enquêtes par quotas) est plus élevé que le pourcentage de fumeurs qui déclarent avoir envie d'arrêter de fumer (58,9 % d'après le Baromètre santé 2000). Une explication de cette différence pourrait se trouver dans le fait que l'on peut avoir le projet d'arrêter de fumer (dans un avenir plus ou moins proche) sans en avoir particulièrement envie, connaissant les difficultés auxquelles on se confronte lors du sevrage. D'autres exemples seraient nécessaires pour mieux comprendre ce phénomène.

Enfin, concernant la répartition géographique et la catégorie d'agglomération, le cumul des vagues d'enquêtes par quotas présenté ici n'a pas permis d'observer de disparités notables en terme de prévalence déclarée, alors que le Baromètre santé, lui, met en évidence des disparités régionales (voir carte).



Les bars, les cafés

Les bars et les cafés sont les lieux où le pourcentage de fumeurs déclarant respecter la loi (80,5 %) est le plus éloigné de celui des fumeurs estimant que ces zones sont bien respectées (19,1 %). Les hommes déclarent plus souvent y fumer que les femmes (22,5 % vs 15,9 % ; $p < 0,001$), de même que les plus jeunes par rapport à leurs aînés (25,9 % pour les 12-17 ans, 26,4 % pour les 18-24 ans, 22,2 % pour les 25-34 ans, 15,5 % pour les 35-64 ans et

seulement 9,1 % pour les 65-75 ans). Comme pour les autres lieux, les non-fumeurs estiment un peu moins souvent que les fumeurs que ces zones sont bien respectées (13,1 % seulement).

Globalement, qui transgresse ?

35,5 % des fumeurs déclarent qu'il leur arrive de consommer du tabac dans au moins une zone non-fumeurs parmi les lieux de travail, les lieux d'enseignement, les transports, les restaurants, les bars, les cafés et

Tableau XIV

Résultats comparés du Baromètre santé 2000 et du cumul d'enquêtes téléphoniques par quotas

	Enquête téléphonique par quotas : Cumul de douze vagues d'omnibus Ipsos 11 497 individus de 18 ans et plus (enquêtes de juillet à décembre 2000)	Enquête téléphonique en aléatoire : Baromètre santé 2000 Résultats uniquement sur 12 256 individus de 18-75 ans (enquête d'octobre à décembre 1999)
Proportion		
Fumeurs (occasionnels ou réguliers)	34,0 % ^a	34,3 %
Hommes	39,4 %	38,6 %
Femmes	28,7 %	30,3 %
Moins de 35 ans	46,2 %	47,3 %
Plus de 35 ans	27,5 %	28,1 %
Fumeurs occasionnels	3,7 %	4,6 %
Quantités consommées chez les fumeurs réguliers		
Ensemble	14,1 cig/jour	14,4 cig/jour
Hommes	15,0 cig/jour	15,4 cig/jour
Femmes	12,9 cig/jour	13,2 cig/jour
Moins de 35 ans	12,4 cig/jour	13,0 cig/jour
Plus de 35 ans	15,4 cig/jour	15,6 cig/jour
Fumeurs ayant le projet ou l'envie d'arrêter de fumer		
« Avez-vous le projet d'arrêter... ? »	72,0 %	
« Avez-vous envie d'arrêter... ? »		58,9 %
Délai envisagé pour arrêter de fumer		
Dans le mois à venir	15,3 %	18,7 %
Dans les six prochains mois	15,3 %	23,1 %
Dans les douze prochains mois	5,6 %	6,3 %
Dans un avenir indéterminé	63,9 %	52,0 %

a. Ce pourcentage s'est avéré relativement stable tout au long des douze vagues d'enquête, oscillant entre 30 % et 37 %, sans qu'il soit possible d'imputer ces évolutions à des effets de saison ou de campagnes de prévention.



les lieux publics couverts en général. Ce résultat recouvre de grandes disparités entre les fumeurs occasionnels qui sont 22,1 % à faire cette déclaration et les fumeurs réguliers qui sont 37,9 % à la faire ($p < 0,001$).

La différence est également marquée entre les hommes et les femmes (39,2 % vs 31,3 % ; $p < 0,001$) et entre les plus jeunes et les moins jeunes, les 18-24 ans étant ceux qui déclarent le plus souvent ne pas respecter au moins une zone (50,8 % parmi les 12-17 ans et 48,6 % parmi les 18-24 ans ; $p < 0,001$).

Évolution depuis 1992

Avec le temps, les fumeurs déclarent de moins en moins souvent consommer du tabac dans les zones non-fumeurs (Figure 37). Ces évolutions sont significatives ($p < 0,001$) pour les lieux de travail, les restaurants, les bars et les cafés. Elles ne le sont pas pour les transports. Elles sont plus particulièrement marquées pour les lieux de travail, les restaurants et les bars. Le respect des zones non-fumeurs dans les transports, qui était déjà assez bon au début de l'instauration de la loi Evin, semble avoir atteint un seuil en deçà duquel

s'amorcent des résistances moins réduites.

En ce qui concerne les lieux d'enseignement, la loi semble également de mieux en mieux respectée, puisque 34,0 % des jeunes de 12 à 19 ans déclaraient qu'il leur arrivait d'y fumer en 1997, alors qu'ils ne sont plus que 24,2 %¹ en 1999.

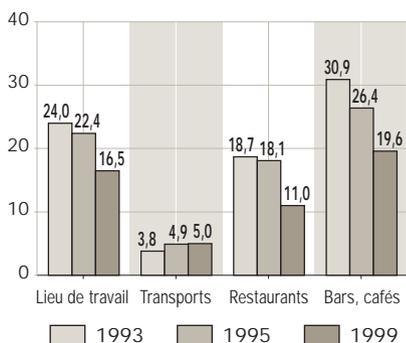
Discussion

L'écart entre les déclarations de fumeurs sur leur propre comportement et les déclarations des mêmes personnes ou de non-fumeurs sur le respect général des zones réglementées n'est pas forcément dû à une éventuelle dissimulation du comportement réel de la part des fumeurs. On peut, en effet, penser qu'il suffit d'un petit nombre de transgresseurs pour emporter le jugement d'irrespect des règles. Plus intéressante est la comparaison entre fumeurs et non-fumeurs sur ce jugement. Le décalage est certainement dû à une moindre gêne des fumeurs et à une certaine volonté de consonance entre ce qu'ils font personnellement et le résultat collectif qui en résulte.

Les zones non-fumeurs sont perçues comme étant de mieux en mieux respectées, et ce particulièrement pour les lieux de travail, les bars et les restaurants. En parallèle, on se déclare de plus en plus souvent gêné par la fumée des autres. Ceci est à rapprocher de la forte adhésion que la loi Evin a remporté de la part de l'opinion publique [14] et des résultats d'une étude réalisée en mai 2001, selon laquelle 74 % des Français sont favorables au renforcement de la réglementation relative à la protection des non-fumeurs [15]. On peut donc faire l'hypothèse que l'on se dirige peut-être vers une moins grande tolérance envers la fumée des autres. Ce constat rejoint peut-être le paradoxe de Tocqueville selon lequel plus un phénomène désagréable se raréfie, plus ce qu'il en reste est perçu ou vécu comme insupportable.

Figure 37

Individus de 18 ans et plus déclarant qu'il leur arrive de fumer dans les zones non-fumeurs



1. Résultat redressé à partir du recensement de 1990.



Conclusion

La consommation au fil des âges

L'adoption d'un comportement tabagique d'une partie des adolescents se fait de façon rapide. En effet, l'évolution de la prévalence régulière du tabagisme entre les 12-14 ans et les 15-19 ans est très marquée (les jeunes de 12 ans sont moins de 1 % à déclarer fumer régulièrement, mais ceux qui ont atteint leur majorité sont près de 40 % à faire cette déclaration). Elle s'effectue dans des proportions beaucoup plus importantes (multipliées par huit) que celles observées pour la consommation d'alcool ou de cannabis. Chez les adolescents, la cigarette peut constituer dans un premier temps un symbole de liberté et d'indépendance par rapport aux interdits de la famille, des enseignants et de la société adulte dans son ensemble. L'alcool bénéficie moins de cette image. Son initiation, plus précoce que celle du tabac, se fait la plupart du temps dans le cadre familial. Les boissons alcooliques consommées par les jeunes correspondent davantage à des occasions festives ou à la recherche de l'ivresse (cf. chapitre Alcool). En moyenne, l'initiation au cannabis est postérieure à celle du tabac (cf. chapitre Drogues illicites : pratiques et attitudes). Sa consommation peut également traduire une volonté d'afficher son indépendance à l'égard des normes adultes, mais cette dimension est sans doute différente de celle associée au tabac, en premier lieu parce que l'usage de cannabis est illégal, ensuite parce que les caractères transgressifs de la consommation de tabac et de cannabis sont différemment sexués : dans une société où dominent des valeurs masculines, où la cigarette a longtemps été associée à une symbolique virile, certains auteurs ont souligné avec un humour grinçant que le tabagisme des femmes était sans doute l'une des plus grandes et des moins enviables des conquêtes du féminisme. En ce qui concerne le cannabis, son

caractère illicite entraîne une transgression sociale où l'on retrouve, de façon classique, plus de garçons que de filles.

Ces trois produits, tabac, alcool et cannabis, ont leurs particularités en termes de représentations sociales, d'approvisionnement, mais aussi d'effets et de dangers pour le consommateur. La recherche de sensations fortes pour certains adolescents pourra se traduire par la consommation de substances psychoactives, par une pratique sportive intense ou encore par des prises de risque volontaires. Le tabac fumé a un effet psychostimulant avec une augmentation de la vigilance et de la capacité de réflexion², mais les fumeurs ressentent peu d'euphorie, tout au plus une légère modification de l'humeur et pas d'hallucination. La situation est très différente pour l'alcool et le cannabis. Les effets aigus de la prise d'alcool se décomposent en deux phases : euphorie, désinhibition et excitation puis sédation et endormissement. Les conséquences à petite dose de la consommation de cannabis sont variables : légère euphorie, sentiment d'apaisement. Les raisons liées à la consommation isolée de tabac des adolescents ne sont donc pas dans un premier temps la recherche de sensations fortes comme cela pourrait être le cas pour la consommation d'autres produits. D'autres motifs sont plus souvent à l'origine du début du tabagisme : curiosité, défiance des interdits, affirmation de soi, appartenance à un groupe, etc. Le rôle des parents fumeurs est aussi un élément prédominant pour expliquer l'entrée précoce dans le tabagisme. Il pose toute la question de l'attitude des parents consommateurs de tabac vis-à-vis de leurs enfants : interdiction, compréhension, renoncement.

La prévalence tabagique se stabilise très vite avec les années. En revanche, les quan-

2. Livret de connaissances, *Drogues, savoir plus. Comprendre l'action des drogues*. D'après le rapport Roques, décembre 1999. Voir aussi la définition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM IV), reprise dans la Classification internationale des maladies (CIM 10). Notons ici que c'est la dépendance au tabac qui est classée comme maladie. La consommation de tabac, elle, ne l'est pas.



tités consommées augmentent avec l'âge chez les jeunes comme chez les adultes. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette situation. Le jeune fumeur tirant des bénéfices essentiellement sociaux de son tabagisme n'éprouverait pas, sauf exception, le besoin physique ou psychologique de fumer du tabac lorsqu'il est seul. L'interdiction de fumer de la part des parents ou en milieu scolaire pourrait de plus jouer un rôle modérateur, même si les établissements scolaires ont encore du mal à faire respecter les zones non-fumeurs. Enfin, la mécanique de la dépendance s'installe peu à peu avec le temps. En effet, l'usage prolongé du tabac entraîne rapidement une forte dépendance physique et psychique. Les données de cette enquête illustrent cette mise en place progressive et rapide. Outre les facteurs spécifiques à la personne et au pouvoir addictif puissant de la nicotine, d'autres éléments peuvent aussi expliquer l'augmentation des quantités consommées comme la hausse du pouvoir d'achat avec l'âge. En effet, le prix des cigarettes est le motif d'arrêt le plus souvent évoqué par les plus jeunes.

De la dépendance à l'arrêt

La dépendance associée à l'usage d'une substance psychoactive est caractérisée par le fait d'en poursuivre la consommation tout en étant conscient des conséquences négatives que celle-ci entraîne dans la vie privée ou professionnelle¹. Ce concept de dépendance, qui inclut la pharmacodépendance (*désir compulsif de se procurer la substance en cause*), justifie en grande partie les actions de prévention et d'incitation à l'arrêt. La question de la liberté individuelle ou du libre arbitre est ici en jeu². Dans quelle mesure les fumeurs les plus dépendants restent-ils libres de leurs choix ? Informer sur les dangers du tabac ne suffit plus car ce libre arbitre est d'autant plus fragile que la personne est dans une situation de dépen-

dance et qu'elle vit dans un contexte psychologique et social précaire. Il est donc nécessaire d'inciter et d'aider les fumeurs qui ont le projet d'arrêter (et d'après les résultats présentés ici, ils sont nombreux), non seulement en favorisant une prise de conscience des dangers du tabac mais aussi en créant un environnement favorable à l'enclenchement de ce processus d'arrêt. Concernant plus spécifiquement les jeunes, il apparaît clairement qu'ils sont plus sensibles aux arguments les impliquant à court terme qu'à ceux qui tentent de les projeter dans un avenir plus lointain.

L'aide au sevrage tabagique s'organise progressivement en France. Les professionnels de la santé diplômés en tabacologie sont de plus en plus nombreux, les centres de prise en charge de la dépendance au tabac se développent, les traitements efficaces sont disponibles plus facilement, des médecins généralistes et des pharmaciens s'initient à une prise en charge de qualité pour cette dépendance... En 1998, la ligne téléphonique Tabac Info Service a été ouverte à l'initiative de la Cnamts et du CFES afin de répondre aux nombreuses interrogations du public et d'accompagner les fumeurs dans leur démarche d'arrêt. Depuis sa mise en place, la ligne répond à plus de vingt-cinq mille appels chaque année.

Perspectives

L'histoire des campagnes nationales de prévention du tabagisme a débuté en France en 1976. Les stratégies de communication du CFES et des institutions concernées (ministère de la Santé, Assurance maladie, etc.) ont largement évolué au fil des années. Les premières campagnes ciblaient globalement des populations très variées : les jeunes mais aussi les femmes enceintes, les personnes âgées, les fumeurs comme les non-fumeurs, autour du slogan unique « *Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons* ». La communication s'est ensuite orientée vers la prévention de l'initiation au tabagisme avec des programmes de communication en direction des jeunes, autour

1. *Idem* note page précédente.

2. *La Santé de l'homme* n° 347, mai-juin 2000, CFES.



de la valeur de la liberté (« *Une cigarette écrasée c'est un peu de liberté gagnée* » en 1978), puis de la séduction (« *Le tabac, c'est plus ça* » en 1988). Les campagnes se sont ensuite attachées à valoriser l'image du non-fumeur. C'est d'abord en se réappropriant certains grands mythes de grands espaces, de nature et de liberté, en particulier ceux véhiculés par le cow-boy Marlboro (« *Fumer, c'est pas ma nature* » en 1991), puis en montrant le non-fumeur comme une personne dynamique et qui sait prendre du plaisir (« *L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée* » de 1993 à 1996). L'évolution des comportements (les deux tiers des Français sont non-fumeurs) et des représentations (l'image sociale du fumeur s'est profondément modifiée) a ensuite amené, en 1997, à centrer la communication sur l'arrêt du tabac. Elle s'attache désormais à donner des clés aux fumeurs pour les soutenir dans leur démarche d'arrêt. Deux campagnes différentes ont été menées dans cette direction : « *La vie sans tabac, vous commencez quand ?* » de 1997 à 1999, puis la campagne 2000-2001 « *Aujourd'hui, c'est peut-être le bon jour pour vous arrêter de fumer* ».

Sur le plan national, les moyens humains et financiers consacrés à la prévention du tabagisme ont plus que décuplé depuis l'instauration de la loi Evin, mais ils restent insuffisants face à l'importance des problèmes posés. De nombreuses idées fausses perdurent : les « *lights* » sont encore considérées par de nombreuses personnes comme moins dangereuses pour la santé, le tabagisme passif n'est pas reconnu par tous, les substituts nicotiniques font encore peur, etc. Il reste également beaucoup à faire pour que le corps médical soit suffisamment mobilisé sur cette question. Enfin, les jeunes et les femmes sont des publics particulièrement visés par les stratégies marketing de l'industrie du tabac et l'éducation pour la santé doit les aider à y résister. Beaucoup de pays se sont engagés dans la voie de l'interdiction de vente de tabac aux moins de 16 ans ou de 18 ans. Si la ques-

tion de l'efficacité de ces mesures reste en débat, le fait de réaliser des profits et de percevoir des taxes sur les consommations des plus jeunes est entré dans une zone d'incertitude croissante.

Sur le plan international, des réflexions et des débats d'ordre législatif, réglementaire et administratif sont actuellement en cours. Une directive européenne tente de rapprocher les dispositions nationales en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac. Ces initiatives se heurtent malheureusement aux fortes pressions de la part de l'industrie du tabac et aux résistances de certains États membres. Plus difficile encore à contourner, le traité de l'Union européenne ne permet pas de faire passer des dispositions réglementaires d'harmonisation concernant la santé. Les avatars de la récente directive sur l'interdiction de la publicité en faveur des produits du tabac ont bien montré l'impasse dans laquelle se trouvent les États dans ce domaine. Enfin, la Convention cadre sur le contrôle du tabac, portée par l'Organisation mondiale de la santé, vise à une collaboration renforcée entre les instances de santé publique et les sphères financière, agricole, commerciale et sociale, au sein de chaque pays mais également à l'échelle internationale. L'objectif est de faire en sorte que les considérations de santé publique prévalent sur les intérêts économiques et que l'une des premières causes de mortalité évitable au monde soit enfin combattue à sa juste mesure.



références bibliographiques

1. Hill. C. Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfiques pour la santé de l'arrêt du tabac et absence probable de bénéfice d'une réduction de consommation. In : Anaes/Assistance publique. *L'arrêt de la consommation de tabac*. Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac. Paris, 8-9 octobre 1998. Paris : Éditions EDK, 1998 : 67-73.
2. Nizard A. *Les effets sur la mortalité de quelques maux contemporains : sida, hépatite, alcool et tabac*. Population. 2000 ; 55 (3) : 503-64.
3. Choquet M, Ledoux S., Hassler C., Beck F., Peretti-Watel P. *Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête Espad 1999, évolution 1993-1999*. Tendances n° 6, février 2000.
4. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. (sous la dir.). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 328 p.
5. Godeau E., Dressen C., Navarro F. *Les années collège. Enquête santé HBSC 98 auprès des 11-15 ans en France*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2000 : 118 p.
6. Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion M. J., Bouchet C., Briançon S. *Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé*. Santé publique 1997 ; n° 1 : 34-44.
7. Aliaga C. *Évolution de l'usage de la consommation de tabac, résultats des Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages*. Insee première, octobre 2001, n° 808.
8. Eurostat. *Annuaire Eurostat*, 2001.
9. Genier P., Jacobzone S. *Comportement de prévention, consommation d'alcool et tabagie : peut-on parler d'une gestion globale du capital santé ?* Série des documents de travail de la Direction des études et synthèses économiques (Insee), G9605, 1996.
10. Peretti-Watel P. *Sociologie du risque*, Paris : Armand Colin, 2000.
11. Goodman E., Capitman J. *Depressive Symptoms and Cigarette Smoking Among Teens*. Pediatrics 2000 ; 106 : 748-55.
12. Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors*. OFDT, Tendances 2001 ; n° 16.
13. Heloma A., Kahkonen E., Kaleva S., Reijula K. *Smoking and exposure to tobacco smoke at medium-sized and large-scale workplaces*. Am. J. Ind. Med. 2000 ; 7 : 214-20.
14. Karsenty S., Slama K., Hirsch A. *Le tabagisme en France avant et après la loi Evin de 1991*. In : Conseil national de l'évaluation. Commissariat général du Plan (sous la dir.). *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ; rapport d'évaluation*. Paris : La Documentation française, 1999 : 337-49.
15. *Les Français et le tabagisme passif*. Synthèse et rapport. Ipsos/CFES/Cnamts/DGS, mai 2001 : 47.
16. Guilbert P., Baudier F., Arwidson P. *Comparaison de deux modalités d'enquête sur les comportements et attitudes au sujet de l'alcool, du tabac et des drogues illégales*. Masson, Rev. Épidemiol. et de Santé publique 1999 ; 47, n° 2 : 129-38.





Relecture : **Claude Got** (Collège scientifique de l'OFDT)



Alcool

Stéphane Legleye, Colette Ménard,
François Baudier, Olivier Le Nezet

l'essentiel en quelques chiffres...

En France, la consommation d'alcool excessive et/ou prolongée reste l'un des déterminants majeurs de morbidité, de mortalité et de problèmes sociaux. Pour cette raison, les auteurs du Baromètre santé 2000 ont analysé en détail le profil des différents consommateurs. Seuls 3,5 % des 12-75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcooliques (2,4 % des 20-75 ans). Toutefois, ces habitudes sont largement différenciées selon le sexe et l'âge. De façon générale, les hommes sont beaucoup plus consommateurs que les femmes et l'observation des fréquences de consommation fait apparaître des contrastes entre générations. Ainsi, parmi les 12-75 ans, 19,3 % ont déclaré avoir bu de l'alcool tous les jours au cours des douze derniers mois, les hommes presque trois fois plus souvent que les femmes (27,8 % *vs* 11,2 %). Cette prise quotidienne est très certainement un phénomène de génération : quasi inexistante chez les 12-25 ans, elle augmente ensuite fortement avec l'âge : entre 65 et 75 ans, 64,9 % des hommes et 33,1 % des femmes déclarent boire de l'alcool quotidiennement. La consommation hebdomadaire (au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois) con-

cerne davantage les jeunes : elle est le mode de consommation majoritaire des 20-44 ans (environ 60 % des hommes et 40 % des femmes).

Les produits

La boisson alcoolique la plus souvent consommée chez les 12-75 ans est le vin : il est bu quotidiennement par 17,5 % de la population, la bière par 2,6 %, les alcools forts et les autres alcools par moins de 1 % des Français. Les modalités de consommation de ces boissons sont différentes : consommation quotidienne pour le vin, sur tout chez les adultes ; consommation hebdomadaire pour la bière et les alcools forts, plutôt chez les jeunes ; enfin, consommations plus rares pour les autres alcools (cidre, panaché, champagne, etc.). La bière est la boisson la plus masculine ; les alcools forts et les autres alcools sont celles pour lesquelles les différences entre les sexes sont les plus faibles. Le vin occupe une position intermédiaire, tout en étant nettement plus masculin.

Quantités bues

Chez les hommes, le nombre moyen de verres absorbés la veille est de 2,9 ; les quantités les plus importantes sont décla-

rées par les 20-25 ans et les 55-64 ans (3,3 et 3,2 verres). Chez les femmes, le nombre moyen de verres bus la veille est 1,7 et ce sont les 15-25 ans qui déclarent les consommations les plus importantes (2,0 verres). Parmi les hommes, au contraire des femmes, les quantités déclarées varient sensiblement suivant la fréquence de consommation : 3,3 verres pour les buveurs quotidiens ; 2,7 verres pour les buveurs hebdomadaires ; 2,0 verres pour les buveurs mensuels.

Ivresses au cours de l'année

15,8 % des personnes ayant bu de l'alcool au cours de l'année déclarent au moins un épisode d'ivresse durant cette période, les hommes trois fois plus fréquemment que les femmes (23,1 % *vs* 8,3 %). Ces déclarations varient significativement en fonction de l'âge, avec un pic chez les 15-25 ans. Ainsi, si le nombre moyen d'ivresses déclarées au cours de l'année par ceux qui déclarent une ivresse est de 4,4 (5,0 pour les hommes et 2,8 pour les femmes), il est maximal entre 20 et 25 ans (7,4 ivresses chez les hommes et 3,4 ivresses chez les femmes), à un âge où la consommation quotidienne est très rare.

Consommations « à risque »

8,6 % des enquêtés de 12 à 75 ans seraient (ou auraient été) potentiellement dépendants à l'alcool selon le test Deta, soit environ 4 millions de personnes. Ce risque de dépendance est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les fem-

mes (13,3 % *vs* 4,0 %), maximal entre 45 et 54 ans, et concerne davantage les consommateurs quotidiens d'alcool.

Profil socio-économique des consommateurs

À âge et sexe comparables, les associations entre les indicateurs étudiés et la situation professionnelle, le niveau d'études ou le revenu du foyer sont très diversifiés. Ainsi, la consommation quotidienne au cours des douze derniers mois est un peu plus fréquente parmi les personnes de niveau d'études ou de revenus peu élevé ou encore chez les agriculteurs, les artisans-commerçants ou chefs d'entreprise. En revanche, les ivresses répétées (plus de trois au cours de l'année) ou la dépendance potentielle à l'alcool mesurée par le test Deta concernent plus souvent les sujets dont le foyer a des revenus élevés. Par ailleurs, le fait que cette dépendance potentielle soit plus fréquente parmi les travailleurs indépendants et les personnes au chômage montre que le niveau de vie n'est pas la seule variable pertinente pour l'appréhender.

Géographie des consommations

Le Baromètre santé 2000 permet de mettre en évidence des consommations géographiquement différenciées pour les principaux indicateurs de consommation, entre d'une part, l'est et l'ouest de la France (prévalence de l'ivresse plus élevée sur la façade atlantique), et d'autre part, le nord et le sud (consommation quotidienne plus fréquente dans le sud).



La consommation excessive et/ou prolongée d'alcool en France reste un des déterminants majeurs de morbidité, de mortalité et de problèmes sociaux. Selon les estimations, le nombre annuel de décès liés à cette habitude se situe entre 40 000 et 50 000 [1]. Le nombre de personnes qui ont des difficultés médicales, psychologiques ou sociales à mettre en relation avec l'alcool est évalué à 5 millions.

En 1994, le Haut Comité de la santé publique (HCSP) recommandait de mener une politique volontariste de manière à :

- réduire de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans ;
- réduire les conduites dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales ;
- réduire les disparités régionales en amenant toutes les régions au niveau des régions les moins consommatrices.

Bien que la consommation d'alcool soit en baisse constante depuis les années soixante-dix (22,3 litres d'alcool pur en 1970 et 15,6 litres en 1996 par adulte de plus de 15 ans), l'objectif fixé de porter la consommation moyenne à 11,3 litres en 2000 ne semble pas avoir été atteint [2]. Le

rapport 1998 du HCSP, comparant les données 1994 et 1998, confirmait la persistance du rôle déterminant de l'alcool comme facteur de mortalité prématurée en France et sa forte association aux disparités sociales : les risques de décès entre 25 et 54 ans sont dix fois plus élevés chez les hommes ouvriers-employés que chez les cadres supérieurs [3].

Les récentes publications sur les problèmes de dangerosité des drogues ont désormais clarifié pour les cliniciens l'importance des risques addictifs liés à la consommation d'alcool et les comportements d'usage, d'usage nocif et de dépendance [4-6]. La récente expertise collective réalisée par l'Inserm [7] vient de rendre publiques les connaissances scientifiques sur « les effets de l'alcool sur la santé ». Les experts s'accordent à reconnaître que les risques liés à la consommation d'alcool sur la mortalité et les maladies graves augmentent au-delà de 20 grammes d'alcool par jour. Bien que tous les individus n'aient pas la même sensibilité à l'alcool, ces observations conduisent à recommander de ne pas dépasser 2 à 3 verres par jour pour les femmes et 3 à 4 verres par jour pour les hommes [8], des repères de consommation attendus par l'opinion publique pour comprendre le concept de modération [9].

Dans le cadre d'une approche de santé pu-

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



Définitions

- Les consommateurs quotidiens sont les personnes ayant déclaré consommer au moins une boisson alcoolique par jour
- Les consommateurs hebdomadaires sont les personnes ayant déclaré consommer au moins une boisson alcoolique par semaine, à l'exception de tous les jours.
- Les consommateurs mensuels sont les personnes ayant déclaré consommer au moins une boisson alcoolique par mois, à l'exclusion d'une consommation par semaine.
- Les consommateurs occasionnels sont les personnes ayant déclaré consommer au moins une boisson alcoolique moins d'une fois par mois.

blique, le Baromètre santé 2000 a souhaité accorder une attention particulière à la description du profil des différents consommateurs d'alcool repérés à partir de leur consommation déclarée. De façon à éviter toute subjectivité, notamment sur les termes de « régularité » ou de « consommation occasionnelle », les indicateurs retenus ont été définis suivant les fréquences déclarées par rapport à des unités de temps spécifiques : consommation quotidienne, consommation hebdomadaire, mensuelle ou plus occasionnelle. Le déclaratif des consommations sur l'année a été rapproché de celui obtenu sur la semaine. Les quantités bues, appréhendées comme dans les Baromètres santé précédents par la question du nombre de verres absorbés la veille, ont permis de préciser les différents modes de consommation sur la semaine courante et sur le week-end.

Des régressions logistiques ont permis d'explorer les principaux facteurs discriminants des différentes consommations. En tenant compte des disparités liées à l'âge et au sexe, les interrogations ont porté sur :

- les spécificités des consommateurs quotidiens par rapport aux consommateurs hebdomadaires chez les plus de 20 ans ;

- les caractéristiques des consommateurs hebdomadaires vis-à-vis des consommateurs plus occasionnels chez les 15-19 ans ;
- le profil des consommateurs ayant une prise d'alcool la veille supérieure aux seuils actuellement considérés comme « dangereux » (plus de 4 verres par jour pour les hommes, plus de 3 verres par jour pour les femmes) ;
- le profil des consommateurs ayant des ivresses répétées (plus de 3 ivresses dans l'année) ;
- les consommateurs dits « à risque » repérés par le test clinique Deta ;
- le profil des abstinents.

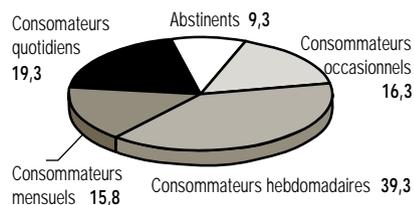
La dernière partie du chapitre est consacrée à une analyse des disparités régionales des différentes prévalences de consommation (dont les ivresses) par type d'alcool.

Prévalence de la consommation d'alcool sur l'année

90,7 % des 12-75 ans déclarent avoir eu l'occasion de boire au moins une boisson alcoolique au cours des douze derniers mois (Figure 1). Les modalités des différentes consommations sont fortement liées à l'âge

Figure 1

Répartition des différents types de consommateurs au cours de l'année et parmi les 12-75 ans (en pourcentage)



et leur régularité est plus présente parmi les plus âgés (Figure 2) :

- l'abstinence dans l'année concerne principalement les jeunes de 12-14 ans ;
- les consommations occasionnelles et mensuelles sont les plus fréquentes chez les 15-19 ans ;
- les consommations hebdomadaires concernent sur tout les 35-44 ans ;
- la consommation quotidienne, quant à elle, débute dès 20-25 ans (sur un mode très mineur) et croît continuellement avec l'âge¹, pour concerner près de la moitié des 65-75 ans.

Les consommateurs quotidiens

Parmi les 12-75 ans, 19,3 % déclarent boire de l'alcool tous les jours. Cette consommation concerne deux fois plus les hommes que les femmes (27,8 % vs 11,2 % ; $p < 0,001$). Elle est également très différente selon l'âge : quasi inexistante chez les 12-19 ans, elle commence à apparaître chez les jeunes de 20-25 ans (3,0 %) et augmente ensuite fortement avec l'avance en âge, pour atteindre son maximum entre 65 et 75 ans (64,9 % des hommes vs 33,1 % des femmes) (Figure 3a).

Les consommateurs hebdomadaires

Parmi les 12-75 ans, 39,3 % déclarent consommer de l'alcool de façon hebdomadaire. Cette prise hebdomadaire est plus fréquente chez les hommes (44,5 % vs 34,3 % pour les femmes ; $p < 0,001$), mais la différence entre sexes est moins importante que pour la consommation quotidienne. Elle concerne également davantage les jeunes générations et constitue le mode de consommation majoritaire des 20-44 ans (environ 60 % des hommes et 40 % des femmes) (Figure 3b).

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

Figure 2

Consommation de boissons alcooliques au cours des douze derniers mois selon la fréquence des prises et l'âge (base : consommateurs de boissons alcooliques au cours de la vie)

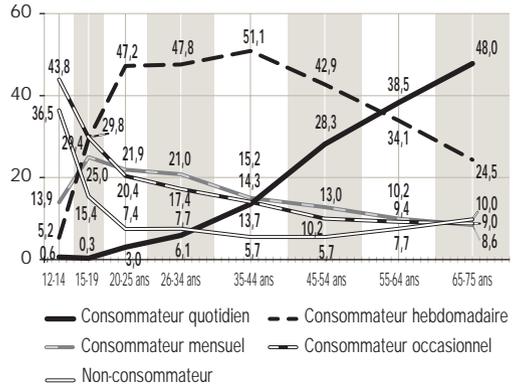
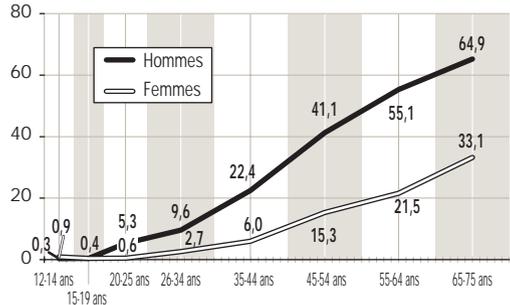


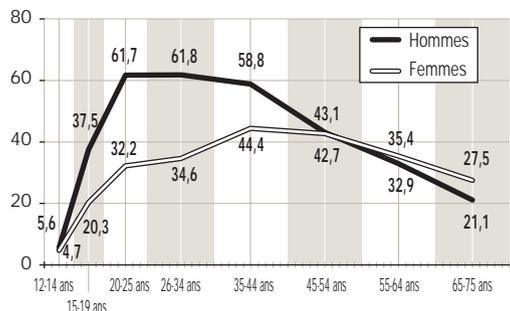
Figure 3

Proportion de consommateurs d'alcool au cours des douze derniers mois, par sexe et âge

a) Consommateurs quotidiens



b) Consommateurs hebdomadaires





Alcool

Si l'on regroupe les consommations quotidiennes et hebdomadaires, à 20 ans plus d'un Français sur deux consomme de l'alcool au moins une fois par semaine. Cette habitude est surtout masculine (environ 7 hommes contre 4 femmes sur 10). Cette prise hebdomadaire de boissons alcooliques « cède le pas » à la consommation quotidienne parmi les générations les plus âgées (Figure 4).

Les consommateurs mensuels et occasionnels

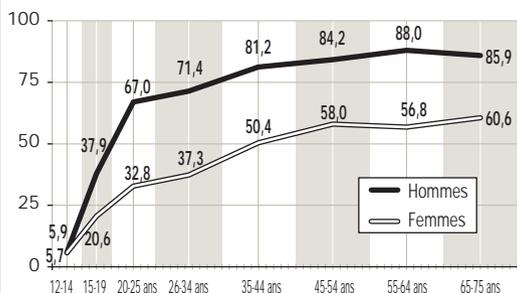
Parmi les 12-75 ans, 15,8 % déclarent consommer des boissons alcooliques au moins une fois par mois, 16,2 % moins souvent. Cette prise mensuelle ou occasionnelle concerne essentiellement les jeunes :

- 20,9 % de consommateurs mensuels parmi les 12-19 ans, sans différence entre les garçons et les filles ;
- 35,0 % de consommateurs occasionnels chez les 12-19 ans, sur tout parmi les filles (41,4 % vs 29,1 % pour les garçons).

Dans la population adulte, les consommateurs mensuels et les consommateurs occasionnels représentent respectivement 15,0 % et 13,3 % des 20-75 ans. Ces habitudes sont plus particulièrement féminines (40,6 % des femmes vs 15,4 % des hommes).

Figure 4

Proportion de consommateurs hebdomadaires ou quotidiens d'alcool au cours des douze derniers mois, par sexe et âge



Profil des consommateurs dans l'année

Dans le cadre d'une réflexion sur la caractérisation des différents profils de consommateurs, nous avons choisi, compte tenu des prévalences, d'étudier les différences entre :

- d'une part, les consommateurs quotidiens et les consommateurs hebdomadaires parmi les 20-75 ans ;
- d'autre part, les consommateurs au moins hebdomadaires et les consommateurs mensuels ou occasionnels chez les 15-19 ans.

Profil des plus de 20 ans consommateurs quotidiens d'alcool au cours de la dernière année

Chez les plus de 20 ans, les principaux facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool, après ajustement, sont l'âge et le sexe (Tableau I). Les buveurs quotidiens sont également des fumeurs de tabac plus fréquemment que les autres consommateurs d'alcool (OR ajusté = 1,5), et ont plus souvent des signes de dépendance à l'alcool selon le test Deta (OR ajusté = 2,2). Sur l'ensemble de la population, à sexe et âge contrôlés, il n'a pas été établi de lien avec le niveau de diplôme ou le niveau de revenu du foyer par unité de consommation (UC)¹. La situation professionnelle a cependant une certaine importance : les consommateurs quotidiens se retrouvent plus fréquemment parmi les travailleurs indépendants, les retraités et autres inactifs (un modèle concurrent avec la PCS de l'interviewé(e) fournit le même genre de résultats à propos des inactifs). La liaison avec l'activité professionnelle est cependant complexe. En effet, à sexe et âge contrôlés, parmi les

1. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.



personnes occupant un emploi (n=7 250), la consommation quotidienne est plus rare parmi celles ayant un diplôme supérieur au

Tableau I

Modèle logistique où la variable dépendante est la consommation quotidienne d'alcool (n=2 638) au cours de l'année chez les 20-75 ans (n=12 334)^a

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Femme	1	
Homme	3,6***	3,2-4,0
Âge		
20-25 ans	1	
26-34 ans	1,5	1,0- 2,2
35-44 ans	3,6***	2,5- 5,3
45-54 ans	9,5***	6,6-13,8
55-64 ans	13,9***	9,4-20,6
65-75 ans	22,2***	14,6-33,6
Rencontres (famille, amis)		
Peu	1	
Beaucoup	0,9	0,8-1,0
Test Deta		
Négatif	1	
Positif	2,2***	1,9-2,6
Tabac		
Non fumeur	1	
Fumeur actuel	1,5***	1,3-1,7
Vie commune		
Vit en couple	1	
Vit seul(e)	0,7***	0,6-0,8
Situation professionnelle		
Chômage	1	
Travail/secteur privé	1,1	0,9-1,4
Travail/secteur public	1,0	0,7-1,3
Travail/à son compte	1,6**	1,1-2,2
Retraité	1,6**	1,2-2,1
Étudiant	0,5	0,3-1,0
Autre inactif	1,5**	1,1-2,1

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

a. Afin de ne pas diminuer la robustesse du modèle en introduisant une variable supplémentaire, le niveau de diplôme n'a pas été introduit dans ce modèle où figure la situation professionnelle. Ce parti-pris a été reconduit dans la plupart des analyses de ce chapitre.

bac (OR ajusté = 0,7 ; p<0,05) et parmi les personnes dont le revenu du foyer est plutôt élevé, c'est-à-dire supérieur à 6 000 francs par UC (OR ajusté = 0,8 ; p<0,001). Elle est plus fréquente parmi les agriculteurs, les artisans-commerçants-chefs d'entreprise et plus généralement les personnes déclarant que leur travail est « fatigant physiquement » (OR = 1,2 ; p<0,001). En revanche, ni le stress psychologique (« la fatigue nerveuse ressentie »), ni l'insatisfaction personnelle retirée du travail ne sont significativement associés à ce mode de consommation. Les relations sociales, la fréquentation d'amis ou de proches au cours de la dernière semaine, sont statistiquement sans influence sur la consommation quotidienne d'alcool.

La consommation quotidienne d'alcool est donc répandue parmi des couches sociales très variées, sans considérer ici les modes de consommation (type d'alcool, circonstance de la consommation, association avec d'autres substances, etc.).

D'autres variables permettent d'enrichir ce profil. Ainsi, à âge et sexe contrôlés, on constate que la probabilité² d'avoir bu quotidiennement au cours de l'année augmente avec le fait de ne pas s'estimer « bien comme l'on est ». Elle diminue avec la perception d'être insatisfait de sa vie de famille. Les consommateurs quotidiens expriment davantage de craintes que les autres à l'égard des maladies dues à l'alcool (OR = 1,3 ; p<0,001), mais pas davantage de craintes des accidents de la circulation, du cancer, des maladies cardiaques ou du suicide.

Profil des 15-19 ans consommateurs au moins hebdomadaires au cours de la dernière année

Chez les 15-19 ans, compte tenu de la faible prévalence de la consommation quotidienne d'alcool, l'étude porte plutôt sur l'op-

2. Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, on trouvera dans les chapitres une interprétation de l'odds ratio en terme de « risque », de « chance » ou de « probabilité » (cf. chapitre Présentation des termes statistiques).



position entre la consommation hebdomadaire ou quotidienne et les consommations plus rares (*Tableau II*). La consommation au moins hebdomadaire d'alcool des 15-19 ans reste fortement associée à l'âge ainsi qu'au sexe. En revanche, la scolarisation ne semble pas être discriminante.

Si l'on se restreint aux jeunes scolarisés (n=867), les effets du sexe et de l'âge perdurent et le type de filière scolaire apparaît alors discriminant : les élèves des filières professionnelles (CAP, BEP, bac professionnel) sont proportionnellement moins nombreux que ceux des filières générale et technique à déclarer consommer de l'alcool au moins une fois par semaine (OR ajusté = 0,6 ; p<0,001). La situation est toutefois différente pour les garçons et pour les filles : si la relation entre la fréquence de consommation et la filière n'existe pas pour les garçons (OR ajusté = 0,4 ; p=0,810), elle est significative pour les filles (OR ajusté = 0,3 ; p<0,05).

Après ajustement sur le sexe, l'âge, la scolarisation et le type de filière scolaire, les associations avec les autres consommations de substances psychoactives — consommations de tabac, de cannabis au cours de l'année — ainsi qu'avec la fréquence des activités de groupe sont également retrouvées (*Tableau III*).

Tableau II

Modèle logistique où la variable dépendante est la consommation hebdomadaire ou quotidienne chez les 15-19 ans (n=929)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Fille	1	
Garçon	2,4***	1,9-3,2
Âge		
	1,3***	1,2-1,5
Scolarisation		
Non	1	
Oui	0,9	0,6-1,5

*** : p<0,001.

La recherche de facteurs psychosociaux associés à la consommation d'alcool chez les jeunes [10] n'a permis de repérer que quelques variables discriminantes (*Tableaux IV et V*). La sociabilité et les activités de groupe sont les principales. Les jeunes qui ont beaucoup d'activités en groupe sont plus fréquemment consommateurs, voire consommateurs hebdomadaires (OR ajusté = 2,3 (p<0,01) dans le modèle opposant les consommateurs aux abstinentes, OR ajusté = 2,2 (p<0,05) dans le modèle opposant les consommateurs au moins hebdomadaires aux autres buveurs). Les jeunes consommateurs semblent davantage parler des sujets qui les préoccupent à leurs parents que les abstinentes (OR ajusté = 2,6 ; p<0,05) et se déclarent, en ce qui concerne les buveurs au moins hebdomadaires, plus à l'aise avec les autres (OR ajusté = 5,0 ; p<0,05). Les

Tableau III

Modèle logistique où la variable dépendante est la consommation hebdomadaire ou quotidienne chez les 15-19 ans scolarisés (n=867)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Fille	1	
Garçon	2,6***	1,9-3,5
Âge		
	1,3***	1,1-1,4
Filière scolaire		
Filière classique	1	
Filière professionnelle	0,6*	0,4-0,9
Activités de groupe		
Peu ou pas	1	
Beaucoup	1,6***	1,2-2,2
Tabagisme régulier		
Non	1	
Oui	2,0***	1,4-2,7
Consommation de cannabis au cours de l'année		
Non	1	
Oui	3,0***	2,2-4,2

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



buveurs hebdomadaires se déclarent également moins faciles à vivre que les autres (OR ajusté = 1,6 ; $p < 0,05$). Sur le registre du mal-être, les tentatives de suicide des jeunes se retrouvent significativement liées aux consommations fréquentes d'alcool (OR ajusté = 2,8 pour les consommateurs au

moins hebdomadaires ; $p < 0,05$). En revanche, la plupart des autres items portant sur la structure familiale (famille nucléaire opposée aux familles déstructurées, familles monoparentales), l'environnement scolaire (absentéisme, degré de satisfaction à propos des études), l'environnement personnel (contrôle parental, écoute, félicitations, facilité ou difficulté à se confier à ses amis), les attitudes personnelles (« se sentir bien comme l'on est », « se décourager facilement », « avoir du mal à se concentrer », « être content de sa vie de famille ») ou le mode de vie (sport, sorties en famille ou avec des amis au cours des huit derniers jours) ne sont pas discriminants.

Tableau IV

Modèle logistique final où la variable dépendante est la consommation au moins hebdomadaire chez les 15-19 ans (n=672)

	OR ajusté	IC à 95 %
Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre		
Non	1	
Oui	1,6*	1,0-2,3
Je suis à l'aise avec les autres		
Non	1	
Oui	5,0*	1,3-19,2
Activités de groupe		
Pas	1	
Peu	1,5	0,8-2,8
Beaucoup	2,2*	1,2-4,0
Tentative de suicide au cours de la vie		
Non	1	
Oui	2,8*	1,0-7,4

* : $p < 0,05$.

Tableau V

Modèle logistique final où la variable dépendante est la consommation plutôt que l'abstinence chez les 15-19 ans (n=779)

	OR ajusté	IC à 95 %
Activités de groupe		
Pas	1	
Peu	1,9*	1,0-3,6
Beaucoup	2,3**	1,3-4,3
Je parle des sujets qui me préoccupent à mes parents		
Non	1	
Oui	2,6*	1,1-6,1

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

Type de produits

consommés

au cours de l'année

La boisson alcoolique la plus fréquemment consommée est le vin : plus des trois quarts (78,0 %) des 12-75 ans déclarent en avoir pris au cours des douze derniers mois. Vient ensuite la catégorie composite des « autres alcools » (parmi lesquels figurent notamment le cidre, le porto et le champagne, ce dernier étant ordinairement considéré comme faisant partie du vin) (63,0 %), les alcools forts (57,3 %) et la bière (55,4 %). Chacune de ces boissons est consommée par un public particulier (Figure 5).

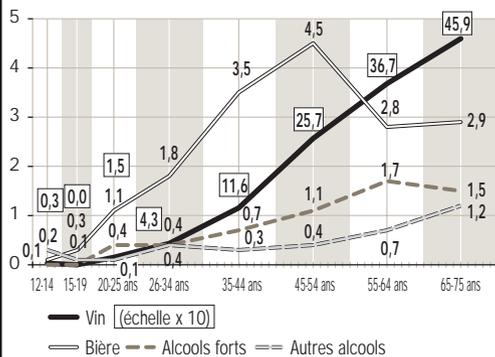
Consommation de vin

Plus des trois quarts de la population déclarent avoir consommé du vin au cours des douze derniers mois : 84,0 % des hommes et 72,3 % des femmes de 12 à 75 ans. Le vin est la seule boisson dont la consommation « régulière » soit aussi répandue : la prise quotidienne concerne 17,5 % des 12-75 ans, majoritairement des hommes (24,8 % vs 10,5 % des femmes ; $p < 0,001$). Elle débute dès l'âge de 20-25 ans chez un pourcentage très limité de garçons (2,8 %),



Figure 5

Consommation quotidienne des différents types de boissons alcooliques au cours des douze derniers mois, par tranche d'âge



puis elle augmente de façon presque linéaire avec l'âge ($p < 0,001$), concerne plus du quart de la population entre 45 et 54 ans (36,3 % des hommes et 14,8 % des femmes) et atteint son maximum parmi les personnes de 65-75 ans (62,0 % des hommes et 31,8 % des femmes). Il est à noter que pour ces deux dernières tranches d'âge (45-75 ans), les hommes sont deux fois plus souvent consommateurs quotidiens de vin que les femmes ($p < 0,001$).

La prise hebdomadaire (à l'exclusion de la consommation quotidienne) concerne près d'un tiers (31,4 %) des 12-75 ans : les différences entre les sexes aux divers âges de la vie sont plus faibles que pour la consommation quotidienne, mais les femmes restent en retrait (27,7 % vs 35,2 % des hommes de 12 à 75 ans ; $p < 0,001$). Elle débute plus tôt que la consommation quotidienne, dès 15-19 ans (16,9 % des garçons vs 9,0 % des filles ; $p < 0,001$) et atteint son maximum chez les 35-44 ans (50,5 % des hommes et 36,5 % des femmes ; $p < 0,001$). Au-delà de 45 ans, elle diminue progressivement au profit de la consommation quotidienne pour ne concerner que 22,9 % des 65-75 ans (21,0 % des hommes et 24,5 % des femmes).

Les consommations mensuelles (à l'exclusion des consommations quotidiennes et hebdomadaires) et occasionnelles de vin

représentent respectivement 15,3 % et 13,8 % des 12-75 ans. Elles sont relativement plus féminines : 16,6 % des femmes contre 14,0 % des hommes sont consommateurs mensuels, tandis que 17,4 % des femmes et 10,0 % des hommes déclarent consommer plus « rarement ».

Consommation de bière

Plus de la moitié de la population de 12 à 75 ans (55,4 %) déclare avoir consommé de la bière au cours de l'année : 73,3 % des hommes et 38,0 % des femmes ($p < 0,001$). La bière est une boisson plus masculine que le vin. Elle est surtout consommée par les jeunes. Son expérimentation commence dès l'âge de 12-14 ans, aussi bien chez les garçons que chez les filles : un quart des jeunes de cet âge (25,1 %) en a déjà bu. Sa consommation est maximale parmi les 20-25 ans : 84,2 % des hommes et 46,5 % des femmes de cet âge en ont bu au cours des douze derniers mois.

La prise quotidienne de bière est relativement rare (2,6 % des 12-75 ans) et concerne presque dix fois plus souvent les hommes (4,7 % vs 0,5 % ; $p < 0,001$). Elle ne croît pas de façon linéaire avec l'âge, mais atteint son maximum entre 45 et 54 ans avec une différence importante suivant le sexe : 8,4 % des hommes et 0,6 % des femmes.

La prise hebdomadaire (à l'exclusion de la consommation quotidienne) est la plus fréquente avec 20,3 % de consommateurs de 12 à 75 ans, quatre fois plus chez les hommes que chez les femmes (32,5 % vs 8,5 %). Dès 15-19 ans, ce mode de consommation concerne plus d'un garçon sur quatre (29,4 %), près d'une fille sur dix (8,5 %) et atteint son maximum parmi les 20-25 ans : 48,4 % des hommes et 13,2 % des femmes ($p < 0,001$).

La consommation mensuelle de bière (à l'exclusion des consommations quotidiennes et hebdomadaires) et celle qui est encore plus occasionnelle représentent, respectivement, 14,6 % et 17,8 % des 12-75 ans. Pour ces consommations plus rares, la différence entre les sexes est plus faible



(18,7 % d'hommes vs 10,7 % de femmes pour la consommation mensuelle, 17,4 % d'hommes vs 18,3 % de femmes pour la consommation occasionnelle).

Consommation d'alcools forts

La consommation d'alcools forts dans l'année (vodka, whisky, planteur, etc.) concerne 57,3 % des 12-75 ans. La différence entre les sexes est moins forte que dans le cas de la bière : 69,9 % des hommes et 45,1 % des femmes déclarent en avoir bu au cours des douze derniers mois ($p < 0,001$). La prise quotidienne est rare et ne concerne que 0,8 % des 12-75 ans. Elle est essentiellement limitée aux hommes de plus de 45 ans (1,9 % des 45-54 ans, 2,8 % des 55-64 ans et 2,2 % des 65-75 ans).

La consommation hebdomadaire (à l'exclusion de la consommation quotidienne) concerne 19,4 % des 12-75 ans, presque trois fois plus souvent les hommes que les femmes (28,3 % vs 10,8 % ; $p < 0,001$). Elle est présente parmi les 15-19 ans (14,2 % des garçons et 8,6 % des filles) et atteint son maximum parmi les 20-25 ans (34,9 % des hommes et 13,2 % des femmes ; $p < 0,001$), âge à partir duquel cette consommation atteint un plateau jusqu'à 55-64 ans, pour baisser ensuite significativement à 14,9 % ($p < 0,001$). Les consommations mensuelles (à l'exclusion des consommations hebdomadaires et quotidiennes) et plus occasionnelles concernent respectivement 18,2 % et 18,8 % de la population. Les hommes sont proportionnellement un peu plus nombreux à déclarer boire des alcools forts une fois par mois (21,9 % vs 14,5 % pour les femmes ; $p < 0,001$), alors que les femmes sont plus nombreuses à en boire occasionnellement (19,4 % vs 18,3 %). En raison de la relative rareté de leur consommation, les alcools forts sont des boissons pour lesquelles les différences dans l'année entre sexes sont moins sensibles.

Consommation d'autres alcools

La consommation des autres alcools (cidre, champagne, porto, etc.) concerne 63,0 %

des 12-75 ans. Contrairement aux autres, celle-ci est légèrement plus féminine (61,9 % des hommes et 64,1 % des femmes ; $p < 0,05$). La prise quotidienne est pratiquement nulle (0,5 %). La consommation hebdomadaire (à l'exclusion de la consommation quotidienne) concerne 11,0 % des 12-75 ans et varie peu avec l'âge (le maximum 13,9 % est atteint entre 45 et 54 ans).

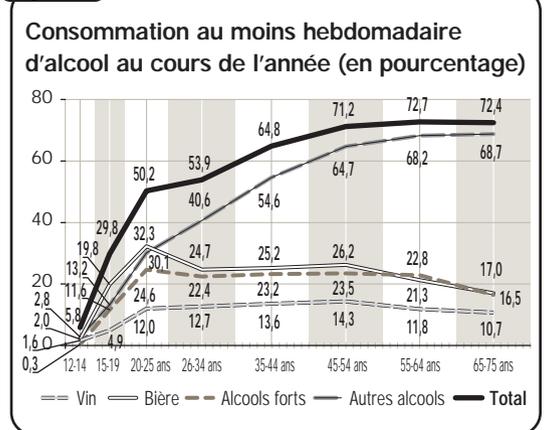
La consommation de ces alcools est en effet plutôt occasionnelle et davantage féminine : il y a 20,9 % de consommateurs mensuels (21,4 % des hommes et 20,4 % des femmes) et 30,6 % de consommateurs plus occasionnels (27,5 % d'hommes et 33,6 % de femmes ; $p < 0,001$). Les prises occasionnelles sont également essentiellement le fait des très jeunes (38,1 % des 12-14 ans, 35,4 % des 15-19 ans).

Consommation au moins hebdomadaire

L'analyse des alcools les plus fréquemment consommés par les 12-75 ans dans le cadre de la semaine (consommation quotidienne ou hebdomadaire) (Figure 6) indique que :

- le vin reste la boisson alcoolique la plus consommée : 48,9 % de la population déclarent en boire au moins une fois par semaine (59,9 % des hommes et 38,2 % des femmes ; $p < 0,001$). Parmi les 35-44 ans,

Figure 6





plus d'une personne sur deux (54,6 %) en a une consommation au moins hebdomadaire (sept hommes et quatre femmes sur dix ; $p < 0,001$). Le maximum est atteint chez les 65-75 ans (68,8 %, huit hommes et six femmes sur dix ; $p < 0,001$) ;

- la bière est consommée de façon au moins hebdomadaire par 22,9 % des Français (37,2 % des hommes et 9,0 % des femmes ; $p < 0,001$). Cette consommation connaît une diffusion rapide jusqu'à l'âge de 15-19 ans ($p < 0,001$) et atteint son maximum entre 20 et 25 ans (32,3 % de consommateurs) ($p < 0,001$). Elle baisse ensuite légèrement et connaît une stagnation jusqu'à 45-54 ans (26,2 %), puis une raréfaction continue dans les tranches d'âge plus élevées ($p < 0,01$) ;

- la consommation au moins hebdomadaire d'alcools forts est à son maximum vers 20-25 ans (24,6 % de consommateurs ; 35,3 % des hommes et 13,5 % des femmes), âge à partir duquel ce type de consommation est en plateau jusqu'à 55-64 ans, pour baisser ensuite ($p < 0,001$). La différence hommes/femmes est plus faible que pour la bière ;

- la consommation au moins hebdomadaire d'autres alcools ne concerne que 11,5 % des Français. Elle augmente sensiblement jusqu'à 20-25 ans et diminue à partir de 55-64 ans. La consommation féminine est plus fréquente.

Fréquence de la consommation d'alcool au cours des sept derniers jours

Interrogés sur leur consommation au cours des sept derniers jours, les deux tiers des personnes (64,6 %) déclarent avoir eu au moins une occasion de boire de l'alcool : 75,8 % des hommes et 53,6 % des femmes ($p < 0,001$). La répartition des produits consommés reflète les tendances déclarées sur l'année : 50,4 % des personnes ont bu du vin, 21,4 % des alcools forts et 20,6 % de

la bière. La prise d'autres boissons alcooliques n'est déclarée que par 15,7 % d'entre eux. Quelle que soit la boisson, les consommateurs sont toujours plus fréquemment masculins. Si l'on compare ces chiffres à ceux déclarés pour les consommations hebdomadaires au cours des douze derniers mois, les consommations quotidiennes sont très proches, mais les consommations hebdomadaires sont augmentées lors de la déclaration sur les sept derniers jours.

Les deux questions repèrent donc bien les buveurs quotidiens (90 % des buveurs quotidiens sur la semaine le sont sur l'année et réciproquement), ce qui suggère que ce type de consommation est fermement établi sur l'année. En revanche, les consommations hebdomadaires sont plus volatiles. Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour interpréter ce résultat : la différence de durée entre l'année et la semaine (la consommation peut varier davantage au cours de l'année que de la semaine), un problème de mémoire et des réponses qui peuvent être plus normatives sur la consommation de l'année. Par ailleurs, il est possible que la formulation des questions et leur ordre puissent jouer un rôle : la possibilité de déclarer différemment sa consommation sur l'année par rapport à celle de la semaine (une ou plusieurs fois par semaine sur l'année versus 1-2 ou 3-6 jours sur la semaine). Les personnes qui déclarent avoir consommé un alcool la semaine précédant l'enquête déclarent majoritairement l'avoir fait une ou deux fois : c'est le cas de plus de 80 % des consommateurs d'alcools forts ou d'autres alcools, des deux tiers des consommateurs de bière et de la moitié des consommateurs de vin. Le vin est plus fréquemment consommé quotidiennement dans la semaine précédant l'enquête (34,5 % vs 15,6 % de trois à six jours ; $p < 0,001$). Les consommations de bière, d'alcools forts et d'autres boissons alcooliques ont des fréquences hebdomadaires assez proches (la bière étant toutefois trois fois plus souvent consommée quotidiennement que ces deux autres boissons). Elles s'opposent ainsi à celle du vin (Figure 7).



Quantités bues la veille

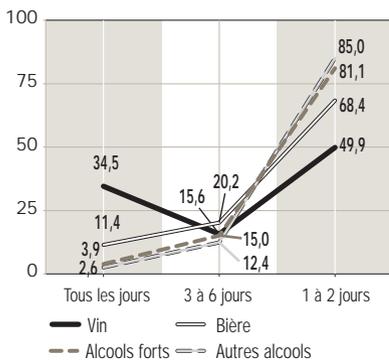
Parmi les consommateurs de la semaine, 59,6 % déclarent avoir consommé au moins un verre de boisson alcoolique la veille de l'interview. Comme pour les autres prises, la prévalence de la consommation de la veille est liée au sexe et à l'âge. Ainsi, 67,4 % des hommes et 49,1 % des femmes déclarent avoir bu de l'alcool la veille de l'enquête ($p < 0,001$) et, reflétant la liaison déjà observée entre la consommation quotidienne et l'âge, les plus âgés ont souvent davantage bu la veille que les plus jeunes : 34,5 % de consommateurs parmi les 12-14 ans, 53,4 % parmi les 35-44 ans, 78,1 % parmi les 65-75 ans ($p < 0,001$).

Parmi les consommateurs de la veille, le nombre moyen de verres consommés, tous alcools confondus, est de 2,5.

Chez les hommes, le nombre moyen de verres consommés la veille est de 2,9 verres ; les quantités les plus importantes sont déclarées par les 20-25 ans et les 55-64 ans (3,3 et 3,2 verres) (Figure 8). Les quantités déclarées varient sensiblement suivant le type de buveurs : 3,3 verres pour les buveurs quotidiens, 2,7 verres pour les buveurs hebdomadaires, 2,0 verres pour les buveurs mensuels (Tableau VI).

Figure 7

Fréquence des consommations d'alcool au cours de la dernière semaine par type d'alcool (parmi les buveurs)



Chez les femmes, le nombre moyen de verres bus la veille est de 1,7 ($p < 0,001$). Les 15-19 ans et les 20-25 ans déclarent les consommations les plus importantes (respectivement 2,2 et 1,9 verres). Contrairement aux hommes, il n'y a pas de différence entre les consommatrices quotidiennes et hebdomadaires (1,8 verre) et, de façon générale, l'amplitude des quantités est plus faible que chez les hommes (Figure 8).

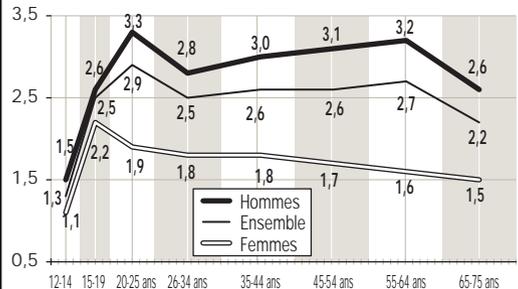
La consommation de la veille varie également en fonction d'autres indicateurs (Tableau VI). En analyse bivariée, la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS) et/ou le statut professionnel semblent liés aux quantités d'alcool consommées :

- chez les hommes, le statut professionnel est discriminant ($p < 0,01$) : les chômeurs représentent le groupe ayant les plus fortes consommations (3,7 verres) ; les professions indépendantes et les inactifs ont également une consommation supérieure à la moyenne (3,4 verres) ;
- chez les femmes, les étudiantes sont les plus fortes consommatrices (plus de 2 verres en moyenne).

En revanche, l'insatisfaction, la fatigue physique ou nerveuse occasionnées par l'activité professionnelle n'apparaissent pas statistiquement liées aux quantités bues la veille. Par ailleurs, les quantités d'alcool déclarées la veille sont en relation avec la

Figure 8

Nombre moyen de verres bus la veille au cours de la dernière semaine, selon le sexe et l'âge





Alcool

fréquence des ivresses, la régularité de la consommation de tabac ou la consommation de cannabis dans l'année :

- les quantités consommées ont un écart de 1,3 verres entre les hommes qui ont connu plus de trois ivresses dans l'année et ceux qui en ont connu moins ($p < 0,001$) ; chez les femmes, l'écart est plus faible et vaut 1,1 verre ($p < 0,001$) ;
- le nombre moyen de verres consommés la veille est significativement plus élevé chez les fumeurs réguliers que chez les non-fumeurs : 3,4 vs 2,7 chez les hommes ($p < 0,001$) ; 2,0 vs 1,6 chez les femmes ($p < 0,001$) ;
- la moyenne de consommation de la veille est significativement plus élevée chez les personnes ayant consommé du cannabis au cours de l'année : 3,5 verres vs 2,9 chez les hommes ($p < 0,001$) ; 2,5 vs 1,7 chez les femmes ($p < 0,001$).

La méconnaissance des seuils de consommation est en relation avec les quantités consommées. D'une façon générale, plus d'un quart des Français de 12-75 ans surestiment les seuils de consommation d'alcool quotidiens à partir desquels il est actuellement admis des risques pour la santé (à partir de 2 à 3 verres par jour pour les femmes et à partir de 3 à 4 verres par jour pour les hommes : 27,6 % pour le seuil masculin, 26,7 % pour le seuil féminin). Ces estimations diffèrent peu selon le sexe : le seuil de dangerosité des hommes est surestimé de la même façon par les hommes et par les femmes, mais les hommes surestiment davantage que par les femmes le seuil des femmes (28,0 % vs 25,5 % ; $p < 0,01$). La surestimation est plus fréquente avec l'âge, surtout au-delà de 45 ans : surestimation du seuil masculin : 24,6 % des 12-44 ans vs 31,8 % des 45-75 ans ($p < 0,001$) ; surestimation du seuil féminin : 24,8 % des 12-44 ans vs 29,5 % des 45-75 ans ($p < 0,001$). Ces résultats sont à mettre en relation avec la fréquence de consommation et notamment la consommation quotidienne : 37,9 % des buveurs quotidiens vs 25,2 % des autres consommateurs surestiment le seuil de dangerosité des hommes ($p < 0,001$) ; 35,1 % des consommateurs quotidiens vs

Tableau VI

Nombre moyen de verres d'alcool bus la veille selon différentes variables

(base : les consommateurs de la veille)

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Ensemble	2,5	2,1	2,9	1,6	1,7	1,2
Âge	***		***		***	
12-14 ans	1,3	0,5	1,5	0,5	1,1	0,4
15-19 ans	2,5	2,4	2,6	2,3	2,2	2,5
20-25 ans	2,9	3,4	3,3	3,9	1,9	1,8
26-34 ans	2,5	2,3	2,8	2,5	1,8	1,2
35-44 ans	2,6	2,2	3,0	2,4	1,8	1,3
45-54 ans	2,6	1,9	3,1	2,1	1,7	1,0
55-64 ans	2,7	2,0	3,2	2,1	1,6	0,9
65-75 ans	2,2	1,4	2,6	1,6	1,5	0,8
PCS	***				***	
Agriculteurs	2,9	2,0	3,1	2,0	1,3	0,5
Artisans	3,4	2,2	3,7	2,2	2,0	1,7
Cadres	2,7	2,2	2,9	2,4	1,9	1,3
Professions intermédiaires	2,6	2,4	2,9	2,8	1,8	1,2
Employés	2,3	1,8	3,1	2,4	1,8	1,2
Ouvriers	2,9	2,3	3,0	2,4	1,8	1,1
Situation professionnelle	***		**		***	
Chômage	3,0	2,9	3,7	3,6	1,8	1,1
Travail/secteur privé	2,7	2,2	2,9	2,5	1,8	1,2
Travail/secteur public	2,5	2,0	2,9	2,3	1,8	1,2
Travail/à son compte	3,1	2,1	3,4	2,1	1,8	1,4
Retraité	2,4	1,7	2,8	1,9	1,5	0,9
Étudiant, scolarisé	2,6	2,4	2,8	2,4	2,1	2,4
Autre inactif	1,9	1,2	3,4	1,9	1,6	0,9
Satisfaction professionnelle						
Insatisfait	2,6	2,1	3,0	2,3	1,9	1,4
Satisfait	2,6	2,2	3,0	2,4	1,8	1,3
Fréquence de consommation	***		***			
Quotidienne	2,8	2,0	3,3	2,2	1,8	1,0
Hebdomadaire	2,3	2,4	2,7	2,6	1,8	1,4
Mensuelle	1,8	1,3	2,0	1,6	1,6	0,9
Occasionnelle	1,6	1,3	1,9	1,7	1,5	0,9

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



24,8 % pour les autres consommateurs surestiment le seuil des femmes ($p < 0,001$). Si l'on s'intéresse à la consommation de la veille, le nombre moyen de verres bus est significativement plus élevé chez les hommes et les femmes qui situent les seuils de consommation au-dessus des recommandations généralement acceptées. L'interprétation de ce résultat est délicate. Il pourrait s'agir d'un réel défaut d'information, tout comme d'une difficulté à admettre les seuils ou encore d'une justification de sa propre consommation.

Par ailleurs, la consommation de la veille est significativement plus élevée parmi ceux qui déclarent craindre les maladies liées à l'alcool ($p < 0,001$). Ce résultat rejoint l'observation faite sur le profil des buveurs quotidiens de 20-75 ans.

Seule une minorité de personnes déclare avoir bu la veille au-delà du seuil actuellement recommandé, en particulier chez les jeunes. En effet, 5,7 % des 15-75 ans sont concernés, 2,2 % des 15-19 ans (3,6 % des garçons et 1,6 % des filles) et 5,6 % des 20-75 ans (9,7 % des hommes et 1,9 % des femmes). Compte tenu des effectifs très limités chez les 15-19 ans, aucun profil ne peut être présenté. Chez les femmes de 20-75 ans, à âge contrôlé, si le niveau de diplôme n'est pas associé à ce type de consommation, il existe un lien fort avec le revenu : celles qui ont un revenu élevé, c'est-à-dire un revenu mensuel par unité de consommation supérieur à 10 000 francs, sont proportionnellement plus nombreuses que les autres à avoir bu plus de 3 verres la veille de l'interview (OR = 2,1 ; $p < 0,001$). Chez les hommes, ces deux variables ne sont pas discriminantes, soulignant probablement que ce type de consommation est plus largement répandu parmi eux. Pour les deux sexes et en particulier chez les femmes, ni le statut professionnel, ni la profession (PCS) ne permettent de décrire simplement ces buveurs. Il reste néanmoins que, pour les hommes, ce type de consommation est plus fréquent parmi les agriculteurs et les artisans-commerçants-chefs d'entreprise que dans le reste de la population.

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Ivresses dans l'année	***		***		***	
Aucune	2,3	1,8	2,8	2,0	1,7	1,1
Une	2,9	2,0	3,1	2,2	2,2	1,3
Deux	3,2	2,1	3,3	2,2	2,8	1,8
Trois ou plus	3,7	3,7	3,9	3,9	2,5	1,9

Craintes des maladies dues à l'alcool

	***		***		**	
Ne craint pas	2,4	1,9	2,8	2,2	1,7	1,1
Craint	3,1	3,1	3,7	3,4	2,0	1,8

Estimation des seuils de consommation

<i>Pour les hommes</i>	***		***		**	
Non-surestimation	2,3	2,0	2,7	2,3	1,7	1,2
Surestimation des seuils (5 verres ou plus/jour)	2,8	2,1	3,4	2,3	1,9	1,4
<i>Pour les femmes</i>	***		***		**	
Non-surestimation	2,3	2,0	2,8	2,3	1,7	1,2
Surestimation des seuils (4 verres ou plus/jour)	2,8	2,2	3,3	2,4	1,9	1,4

Consommation de tabac

	***		***		***	
Non fumeur	2,3	1,1	2,7	2,1	1,6	1,1
Fumeur régulier	3,0	1,3	3,4	2,7	2,0	1,3
Fumeur occasionnel	2,6	2,4	2,9	2,2	2,1	2,4

Cannabis au cours de l'année

	***		***		***	
Non	2,5	2,1	2,9	2,2	1,7	1,2
Oui	3,3	2,9	3,5	3,0	2,5	1,9



Alcool

Chez les adultes de 20-75 ans, les facteurs associés au dépassement des seuils actuellement admis sont presque les mêmes pour les deux sexes ; les différences essentielles portent sur l'âge, qui est moins discriminant chez les femmes, et le statut professionnel (Tableau VII). Chez ces dernières, c'est le fait d'être salarié du secteur public qui est retenu dans le modèle et qui est négativement as-

socié à la consommation à moindre risque, tandis que chez les hommes, c'est le fait d'être à son propre compte qui est associé positivement au fait d'avoir bu plus de quatre verres la veille. Les hommes et les femmes qui surestiment les seuils ont tendance à avoir davantage consommé la veille (OR ajusté = 2,3 chez les hommes et OR ajusté = 1,7 chez les femmes ; $p < 0,001$). Les autres facteurs sont ceux couramment associés à la consommation d'alcool : la prise régulière de tabac comme celle de cannabis au cours des douze derniers mois, ainsi que la prévalence de l'ivresse sur cette période, sont toujours associés au dépassement de ces seuils la veille de l'enquête.

Un certain nombre d'associations persistent, quel que soit l'âge, avec des variables plus psychologiques permettant d'enrichir ce profil. La peur des accidents de la route est moins fréquente chez les hommes qui ont bu davantage que le seuil, mais pas chez les femmes. Il en va de même pour la peur des maladies dues à l'alcool et du cancer et, dans une moindre mesure, des maladies cardiaques devant lesquels les femmes se montrent moins inquiètes que les hommes. En revanche, les femmes et les hommes qui ont ce type de consommation à risque ont une crainte similaire des maladies respiratoires (soulignant le lien entre la consommation d'alcool et celle de tabac). Sur le plan du mal-être psychique, ce type de consommation ne s'accompagne d'aucune crainte relative à la dépression ou au suicide. Parmi les buveurs qui ont une consommation à risque en terme de quantité, les femmes expriment moins de craintes que les hommes, notamment à l'égard des effets néfastes de l'alcool sur la santé physique.

Une consommation différente pendant la semaine et le week-end

La consommation de fin de semaine (vendredi, samedi, dimanche) est plus élevée que dans la semaine¹. Ce phénomène s'ob-

Tableau VII

Modèle logistique final où la variable dépendante est le dépassement du seuil de consommation à risque la veille chez les hommes et les femmes de 20 à 75 ans

	Hommes plus de 4 verres la veille (n=5 183)		Femmes plus de 3 verres la veille (n=6 700)	
		IC à 95 %		IC à 95 %
Âge				
20-25 ans	1		1	
26-34 ans	1,1	0,8-1,5	1,1	0,6-1,9
35-44 ans	1,7**	1,2-2,3	1,5	0,9-2,7
45-54 ans	2,3***	1,6-3,2	2,2**	1,2-3,9
55-64 ans	2,7***	1,9-3,9	2,0*	1,1-3,8
65-75 ans	2,1***	1,5-3,1	1,6	0,9-3,0
Tabagisme régulier				
Non	1		1	
Oui	1,7***	1,5-2,0	1,5**	1,1-2,0
Indépendants (H) ou salariés public (F)				
Non	1		1	
Oui	1,5**	1,2-2,0	0,7*	0,5-1,0
Alcool hebdomadaire ou quotidien				
Non	1		1	
Oui	11,6***	7,3-18,7	7,2***	4,8-11,0
Test Deta				
Négatif	1		1	
Positif	2,1***	1,8-2,5	4,0***	2,8-5,8
Ivresse au cours de l'année				
Non	1		1	
Oui	1,7***	1,4-2,1	3,1***	2,1-4,6
Surestimation du seuil quotidien				
Non	1		1	
Oui	2,3***	2,0-2,7	1,7***	1,3-2,3
Usage de cannabis au cours de l'année				
Non	1		1	
Oui	1,4*	1,1-1,9	1,7*	1,0-2,9

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

1. Cf. données du Baromètre santé nutrition 1996 Adultes.

serve pour toutes les tranches d'âge et pour les deux sexes. Il est particulièrement net pour les consommations du samedi et du dimanche (Figure 9).

La consommation du samedi soir concerne le plus grand nombre de personnes (plus de 40 % des sujets interrogés ont déclaré avoir bu le samedi précédant l'enquête). Elle est également plus importante en quantité. Le contraste dépend toutefois de l'âge et du sexe : chez les hommes, c'est entre 15 et 34 ans que la consommation du samedi soir est particulièrement élevée ; chez les femmes, la différence est moins marquée entre les tranches d'âge (Figures 10 et 11).

La quantité moyenne bue le samedi augmente avec la fréquence de consommation déclarée sur l'année, à l'exception notable des consommateurs hebdomadaires qui déclarent boire ce jour-là autant que les quotidiens (3,1 verres). La quantité moyenne bue le samedi est moins importante parmi les plus âgés (4,1 verres entre 20 ans et 25 ans vs 2,1 à plus de 65 ans). Ainsi, les 20-25 ans consommateurs hebdomadaires boivent en moyenne plus le samedi soir que les consommateurs quotidiens plus âgés.

Enfin, la nature des boissons consommées varie suivant le jour considéré. Dans la semaine, le vin est présent dans 80 % des consommations déclarées (avec de légères fluctuations suivant les jours), la bière dans presque 20 % des cas, les alcools forts dans moins de 15 % des cas et les autres alcools dans un peu plus de 5 % des cas. Le week-end (vendredi, samedi et dimanche), la bière est davantage présente (57 %), mais ce sont surtout les alcools forts (79 %) et autres alcools (73 %) qui voient leur présence augmenter. Le vin reste toutefois encore présent dans la majorité des cas (80 %). De plus, les buveurs du samedi déclarent plus souvent que les autres avoir bu plus de deux types de boissons différents (20,2 % vs 3,1 % ; $p < 0,01$). Le nombre de sortes de boissons consommées et la quantité totale d'alcool sont donc significativement plus importants le week-

Figure 9

Nombre moyen de verres d'alcool bus selon le jour de la semaine

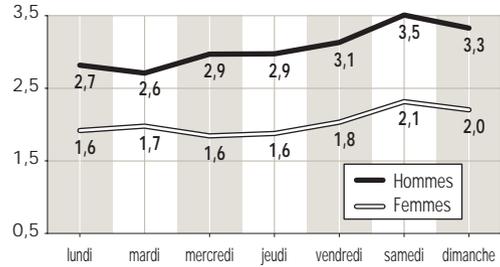


Figure 10

Nombre moyen de verres d'alcool consommés par les hommes durant le week-end, selon l'âge (base : enquêtés ayant déclaré avoir bu une boisson alcoolique durant le week-end)

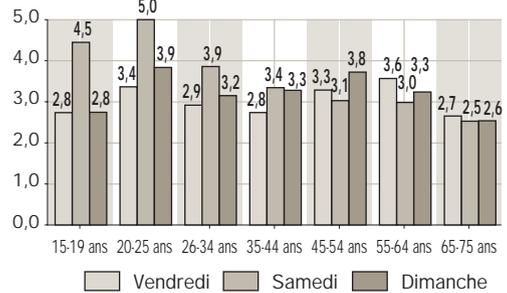
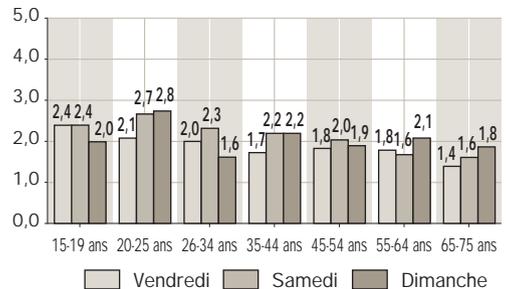


Figure 11

Nombre moyen de verres d'alcool consommés par les femmes durant le week-end, selon l'âge (base : enquêtées ayant déclaré avoir bu une boisson alcoolique durant le week-end)





end, en particulier le samedi. Cette particularité contribue certainement à expliquer que l'ivresse soit plus fréquente parmi les consommateurs hebdomadaires (qui boivent plus le week-end) que parmi les consommateurs quotidiens qui pour tant boivent globalement plus en moyenne.

L'ivresse et ses déterminants

Parmi les 12-75 ans consommateurs d'alcool dans l'année, 15,8 % déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois telle qu'ils la définissent eux-mêmes. Ces épisodes sont trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (23,1 % vs 8,3 % ; $p < 0,001$) et varient significativement en fonction de l'âge. Chez les hommes, ce sont les 20-25 ans qui sont en proportion les plus nombreux à déclarer avoir été ivres au cours de l'année passée (54,2 %), tandis que ce sont les 15-19 ans chez les femmes (27,6 %). Parmi ceux qui déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année, le nombre moyen d'ivresses déclarées au cours de cette période est de 4,4 (5,0 pour les hommes et 2,8 pour les femmes ; $p < 0,001$). À l'exception des 12-14 ans et des 65-75 ans, le nombre moyen d'ivresses à tous les âges est sensiblement plus élevé chez les hommes que chez les femmes ($p < 0,001$). Le pic des ivresses se situe à 20-25 ans avec 7,4 ivresses chez les hommes et 3,4 ivresses chez les femmes (Figure 12).

La proportion des personnes ayant des ivresses répétées (plus de trois ivresses pendant l'année) parmi l'ensemble des sujets qui ont été ivres au cours de la même période varie sensiblement avec l'âge et le sexe : elle passe de 31,2 % chez les 15-19 ans à 36,3 % parmi les 20-25 ans, puis décroît pour atteindre 15,9 % dans la tranche 45-75 ans. L'ivresse est la plus recherchée et/ou la plus facilement atteinte en raison d'une consommation peu fréquente.

La différence entre sexes est importante (30,2 % des ivresses sont répétées chez les hommes vs 19,9 % parmi les femmes ; $p < 0,001$) et maximale à 20-25 ans (40,9 % vs 24,5 % ; $p < 0,01$).

La prévalence des ivresses sur l'année (au moins une ivresse déclarée) est significativement plus élevée chez les consommateurs hebdomadaires de boissons alcooliques (23,5 %) que chez les consommateurs quotidiens (9,9 %), mensuels (13,1 %) ou plus occasionnels (6,8 % ; $p < 0,001$) (Figure 13). Elle est également liée à la consommation du week-end : 18,8 % des personnes

Figure 12

Nombre moyen d'ivresses au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge

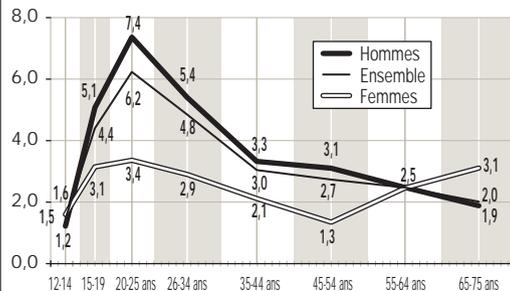
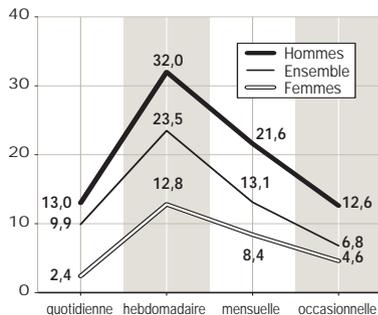


Figure 13

Prévalence de l'ivresse (au moins une ivresse déclarée) au cours des douze derniers mois en fonction du type de consommation





qui déclarent avoir bu le dernier week-end précédant l'enquête ont été ivres au cours de l'année vs 8,5 % pour les autres ($p < 0,001$). La consommation du dernier week-end est associée à deux fois plus d'ivresses répétées que son absence (5,6 % vs 2,2 % ; $p < 0,001$).

Les quantités bues le week-end sont également différentes entre les catégories de buveurs, distinguées selon la prévalence de leurs ivresses : ainsi, 27,1 % des personnes déclarant des ivresses répétées ont bu plus de 5 verres le samedi précédant l'enquête contre 3,4 % parmi les autres ($p < 0,001$). Par ailleurs, il existe un lien très fort entre quantités bues le samedi et variété des boissons consommées (cf. *supra*).

Deux hypothèses pourraient expliquer le fait que la prévalence de l'ivresse au cours de l'année soit plus élevée parmi les consommateurs hebdomadaires et jeunes que chez les consommateurs quotidiens et âgés :

- un rapport différent à l'alcool et à l'ivresse : la nature de la consommation et l'objectif poursuivi pourraient varier dans les deux populations (recherche d'ivresse plus prononcée ou consommation davantage festive chez les consommateurs hebdomadaires ou du week-end) ;
- une plus grande « tolérance » à l'alcool jointe à un seuil d'ivresse subjectif plus élevé chez les consommateurs quotidiens qui sont également plus âgés.

Profil des consommateurs ayant connu plus de trois ivresses dans l'année

Parmi les 15-19 ans

Les ivresses répétées sont deux fois plus fréquentes chez les garçons (15,2 % vs 7,1 % ; $p < 0,001$) et augmentent avec l'âge (4,0 % à 15 ans, 13,9 % à 19 ans ; $p < 0,01$). Elles sont également liées à la fréquence de consommation d'alcool déclarée sur l'année : 2,2 % chez les occasionnels vs 7,0 % chez les mensuels et 24,5 % chez les hebdomadaires ou quotidiens. Le test Delta est positif chez 13,0 % des buveurs déclara-

nt des ivresses répétées vs 4,7 % chez les autres ($p < 0,01$).

La scolarisation n'est pas associée aux ivresses répétées, pas plus que, parmi les élèves, la filière scolaire suivie (professionnelle ou non). Par ailleurs, on peut noter que les jeunes gens qui déclarent des ivresses répétées n'ont pas plus que les autres une méconnaissance des seuils de dangerosité liés à l'alcool. En revanche, ces jeunes se distinguent par les consommations associées de tabac — régulière (68,4 % vs 32,7 % ; $p < 0,001$) ou au cours de la vie (81,4 % vs 50,6 % ; $p < 0,001$) — et surtout de cannabis au cours de l'année (83,5 % vs 22,6 % ; $p < 0,001$). Dans un modèle logistique, ces relations persistent (*Tableau VIII*)¹.

Des associations avec d'autres variables permettent d'enrichir ce profil. Ainsi, les jeunes ayant des ivresses répétées ont plus que les autres peur des accidents de la route (les filles beaucoup moins que les garçons)². Ils n'ont pas peur des problèmes de santé en général (cancer, maladies cardiaques ou dues à l'alcool), sauf des maladies respiratoires et dues au tabac. La crainte de la dépression est plus fréquente chez eux, mais pas celle du suicide. Les risques liés au tabac sont donc, même chez les jeunes déclarant être ivres plus de trois fois dans l'année, beaucoup mieux perçus que ceux liés à l'alcool. En revanche, sur le plan du mal-être psychique, seule l'insatisfaction à l'égard de la vie de famille apparaît significativement associée à ces ivresses : aucune perception négative de soi (ne pas se trouver bien comme l'on est ou ne pas être à l'aise avec les autres) n'est associée à ces ivresses.

1. La relation entre la fréquence de la consommation d'alcool au cours de l'année et l'ivresse étant assez forte, elle n'a pas été introduite dans le modèle.

2. Ce résultat peut paraître surprenant car ce sont souvent les passagers qui redoutent le plus les accidents, notamment lors de sorties à risques comme celles de fin de semaine ; or, les filles sont plus souvent passagères que les garçons. Le problème est peut-être lié aux sens différents qu'il est possible de donner à la question : s'agit-il d'une crainte de l'accident quand on conduit soi-même ou quand on est conduit par un autre ?



Tableau VIII

Modèle logistique où la variable dépendante est la déclaration d'ivresses répétées au cours de l'année (n=98) parmi les buveurs de 15-19 ans (n=731)

	OR ajustés	IC à 95 %
Sexe		
Fille	1	
Garçon	1,5	0,9-2,6
Âge		
	1,1	0,9-1,3
Scolarisation		
Non	1	
Oui	3,9*	1,1-14,5
Tabagisme régulier		
Non	1	
Oui	1,5	0,9-2,6
Plus de 5 verres le samedi		
Aucun	1	
1-2 verres ^a	1,5	0,7- 3,0
3-4 verres	1,9	0,8- 4,5
5-8 verres	10,1***	4,6-22,2
9 verres et plus	12,2***	4,3-34,4
Usage de cannabis au cours de l'année		
Non	1	
Oui	10,2***	5,5-19,0

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

Attention : effectifs très faibles.

a. Le codage de cette variable en dichotomique, par exemple 0 à 4 verres versus 5 verres et plus, ou en variable continue donne des résultats similaires, mais modifie l'association avec la scolarisation, qui devient non significative.

Parmi les 20-75 ans

Les ivresses répétées (plus de trois ivresses au cours de l'année) sont cinq fois plus fréquentes chez les hommes (6,4 % vs 1,3 % pour les femmes ; p<0,001) et décroissent avec l'âge : 14,5 % chez les 20-25 ans, 6,9 % chez les 26-34 ans vs moins de 1 % chez les plus de 45 ans (p<0,001). Elles sont plus fréquentes chez les buveurs hebdomadaires que dans les autres catégories (6,5 %, vs notamment 2,6 % chez les quotidiens). La même relation est observée pour les consommations déclarées au

cours de la semaine. La quantité d'alcool prise le week-end est également liée à l'ivresse répétée : 25,5 % des personnes déclarant avoir été ivres plus de trois fois dans l'année ont bu plus de 5 verres le samedi précédant l'enquête vs 3,5 % des autres. Le test Deta est positif chez 33,5 % des buveurs déclarant des ivresses répétées vs 8,7 % chez les autres.

En analyse bivariée, l'ivresse répétée est liée à l'activité professionnelle : elle est plus fréquente parmi les actifs (6,1 % pour les personnes au chômage et 4,4 % pour celles ayant un emploi) que chez les inactifs (2,6 % ; p<0,001). Chez les actifs distingués par profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS), c'est parmi les ouvriers (5,9 %) et les professions intermédiaires (5,3 %) qu'elle est la plus fréquente ; chez les inactifs, c'est parmi les retraités qu'elle est la plus rare (0,4 %) et parmi les étudiants qu'elle est la plus fréquente (14,5 %). Il existe par ailleurs une différence entre les salariés du secteur privé (5,3 %) et ceux du secteur public (3,0 % ; p<0,001).

La connaissance des seuils de consommation généralement acceptés ne permet pas non plus de distinguer le profil des ivresses répétées. En revanche, comme chez les jeunes, ce profil se distingue par des consommations associées de tabac actuelles (7,8 % vs 1,7 % ; p<0,001) ou au cours de la vie (4,9 % vs 1,8 % ; p<0,001), et surtout par la consommation de cannabis au cours de l'année (29,3 % vs 2,2 % ; p<0,001). Chez les 20-75 ans, les principaux facteurs associés à l'ivresse répétée sont le sexe et l'âge. À âge et sexe contrôlés, il n'existe pas de lien avec le niveau de diplôme, mais il en existe un avec le niveau de revenu du foyer : l'ivresse répétée est plus fréquente parmi les personnes dont le foyer a des revenus élevés, c'est-à-dire supérieurs ou égaux à 10 000 francs mensuels par unité de consommation comparés aux revenus inférieurs à 6 000 francs (OR=1,3 ; p<0,05). La relation entre la fréquence déclarée de consommation d'alcool au cours de l'année et l'ivresse est assez forte, comme celle avec le test Deta. Par ailleurs, la prise de



cannabis au cours de l'année ne concerne que 5,7 % des 20-75 ans et est quasi nulle au-delà de 44 ans. De plus, la PCS (ou, dans un modèle concurrent, la situation professionnelle) disparaît de l'analyse. Ces variables ont donc été exclues du modèle. Dans un modèle reprenant alors toutes les variables décrites ci-dessus, les relations avec l'âge, le sexe, la consommation actuelle de tabac et le nombre de verres bus le samedi précédant l'enquête sont significatives (Tableau IX). L'introduction du revenu du ménage par unité de consommation apparaît fortement lié à ce profil de buveurs : les individus des ménages les plus aisés ont, toutes choses égales par ailleurs, plus de chances de déclarer des ivresses répétées que les autres.

Chez les personnes ayant une activité professionnelle, on peut également observer que le fait de trouver son travail « *fatigant nerveusement* » augmente, toutes choses égales par ailleurs, les chances de déclarer des ivresses répétées (OR=1,7 ; $p < 0,001$ dans le modèle ci-dessus). Ni l'insatisfaction professionnelle, ni le fait de trouver son activité « *fatigante physiquement* » ne sont significativement associés au profil étudié. De ce point de vue, ivresse et consommation quotidienne se distinguent : les travaux de force sont associés à des consommations quotidiennes, les travaux fatigants nerveusement à des ivresses plus fréquentes.

Sur le plan des craintes, les ivresses répétées sont plus fréquentes parmi les personnes craignant les maladies dues à l'alcool, les maladies cardiaques, les maladies respiratoires ou dues au tabac. La crainte des accidents de la route n'est pas discriminante. Sur le plan du mal-être psychique, la dépression ou le suicide ne l'est pas non plus, au contraire du fait d'être insatisfait de sa vie de famille (liaison que l'on retrouve également chez les 15-19 ans).

Consommateurs à risques

Comme dans les précédents Baromètres santé, le repérage des consommateurs à risque (actuels ou passés) a été effectué à

Tableau IX

Modèle logistique où la variable dépendante est la déclaration d'ivresses répétées (n=349) parmi les 20-75 ans (n=9 977)

	OR ajustés	IC à 95 %
Sexe		
Fille	1	
Garçon	4,1***	3,0-5,6
Âge		
20-25 ans	1	
26-34 ans	0,5***	0,4-0,7
35-44 ans	0,2***	0,2-0,3
45-54 ans	0,1***	0,0-0,1
55-64 ans	0,0***	0,0-0,1
65-75 ans	0,0***	0,0-0,1
Nombre de verres samedi précédent		
Aucun	1	
1-2 verres	1,1	0,8-1,5
3-4 verres	2,7***	2,0-3,8
5-8 verres	3,5***	2,4-5,0
9 verres et plus	8,1***	5,2-12,4
Tabagisme régulier		
Non	1	
Oui	2,5***	1,9-3,1
Situation professionnelle		
Chômage	1	
Travail	1,2	0,8-1,9
Inactif	1,3	0,9-1,9
Revenu mensuel du ménage/UC^a		
Moins de 6 000 F	1	
De 6 000 F à moins de 10 000 F	1,5**	1,1-2,0
Au moins 10 000 F	1,6**	1,2-2,2

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

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

l'aide du test Deta (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool). Ce test se compose de quatre questions, les hommes étant proportionnellement beaucoup plus nombreux que les femmes à répondre par l'affirmative :

- « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcooliques ? » (oui : 17,6 % des hommes et 6,7 % des femmes ; $p < 0,001$) ;
- « Votre entourage vous a-t-il déjà fait des



Alcool

remarques au sujet de votre consommation ? » (oui : 11,3 % des hommes vs 2,9 % des femmes ; $p < 0,001$) ;

- « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? » (oui : 17,8 % des hommes vs 6,8 % des femmes ; $p < 0,001$) ;

- « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? » (oui : 1,1 % des hommes vs 0,3 % des femmes ; $p < 0,001$).

À partir de deux réponses positives, la probabilité d'une consommation excessive et/ou d'une éventuelle alcoolodépendance, passée(s) ou présente(s) est jugée élevée. Ainsi, sur l'ensemble de l'échantillon, 8,6 % des personnes de 12 à 75 ans seraient (ou auraient été) dans ce cas, soit environ 4 millions de personnes. Ce risque est trois fois plus fréquent chez les hommes (13,3 %) que chez les femmes (4,0 %, $p < 0,001$), et c'est entre 45 et 54 ans qu'il est le plus élevé : 19,4 % chez les hommes et 5,5 % chez les femmes.

Le score au Deta est également étroitement lié aux habitudes de consommation : 17,1 % parmi les consommateurs quotidiens, 10,3 % parmi les consommateurs hebdomadaires, 3,6 % parmi les consommateurs mensuels et 1,7 % parmi ceux qui consomment moins souvent ($p < 0,001$) (Tableau X). En analyse bivariée, les mêmes déterminants que pour les quantités d'alcool consommées la veille se retrouvent dans l'analyse du test Deta positif :

- les hommes au chômage (19,4 %), les travailleurs indépendants (20,3 %) et les femmes cadres (9,0 %) constituent les groupes où la fréquence de dépendance au test Deta est la plus élevée ($p < 0,001$) ;

- il existe une liaison entre le test Deta et la fréquence des ivresses dans l'année : 27,5 % des hommes (19,4 % des femmes) déclarant des ivresses répétées — trois et plus au cours de l'année — sont positifs vs 12,0 % (3,9 %) des autres ($p < 0,001$) ;

- de même, les personnes qui fument régulièrement sont plus fréquemment positives au test Deta : 16,5 % des hommes (respectivement 6,6 % des femmes) vs 12,0 % des hommes non fumeurs (respectivement

3,0 % des femmes ; $p < 0,01$), la tendance est la même pour les consommateurs de cannabis au cours de l'année : 19,9 % des hommes (13,9 % des femmes) vs 12,6 % (3,5 % ; $p < 0,05$).

Il est à noter que 4,4 % des non-consommateurs de l'année (9,3 % des hommes et 1,4 % des femmes) sont positifs au test Deta. Si les raisons de cette interruption de la consommation peuvent être en rapport avec un usage ressenti comme problématique, elles ne sont pas connues et peuvent être d'ordre varié : médical, personnel, etc. Pour contrôler ces facteurs, une régression logistique a été réalisée à partir des réponses aux questions précédentes. Compte tenu du faible nombre de personnes positives au test Deta parmi les 15-19 ans ($n=44$), la caractérisation de ce profil n'est présentée que pour les 20-75 ans.

Dans un modèle logistique, seules quelques variables significatives ont été conservées : l'âge et le sexe, la fréquence de consommation, le nombre de verres bus le samedi précédent, la consommation quotidienne de tabac et le statut professionnel (Tableau XI). Le revenu, la crainte des maladies liées à l'alcool et la connaissance des seuils de dangerosité de l'alcool ne sont pas significativement liés au profil défini par le test Deta. Il n'existe pas de lien avec la PCS, mais la liaison avec le statut professionnel confirme que c'est parmi les chômeurs (catégorie de référence), les travailleurs indépendants et les étudiants que le fait d'être positif au Deta est le plus probable (OR ajusté non significativement différent de 1). Il est à noter que le résultat concernant les étudiants est sans doute dû à la relative faiblesse de leur nombre ($n=479$) : en effet, dans une variante du modèle proposé opposant chaque statut professionnel aux autres situations, seuls les statuts de chômeur et de travailleur indépendant sont retenus (OR ajusté = 1,5 pour le statut de chômeur opposé aux autres, ($p < 0,01$) ; OR ajusté = 1,3 pour le statut de travailleur à son compte opposé aux autres ($p < 0,05$)).

Si l'on se restreint aux actifs exerçant un



emploi, le statut professionnel et la PCS ne sont plus retenus dans le modèle, ce qui montre que la caractérisation du test Deta par des variables socio-économiques est délicate. Néanmoins, l'opposition sociale visible dans le *Tableau XI* entre les personnes

au chômage et les travailleurs indépendants d'un côté, et le reste de la population de l'autre, confirme les résultats obtenus dans la caractérisation des profils précédents, à savoir que les consommations d'alcool, décrites à travers les indicateurs étudiés dans

Tableau X
Principaux facteurs associés à un test Deta positif (en pourcentage)

	Ensemble	Hommes	Femmes
Deta positif	***	***	***
Ensemble	8,6	13,3	4,0
Âge			
12-14 ans	1,0	1,2	0,9
15-19 ans	4,9	5,3	4,5
20-25 ans	7,3	10,7	3,8
26-34 ans	8,2	12,3	4,4
35-44 ans	10,2	16,2	4,9
45-54 ans	12,5	19,4	5,5
55-64 ans	10,1	16,4	3,5
65-75 ans	6,3	11,8	1,5
PCS	***	***	***
Agriculteurs	9,3	15,3	-
Artisans	14,9	17,3	7,2
Cadres, professions libérales	15,1	18,5	9,0
Professions intermédiaires	9,0	13,0	4,9
Employés	6,7	14,9	4,1
Ouvriers	12,7	14,9	3,4
Situation professionnelle	***	***	***
Chômage	11,2	19,4	5,6
Travail/ secteur privé	10,5	14,7	4,6
Travail/ secteur public	8,9	14,1	4,7
Travail/ à son compte	15,2	20,3	4,9
Retraité	8,3	13,7	2,2
Étudiant, scolarisé	6,4	8,2	4,6
Autre inactif	5,2	22,2	3,4
Satisfaction professionnelle			
Insatisfait	11,6	16,0	6,5
Satisfait	9,9	14,6	4,3

	Ensemble	Hommes	Femmes
Fréquence de consommation	***	***	***
Quotidienne	17,1	21,2	7,1
Hebdomadaire	10,3	13,0	6,9
Mensuelle	3,6	6,3	2,0
Occasionnelle	1,7	3,0	1,2
Non-consommateur	4,4	9,3	1,4
Ivresses dans l'année	***	***	***
Aucune	6,7	10,7	3,2
Une	17,6	19,0	14,6
Deux	18,7	21,0	11,8
Trois ou plus	25,8	27,5	19,4
Crainte des maladies liées à l'alcool	***	***	***
Non	7,3	11,4	3,3
Oui	19,0	27,2	9,6
Estimation des seuils de consommation			
<i>Pour les hommes</i>	***	**	
Non-surestimation	8,0	12,4	3,8
Surestimation (5 verres ou plus/jour)	10,2	15,9	4,5
<i>Pour les femmes</i>	**	*	
Non-surestimation	8,3	12,9	3,9
Surestimation (4 verres ou plus/jour)	10,5	15,8	4,8
Tabagisme	***	***	***
Non-fumeur	7,0	11,7	3,0
Fumeur occasionnel	9,8	14,4	4,9
Fumeur régulier	12,0	16,5	6,6
Usage de cannabis au cours de l'année	**	*	*
Non	7,9	12,6	3,5
Oui	17,9	19,9	13,9

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



Alcool

ce chapitre, sont communes à des couches de la population très différentes.

Sur le plan des craintes, celles associées au test Deta sont les mêmes que celles qui sont associées aux autres profils de consommation

Tableau XI

Modèle logistique final où la variable dépendante est « avoir un test Deta positif » (n=980) parmi les buveurs de 20-75 ans (n=10 358)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Femme	1	
Homme	2,2***	1,9-2,7
Âge		
20-25 ans	1	
26-34 ans	1,6**	1,1-2,3
35-44 ans	2,1***	1,5-3,0
45-54 ans	2,3***	1,6-3,3
55-64 ans	1,7**	1,1-2,6
65-75 ans	1,0	0,6-1,7
Fréquence de la consommation d'alcool		
Occasionnelle	1	
Mensuelle	1,3	0,8-2,1
Hebdomadaire	3,6***	2,4-5,4
Quotidienne	6,1***	4,0-9,3
Nombre de verres samedi précédent		
Moins de 5	1	
5 et plus	2,2***	1,8-2,6
Ivresse répétée (> 3 dans l'année)		
Non	1	
Oui	3,7***	2,8-4,8
Tabagisme régulier		
Non	1	
Oui	1,3**	1,1-1,5
Situation professionnelle		
Chômage	1	
Travail/secteur privé	0,6**	0,5-0,9
Travail/secteur public	0,6**	0,5-0,9
Travail/à son compte	0,9	0,6-1,2
Retraités	0,6*	0,4-1,0
Étudiants	0,7	0,4-1,2
Autres inactifs	0,6*	0,4-0,9

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

en ce qui concerne les maladies : peur des maladies dues à l'alcool, cardiaques, respiratoires ou dues au tabac, etc. La crainte des accidents de voiture n'apparaît pas non plus discriminante. En revanche, dans le domaine du mal-être psychique, les craintes sont plus nombreuses (le suicide et la dépression sont davantage craints par les personnes positives au test Deta) et les signes de malaise également : ne pas se trouver « bien comme on est », ne pas être satisfait de sa vie de famille, ne pas être à l'aise avec les autres, etc.

Lien entre le test Deta et le profil de santé de Duke¹

Lorsque l'on étudie, par l'intermédiaire du profil de Duke, l'état de santé perçue des personnes ayant un test Deta positif, on constate un score de santé générale (cumul des scores de santé physique, sociale et mentale) inférieur au reste de la population : 67,4 vs 71,5 ; p<0,001). Chez les hommes, l'ensemble des scores s'avère significativement inférieur ; chez les femmes, si la perception de la santé n'est guère différente, les scores d'anxiété, de dépression, de santé mentale et d'estime de soi se trouvent considérablement affectés (Tableau XII).

1. Cf. définition dans le chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans.

Tableau XII

Lien entre le test Deta et le profil de santé de Duke

	Score moyen			
	Hommes		Femmes	
	Deta-	Deta+	Deta-	Deta+
Anxiété	27,1	36,8***	34,7	41,5***
Dépression	22,6	31,0***	32,6	39,8***
Douleur	29,0	38,2***	38,5	41,7
Estime de soi	80,2	73,0***	74,2	68,8***
Santé mentale	78,8	70,1***	69,4	61,7***
Santé perçue	76,5	69,4***	70,2	69,0
Santé physique	78,1	70,3***	67,4	64,3*
Santé sociale	69,1	64,0***	67,4	68,3
Santé générale	75,4	68,2***	68,1	64,8**

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



Abstinence au cours de la vie

Dans l'ensemble de la population

Qu'il s'agisse des données des Baromètres santé [11-14] ou d'enquêtes plus spécifiques menées sur l'alcool [10], les résultats des études concordent sur le fait qu'en France, ce produit est largement consommé par presque toute la population à partir de l'adolescence [15]. D'après le Baromètre santé 2000, seuls 3,5 % des Français de 12 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu, ne serait-ce qu'une fois, de boisson alcoolique au cours de leur vie (2,4 % de 20 à 75 ans). L'abstinence exclut ici la consommation de toutes les boissons alcooliques : les boissons classiques comme le vin ou la bière et les boissons moins alcoolisées comme le panaché ou le cidre.

La proportion d'abstinents diminue en fonction de l'âge : 16,9 % à 12-14 ans, 7,4 % à 15-19 ans, 3,1 % à 26-34 ans et 1,7 % à 45-54 ans ($p < 0,001$). Hormis parmi les 12-19 ans et les 55-64 ans, les femmes sont plus fréquemment abstinentes que les hommes ($p < 0,01$) : 4,5 % vs 0,8 % entre 20 et 25 ans ($p < 0,001$), 4,3 % vs 0,4 % parmi les plus de 65 ans ($p < 0,01$).

Profil des 15-19 ans

Selon une analyse bivariée, les facteurs sociodémographiques les plus discriminants associés à l'abstinence chez les 15-19 ans se révèlent être l'âge (hormis un pic non expliqué à 18 ans), le fait de déclarer une religion, le niveau de diplôme, les statuts tabagiques actuel et passé (Tableau XIII). Ces associations perdurent à âge et sexe contrôlés dans un modèle logistique (non présenté ici) :

- la proportion d'abstinents est quatre fois plus élevée chez les personnes qui déclarent une religion que chez ceux qui n'en ont pas ($p < 0,001$) ;
- les personnes ayant un niveau de diplôme élevé ont moins tendance à être abstinents ($p < 0,001$) ;

Tableau XIII

Principaux facteurs associés à l'abstinence chez les 15-19 ans

Âge	
15 ans (n=194)	12,5
16 ans (n=195)	5,9
17 ans (n=186)	4,5
18 ans (n=182)	10,2
19 ans (n=172)	3,1*
Niveau de diplôme	
Aucun (n=149)	16,7
Inférieur au bac (n=575)	6,1
Bac ou supérieur (n=196)	4,0***
Religion	
Oui (n=436)	12,1
Non (n=492)	2,7***
Tabagisme	
Fumeur actuel (n=404)	1,9
Non fumeur actuel (n=525)	11,2***
Fumeur au cours de la vie (n=483)	2,3
Non fumeur au cours de la vie (n=446)	12,4***

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

- parmi les élèves, la filière scolaire (professionnelle ou classique) ainsi que les situations de pré-apprentissage, de formation alternée ou d'apprentissage n'apparaissent pas comme variables discriminantes de l'abstinence ;
- la proportion d'abstinents est significativement plus élevée chez les non-fumeurs que chez les fumeurs actuels ou au cours de la vie : 11,2 % vs 1,9 % ($p < 0,001$) et 12,4 % vs 2,3 % ($p < 0,001$) ;
- le statut professionnel (secteur public, privé, etc.), pour ceux qui travaillent, ne permet pas de distinguer les abstinents des consommateurs ;
- il n'existe pas non plus de relation entre la crainte des maladies liées à l'alcool et l'abstinence au cours de la vie.

Profil des 20-75 ans

À la différence des 15-19 ans, le sexe apparaît discriminant : les femmes se mon-



Alcool

trent beaucoup plus souvent abstinents que les hommes (3,4 % vs 1,3 % chez les hommes ; $p < 0,001$). La relation entre l'âge et l'abstinence disparaît ; en revanche, même à âge contrôlé, l'abstinence est plus rare parmi les personnes ayant un niveau de diplôme plus élevé.

Un modèle logistique permet de dresser un portrait des adultes abstinentes en contrôlant les principaux facteurs sociodémographiques (Tableau XIV). Il se confirme qu'au-delà de 20 ans, l'abstinence est surtout féminine (OR ajusté = 2,0 ; $p < 0,001$) mais ne dépend plus de l'âge. Déclarer une religion

reste très fortement associé à l'abstinence (OR ajusté = 2,4 ; $p < 0,001$), ainsi que le fait de ne jamais avoir fumé au cours de la vie. Après ajustement, les abstinentes sont beaucoup plus fréquents parmi les chômeurs que dans les autres catégories sociales. À l'inverse, c'est parmi les retraités et les travailleurs indépendants que ceux-ci sont les plus rares. Le lien entre chômage et abstinence est apparemment surprenant. Il n'existe, en fait, que chez les hommes. Il est également possible qu'une partie des chômeurs interrogés soit d'une culture proscrivant la consommation d'alcool, sans pour autant déclarer pratiquer une religion.

Certaines relations avec des variables plus subjectives persistent à âge et sexe contrôlés. Ainsi, les abstinentes craignent davantage que les autres les maladies dues à l'alcool ou le suicide. En revanche, les personnes qui craignent beaucoup les accidents de la circulation sont plus souvent consommatrices d'alcool (2,9 % vs 2,2 % ; ns). Enfin, les craintes du cancer ou des maladies cardiaques ne sont pas associées à l'abstinence.

Tableau XIV

Modèle logistique où la variable dépendante est l'abstinence (n=280) chez les adultes (20-75 ans)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Homme	1	
Femme	2,0***	1,5-2,6
Âge		
20-25 ans	1	
26-34 ans	1,3	0,8-2,1
35-44 ans	1,0	0,6-1,7
45-54 ans	0,6	0,4-1,1
55-64 ans	0,8	0,4-1,4
65-75 ans	1,1	0,5-2,3
Avoir une religion		
Non	1	
Oui	2,4***	1,7-3,3
Fumeur au cours de la vie		
Non	1	
Oui	0,3***	0,2-0,3
Situation professionnelle		
Chômage	1	
Travail/secteur privé	0,5***	0,3-0,7
Travail/secteur public	0,4***	0,3-0,7
Travail/à son compte	0,3**	0,1-0,7
Retraité	0,3***	0,1-0,5
Étudiant	0,5*	0,2-0,9
Autre inactif	0,6*	0,4-1,0

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

Alcool et régions

Consommation quotidienne tous alcools confondus

La consommation quotidienne d'alcool est inégalement répartie sur le territoire : elle est particulièrement fréquente dans le Sud-Ouest et le Limousin, et plus rare sur la côte normande et dans la région Paca. Cette répartition reflète en grande partie la carte de la consommation quotidienne de vin, du fait de la part prépondérante du vin dans la consommation quotidienne d'alcool (Figure 14).

Consommation quotidienne par type d'alcool

Prévalence de la consommation quotidienne de vin

Le Sud-Ouest apparaît comme une région où la consommation quotidienne de vin est



particulièrement fréquente et la carte obtenue se superpose bien à la carte de la production viticole. La spécificité du Limousin pourrait peut-être s'expliquer par son caractère très rural. Les deux Normandie apparaissent en retrait, ce qui ne surprend guère ; plus étonnante est la position de Paca, elle aussi en retrait (Figure 15).

Dans toutes les cartes présentées ci-après, la Corse est regroupée avec la région Paca et la légende est la suivante :

En grisé, les comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés pour le caractère mesuré¹ :

- en blanc, prévalence plus faible ;
- en gris clair, pas de différence ;
- en gris foncé, prévalence plus élevée.

En histogramme : les prévalences du caractère mesuré pour les hommes (à gauche) et pour les femmes (à droite), qui permettent d'évaluer la différence entre les sexes au sein de la région.

1. Chaque région a été comparée au reste de la France à âge et sexe contrôlés au moyen d'une régression logistique.

Figure 15

Consommation quotidienne de vin selon le sexe et les régions

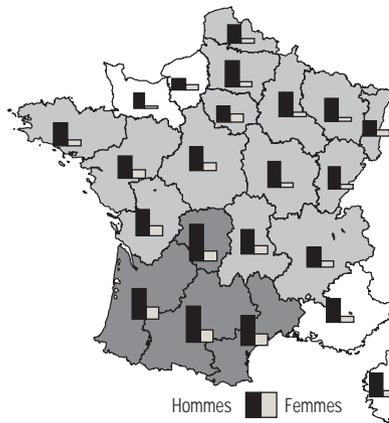


Figure 14

Consommation quotidienne tous alcools confondus selon le sexe et les régions

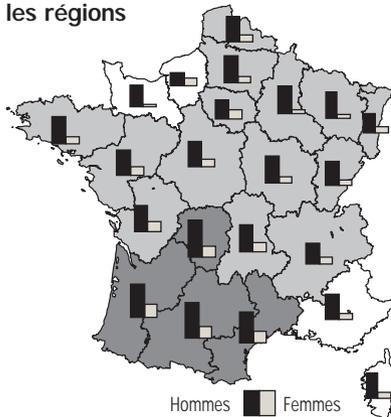
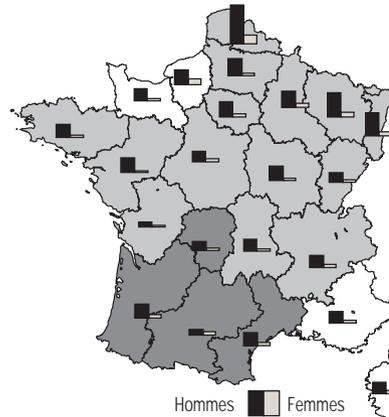


Figure 16

Consommation quotidienne de bière selon le sexe et les régions





Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool fort

Les prévalences de la consommation quotidienne d'alcool fort sont très faibles². Seule Paca affiche une prévalence significativement supérieure au reste de la France, effet qui persiste à sexe et âge contrôlés : il s'agit peut-être de l'effet des apéritifs anisés (Figure 17).

Prévalence de la consommation quotidienne d'autres alcools

La prévalence de la consommation quotidienne d'autres alcools est très faible². Seules trois régions se distinguent : Basse-Normandie, Bretagne et Haute-Normandie. L'importance de la production locale de certains alcools, notamment le cidre, pourrait peut-être expliquer ce résultat. Si l'on incline à accorder aux productions et consommations locales certains effets, il faut être prudent et ne pas systématiser les résultats : en effet, bien que le champagne fasse partie des « autres alcools » dans l'enquête, Champagne-Ardenne n'en est pas plus consommatrice pour autant (Figure 18).

Quantité d'alcool bue au cours des sept derniers jours

Le Baromètre santé permet de calculer le nombre de verres bus la veille et lors du dernier week-end. Par rapport à l'interrogation sur la veille uniquement, l'avantage est d'augmenter considérablement le nombre de répondants (55,4 % de répondants vs 38,5 %), et donc d'augmenter la robustesse des calculs³.

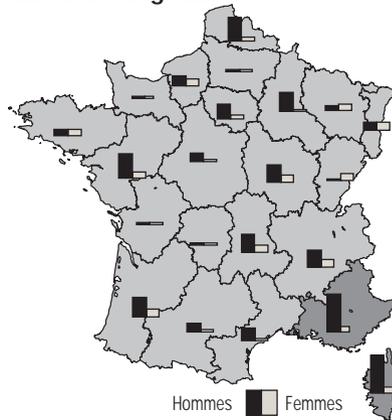
Six régions se distinguent : Limousin, Auver-

2. Les différences entre les régions sont donc faibles et les résultats sont moins robustes.

3. Il s'agit ici d'une régression linéaire où la variable dépendante est le nombre de verres bus. Le modèle linéaire n'est pas tout à fait indiqué puisque le sexe et la région de résidence sont des variables qualitatives ; de plus, les effets de l'âge sur les quantités bues ne sont pas linéaires. Cette modélisation permet néanmoins d'obtenir un résultat cohérent et simple en corrigeant les principaux effets de structure dus au sexe et à l'âge, sans convenir d'un seuil en nombre de verres (ce qui est toujours arbitraire) autorisant le recours à un modèle logistique.

Figure 17

Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool fort selon le sexe et les régions



gne, Rhône-Alpes et Paca sont au-dessus de la moyenne, tandis que le Centre et la Lorraine se situent en dessous. Le sud-ouest, qui présente les plus fortes prévalences de consommation quotidienne, n'apparaît pas comme une région de gros buveurs en terme de quantité. En superposant cette carte avec celles réalisées à partir d'autres sources de données (cirrhose du foie, accidentalité liée à l'alcool, centres d'examen de santé, ventes des sociétés de marketing), un certain nombre de différences apparaissent. Ce point sera abordé dans la partie « comparaison avec d'autres sources de données » et dans la discussion du chapitre (Figure 19).

Prévalence de l'ivresse parmi les buveurs

Trois régions de la façade ouest de la France présentent des prévalences d'ivresse au cours de l'année significativement plus élevées que le reste de la France : la Bretagne, les Pays de la Loire et l'Aquitaine. Cette dernière est donc l'une des régions où une consommation quotidienne est associée à une prévalence élevée de l'ivresse (Figure 20).



Dépendance potentielle à l'alcool

Trois régions se distinguent du reste de la France en ce qui concerne la prévalence des dépendances potentielles à l'alcool : l'Île-de-France, au-dessus (principalement parmi les femmes), la Champagne-Ardenne

et la Lorraine, en dessous. Ce résultat souligne la très grande particularité de la région parisienne qui affiche des prévalences souvent faibles par rapport au reste de la France pour la plupart des indicateurs de consommation, mais présente la plus grande proportion de personnes potentiellement dépendantes (Figure 21).

Figure 18

Prévalence de la consommation quotidienne d'autres alcools selon le sexe et les régions

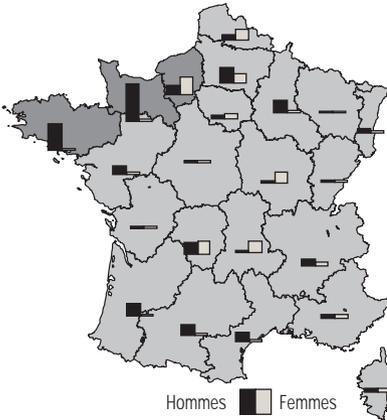


Figure 20

Prévalence de l'ivresse parmi les buveurs selon le sexe et les régions

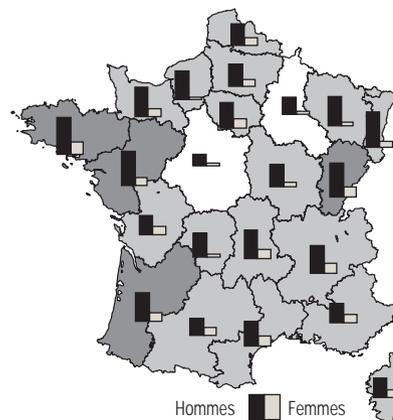


Figure 19

Quantité d'alcool bue au cours des sept derniers jours selon le sexe et les régions

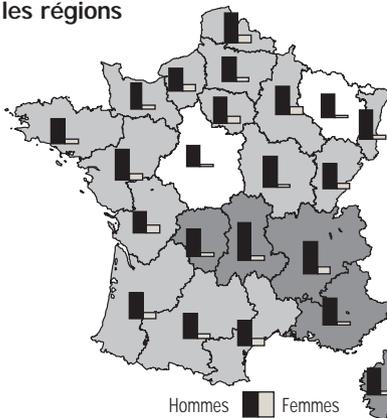
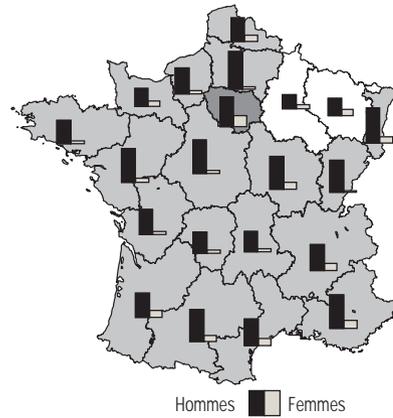


Figure 21

Dépendance potentielle à l'alcool selon le sexe et les régions





Abstinence au cours de la vie

Sept régions se distinguent : le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France sont au-dessus de la moyenne nationale, tandis que Poitou-Charentes, Bretagne, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées et Aquitaine sont en dessous. L'expérimentation de l'alcool serait donc significativement plus fréquente sur la façade ouest que dans le reste du pays. L'Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais sont, au contraire, des régions où elle serait plus rare. Ces quelques différences sont à prendre avec précaution car les effectifs sont faibles et la reconnaissance de l'abstinence peut avoir des causes culturelles très spécifiques (Figure 22).

L'ensemble de ces cartes régionales dessine un portrait contrasté de la consommation d'alcool en France. La principale opposition est l'axe nord-sud (avec une ligne de démarcation floue représentée par la Loire) : le sud apparaît plus consommateur que le nord, aussi bien en fréquence qu'en quantité. Il existe par ailleurs des spécificités régionales en terme de préférences de produits : bière au nord et dans l'est, vin dans le sud. Il existe un second axe est-

ouest opposant la façade atlantique du pays (où les ivresses sont plus fréquentes) au reste de la France. Certaines régions (peut-être plus rurales), comme l'Auvergne, le Limousin et la Franche-Comté, se distinguent par ailleurs par des ivresses plus fréquentes ou des quantités bues plus importantes. Il existe, en revanche, très peu de différences en ce qui concerne la dépendance potentielle à l'alcool mesurée selon le test Deta.

Comparaison avec d'autres sources

Il est tentant de comparer les cartes de consommation et d'ivresses à de nombreuses sources : sécurité routière, maladies liées à l'alcool, etc. Bien qu'intéressant directement la santé publique, le cas de la sécurité routière est particulier : en effet, le fait que les données concernant les accidents de la route liés à l'alcool et les contrôles d'alcoolémie positifs dépendent plus ou moins directement de l'activité des services de police et de gendarmerie, les rend relativement impropres à toute comparaison fiable. En revanche, il est possible de confronter les données du Baromètre du Cirrhose provenant de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), et au dénombrement des recours dans des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) (Figures 23 et 24). Ces derniers ne sont pas totalement exempts des limites formulées à l'encontre des données de la gendarmerie et de la police. En effet, elles reflètent également une partie de l'offre de cures proposée et du travail d'orientation des médecins, c'est-à-dire, dans une certaine mesure, d'éléments de politique de santé publique au sens large du terme (offre de soins). Cependant, l'ancienneté de ces structures fait que ces données expriment tout de même bien une partie des problèmes sanitaires liés à l'abus d'alcool.

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la géographie de la mortalité par

Figure 22

Abstinence au cours de la vie selon le sexe et les régions

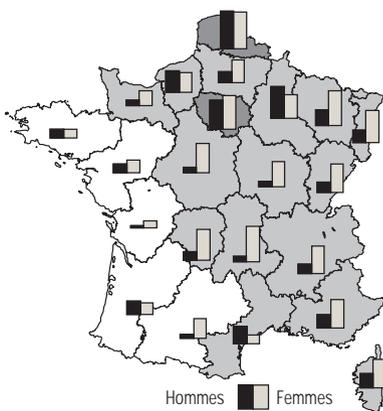
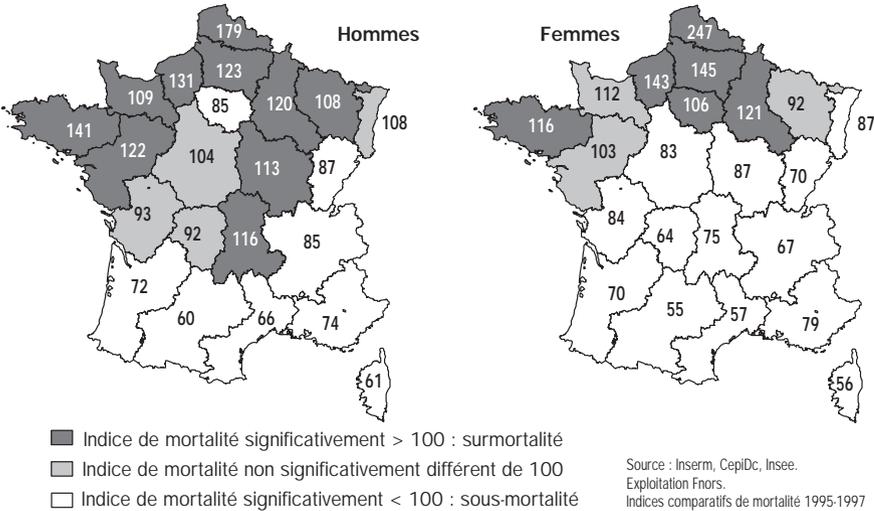




Figure 23

Mortalité par cirrhose selon la région et le sexe

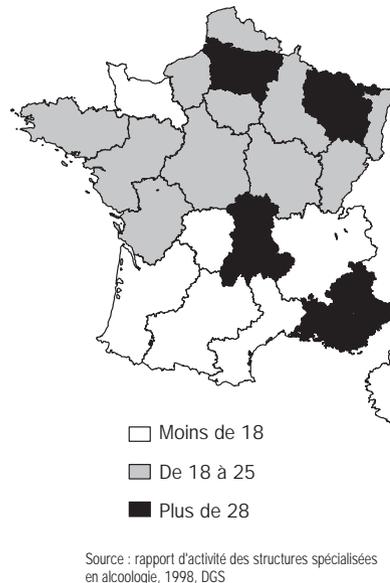


cirrhose se caractérise essentiellement par une opposition nord-sud : au nord, les prévalences les plus importantes, au sud, les plus faibles. Pour les demandes de cure, l'opposition nord-sud se complique légèrement en raison de leur nombre élevé dans les régions Auvergne et Paca.

La superposition des cartes du Baromètre santé avec celles de la mortalité par cirrhose et de demandes de cure est difficile. Elle fait d'abord apparaître que ce n'est pas dans les régions où il y a le plus de consommateurs quotidiens que la mortalité est la plus élevée : au contraire, dans le sud-ouest et sur la côte méditerranéenne en général, la mortalité est faible et les demandes de cure sont peu nombreuses, alors que la consommation déclarée est plus élevée que dans le reste de la France (d'après les résultats de ce Baromètre). Les disparités sont également criantes dans le nord et en particulier sur la côte normande. La concordance est meilleure avec l'ivresse, notamment en ce qui concerne la côte ouest de la France (en particulier la Bretagne). Des divergences apparaissent néanmoins avec le nord, où la mortalité est particulièrement élevée, mais pas l'ivresse déclarée. Avec le

Figure 24

Nombre de recours aux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) pour 10 000 habitants de 20 à 75 ans





Delta, les différences sont particulièrement importantes, notamment en Île-de-France où la mortalité par cirrhose est faible, au contraire de la prévalence du Delta ; la situation est inversée pour les régions Champagne-Ardenne et Lorraine. Enfin, pour les quantités bues la semaine passée, Rhône-Alpes et Auvergne sont très au-dessus de la moyenne en terme de consommation, mais plutôt en dessous pour la mortalité par cirrhose.

Ces répartitions géographiques divergentes reflètent la difficulté qu'il y a de comparer des données déclaratives de consommation avec des données de nature différente :

- La mortalité par cirrhose découle d'habitudes de consommations anciennes pour lesquelles on ne dispose pas de données sur les prises d'alcool. La carte de mortalité par cirrhose ne pourrait être superposable qu'avec des données de consommation de l'époque. Par ailleurs, la place prise par les hépatites virales comme étiologie des cirrhoses est très certainement grandissante.
- Les demandes de cure concernent un public peu nombreux aux consommations élevées et vraisemblablement peu représenté dans les données du Baromètre. Elles reflètent aussi l'offre de soins, variable selon les régions.
- La durée des usages, leur modification au cours des années pour une même cohorte de consommateurs et la mobilité des personnes en général compliquent encore ces comparaisons.
- Plus généralement, les données de mortalité et de demandes de cure peuvent sans doute s'expliquer par des inégalités sociales et économiques non mesurables par les simples indicateurs de consommation d'alcool : dans le Baromètre, les revenus des foyers sont significativement plus faibles dans le nord de la France que dans le sud, et le taux de chômage y est plus élevé.
- Enfin, les régimes alimentaires, très différents au sud et au nord de la Loire, ont probablement une influence non négligeable sur la géographie des cirrhoses.

Évolution

Les différents Baromètres santé ont subi des modifications dans leur questionnaire et ne permettent donc pas de suivre l'évolution de tous les indicateurs de consommation d'alcool au cours du temps. En se rapportant à la structure de la population de 1990 (ce qui implique un redressement adéquat des données de 1999), la comparabilité des questions peut être établie sur les indicateurs suivants.

Chez les adultes de 20-75 ans

Pour les adultes de plus de 20 ans, il est possible de comparer les données du présent Baromètre avec celles du dernier Baromètre santé adultes de 1995 [13] et, dans une moindre mesure, avec celles du premier Baromètre santé de 1992 [11]. Chez les plus de 20 ans, il y a peu d'évolutions significatives des indicateurs de consommation d'alcool entre les derniers Baromètres.

On note néanmoins une légère diminution de la consommation, tant en fréquence qu'en quantité. Ainsi, la prévalence de la consommation au cours de la semaine précédant l'enquête : 71,7 % en 1995 vs 69,2 % en 1999 ($p < 0,05$). Cette baisse touche autant les hommes que les femmes : 84,1 % à 82,1 % chez les hommes et 59,9 % à 56,9 % chez les femmes. De même, la consommation quotidienne au cours des sept derniers jours a légèrement baissé : elle concernait 23,4 % des plus de 20 ans en 1995 vs 21,2 % en 1999 ($p < 0,05$). Cette baisse n'est avérée que pour les hommes (36,0 % en 1995 vs 30,4 % en 1999 ; $p < 0,01$), pas pour les femmes (11,4 % en 1995 vs 12,5 % en 1999 ; ns). Le nombre moyen de verres bus la veille a également connu une diminution dans le même temps : 2,8 verres en 1995 contre 2,6 en 1999 ($p < 0,05$). Cette baisse touche autant les hommes que les femmes : 3,2 à 3,0 chez les hommes, 1,9 à 1,7 chez les femmes. En revanche, les évolutions concernant l'ivresse ne sont pas significatives. La



prévalence de l'ivresse au cours de l'année est stable : 14,3 % en 1995 vs 14,2 % en 1999 (ns). Ces évolutions sont les mêmes pour les deux sexes : 22,3 % vs 22,6 % chez les hommes (ns) ; 6,8 % vs 6,4 % chez les femmes (ns). Il en va de même pour la prévalence de l'ivresse répétée (plus de 3 au cours de l'année) : 3,9 % en 1995 (6,6 % des hommes, 1,5 % chez les femmes) vs 4,2 % en 1999 (7,1 % chez les hommes, 1,3 % chez les femmes).

La proportion de personnes potentiellement dépendantes à l'alcool (selon le test Deta) n'a pas évolué non plus au cours de cette période : 8,5 % en 1995 (14,3 % chez les hommes, 2,9 % chez les femmes) vs 9,2 % en 1999 (14,7 % chez les hommes, 3,9 % chez les femmes).

Si l'on se réfère au premier Baromètre santé de 1992, la consommation d'alcool et les ivresses semblent également en baisse. Ainsi, la consommation quotidienne concernait 24,9 % des 20-75 ans en 1992 vs 21,2 % en 1999 ($p < 0,001$). Toutefois, les questions ne sont pas identiques. Cette évolution concerne essentiellement les hommes : 37,2 % vs 30,4 %, ($p < 0,01$) et 12,9 % vs 12,5 % chez les femmes (ns). Les ivresses au cours de l'année sont également moins fréquentes : 18,6 % des plus de 20 ans en avaient déclaré au moins une en 1992 vs 14,2 % en 1999 ($p < 0,001$). Cette diminution concerne plus les hommes que les femmes : 29,0 % vs 22,6 % chez les hommes ($p < 0,001$), 9,4 % vs 6,4 % chez les femmes ($p < 0,01$).

Chez les jeunes de 12-19 ans

Pour les plus jeunes (12-19 ans), les comparaisons ont été effectuées avec le Baromètre santé jeunes 97/98 [14]. Le recul temporel est donc plus réduit. La comparaison laisse entrevoir très peu de variations des indicateurs de consommation, d'ivresse et de dépendance potentielle à l'alcool au cours des deux dernières années. La comparaison fait apparaître une grande stabilité des comportements de consommation chez les jeunes.

L'abstinence de boissons alcooliques (sans compter les boissons peu alcoolisées qui n'étaient pas interrogées en 1997 chez les jeunes) est inchangée : elle concernait 23,6 % des 12-19 ans en 1997 vs 22,7 % en 1999 (ns). Cette stabilité se retrouve pour les deux sexes (la baisse chez les filles n'est pas significative) : 21,6 % vs 22,6 % chez les garçons (ns), 25,7 % vs 22,9 % chez les filles (ns).

Les déclarations de consommation d'alcool semblent également stables : 23,0 % des 12-19 ans déclaraient avoir bu au moins une fois par semaine au cours de l'année vs 21,8 % en 1999 (ns). Cette stabilité s'observe pour les deux sexes : 30,1 % vs 27,7 %, chez les garçons (ns), 15,6 % vs 15,7 % chez les filles (ns). Le nombre moyen de verres bus la veille n'a cependant pas varié au cours de cette période : 2,4 en 1997, 2,4 en 1999 (ns).

Les déclarations d'ivresse au cours de l'année sont également restées stables : 22,0 % en 1997 vs 22,1 % en 1999 (ns). Cette stabilité s'observe pour les deux sexes : 27,4 % vs 26,4 % chez les garçons (ns), 16,4 % vs 17,7 % chez les filles (ns). Enfin, la proportion de 12-19 ans potentiellement dépendants à l'alcool (selon le test Deta) est stable : 3,1 % en 1997 vs 3,7 % en 1999 (ns).

Discussion

De manière générale, il faut rappeler que les analyses conduites ici sont essentiellement descriptives, même lorsque des modélisations ont été opérées. En effet, rien n'autorise à inférer des relations causales entre les caractères étudiés dans un tableau ou modélisés dans une régression logistique. Seules des associations statistiques sont ainsi mises en évidence.

La comparaison des données issues des différents Baromètres santé confirme la baisse tendancielle de la consommation d'alcool en France. Pour autant, cette décroissance est lente et quasi inobservable chez



les 12-19 ans sur une période courte (1997-1999). Il n'est pas exclu que la baisse se soit effectivement amortie depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. Par ailleurs, la très faible évolution des principaux indicateurs de consommation depuis 1995-1997 n'implique pas que la consommation soit restée strictement identique pour tous les groupes d'individus au cours de cette période : les comparaisons ne concernent pas des groupes de consommateurs mais des groupes d'âge. Il est donc possible qu'une analyse plus fine permette de repérer certains changements importants des modalités de consommation de sous-groupes particuliers de la population. Pour autant, une enquête d'opinion conduite en population générale en 1999 [16] a permis de montrer que les modifications des opinions et des attitudes relatives à l'alcool au cours des années quatre-vingt-dix chez les adultes étaient en effet de faible ampleur.

Il convient, par ailleurs, de garder à l'esprit que les enquêtes déclaratives quelles qu'elles soient ne permettent de reconstituer, que 50 % à 70 % des volumes réellement consommés [17, 18]. Certaines populations échappent au sondage : la couverture téléphonique filaire ne concerne que 90 % des foyers et certains publics précarisés ne sont pas accessibles (sans domicile fixe, etc.). Or, leur consommation peut être différente. En dehors des sous-déclarations, il est de surcroît par fois difficile pour les personnes ayant de multiples occasions de consommer de l'alcool, de déterminer avec précision le nombre de verres consommés la veille. La notion de verres standard n'existe, de fait, qu'en théorie et les quantités consommées varient grandement en fonction de la taille et du remplissage des verres.

Le choix des indicateurs et le mode de questionnement ont donc une importance prépondérante. Les consommations étant très liées aux occasions de boire et aux particularités individuelles, il est très difficile d'établir des indicateurs (fréquences, quantités) qui prennent en compte ces singularités. L'interrogation sur l'année nous semble être

fondamentale pour définir les principaux indicateurs de suivi de la consommation (quotidienne, hebdomadaire, occasionnelle) entre les différentes enquêtes. Elle permet, en effet, de s'affranchir d'une éventuelle saisonnalité des consommations, surtout celles qui sont peu fréquentes. Il conviendrait toutefois de lui adjoindre un suivi des personnes ayant cessé de boire. Concernant les quantités bues, le déclaratif sur le nombre de verres bus la veille est sans doute le plus précis. Il permet d'appréhender chaque jour de la semaine (enquête sur chaque jour de la semaine, à l'exception du dimanche). Mais les biais peuvent être importants. En effet, les répondants de la veille sont sélectionnés parmi les buveurs de la semaine : les quantités moyennes exprimées sont, en conséquence, le reflet des réponses de 64,6 % des consommateurs de l'année. La période de l'enquête se révèle donc être déterminante pour la qualité de cette estimation ponctuelle. Est-elle adaptée pour cerner les consommations occasionnelles, notamment chez les jeunes ? D'autres enquêtes abordent la question sur le mois [10] et souffrent d'autres biais (mémoire, etc.) : au final, les deux questionnements semblent complémentaires. Un groupe de travail réunissant les principaux producteurs de données mène actuellement une réflexion sur l'amélioration des indicateurs d'alcoolisation [19]. Dans sa nouvelle approche des types de consommateurs, le Baromètre santé 2000 souligne les disparités de modes de consommation liés aux différents âges.

Chez les jeunes, l'usage et l'usage excessif de l'alcool sont fortement liés au sexe et à l'âge (pic de consommation et d'ivresse entre 20 et 25 ans) et à l'expérimentation d'autres substances psychoactives (tabac, cannabis). Il semblerait toutefois nécessaire d'approfondir la réflexion sur les déterminants psychosociaux de ces comportements à risques (motivations, représentation et hiérarchisation des risques, perception de l'ivresse et des conséquences de l'usage excessif sur la santé, de la dépendance, etc.) par des études qualitatives sur des échantillons importants.



Il n'a pas été retrouvé ici le lien entre la consommation d'alcool et le type de filière scolaire suivi, observé dans d'autres enquêtes récentes auprès des jeunes, notamment Espad¹ [20, 21] et Escapad² [22]. Dans Espad, les garçons âgés de 15 à 19 ans inscrits en filière professionnelle sont en proportion un peu plus nombreux que ceux des filières générale et technique à déclarer avoir bu plus de dix fois au cours du dernier mois (16,1 % vs 13,7 % ; $p < 0,05$), mais pas les filles. Dans Escapad, à 17 ans, chez les garçons comme chez les filles, les élèves inscrits en filière professionnelle sont proportionnellement plus nombreux que ceux des filières générale et technique à déclarer avoir bu plus de dix fois au cours des trente derniers jours (6,9 % vs 5,0 % pour les filles ; $p < 0,05$ et 20,3 % vs 13,1 % pour les garçons ; $p < 0,001$). Le rapprochement de ces données n'est probablement pas à effectuer dans la mesure où les types d'enquêtes, les structures des populations interrogées, les modes d'administration des questionnaires, les indicateurs retenus ne sont pas identiques. Toutefois, ces résultats plaident pour un affinement du suivi de ces indicateurs dans chacune de ces enquêtes, voire par des explorations complémentaires.

Chez les adultes, la variété des profils de consommateurs obtenus à partir d'indicateurs simples montre la complexité du phénomène de consommation d'alcool et sa prégnance dans toutes les couches de la société. Ainsi, à âge et sexe comparables, la consommation quotidienne d'alcool serait plus fréquente parmi les foyers disposant de faibles revenus, tandis que les ivresses répétées et le Delta le seraient parmi des foyers de revenus plutôt élevés. Certaines catégories professionnelles comme les agriculteurs, mais également les artisans-commerçants-chefs d'entreprise ou les tra-

vailleurs indépendants semblent autant concernées que les chômeurs par une consommation plus importante.

Certaines évolutions suggèrent que la consommation des femmes s'apparente de plus en plus à celle des hommes (baisse générale des indicateurs de consommation chez les hommes et relative stagnation, voire augmentation de certains d'entre eux, chez les femmes). Ainsi, chez les 12-19 ans, les quantités qu'elles déclarent avoir bues la veille sont en hausse depuis 1997 (alors qu'elles sont en diminution chez les garçons), tandis que chez les 20-75 ans, leur prévalence de consommation au cours de la dernière semaine n'a pas diminué depuis 1995 (au contraire de celle des hommes). Ces évolutions sont faibles et sont à interpréter avec prudence. Elles pourraient toutefois être le signe d'une convergence des comportements féminins et masculins à l'égard de l'alcool, analogue à celle observée depuis une dizaine d'années pour les autres substances psychoactives et notamment le tabac [23]. Cela pourrait également être lié à la féminisation nouvelle de certaines catégories de professions (l'émergence de la catégorie des « femmes cadres ») et aller de pair avec une plus grande égalité économique, sociale et professionnelle. Toutefois, il est important de rappeler que la consommation d'alcool reste globalement une habitude très masculine, expliquant la forte mortalité prématurée qui touche les Français de moins de 65 ans et une espérance de vie beaucoup plus faible chez les sujets de sexe masculin.

Concernant la perception des seuils de dangerosité liée à l'alcool, la majorité de la population en a aujourd'hui une bonne connaissance. Pour autant, ceux qui les surestiment (25 %) sont davantage des buveurs réguliers (quotidiens ou ayant des ivresses répétées). Par ailleurs, de manière générale, la liaison entre crainte des maladies liées à l'alcool et indicateurs de consommation n'est pas systématique. Ces résultats suggèrent de poursuivre les efforts d'information et de prévention entrepris depuis 1999 dans ces directions.

1. Enquête auto-administrée en milieu scolaire qui a eu lieu en 1999 auprès de 12 000 élèves de lycée et collège.

2. Enquête auto-administrée qui s'est déroulée lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (JAPD) en 2000 auprès de 14 000 filles de 17 ans et garçons de 17 à 19 ans.



Alcool

Enfin, les associations entre la consommation d'alcool et les problèmes de santé sont actuellement à l'ordre du jour. Si ce Baromètre permet d'en souligner quelques-unes (lien entre Deta et Duke), il convient toutefois de rappeler que le Deta est un indicateur qui porte sur toute la vie et en conséquence, ne permet pas d'établir de lien fiable entre dépendance et santé chez les personnes jeunes. Il serait probablement souhaitable de disposer d'autres indicateurs portant à la fois sur une période plus courte (année ?) et sur un questionnement plus adapté. Les travaux actuellement menés auprès des médecins de ville et des hôpitaux devraient permettre de compléter la connaissance des liens entre alcool et santé [24].

Pour les aspects géographiques, les données de cette étude soulignent une nouvelle fois la grande diversité des usages de l'alcool. Outre les spécificités régionales de consommation, probablement liées aux habitudes et aux productions locales (calvados, bière, vin), le territoire métropolitain apparaît grossièrement divisé en quatre. Il est d'abord scindé en deux, de part et d'autre d'une ligne floue au niveau de la Loire : au sud et surtout au sud-ouest, se trouvent les régions où la consommation quotidienne est

la plus fréquente, au nord celles où elle l'est le moins. Il l'est également selon l'axe est-ouest : la façade atlantique se distinguant nettement du reste pour ce qui est des ivresses. Ces résultats pourraient être comparés à ceux des Baromètre santé nutrition dans le cadre d'analyses des régimes alimentaires. Concernant les divergences entre les différentes sources de données, il devient impératif, maintenant que chaque indicateur est mis en place, de mieux les comprendre afin de disposer d'une description cohérente des comportements de consommation d'alcool en France.

Au total, les résultats analysés soulignent la complexité des diverses modalités de la consommation d'alcool chez les Français. Des évolutions croisées se font jour, que les indicateurs traditionnels ont du mal à refléter. Entre le nord et le sud, les hommes et les femmes, les jeunes et les sujets plus âgés, la semaine et le week-end, le vin et les autres boissons, l'ivresse et les prises régulières..., un nouveau paysage est sans doute en train de se redessiner. Il demande le développement de travaux complémentaires plus spécifiques et plus ciblés, privilégiant des axes d'exploration particuliers que ce Baromètre santé a mis en lumière.



références bibliographiques

1. Hill C. *Alcool et risques de cancer*. THS La revue des addictions 1999 ; 1 (3) : 46-9.
2. Haut Comité de la santé publique. *La Santé en France — Rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994 : 333 p.
3. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France, 1994-1998*. Paris : La Documentation française, 1998 : 310 p.
4. Parquet P. J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Vanves : CFES, coll. Dossiers Techniques, 1997 : 108 p.
5. Parquet P. J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*. Vanves : CFES, coll. Dossiers Techniques, 1998 : 46 p.
6. Roques B. *La dangerosité des drogues*. Paris : Odile Jacob. La Documentation française, 1999 : 316 p.
7. Inserm. *Expertise collective Alcool. Effets sur la santé*. Paris : Inserm, 2001 : 358 p.
8. *Alcool* Vanves : CFES, coll. La Santé en chiffres, 2001 : 38 p.
9. *Prévention de l'alcoolisation excessive*. Recherche d'axes de communication : étude qualitative CFES/Cnamts/Adage : 1997. 87 p.
10. Ireb. *Les adolescents français face à l'alcool – Comportement et évolution*. Ireb, 1998 : 119 p.
11. Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir. de). *Baromètre santé 92*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1994 : 165 p.
12. Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P., Warszawski J. *Baromètre santé 93/94*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1995 : 168 p.
13. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de) *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 288 p.
14. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. (sous la dir. de). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 328 p.
15. Guilbert P., Gautier A. *Repérage des consommateurs d'alcool dans une enquête nationale par téléphone*. Alcoologie et addictologie (à paraître).
16. Beck F., Peretti-Watel P. *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*. Eropp 99, OFDT, 2000 : 203 p.
17. Arvers P. *Contribution à l'évaluation des consommations de boissons alcooliques en France, enquêtes épidémiologiques en milieu militaire*. Université Claude-Bernard-Lyon I, mémoire de doctorat, 1998 : 223 p.
18. Got C., Weill J. *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*. Paris : Seli Arslan, 1997 : 350 p.
19. Got C., Weill J. *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*. Actualisation 2001 (à paraître).
20. Choquet M., Ledoux S., Hassler C. *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : Espad, 1999*, France : tome 1 (à paraître).
21. Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : Espad, 1999*, France : tome 2 (à paraître).
22. Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Regard sur la fin de l'adolescence, consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000*. Bilan de l'enquête Escapad 2000, OFDT : 2001 : 220 p.
23. Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). *Drogues et dépendances, indicateurs et tendances 2001*, OFDT : 2001 : 368 p.
24. Drees. *Enquête alcool médecine libérale et hôpitaux, 2000-2001*. Drees (à paraître).







Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Philippe Guilbert, Xavier Pommereau, Bertrand Coustou

l'essentiel en quelques chiffres...

En 1999, 7,3 % des femmes et 4,4 % des hommes déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois. Pour les femmes, la prévalence de pensées suicidaires varie selon l'âge avec un maximum pour les 15-19 ans (12,0 %), tandis que, pour les hommes, la prévalence varie peu avec l'âge.

Les tentatives de suicide au cours de la vie ont été analysées essentiellement selon des variables sociodémographiques et cette analyse a été complétée par une description de la dernière tentative de suicide (notamment en terme de suivi médical). 7,7 % des femmes et 3,3 % des hommes déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Pour les femmes, les pourcentages les plus élevés s'observent parmi les 35-64 ans (entre 9 % et 10 %), alors que pour les hommes, ce serait plutôt parmi les jeunes adultes : environ 4,6 % parmi les 20-44 ans. 55,5 % des hommes ont été à l'hôpital après leur dernière tentative contre 53,7 % pour les femmes et 49,1 % ont été suivis par un médecin ou un professionnel de la santé contre 49,8 % pour les femmes.

Les données présentées dans ce chapitre ne permettent pas d'établir un « profil

type » du candidat au suicide, mais elles fournissent un certain nombre d'indicateurs de vulnérabilité révélant un sentiment de mal-être et un désir de rupture chez ceux qui pensent au suicide. Reconnaître ce mal-être et cette envie de rompre constitue la première étape de la prévention du suicide, afin d'aider les sujets en souffrance à l'exprimer explicitement et à en percevoir le sens.

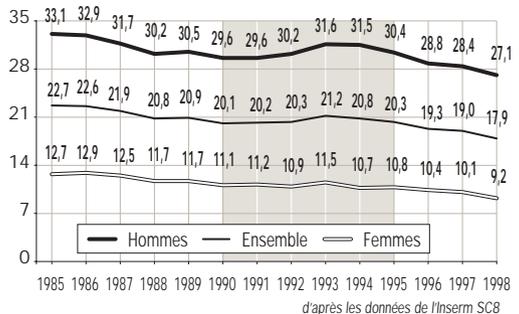


En 1998, le nombre de décès par suicide en France était estimé par l'Inserm à 10 534, tous âges et sexes confondus, dont 7 771 concernant des hommes [1]. Ces chiffres ne tiennent pas compte de la sous-déclaration qui est de l'ordre de 20 à 25 % [2]. Rapportés à la population générale, les taux de décès par suicide sont de 27,1 pour 100 000 hommes et de 9,2 pour 100 000 femmes. La surmortalité masculine s'observe à tout âge. Il existe toutefois d'importantes variations des taux selon la période de la vie. Chez les hommes, l'augmentation des taux est forte entre l'adolescence et l'âge adulte, avec un premier pic vers 40 ans, suivi d'une diminution modérée jusqu'à l'âge de la retraite d'activité, puis une augmentation très importante jusqu'aux âges les plus élevés. Pour les femmes, l'augmentation des taux est plus régulière et plus limitée. Le taux de suicide des femmes âgées est cinq fois plus élevé que celui des jeunes femmes, alors que celui des hommes âgés est dix fois celui des jeunes hommes. Il n'en demeure pas moins que le suicide est à la première place des causes de décès chez les 25-34 ans et à la deuxième pour les 15-24 ans, juste après les acci-

dents de la route. Sept suicides sur dix sont effectués par pendaison ou usage d'une arme à feu. Après une relative stabilité durant la période de l'après Seconde Guerre mondiale jusqu'au milieu des années soixante-dix, le taux de suicide a connu une rapide croissance entre les années 1975 et 1985. Ainsi, le taux de suicide masculin fluctuait entre 23 et 26 pour 100 000 entre 1950 et 1974, alors qu'il atteint 33 pour 100 000 en 1985 (+ 45 %) [3]. Depuis 1985, la tendance est plutôt à la stabilisation, et à la baisse depuis 1993 (Figure 1). Si l'on doit se féliciter de voir le problème du suicide reconnu aujourd'hui comme une

Figure 1

Évolution du taux de suicide selon le sexe de 1985 à 1998 (pour 100 000)



Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.

priorité de santé publique, reste que sa prévention se révèle complexe à mettre en œuvre. Le texte issu de la conférence de consensus [4] souligne qu'il n'existe pas dans la littérature de critères diagnostiques de la crise suicidaire. Le repérage de celle-ci doit s'appuyer sur trois types de signes : l'expression d'idées ou d'intentions suicidaires, les manifestations de crise psychique (troubles anxieux et dépressifs avec sentiments d'échec, d'inutilité, de dévalorisation, ruminations morbides, appétence alcoolique et tabagique, etc.), et le contexte de vulnérabilité (impulsivité, troubles mentaux évolutifs, facteurs de personnalité, alcoolisme, toxicomanie, etc.), dans lequel interviennent également l'histoire individuelle et familiale, les événements de vie douloureux. La gravité de ces signes doit être évaluée en fonction de leur brutalité d'apparition tranchant avec l'état antérieur, de leur intensité, de leur cumul et de leur caractère durable ou récurrent. En ce qui concerne la relation précoce qui pourrait exister entre ces troubles, c'est-à-dire avant qu'ils n'entraînent l'insertion sociale et relationnelle des sujets, peu d'études sont disponibles en France comme à l'étranger [5]. Pourtant, la détermination des signes « précliniques » et de leurs associations potentielles serait particulièrement utile, afin de mettre en place des actions de prévention suffisamment tôt. La présente étude a permis d'analyser les déclarations d'idées de suicide et/ou de tentative de suicide au cours de la vie chez les personnes ayant participé à l'enquête. Dans un premier temps, la prévalence des pensées suicidaires a été étudiée selon différentes variables sociodémographiques (sexe, âge, situation matrimoniale, situation professionnelle, revenu par unité de consommation), selon une échelle de qualité de vie et selon différents comportements de santé (consommation de produits psychoactifs, prise de risque, etc.). Les tentatives de suicide au cours de la vie ont été analysées essentiellement en fonction des variables sociodémographiques et cette analyse a été complétée par une description de la dernière tentative de suicide (notamment en terme de suivi médical).

Méthode

Les pensées suicidaires ont été étudiées à partir d'une question portant sur l'année écoulée : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? (oui, non, nsp)* ». Dans le cadre de cette enquête multithématique, il n'était malheureusement pas possible d'utiliser un questionnaire complet sur **les idées de suicide**. Néanmoins, la question posée constitue un indicateur de pensée suicidaire simple donnant des résultats proches de ceux observables dans d'autres enquêtes [6]. Il est vrai qu'une échelle de fréquence¹ pour la réponse aurait probablement aidé les interviewés à répondre et à se situer [7].

La question utilisée sur **les tentatives de suicide** est : « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? (oui, non, nsp)* ». Cette seconde question, comme la première, nécessitait donc une verbalisation d'un sentiment ou d'un acte qui, pour certains, était resté jusque-là secret. D'autres personnes interrogées, moins enclines à la verbalisation, ont peut-être préféré ne pas répondre à la question ou répondre négativement. L'absence de regard, dû au mode de recueil par téléphone, a d'un autre côté permis une plus grande liberté dans les réponses, comparé à une enquête qui aurait eu lieu en face-à-face. En 1997, lors du Baromètre santé jeunes, des entretiens post-enquête réalisés par un psychologue avaient révélé que les adolescents ayant répondu avoir déjà fait une tentative de suicide avaient plutôt bien vécu le questionnaire mais, par définition, il n'a pas été possible de s'entretenir avec les adolescents ayant fait le choix de garder pour eux leur réponse concernant leurs pensées suicidaires ou leur tentative de suicide.

Peu d'enquêtés n'ont pas souhaité répondre aux questions sur le suicide (une dizaine environ). Il n'est pas possible d'interpréter ce choix comme un refus de reconnaître une tentative ou une pensée suicidaire. Ces personnes n'ont donc pas été prises en compte dans les analyses.

1. Jamais, rarement, parfois, souvent.

La présentation des résultats de l'analyse sera faite la plupart du temps à la fois sans ajustement (pourcentage, moyenne, odds ratio) et avec ajustement par des régressions logistiques, afin de prendre en compte les facteurs de confusions ou les interactions (*odds ratio ajusté*)².

Résultats

Les pensées suicidaires

Sexe et âge

En 1999, 7,3 % des femmes et 4,4 % des hommes déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois ($p < 0,001$). Pour les femmes, cette prévalence selon l'âge varie et c'est parmi les 15-19 ans que l'on observe la proportion la plus élevée de pensées suicidaires (12,0 % ; $p < 0,001$), tandis que pour les hommes, les proportions sont plus homogènes selon l'âge (Figure 2).

Statut matrimonial

12,8 % des hommes divorcés ou séparés et 13,2 % des femmes dans la même situation disent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois (Tableau I). Les hommes divorcés ou séparés n'ayant pas d'enfants ont moins souvent des pensées suicidaires que ceux ayant des enfants : 3,1 % vs 13,7 % mais cette différence n'est pas statistiquement significative. À l'inverse, c'est parmi les individus en situation de primo-nuptialité que l'on observe des taux de pensées suicidaires les plus bas : 3,1 % pour les hommes et 5,1 % pour les femmes, sans différence significative avec le fait d'avoir ou non des enfants. Les hommes célibataires déclarent aussi fréquemment que les hommes remariés des pensées suicidaires (entre 5 % et 6 %) ; les pourcentages pour les femmes sont de 9,3 % pour les célibataires et 11,2 % pour des femmes remariées. Cependant, les femmes célibataires ayant des enfants déclarent moins

Figure 2

Proportion des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge

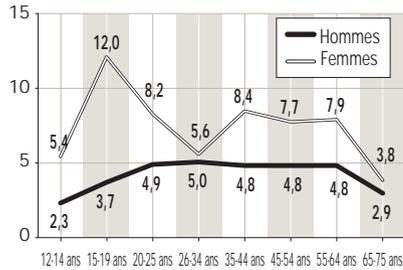


Tableau I

Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon le statut matrimonial et le fait d'avoir des enfants (parmi les 15 ans et plus, en pourcentage)

	Hommes (n=5 763)	Femmes (n=7 381)
Célibataire		
Ensemble (n=4 711)	5,6	9,3
Avec enfants (n=1 030)	5,3	6,5
Sans enfants (n=3 681)	5,7	10,2**
Marié(e) 1^{er} fois		
Ensemble (n=6 249)	3,1	5,1
Avec enfants (n=5 687)	3,1	5,2
Sans enfants (n=562)	3,8	3,4
Remarié(e) après un divorce ou un veuvage		
Ensemble (n=359)	5,9	11,2
Avec enfants (n=334)	5,3	11,1
Sans enfants (n=25) ^a	-	-
Veuf(ve)		
Ensemble (n=807)	7,8	8,2
Avec enfants (n=741)	8,0	8,0
Sans enfants (n=66)	6,7	10,9
Divorcé(e) ou séparé(e)		
Ensemble (n=1 018)	12,8***	13,2***
Avec enfants (n=923)	13,7	13,1
Sans enfants (n=95)	3,1	14,5

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

a. Effectif trop faible.

2. Cf. lexique des termes statistiques au début de l'ouvrage.

fréquemment avoir pensé au suicide : 6,5 % vs 10,2 % pour celles sans enfants ($p < 0,01$). Comme pour les situations de divorce ou de séparation, on remarque parmi les hommes veufs des proportions de pensées suicidaires proches de celles des femmes veuves : 7,8 % vs 8,2 % (p non significatif).

En considérant non plus le statut matrimonial légal, mais le fait de vivre en couple, deux éléments se distinguent : les personnes ne vivant pas en couple disent plus souvent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois (les proportions sont doublées) et parmi les hommes ne vivant pas en couple, ceux ayant des enfants déclarent plus souvent des pensées suicidaires : 10,5 % vs 6,3 % parmi ceux n'ayant pas d'enfants ($p < 0,01$) (Tableau II). Ce phénomène n'apparaît pas parmi les femmes ne vivant pas en couple.

Situation professionnelle

Globalement les différences ne sont pas très importantes entre les situations professionnelles. En revanche, les écarts se creusent en faisant intervenir le revenu par unité de consommation (UC), mais sans qu'il y ait de tendance précise dans un sens ou dans un autre. Ainsi, 10,9 % des femmes au chô-

mage avec un revenu pour le ménage inférieur à 6 000 francs par mois et par UC¹ ont déclaré des pensées suicidaires vs 6,8 % pour la catégorie de revenus juste au-dessus et 5,2 % pour la catégorie de revenus la plus élevée (p non significatif) (Tableau III). À l'inverse, parmi les hommes au chômage, ce ne sont pas ceux ayant les plus bas revenus qui disent plus fréquemment avoir pensé au suicide, mais ceux ayant un revenu

1. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

Tableau II

Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et vie en couple (parmi les 15 ans et plus, en pourcentage)

	Hommes (n=5 765)	Femmes (n=7 388)
Vivre en couple		
Ensemble (n=8 081)	3,5	5,6
Avec enfants (n=6 821)	3,5	5,6
Sans enfants (n=1 260)	3,5	6,2
Ne pas vivre en couple		
Ensemble (n=5 072)	7,0***	10,7***
Avec enfants (n=1 900)	10,5	10,6
Sans enfants (n=3 172)	6,3**	10,7

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

Tableau III

Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon le statut professionnel (parmi les 18 ans et plus, en pourcentage)

	Hommes (n=3 751)	Femmes (n=4 015)
Chômage		
Ensemble (n=778)	5,3	9,3
Moins de 6 000 F (n=511)	3,6	10,9
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=196)	8,8	6,8
Au moins 10 000 F (n=71)	8,0	5,2
Travail/secteur privé		
Ensemble (n=4 100)	4,2	7,0
Moins de 6 000 F (n=1 116)	4,1	8,4
6 000 F à moins de 10 000 F (n=1 696)	4,5	5,3
Au moins 10 000 F (n=1 288)	3,9	7,9
Travail/secteur public		
Ensemble (n=2 390)	5,0	7,6
Moins de 6 000 F (n=511)	3,9	6,4
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=1 046)	3,9	8,2
Au moins 10 000 F (n=833)	7,0	7,6
Travail/profession indépendante		
Ensemble (n=498)	4,8	7,4
Moins de 6 000 F (n=167)	5,5	9,4
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=145)	4,6	6,8
Au moins 10 000 F (n=186)	4,5	5,5

6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

compris entre 6 000 et 10 000 francs par mois et par UC. De plus, la prévalence des pensées suicidaires chez les personnes au chômage n'est pas très différente de celle des actifs ayant un emploi. En prenant en compte l'âge, les différences de prévalence d'idées suicidaires sont significatives uniquement parmi les hommes et les femmes de plus de 30 ans : 9,6 % vs 6,0 % ($p < 0,01$). Chez les moins de 30 ans en situation de chômage, la prévalence de pensées suicidaires n'est pas significativement supérieure à celle des jeunes ayant un emploi.

Près d'une femme cadre sur dix déclare des pensées suicidaires aux cours des douze derniers mois (9,2 %) (Tableau IV). Il s'agit de la proportion la plus importante selon la catégorie professionnelle, mais elle se situe à un niveau proche de celui observé pour les autres catégories professionnelles (entre 7 % et 8 %), excepté peut-être les catégories des ouvrières (5,8 %) et des retraitées (5,3 %). La prise en compte du revenu par UC donne des résultats plus hétérogènes et les variations sont plus importantes. La situation matrimoniale, ainsi que la faiblesse des effectifs pour certains découpages, perturbent probablement la lecture du tableau. Ainsi, alors que la prévalence de pensées suicidaires semble diminuer avec le niveau de revenus, dans beaucoup de professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), c'est parmi les ouvrières ayant un revenu supérieur ou égal à 10 000 francs par UC que l'on constate la prévalence la plus élevée de pensées suicidaires (16,9 %). Cette absence de relation linéaire selon le niveau de revenu est également présente chez les hommes. L'analyse selon les PCS montre des résultats proches variant de 4 % à 6 %. Seuls les agriculteurs se situent à un niveau légèrement en dessous (2,5 %), mais les effectifs sont très réduits.

Échelle de Duke²

La qualité de vie au moment de l'enquête est appréhendée par l'intermédiaire de l'échelle de Duke. Elle est basée sur une série de 17 questions qui concernent la santé phy-

2. Cf. chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans.

Tableau IV

Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon la profession et la catégorie socio-professionnelle de l'interviewé(e) (parmi les 18 ans et plus, en pourcentage)

	Hommes (n=3 791)	Femmes (n=4 065)
Agriculteurs		
Ensemble (n=163)	2,5	7,3
Moins de 6 000 F (n=102)	4,1	8,4
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=39)	0,0	8,0
Au moins 10 000 F (n=22) ^a	-	-
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise		
Ensemble (n=233)	6,4	8,8
Moins de 6 000 F (n=60)	7,6	14,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=86)	8,7	5,9
Au moins 10 000 F (n=87)	4,0	6,3
Cadres		
Ensemble (n=1 217)	5,8	9,2
Moins de 6 000 F (n=66)	8,5	13,4
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=260)	3,5	10,4
Au moins 10 000 F (n=891)	6,2	8,5
Professions intermédiaires		
Ensemble (n=2 005)	4,3	8,0
Moins de 6 000 F (n=304)	5,7	12,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=875)	3,9	7,2
Au moins 10 000 F (n=826)	4,3	7,3
Employés		
Ensemble (n=2 472)	5,0	7,3
Moins de 6 000 F (n=941)	3,3	8,9
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=1 135)	6,4	6,4
Au moins 10 000 F (n=396)	4,3	6,3
Ouvriers		
Ensemble (n=1 766)	4,0	5,8
Moins de 6 000 F (n=865)	3,9	4,2
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=729)	4,5	6,3
Au moins 10 000 F (n=172)	2,5	16,9

a. Effectif trop faible.

6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

sique, mentale et sociale. Des scores allant de 0 à 100 sont calculés après agrégation des réponses se rattachant aux dimensions concernées. D'une façon générale, les scores varient sensiblement selon le sexe et l'âge des individus. Ces facteurs seront pris en compte, ainsi que ceux étudiés jusqu'à présent, dans une analyse de la variance multivariée. Ainsi, après ajustement et quel que soit le score considéré, les femmes comme les hommes ayant eu des pensées suicidaires au cours de la dernière année obtiennent des scores de santé moins élevés que les autres. Les différences sont particulièrement importantes pour la santé mentale : le score de dépression des femmes ayant pensé au suicide est de 55,3 vs 31,2 ($p < 0,001$), le score d'anxiété est de 52,5 vs 33,5 ($p < 0,001$) et le score de santé mentale est de 45,3 vs 70,9 ($p < 0,001$) (Tableau V). Les scores de santé

physique et de santé sociale sont également moins élevés et, au final, en considérant l'ensemble des dimensions, le score de santé générale des femmes ayant eu des pensées suicidaires est de 52,7 vs 69,2 ($p < 0,001$). Les mêmes constats peuvent être faits pour les hommes.

Ces différences se retrouvent concernant la consommation de tranquillisants, de somnifères ou d'antidépresseurs. La part des personnes qui ont eu des pensées suicidaires est plus importante parmi celles qui déclarent avoir consommé des tranquillisants ou des somnifères au cours des douze derniers mois, tant chez les femmes (18,7 % vs 4,6 % ; $p < 0,001$) que chez les hommes (13,6 % vs 3,3 % ; $p < 0,001$). Pour les médicaments antidépresseurs, les données sont les suivantes : 26,0 % (vs 4,8 % ; $p < 0,001$) pour les femmes et 24,0 % (vs 3,3 % ; $p < 0,001$) pour les hommes. La perception de son corps est également plus négative. Les hommes comme les femmes ayant pensé au suicide disent plus souvent se trouver trop gros ou trop maigres, mais le sentiment d'être trop maigre semble plus fréquemment associé aux pensées suicidaires car il se retrouve aussi bien chez les jeunes que chez les plus âgés. Ainsi, parmi les femmes de plus de 25 ans s'estimant trop maigres, 13,3 % ont eu des pensées suicidaires vs 6,6 % ($p < 0,001$) et parmi celles âgées de 12 à 25 ans, 15,7 % en ont eu vs 8,5 % ($p < 0,05$) (Tableau VI). Par ailleurs, les pensées suicidaires semblent plus souvent présentes parmi les personnes ayant déclaré une ou plusieurs conduites alimentaires perturbées¹ au cours des douze derniers mois, sauf parmi les hommes de moins de 26 ans où la différence n'est pas significative.

Par ailleurs, la part des personnes qui ont eu des pensées suicidaires est plus importante parmi les personnes qui disent avoir eu une maladie chronique : 9,7 % vs 6,5 %

1. Les conduites alimentaires perturbées sont définies comme des épisodes de frénésie alimentaire et/ou comme le fait de se faire volontairement vomir, notion plus vaste que celle de trouble du comportement alimentaire au sens strict (boulimie, anorexie mentale, etc.).

Tableau V

Pensées suicidaires et scores de santé

	Hommes (n=5 956)	Femmes (n=7 519)	Anova ^a
Score de santé générale			
Avoir pensé au suicide : Oui	58,4	52,7	***
Avoir pensé au suicide : Non	75,2***	69,2***	
Score de santé physique			
Avoir pensé au suicide : Oui	62,2	54,1	***
Avoir pensé au suicide : Non	77,8***	68,3***	
Score de santé mentale			
Avoir pensé au suicide : Oui	53,2	45,3	***
Avoir pensé au suicide : Non	78,8***	70,9***	
Score de santé sociale			
Avoir pensé au suicide : Oui	59,5	58,3	***
Avoir pensé au suicide : Non	68,8***	68,2***	
Score d'anxiété			
Avoir pensé au suicide : Oui	47,7	52,5	***
Avoir pensé au suicide : Non	27,5***	33,5***	
Score de dépression			
Avoir pensé au suicide : Oui	47,6	55,3	***
Avoir pensé au suicide : Non	22,6***	31,2***	

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

a. Anova : variable dépendante : score de santé ; variables indépendantes : sexe, âge, situation professionnelle, situation matrimoniale, revenu mensuel par UC.

($p < 0,001$) pour les femmes et 6,1 % vs 3,9 % ($p < 0,01$) pour les hommes ; ou bien qui souffrent d'un handicap physique : 11,0 % vs 6,7 % ($p < 0,001$) pour les femmes et 6,0 % vs 4,2 % ($p < 0,05$) pour les hommes.

Violence et prise de risque

Quel que soit le sexe, des pensées suicidaires sont significativement plus déclarées par ceux ayant été victimes d'agressions (avoir été frappé ou blessé) au cours des douze derniers mois, mais aussi parmi les acteurs de violence. 8,5 % des hommes et 26,2 % des femmes victimes de violence déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année versus, respectivement, 4,2 %

($p < 0,01$) et 6,8 % ($p < 0,001$). Pour la violence agie, les résultats vont dans le même sens avec toutefois des différences moins importantes : 7,4 % des hommes et 16,0 % des femmes acteurs de violence déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année versus respectivement 4,3 % ($p < 0,05$) et 7,2 % ($p < 0,001$).

Par ailleurs, les victimes de maltraitances sexuelles déclarent beaucoup plus fréquemment avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois : 20,9 % vs 4,4 % pour les hommes ($p < 0,001$) et 24,4 % vs 6,5 % pour les femmes ($p < 0,001$).

Enfin, la proportion d'individus ayant pensé au suicide au cours des douze derniers mois est plus importante parmi ceux qui déclarent avoir pris un risque par plaisir ou par défi au cours des trente derniers jours, aussi bien parmi les hommes que les femmes². L'augmentation de cette proportion est linéaire avec le nombre de prises de risque déclaré, sauf pour les femmes âgées de plus de 25 ans. Ainsi, environ une jeune femme sur quatre (24,5 %) ayant pris à plusieurs reprises des risques dit avoir pensé au suicide (vs 8,2 % parmi celles n'en ayant pas pris ; $p < 0,05$) (Tableau VII). Pour les jeunes hommes, c'est près d'un sur dix (vs 2,7 % parmi ceux n'ayant pas pris de risques ; $p < 0,001$).

Consommation de substances psychoactives

Trois catégories de fumeurs seront examinées : les fumeurs réguliers (c'est-à-dire ceux qui fument au moins une cigarette par jour), les gros fumeurs (plus d'un demi-paquet par jour) et le fumeur dépendant à la nicotine mesurée à partir du test de Fagerström simplifié (nombre de cigarettes par jour et délai entre le réveil et la première cigarette de la journée). Quel que soit le sexe, les personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de l'année sont plus fréquemment des gros fumeurs : 29,0 % vs

2. Le sens des termes de prise de risque par plaisir ou par défi était laissé à l'appréciation de l'enquêté.

Tableau VI

Pensées suicidaires, perception du corps et conduites alimentaires perturbées (en pourcentage)

	Hommes (n=6 020)	Femmes (n=7 654)
12-25 ans		
Se trouver trop gros(se)		
Oui (n=791)	4,1	11,5
Non (n=1 971)	3,8	7,4*
Se trouver trop maigre		
Oui (n=346)	7,4	15,7
Non (n=2 416)	3,0**	8,5*
Conduites alimentaires perturbées		
Oui (n=632)	4,3	13,5
Non (n=2 130)	3,8	7,3**
26-75 ans		
Se trouver trop gros(se)		
Oui (n=5 102)	4,7	6,5
Non (n=5 798)	4,4	7,1
Se trouver trop maigre		
Oui (n=590)	9,1	13,3
Non (n=10 310)	4,2***	6,6***
Conduites alimentaires perturbées		
Oui (n=1 700)	8,1	10,8
Non (n=9 186)	3,9***	6,0***

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

Tableau VII

Pensées suicidaires et prise de risque au cours des douze derniers mois (en pourcentage)

	Hommes (n=6 016)	Femmes (n=7 649)
12-25 ans		
Prise de risque		
Non (n=2 436)	2,7	8,2
Oui, une fois (n=169)	8,1	16,5
Oui, deux fois (n=50)	9,6	23,2
Oui, trois et plus (n=105)	9,6***	24,5*
26-75 ans		
Prise de risque		
Non (n=10 322)	4,1	6,5
Oui, une fois (n=283)	7,7	19,0
Oui, deux fois (n=101)	11,8	21,8
Oui, trois et plus (n=199)	12,0***	5,7***

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

17,3 % (p<0,001) pour les hommes et 17,0 % vs 11,3 % (p<0,001) pour les femmes ; et des fumeurs fortement dépendants : 31,5 % vs 14,3 % (p<0,001) pour les hommes et 21,0 % vs 10,5 % ; (p<0,001) pour les femmes (*Tableau VIII a, b, c*). Après prise en compte des variables sociodémographiques (âge, statut matrimonial, enfant, situation professionnelle, revenu par UC), l'odds ratio (OR) ajusté associé au fait d'être fortement dépendant à la nicotine des personnes ayant eu des pensées suicidaires par rapport à celles n'en ayant pas eu, est de 3,1 pour les hommes (p<0,001) et de 2,4 pour les femmes (p<0,001). Pour la consommation de boissons alcooliques, on note des comportements qui diffèrent selon la présence ou l'absence de pensées suicidaires au cours de l'année, mais uniquement lorsqu'il s'agit d'abus ou de consommation excessive (*Tableau VIII d, e, f, g*). Pour la fréquence de consommation au cours des sept derniers jours et sans considérer le nombre de verres consommés, il n'y a pas de différence significative entre les hommes ayant eu ou non des pen-

sées suicidaires. En revanche, les personnes ayant pensé au suicide au cours de l'année sont définies beaucoup fréquemment comme des consommateurs d'alcool ayant un risque de dépendance (actuellement ou dans le passé) selon le test clinique Deta¹ : 31,2 % parmi les hommes vs 12,5 % (p<0,001) et 10,3 % parmi les femmes vs 3,5 % (p<0,001). Les odds ratios ajustés sont à peu près équivalents à ceux calculés pour la forte dépendance tabagique (OR ajustés = 2,7 ; p<0,001 pour les hommes et 3,0 ; p<0,001 pour les femmes). Les hommes ayant eu des pensées suicidaires déclarent également un nombre moyen d'ivresses au cours de l'année plus élevé : 9,6 ivresses vs 4,6 (p<0,05). Concernant l'usage répété ou régulier de cannabis — soit au moins dix fois par mois — d'importants écarts se dessinent : 15,0 % des hommes ayant eu des pensées suicidaires déclarent consommer du cannabis à cette fréquence vs 5,1 % (p<0,001) et 6,4 % des femmes vs 2,0 % (p<0,001) (*Tableau VIII h, i, j, k, l*). Après ajustement, les OR demeurent élevés : 3,4 (p<0,001) pour les hommes et 3,0 (p<0,001) pour les femmes. Les hommes ayant eu des pensées suicidaires déclarent également plus fréquemment avoir consommé volontairement en même temps de l'alcool et du cannabis au cours de leur vie : 25,9 % vs 13,4 % (p<0,001). Afin d'évaluer les usages à problème en matière de *drogues* au sens large, une série de trois questions a été posée : avoir déjà dû abandonner une activité professionnelle ou scolaire à cause des conséquences de la consommation d'une drogue, avoir échoué dans une tentative d'arrêt d'une drogue et avoir pris quotidiennement pendant au moins deux semaines une drogue. Globalement, les personnes ayant eu des pensées suicidaires sont également celles ayant plus souvent des usages de drogue à problèmes. Les différences sont particulièrement élevées pour la question sur l'abandon d'une activité : 5,0 % parmi les hommes ayant pensé au suicide

1. Voir le chapitre Alcool.

Tableau VIII

Pensées suicidaires et consommation de substances psychoactives : OR ajustés sur l'âge, le statut matrimonial, le fait d'avoir un enfant, la situation professionnelle et le revenu mensuel par unité de consommation pour les 18-75 ans uniquement

Avoir pensé au suicide	%	OR brut	OR ajusté
------------------------	---	---------	-----------

a Fumeurs réguliers

Hommes			
Oui (n=310)	40,2	1,5**	1,3
Non (n=5 710)	30,9**	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=599)	36,7	1,8***	1,6***
Non (n=7 055)	24,4***	1,0	1,0

b Plus de 10 cig. par jour

Hommes			
Oui (n=310)	29,0	2,0***	1,6**
Non (n=5 710)	17,3***	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=599)	17,0	1,6***	1,5**
Non (n=7 055)	11,3***	1,0	1,0

c Forte dépendance

Hommes			
Oui (n=106)	31,1	2,7***	3,1***
Non (n=1 678)	14,3***	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=221)	21,0	2,3***	2,4***
Non (n=1 788)	10,5***	1,0	1,0

d Consommation d'alcool au moins hebdomadaire au cours de l'année

Hommes			
Oui (n=310)	74,3	1,1	0,9
Non (n=5 710)	72,2	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=599)	43,5	0,9	1,0
Non (n=7 055)	45,6	1,0	1,0

e Consommation d'alcool quotidienne au cours des sept derniers jours

Hommes			
Oui (n=310)	23,9	0,8	0,9
Non (n=5 710)	27,7	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=599)	8,1	0,7*	0,9
Non (n=7 055)	11,4*	1,0	1,0

f Test Deta positif

Hommes			
Oui (n=310)	31,2	3,2***	2,7***
Non (n=5 710)	12,5***	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=599)	10,3	3,2***	3,0***
Non (n=7 055)	3,5***	1,0	1,0

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

g Nombre de verres, ivresse

	Nombre de verres la veille parmi les buveurs	Nombre de verres samedi dernier parmi les buveurs	Nombre d'ivresses au cours de l'année parmi les consommateurs
--	--	---	---

Hommes

Oui	3,3	4,4	9,6
Non	2,9	3,5*	4,6*

Femmes

Oui	1,9	2,4	3,9
Non	1,7	2,1	2,6

Avoir pensé au suicide	%	OR brut	OR ajusté
------------------------	---	---------	-----------

h Consommation répétée ou régulière de cannabis
Hommes

Oui (n=308)	15,0	3,3***	3,4***
Non (n=5 692)	5,1***	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=597)	6,4	3,3***	3,0***
Non (n=7 049)	2,0***	1,0	1,0

i Alcool et cannabis
Hommes

Oui (n=310)	25,9	2,3***	2,1***
Non (n=5 710)	13,4***	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=599)	9,2	1,8***	1,4
Non (n=7 055)	5,5***	1,0	1,0

j Abandon d'activité
Hommes

Oui (n=310)	5,0	5,5***	3,9***
Non (n=5 704)	0,9***	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=599)	1,4	5,4***	3,7***
Non (n=7 054)	0,3***	1,0	1,0

k Échec dans la tentative d'arrêt
Hommes

Oui (n=310)	4,7	2,9**	2,8**
Non (n=5 706)	1,7***	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=598)	2,6	2,1**	1,9*
Non (n=7 053)	1,2**	1,0	1,0

l Prise quotidienne
Hommes

Oui (n=310)	12,6	2,4***	2,0**
Non (n=5 708)	5,6***	1,0	1,0

Femmes

Oui (n=598)	7,9	3,5***	3,0***
Non (n=7 054)	2,4***	1,0	1,0

au cours de l'année vs 0,9 % ($p < 0,001$) et 1,4 % parmi les femmes vs 0,3 % ($p < 0,001$). Après ajustement, les OR sont de 3,9 pour les hommes ($p < 0,001$) et 3,7 pour les femmes ($p < 0,001$).

En avoir parlé à quelqu'un

Moins de la moitié des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de l'année en ont parlé à quelqu'un, les femmes plus que les hommes mais sans que la différence soit significative (42,7 % vs 36,2 %) (Tableau IX). L'analyse selon l'âge est rendue délicate par la faiblesse des effectifs. Néanmoins, la tendance pour les deux sexes est celle d'une communication plus fréquente parmi les plus jeunes, ainsi que parmi les

Tableau IX

Avoir parlé à quelqu'un de ses pensées suicidaires selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

Sexe	
Homme (n=310)	36,2
Femme (n=599)	42,7

Hommes	
Âge	
12-14 ans (n=6)	68,8
15-19 ans (n=19)	57,7
20-25 ans (n=30)	53,2
26-34 ans (n=79)	28,8
35-44 ans (n=63)	29,9
45-54 ans (n=56)	31,5
55-64 ans (n=37)	28,3
65-75 ans (n=20)	37,8

Femmes	
Âge*	
12-14 ans (n=16)	61,7
15-19 ans (n=60)	38,7
20-25 ans (n=61)	42,4
26-34 ans (n=103)	48,0
35-44 ans (n=136)	38,3
45-54 ans (n=103)	54,7
55-64 ans (n=76)	35,3
65-75 ans (n=44)	25,8

* : $p < 0,05$. χ^2 de Pearson à 7 degrés de liberté.

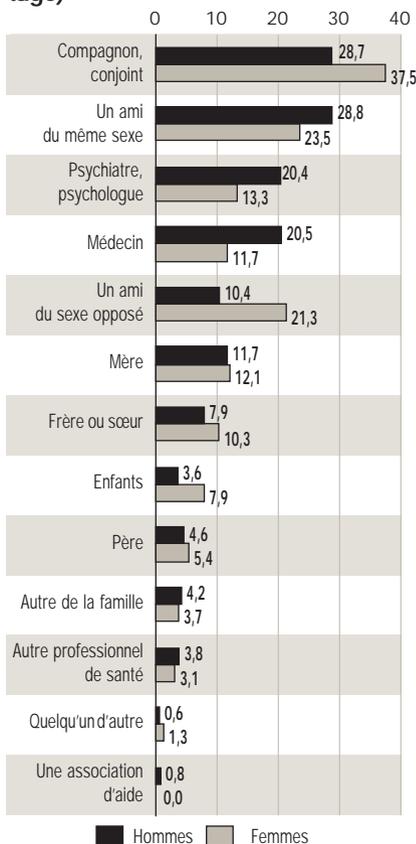
femmes âgées de 45-54 ans (54,7 % vs 39,9 % pour les autres ; $p < 0,05$). Les femmes de 65-75 ans seraient celles qui en parleraient le moins (25,8 % vs 43,9 % pour les autres ; $p < 0,05$).

À qui ?

Il était possible de donner plusieurs réponses à cette question. La personne la plus souvent citée comme interlocutrice est le conjoint : 28,7 % pour les femmes et 37,5 % pour les hommes (Figure 3). La deuxième personne désignée est l'ami du même sexe : 28,8 % pour les femmes et 23,5 % pour les hommes.

Figure 3

Interlocuteur après la tentative de suicide selon le sexe (en pourcentage)



23,5 % pour les hommes. La troisième personne citée est, pour les femmes, le médecin (20,5 % vs 11,7 % pour les hommes ; $p < 0,05$) et, pour les hommes, une amie (21,3 % vs 10,4 % — *un ami* — pour les femmes ; $p < 0,05$). Enfin, la mère est plus souvent indiquée comme confidente (11,8 %) que le père (4,8 %). Les jeunes de 12-25 ans disent davantage en parler à des amis, en particulier du même sexe, qu'à leurs parents et, quand ils en parlent, c'est plus souvent à leur mère qu'à leur père. Vivant moins souvent en couple que les adultes, peu ont répondu se tourner vers un conjoint.

Les tentatives de suicide

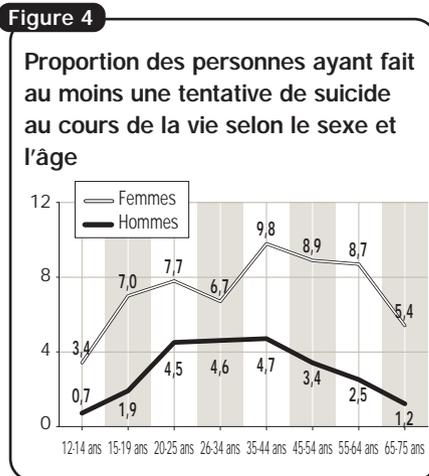
Des études ont permis définir les caractéristiques des suicidants. Les principales sources d'information sont les enquêtes réalisées dans des services hospitaliers d'urgence ou spécialisés qui accueillent des suicidants. En outre, dans la mesure où certaines personnes ayant fait une tentative de suicide sont prises en charge par un médecin généraliste sans passer par un service d'urgence, il est également utile de compléter ces données par des enquêtes en population générale. En France, selon les estimations de la Drees, le nombre annuel de recours après une tentative de suicide se situerait entre 130 000 et 180 000 [8]. Les principales caractéristiques sociodémographiques des suicidants sont : être une femme (deux tiers des tentatives), des taux de tentatives plus élevés parmi les 15-35 ans, peu de tentatives parmi les plus âgés en comparaison du nombre de décès par suicide¹, plus de tentatives en milieu urbain [2]. Un certain nombre de facteurs de risque (médiacaux, familiaux, sociaux), en interaction et cumulables, sont également décrits dans plusieurs études. Les données du Baromètre santé 2000 sur les tentatives de suicide sont des données autodéclarées

1. Au-delà de 65 ans, on estime qu'il y a un rapport de 1 tentative pour 1 suicide masculin et de 3 tentatives pour 1 suicide féminin. Parmi les 15-24 ans, ces mêmes rapports sont respectivement de 22 pour 1 et 160 pour 1.

par les personnes ayant participé à l'enquête. Or, la notion de tentative de suicide est subjective et des actes graves ou jugés comme tels à l'adolescence, peuvent être relativisés quelques années plus tard. Ainsi, il ne faut pas exclure, en reprenant les mots de P. Archambault, la possibilité que le temps produise des effets d'oubli, de déni et de réinterprétation du passé [8]. Il peut se produire une occultation ou un « déclassement » de l'acte suicidaire au fur et à mesure que celui-ci s'éloigne dans le temps. Dans cette partie, les résultats seront présentés selon le sexe, l'âge, le statut matrimonial et professionnel actuel des individus. Un décalage temporel peut être important entre la tentative de suicide qui a eu lieu au cours de la vie et certaines caractéristiques sociodémographiques qui peuvent avoir changé depuis cet événement.

Sexe et âge

En 1999, 7,7 % des femmes et 3,3 % des hommes déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie ($p < 0,001$). Pour les femmes, les pourcentages les plus élevés s'observent parmi les 35-64 ans, alors que pour les hommes, ce serait plutôt parmi les jeunes adultes âgés de 20 à 44 ans (Figure 4).



Statut matrimonial

Globalement, la répartition des suicidants selon le statut matrimonial est assez similaire entre les femmes et les hommes. Les personnes en situation de rupture ou ayant connu cette situation disent plus fréquemment avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie : 19,2 % des femmes divorcées ou séparées (9,4 % pour les hommes) et 22,4 % des femmes remariées après un divorce ou un veuvage (7,4 % pour les hommes) (Tableau X). Viennent ensuite les personnes en situation de veuvage et de célibat, qui sont environ 8 % pour les femmes et 3 à 5 % pour les hommes à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les taux de tentative de

suicide les plus bas sont observés parmi les individus mariés pour la première fois : 5,4 % pour les femmes et 1,8 % pour les hommes. Le fait de prendre en compte les enfants modifie peu les résultats. Deux situations matrimoniales voient leur répartition se modifier avec la prise en compte des enfants : les célibataires ayant des enfants répondent plus souvent avoir pensé au suicide que ceux n'en ayant pas : 11,3 % vs 6,9 % ($p < 0,01$) pour les femmes et 8,9 % vs 4,3 % ($p < 0,01$) pour les hommes. Pour les femmes célibataires, cette répartition est à l'opposé de celle observée pour les pensées suicidaires (Tableau I). Les hommes divorcés ou séparés sans enfants déclarent un peu plus fréquemment avoir déjà fait une tentative de suicide que ceux ayant des enfants, mais la différence est non significative (15,1 % vs 8,9 %). Comme pour les femmes célibataires, cette dernière répartition est à l'opposé de celle observée pour les pensées suicidaires des hommes divorcés ou séparés.

Comme pour les pensées suicidaires, c'est parmi les personnes vivant en couple qu'il y a le moins de suicidants, aussi bien chez les femmes (6,7 % vs 10,3 % ; $p < 0,001$) que chez les hommes (3,0 % vs 4,4 % ; $p < 0,05$) (Tableau XI). Les écarts masculins sont toutefois moins importants que ceux observés pour les pensées suicidaires et,

Tableau X

Tentative de suicide au cours de la vie selon le statut matrimonial et le fait d'avoir des enfants (en pourcentage)

	Hommes (n=5 765)	Femmes (n=7 381)
Célibataire		
Ensemble (n=4 713)	5,1	8,0
Avec enfants (n=1 031)	8,9	11,3
Sans enfants (n=3 682)	4,3**	6,9**
Marié(e) 1^{er} fois		
Ensemble (n=6 250)	1,8	5,4
Avec enfants (n=5 688)	1,7	5,2
Sans enfants (n=562)	2,8	7,7
Remarié(e) après un divorce ou un veuvage		
Ensemble (n=359)	7,4	22,4
Avec enfants (n=334)	7,3	22,6
Sans enfants (n=25)	8,1	19,5
Veuf(ve)		
Ensemble (n=807)	2,7	8,4
Avec enfants (n=741)	3,0	8,5
Sans enfants (n=66)	0,0	6,7
Divorcé(e) ou séparé(e)		
Ensemble (n=1 017)	9,4***	19,2***
Avec enfants (n=922)	8,9	19,3
Sans enfants (n=95)	15,1	18,1

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

Tableau XI

Tentative de suicide au cours de la vie et vie en couple (en pourcentage)

	Hommes (n=5 765)	Femmes (n=7 388)
Vivre en couple		
Ensemble (n=8 082)	3,0	6,7
Avec enfants (n=6 822)	2,8	6,6
Sans enfants (n=1 260)	4,5	6,9
Ne pas vivre en couple		
Ensemble (n=5 073)	4,4*	10,3***
Avec enfants (n=1 900)	6,0	14,3
Sans enfants (n=3 173)	4,1	7,4***

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

pour les femmes ne vivant pas en couple, celles ayant des enfants disent plus fréquemment avoir déjà fait une tentative de suicide que les autres (14,3 % vs 7,4 % ; $p < 0,001$). Cette différence n'apparaissait pas pour les pensées suicidaires.

Situation professionnelle

La répartition du pourcentage de femmes ayant déjà fait une tentative de suicide selon leur situation professionnelle actuelle est moins différenciée que celle des hommes. Pour les femmes, c'est parmi celles au chômage que l'on observe le taux de tentatives le plus important (12,6 %), mais l'écart avec celles ayant un emploi est nettement moins important (8,1 % ; $p < 0,001$) comparé à celui des hommes (9,1 % parmi les hommes au chômage vs 3,7 % ; $p < 0,001$) (Tableau XII). En outre, les données des femmes pour les tentatives de suicide selon la situation professionnelle sont très proches de celles des pensées suicidaires (Tableau III). En revanche, pour les hommes, les écarts sont beaucoup plus élevés que pour les pensées suicidaires entre ceux qui sont au chômage et ceux ayant un emploi. En prenant en compte l'âge, les différences sont significatives uniquement parmi les hommes et les femmes de plus de 30 ans : 9,9 % vs 3,4 % ($p < 0,001$) pour les hommes et 15,3 % vs 8,1 % ($p < 0,001$) pour les femmes. Chez les moins de 30 ans en situation de chômage, la prévalence des tentatives de suicide n'est pas significativement supérieure à celle des jeunes ayant un emploi. Enfin, en introduisant la variable du revenu par unité de consommation (UC), les différences sont de nouveau plus significatives parmi les hommes que parmi les femmes. Ainsi, plus d'un homme au chômage sur dix (12,0 %) ayant un revenu par UC inférieur à 6 000 francs, déclare avoir déjà fait une tentative de suicide contre 3,7 % ($p < 0,05$) parmi ceux ayant un revenu supérieur (de 6 000 francs à moins de 10 000 francs par UC), alors que pour les femmes au chômage, les proportions sont respectivement les suivantes : 15,6 % vs 8,0 % (p non significatif). Quel que soit le sexe, trois professions et

catégories socioprofessionnelles (PCS) ont des proportions plus élevées de suicidants : les artisans, commerçants, chefs d'entreprise (uniquement pour les femmes et les hommes ayant un revenu mensuel par UC inférieur à 6 000 francs), les employés et les ouvriers. Pour les femmes, c'est environ une sur dix qui déclare avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie pour les employées et les ouvrières et 17,1 % pour les artisanes, les commerçantes et chefs d'entreprise (Tableau XIII). Les taux les plus bas sont parmi les cadres, les professions intermédiaires et les agriculteurs

Tableau XII

Tentative de suicide au cours de la vie selon la situation professionnelle (en pourcentage)

	Hommes (n=3 752)	Femmes (n=4 016)
Chômage		
Ensemble (n=778)	9,1	12,6
Moins de 6 000 F (n=511)	12,0	15,6
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=196)	3,7	8,0
Au moins 10 000 F (n=71)	3,8*	5,7
Travail/secteur privé		
Ensemble (n=4 101)	3,7	8,3
Moins de 6 000 F (n=1 116)	5,2	9,5
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=1 696)	3,7	8,5
Au moins 10 000 F (n=1 289)	2,5*	7,1
Travail/secteur public		
Ensemble (n=2 391)	4,3	7,9
Moins de 6 000 F (n=512)	4,8	7,8
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=1 046)	4,6	10,1
Au moins 10 000 F (n=833)	3,7	5,3*
Travail/profession indépendante		
Ensemble (n=498)	2,5	7,5
Moins de 6 000 F (n=167)	4,7	2,6
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=145)	1,7	13,5
Au moins 10 000 F (n=186)	1,4	8,1

* : $p < 0,05$.

6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

Tableau XIII

Tentative de suicide au cours de la vie selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle de l'interviewé(e) (en pourcentage)

	Hommes (n=3 792)	Femmes (n=4 066)
Agriculteurs		
Ensemble (n=163)	0,7	1,3
Moins de 6 000 F (n=102)	0,0	0,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=39)	3,0	7,1
Au moins 10 000 F (n=22)	0,0	0,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise		
Ensemble (n=233)	3,5	17,1
Moins de 6 000 F (n=60)	11,5	11,2
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=86)	1,4	21,3
Au moins 10 000 F (n=87)	1,3 *	18,6
Cadres		
Ensemble (n=1 218)	2,8	7,1
Moins de 6 000 F (n=66)	3,5	18,2
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=260)	2,9	13,6
Au moins 10 000 F (n=892)	2,8	4,3**
Professions intermédiaires		
Ensemble (n=2 005)	3,6	7,1
Moins de 6 000 F (n=304)	3,3	12,2
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=875)	3,7	6,4
Au moins 10 000 F (n=826)	3,5	6,0 *
Employés		
Ensemble (n=2 472)	4,9	9,4
Moins de 6 000 F (n=941)	8,7	10,1
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=1 135)	3,3	9,7
Au moins 10 000 F (n=396)	2,5*	7,0
Ouvriers		
Ensemble (n=1 767)	5,4	10,5
Moins de 6 000 F (n=866)	6,4	10,3
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=729)	4,9	8,8
Au moins 10 000 F (n=172)	2,7	21,6

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

6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

(mais les effectifs sont faibles). Cependant, les femmes cadres ayant un revenu mensuel inférieur à 10 000 francs par UC ont des prévalences élevées de tentatives mais les effectifs considérés sont faibles : 18,2 % (moins de 6 000 francs) et 13,6 % (de 6 000 francs à moins de 10 000 francs).

Nombre de tentatives

Le risque suicidaire augmente avec le nombre de tentatives. Dans cette enquête, la répartition du nombre de tentatives de suicide est peu différente selon le sexe : 67,1 % des suicidants masculins et 65,5 % des femmes déclarent une seule tentative (Tableau XIV). Environ un sur cinq répond avoir fait deux tentatives au cours de la vie (20,1 % pour les hommes et 20,5 % pour les femmes). Enfin, 11,8 % des hommes et 14,0 % des femmes déclarent avoir fait plus de deux tentatives¹.

Tableau XIV

Nombre de tentatives de suicide selon le sexe et l'âge du suicidant (en pourcentage)

	Une seule fois	Deux fois	Plus de deux fois
Hommes			
12-14 ans (n=2) ^a	-	-	-
15-19 ans (n=9) ^a	-	-	-
20-25 ans (n=24)	73,3	20,3	6,4
26-34 ans (n=62)	63,9	19,3	16,7
35-44 ans (n=61)	76,9	11,6	11,5
45-54 ans (n=44)	58,1	28,6	13,4
55-64 ans (n=22)	68,9	16,4	14,7
65-75 ans (n=8) ^a	-	-	-
Femmes			
12-14 ans (n=10) ^a	-	-	-
15-19 ans (n=35)	51,9	23,5	24,6
20-25 ans (n=63)	50,2	35,1	14,7
26-34 ans (n=115)	63,6	26,0	10,4
35-44 ans (n=151)	67,5	14,3	18,2
45-54 ans (n=124)	67,7	22,2	10,1
55-64 ans (n=88)	67,9	14,9	17,2
65-75 ans (n=50)	79,1	14,8	6,1

a. Effectif trop faible.

Prise en charge

La prise en charge après une tentative de suicide ne diffère pas de façon significative selon le sexe : 55,5 % des hommes ont été à l'hôpital après leur dernière tentative contre 53,7 % pour les femmes et 49,1 % ont été suivis par un médecin ou un professionnel de la santé contre 49,8 % pour les femmes. En revanche, les jeunes ont tendance à être moins pris en charge que les adultes, mais les effectifs sont faibles (Tableau XV). Ainsi, moins d'une adolescente sur trois (29,2 % parmi les 15-19 ans) a été à l'hôpital après sa dernière tentative de suicide vs 55,5 % parmi les 26-34 ans ($p < 0,05$). Le pourcentage des personnes ayant été à l'hôpital après leur dernière tentative est le plus important parmi la classe

1. Un homme et quatre femmes ont déclaré 10 tentatives, une femme 12 tentatives et une autre 15 tentatives au cours de la vie.

d'âge 55-64 ans : 75,4 % pour les hommes (p non significatif) et 64,7 % pour les femmes (p non significatif). Par ailleurs, 33,2 % des adolescents ont été suivis par un professionnel de la santé après leur dernière tentative vs 51,3 % pour les 20-75 ans ($p < 0,01$) (Tableau XVI).

Influence du sexe de l'enquêteur

Avant de discuter des résultats présentés précédemment, signalons qu'a priori le sexe de l'enquêteur ne modifie pas de façon significative le déclaratif des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide : 7,1 % des femmes ont répondu avoir pensé au suicide au cours de l'année lorsque l'enquêteur était un homme vs 7,6 % lorsqu'il s'agissait d'une femme ($p > 0,05$), respectivement 4,1 % vs 4,8 % ($p > 0,05$) pour les hommes interrogés. Mêmes constats pour les tentatives de suicide.

Tableau XV

Avoir été à l'hôpital après la dernière tentative de suicide selon le sexe et l'âge du suicidant (en pourcentage)

Hommes

12-14 ans (n=2) ^a	-
15-19 ans (n=9) ^a	-
20-25 ans (n=24)	45,5
26-34 ans (n=59)	57,8
35-44 ans (n=61)	67,0
45-54 ans (n=43)	46,2
55-64 ans (n=22)	75,4
65-75 ans (n=8) ^a	-

Femmes

12-14 ans (n=10) ^a	-
15-19 ans (n=34)	29,2
20-25 ans (n=61)	42,2
26-34 ans (n=113)	55,5
35-44 ans (n=144)	58,2
45-54 ans (n=124)	54,7
55-64 ans (n=87)	64,7
65-75 ans (n=47)	57,5*

* : $p < 0,05$.

a. Effectif trop faible.

Tableau XVI

Avoir été suivi par un médecin ou un professionnel de la santé mentale après la dernière tentative de suicide selon le sexe et l'âge du suicidant (en pourcentage)

Hommes

12-14 ans (n=2) ^a	-
15-19 ans (n=9) ^a	-
20-25 ans (n=24)	45,2
26-34 ans (n=59)	33,9
35-44 ans (n=61)	57,7
45-54 ans (n=43)	58,9
55-64 ans (n=22)	56,5
65-75 ans (n=8) ^a	-

Femmes

12-14 ans (n=10) ^a	-
15-19 ans (n=34)	33,2
20-25 ans (n=61)	55,2
26-34 ans (n=113)	43,0
35-44 ans (n=144)	52,7
45-54 ans (n=123)	50,0
55-64 ans (n=87)	61,3
65-75 ans (n=47)	48,8

a. Effectif trop faible.

Discussion

Pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide

Les débats ont été nombreux sur la question des liens entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicides aboutis. De par les différences épidémiologiques des populations concernées, on a pu considérer qu'il s'agissait en fait de problématiques différentes ou, comme l'écrit M. Debout : « *N'y aurait-il pas plusieurs justifications du geste auto-agressif : celle qui recherche la mort du sujet et celle qui utilise cette potentialité moins pour y parvenir que pour agir sur sa vie et son entourage* » [2]. Mais il écrit aussi quelques lignes auparavant : « *si ces catégories ne peuvent se confondre, elles ont à l'évidence un fond commun, celui qui consiste pour une personne à remettre en cause ce qui la fait vivante, agissante* ». Quelques années auparavant, H. Chabrol estimait en effet que « *la conception actuelle tend à considérer qu'idées de suicide, tentative de suicide et suicide ne sont pas des entités distinctes répondant à des problématiques différentes, mais qu'elles s'inscrivent dans un continuum de conduites de gravité croissante renvoyant à des déterminismes communs définissant un processus suicidaire dont l'évolution spontanée conduit trop souvent à l'escalade de l'une à l'autre* » [9]. Ce continuum qui se vérifie fréquemment dans la pratique clinique est difficile à mettre en évidence à travers les études d'épidémiologie descriptive, car la vulnérabilité d'un sujet peut s'exprimer dans différents registres, et un même désir de « rupture » survenir ou se répéter pour des raisons apparemment fort différentes [10]. L'idéation suicidaire et le risque de passage à l'acte sont liés à d'intenses sentiments de « non-existence » que les sujets eux-mêmes ne sont pas en mesure de rapporter consciemment à tel ou tel traumatisme ou souffrance personnelle. Le caractère hétérogène des événements précipitants (rupture sentimentale, conflit intrafamilial ou interpersonnel, deuil, maladie, situation socioprofes-

sionnelle défavorable, épisode dépressif, violences subies, condamnation, incarcération, etc.), l'importance qu'ils prennent à certains moments et pour certains sujets, l'équivalence qu'ils représentent en termes d'abandon, de perte ou d'isolement insupportables, se révèlent difficilement lisibles à travers le seul recueil de données « objectives », dont la relation de cause à effet est non moins délicate à interpréter en l'absence d'éléments anamnétiques, cliniques et psychopathologiques. Il n'en demeure pas moins que l'idéation suicidaire ne débouche pas nécessairement sur une tentative de suicide et qu'il existe des suicides aboutis qui n'ont été précédés ni de tentatives, ni d'idéation suicidaire exprimée.

L'objet de la conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000 était de reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire (« *crise psychique dont le risque majeur est le suicide* » [4]). À l'issue de celle-ci, un certain nombre de facteurs de risque (selon leur gravité, leur nature), d'événements de vie et de facteurs de protection ont été répertoriés. La liste est étendue, reflétant la complexité du processus suicidaire, d'autant que théoriquement, le nombre de facteurs de risque envisageables pour un risque donné est incalculable [11]. Ainsi, les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité constituent les facteurs primaires parmi les facteurs de risques. Les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs sont regroupés en facteurs secondaires, et le fait d'être un homme, d'être jeune ou âgé, d'être dans une période de vulnérabilité en facteurs tertiaires [4]. Une autre classification, selon la nature des éléments qui la composent, est également présentée : facteurs individuels, facteurs familiaux et facteurs sociaux [4]. Rappelons, comme le soulignent les auteurs du rapport issu de cette conférence, qu'un facteur de risque n'établit pas, de fait, un lien de causalité. Dans le cas de la crise suicidaire, ils insis-



tent sur l'interaction de ces facteurs (modèle intégratif et non additif des facteurs). Dans le cadre de cette étude, nous avons considéré un certain nombre de variables identifiées comme facteurs de risque dans l'analyse des pensées suicidaires (qui peuvent être une composante de la crise suicidaire).

Les facteurs individuels : sexe, âge, abus et dépendance à des produits psychoactifs, estime de soi, maladie ou handicap physique

Les femmes et en particulier les adolescentes ou les jeunes adultes, sont celles qui déclarent le plus fréquemment avoir pensé au suicide au cours de l'année, ce qui correspond au « profil » des personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les courbes des pensées suicidaires selon les tranches d'âge comportent des éléments similaires avec celles observées pour la mortalité par suicide : il n'y a pas d'augmentation linéaire avec l'âge. Les sociologues ont analysé le suicide selon l'âge en s'efforçant de distinguer l'effet de l'âge de l'effet génération et de l'effet période (crise économique par exemple). Une des conclusions de ces recherches serait en faveur de la *recomposition du cycle de vie* : ce qui est important, ce n'est pas l'âge ou l'époque dans laquelle on vit, mais l'âge que l'on a à certaines époques [3]. Ainsi, la crise économique due au premier choc pétrolier n'a pas été vécue de la même façon selon qu'à cette époque, on était âgé de 25 ans (recherche d'emploi) ou de 60 ans (départ à la retraite après une période économique favorable). Pour ce qui est des tentatives de suicide, on observe parmi les 35-44 ans des taux plus élevés que parmi les classes suivantes, ce qui correspond partiellement aux données de mortalité par suicide de ces dernières années (augmentation nette à partir de 65 ans) [3]. Les scores d'anxiété et de dépression sont plus élevés parmi les personnes ayant pensé au suicide. Ces dernières ont également plus fréquemment des problèmes de dépendance vis-à-vis du tabac, de l'alcool ou du cannabis, une mala-

die chronique ou un handicap physique. D'un point de vue psychologique, il est intéressant de noter que les personnes suicidaires se sentent davantage « mal » sur le plan physique et mental, et qu'elles déclinent les conduites de rupture dans plusieurs registres : consommation de tranquillisants et d'autres substances psychoactives, troubles alimentaires et prises de risque diverses. Chez les jeunes, cette observation doit permettre un meilleur repérage des sujets à risque suicidaire. Dans une étude récente, M. Choquet et X. Pommereau ont ainsi montré que les adolescents fréquentant l'infirmerie scolaire constitue une sous-population plus à risque que les autres (une consultante sur cinq et un consultant sur dix ont déjà fait une tentative de suicide) [12]. Les jeunes suicidaires se distinguent des autres par davantage de problèmes personnels (antécédents de violences subies, dépressivité importante, problèmes de santé, difficultés scolaires) et de conduites de rupture (fugues, ivresses, consommation chronique de substances psychoactives, comportements délictueux). La précocité d'apparition de ces troubles (avant l'âge de 15 ans) et leur cumul sont des indicateurs de risque suicidaire majeurs.

Les facteurs familiaux : situation de rupture affective, isolement, présence ou absence d'enfant

Les personnes vivant seules ou séparées/divorcées déclarent effectivement plus fréquemment avoir pensé au suicide au cours de l'année avec des différences importantes selon qu'elles ont ou non des enfants. Deux groupes se distinguent : les femmes célibataires et les hommes divorcés ou séparés. Pour ces deux populations, les taux de pensées suicidaires sont différents selon la présence ou l'absence d'enfant. Les premiers travaux sur le lien entre la famille et le suicide datent de Durkheim. Selon lui, « *l'immunité au suicide que présentent les gens mariés en général est due, tout entière pour un sexe et en majeure partie pour l'autre, à l'action, non de la société conjugale [mariage] mais de la société familiale* »

[famille] [13]. Dans le détail, E. Durkheim remarque que les hommes mariés sans enfants se suicident moins que les célibataires sans enfants, mais plus que les hommes mariés avec enfants ; et les femmes mariées sans enfants se suicident davantage que les célibataires sans enfants. Dans cette enquête, ces résultats sont globalement (*pas de tests statistiques utilisés*) retrouvés pour les tentatives de suicide et partiellement pour les pensées suicidaires. P. Besnard a repris la théorie de E. Durkheim en regard des dernières données sur le suicide et l'évolution de la structure familiale (augmentation de divorces/séparations, augmentation du nombre de célibataires avec enfants). Celui-ci constate que le divorce ou la séparation ne joue pas de façon identique selon que l'on soit un homme ou une femme et selon que l'on ait ou non des enfants : pour les hommes, le fait d'avoir des enfants est davantage corrélé à des taux de suicide élevés, alors que cela ne s'observe pas chez les femmes. L'une des explications consiste à dire qu'en cas de divorce, ce sont les femmes qui obtiennent majoritairement la garde des enfants et donc, en quelque sorte, la structure familiale est davantage préservée pour les femmes que pour les hommes. Pour les femmes célibataires, la présence ou l'absence d'enfants « joue » de façon opposée selon que l'on considère les pensées suicidaires ou les tentatives de suicides : les femmes célibataires ayant un enfant disent plus fréquemment avoir fait une tentative de suicide que celles sans enfants, tandis que les femmes célibataires sans enfants disent plus souvent avoir pensé au suicide au cours de l'année. S'agit-il de deux populations différentes ou bien cela reflète-t-il les difficultés de vie de personnes plus fragiles ou démunies (mères ayant eu des enfants très jeunes, instabilité affective à l'âge adulte, difficultés psychologiques, etc.) ? Là encore, la simple description de la situation matrimoniale rend très imparfaitement compte de la qualité des relations intrafamiliales et de l'effet protecteur qu'elles peuvent ou non avoir en matière de passage à l'acte suicidaire. La

situation familiale élargie (parents, grands-parents, etc.) et les recompositions familiales éventuelles doivent être prises en considération, en sachant qu'elles ont d'autant plus d'impact sur un sujet que celui-ci éprouve des difficultés personnelles et/ou interpersonnelles à définir une place et une identité supportables, pour des raisons multiples (troubles mentaux, dépendance affective majeure, environnement pathogène, enchaînement d'événements dramatiques, etc.). Ces raisons, elles-mêmes, peuvent s'inscrire dans une histoire personnelle ou familiale marquée par diverses formes d'abandon, de perte ou d'indifférenciation (séparation précoce, suicide d'un parent, violences physiques ou sexuelles subies dans l'enfance, répétition transgénérationnelle de traumatismes, relations de dépendance excluant l'un ou l'autre parent, etc.). Ces inclusions successives à la manière de « poupées gigognes » rendent compte du caractère plurifactoriel de la problématique suicidaire.

Les facteurs sociaux : situation professionnelle, profession, revenu

Les liens entre suicide et facteurs sont très complexes. Le chômage serait relié au suicide différemment selon l'âge auquel on le subit, le sexe, les diplômes, la situation matrimoniale, le pays considéré, la profession, etc. De même, les variations de la fréquence de suicide selon la catégorie socio-professionnelle (PCS) sont liées à l'exposition au chômage d'une profession donnée, au salaire, au niveau d'instruction, etc. [14]. Comme le souligne la conférence de consensus, l'impact d'un facteur dépend de la présence ou de l'absence d'un autre [4]. Au fur et à mesure que les travaux de recherche progressent, le mécanisme par lequel un facteur semble jouer sur les taux de suicide se précise (quelle autre variable est liée ? Quelle population est concernée ?, etc.) [3, 14, 15]. Ainsi, le chômage est davantage considéré comme un facteur aggravant ou déclenchant qu'une cause exclusive du geste suicidaire [10]. Par ailleurs, au cours de ces dernières années, le chômage



semble avoir une influence sur le taux de suicide différente selon l'âge des individus. Pour les jeunes adultes, l'effet du chômage serait moindre comparé à celui retrouvé pour leurs aînés (40-45 ans). Les explications avancées sont que la génération plus jeune a appris à vivre avec le risque du chômage mais aussi, plus simplement, tomber au chômage à un âge plus avancé n'a pas les mêmes effets (ni les mêmes causes) à 40 ans qu'à 28 ans. Ce qui semble important, c'est de parvenir à analyser chaque facteur de façon dynamique : interaction entre les facteurs, période et âge spécifiques. Dans le cadre de cette enquête, un certain nombre de conclusions élaborées pour les suicides se retrouvent, pour ce qui est des facteurs sociaux, pour les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. Globalement, trois éléments se distinguent.

1. C'est effectivement parmi les personnes au chômage que s'observent les taux de pensées suicidaires et les taux de tentatives de suicide les plus élevés, d'autant plus que les niveaux de revenu par unité de consommation (UC) sont bas. Cette différence n'est en fait statistiquement significative que parmi les plus de 30 ans, ce qui correspond aux analyses sociologiques présentées ci-dessus.

2. C'est parmi les artisans, commerçants, chefs d'entreprise (uniquement pour les femmes avec des effectifs faibles), employés et ouvriers que s'observe la proportion la plus importante de tentatives de suicide (sans tendance précise selon les revenus par UC). Ceci correspond aux données sur les taux de suicide par PCS à la différence que les agriculteurs ne figurent pas ici parmi les professions ayant des taux de tentatives de suicide élevés.

3. Il n'y a pas de tendance précise de la répartition des pensées suicidaires selon la PCS de l'individu. En terme de proportion maximale, c'est parmi les artisans, commerçants, chefs d'entreprise et cadres qu'il y a la plus grande proportion de personnes qui disent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois, mais globalement, la différence n'est pas significative et c'est

même parmi les ouvrières ayant un revenu par UC supérieur ou égal à 10 000 francs que l'on observe la proportion la plus élevée.

Les événements de vie (au sens de la conférence de consensus) : violence et rapports sexuels forcés

Selon les experts de la conférence de consensus, les événements de vie sont des facteurs prédisposants et précipitants des tentatives de suicide [4]. Les résultats du Baromètre santé 2000 montrent une surdéclaration de violences subies et de rapports sexuels forcés parmi les personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et ce, quel que soit le sexe de la personne interrogée. Il est possible de rattacher les conduites de violence agie et les prises de risque par plaisir ou par défi — qui sont elles-mêmes davantage déclarées par les personnes ayant eu des pensées suicidaires —, à des conduites suicidaires [2]. La violence agie n'est cependant pas à proprement parler une prise de risque, mais le risque est présent dans de nombreux actes de violence (risque de riposte, risque vis-à-vis de la justice, etc.). Chez les jeunes scolarisés, l'étude de M. Choquet et X. Pommereau confirme que les adolescents suicidants sont à la fois plus souvent victimes de violences sexuelles ou physiques (respectivement quatre fois et deux fois plus que les autres) et davantage impliqués dans des violences agies à l'encontre d'autrui. Dans l'expérience de l'équipe du centre Abadie (CHU de Bordeaux) qui prend en charge environ quatre-cent jeunes suicidants par an, une adolescente sur trois et un adolescent sur sept font état d'antécédents de violences sexuelles, en majorité de nature incestueuse [10]. L'analyse de la communication verbale des pensées suicidaires à une personne de son entourage ou à un professionnel de la santé doit être faite de façon prudente dans le cadre de cette enquête « déclarative ».

La conférence de consensus a émis un certain nombre de recommandations destinées aux non-professionnels : comment ces derniers peuvent-ils repérer une crise suicidaire



et quelle première attitude adopter ? Les expressions d'idées suicidaires et d'intentions suicidaires sont décrites comme des signes de premier rang dans le repérage de la crise. Quelle que soit la population cernée (enfant, adolescent, adulte ou personne âgée), exprimer des désirs de suicide mérite une attention particulière de la part de l'entourage. Le rapport souligne également que l'expression d'idées et d'intentions suicidaires est rare chez l'enfant et les personnes âgées. Les données du Baromètre santé 2000 montrent qu'effectivement, les femmes de 65-75 ans sont celles qui ont moins fréquemment répondu en avoir parlé à quelqu'un (25,8 % ; $p < 0,05$). Mais, dans ce type d'enquête, on pourrait aussi bien considérer que c'est l'ensemble des personnes qui ont répondu avoir pensé au suicide qui en ont parlé (au sens de parler de ses idées) à quelqu'un. Ceux qui répondent en avoir parlé à personne l'ont quand même dit à l'enquêteur. Ce raisonnement comporte une limite sérieuse dans la mesure où parler (c'est-à-dire accepter d'échanger) avec quelqu'un de son entourage ou avec un professionnel de santé ne relève pas de la même démarche que celle qui consiste à répondre à un questionnaire général de santé, et de surcroît à une personne « invisible » que l'on ne connaît pas et qui *a priori* ne va pas répondre ou réagir à cette déclaration. L'absence de communication des pensées suicidaires renvoie aux différentes facettes que peuvent revêtir les pensées suicidaires : « réflexion générale sur le sens de la vie et de la mort » [2], symptôme défensif d'un passage à l'acte ou au contraire signe d'un échec partiel du travail psychique [16], premier acte d'un continuum qui aboutira à une tentative de suicide (obsession) [9], etc. L'absence de communication n'est malheureusement pas un signe d'absence de risque total puisque la dissimulation est souvent un élément primordial dans le suicide ou les tentatives. D'où l'énoncé d'autres signes de repérage pour l'entourage que cette verbalisation des idées de suicide (*signes du deuxième et troisième rangs*) [4].

En dépit de la relative constance des taux de suicide, de nombreuses actions préventives se sont développées *prenant le contre-pied d'un certain fatalisme* [2] : développement de la recherche en vue d'une meilleure connaissance de l'articulation des différents facteurs de risque, de certains facteurs déclenchants et des moyens utilisés, vigilance particulière sur les populations sur-représentées (adolescents, personnes âgées), création de centres spécialisés, d'accueil de long séjour, de centres d'écoute anonyme, de guides pratiques pour les professionnels de santé, etc. À côté de ces recherches et de ces actions, des études d'évaluation sont en cours de réalisation, pour aider les acteurs de terrain à affiner leur démarche. C'est ainsi qu'a été créé par le ministère de la Santé un pôle d'observation sur la mortalité et la morbidité suicidaires, qui se donne comme objectifs d'améliorer la déclaration des suicides par les médecins généralistes et le retour d'information des instituts médico-légaux, ainsi que le repérage des tentatives de suicide dans les systèmes d'information hospitaliers. Par ailleurs, une étude épidémiologique sur les suicides avec utilisation d'armes à feu ou de médicaments a été commandée et un guide sur les recommandations concernant la prévention primaire du suicide est en cours d'édition [17]. Enfin, des évaluations sont en cours concernant les services de téléphonie sociale, ainsi que les points d'accueil jeunes et les points d'écoute jeunes-parents. Quoi qu'il en soit, retenons que les données épidémiologiques ne permettent pas d'établir un « profil type » du candidat au suicide, mais qu'elles fournissent un certain nombre d'indicateurs de vulnérabilité révélant un sentiment de mal-être et un désir de rupture chez ceux qui pensent au suicide. Reconnaître ce mal-être et cette envie de rompre constitue la première étape de la prévention du suicide, afin d'aider les sujets en souffrance à l'exprimer explicitement et à en percevoir le sens. D'un point de vue psychopathologique, les sujets en détresse restent suicidaires tant qu'ils sont « ignorants » de l'effroyable paradoxe qui les

anime et qui se décline en trois dimensions [10] :

1. ils croient connaître les raisons de leur idéation suicidaire, alors qu'ils en ignorent les soubassements profonds, leur volonté de rupture étant la résultante de plusieurs registres superposés (oublier les difficultés, cesser de souffrir, faire disparaître les problèmes, trancher dans le vif d'une relation aliénante, se distinguer radicalement à travers une défection provisoire ou définitive, supprimer le corps propre pour devenir un « pur esprit »...);

2. ils se méprennent sur leur désir « d'en finir », car ce qui les anime est de « cesser de non exister », c'est-à-dire d'imposer leur existence aux yeux des autres, fût-ce en se débarrassant de leur corporéité pour imprimer à jamais leur place et leur identité dans la tête de ceux qui restent ;

3. ils prétendent ou cherchent à se convaincre que leur idéation suicidaire n'engage qu'eux-mêmes, alors que leur quête éperdue — mourir non pour disparaître mais pour exister — s'adresse toujours à l'autre.

références bibliographiques

1. Inserm. *Données de mortalité* 1998.
2. Debout M. *Le suicide*. Paris : Ellipses, coll. Vivre et comprendre, 1996 : 95 p.
3. Chauvel L. *Âge et suicide*. Revue Française de Sociologie 1997 ; XXXVIII-4 : 681-734.
4. Anaes. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Conférence de consensus 2000. Texte des recommandations.
5. Devaud C., Jeannin A., Narring F., Ferron C., Michaud P.-A. *Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders*. Int. J. Eating Disorders 1998 ; 24 (2) : 207-16.
6. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents : enquête nationale*. Paris : Inserm, coll. Analyse et prospective, 1994 : 346 p.
7. Guilbert P., Choquet M., Arwidson P., et al. *Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête nationale par téléphone*. Santé publique 2001 ; 13 (2) : 113-23.
8. Archambault P. *États dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse. Résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans*. Population 1998 ; 53 [3] : 477-516.
9. Chabrol H. *Les comportements suicidaires de l'adolescent*. Paris : Puf, 2^e édition, 1992.
10. Pommereau X. *L'adolescent suicidaire*. Paris : Dunod, coll. Enfances, 2^e édition, 2001 : 256 p.
11. Peretti-Watel P. *La société du risque*. Paris : Éditions La Découverte, coll. Repères, 2001 : 125 p.
12. Choquet M., Pommereau X., Lagadic C. *Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire*. Paris : Inserm, 2001.
13. Besnard P. *Mariage et suicide*. Revue Française de Sociologie 1997 ; XXXVIII (4) : 735-58.
14. Bourgoin N. *Suicide et activité professionnelle*. Population 1999 (1) : 73-102.
15. Bourdieu P. *Méditations pascaliennes : éléments pour une philosophie négative*. Paris : Seuil, coll. Liber, 1997 : 316 p.
16. Jeammet P., Birot E. (sous la dir.). *Études psychopathologiques des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris : Puf, coll. Psychologie de l'enfant, 1994 : 272 p.
17. Cnamts/CFES/FNMF. *Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales*. Vanves : CFES, coll. Guides d'action, 2001 : 124 p.







Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés

Hugues Lagrange

Ce sont nos propres désirs qui tracent une ligne, toujours arbitraire, entre santé et maladie. Le génie romanesque efface cette ligne, il abolit une frontière de plus. Nul ne peut dire où commence le masochisme repoussant, où s'insère le noble goût du risque et l'ambition dite « légitime ».

René Girard, *Mensonge romantique et vérité romanesque*, Paris : Grasset, 2001, p. 225.

l'essentiel...

Les échanges de coups, les prises de risque par défi ou plaisir d'une part, les rapports sexuels forcés d'autre part, sont abordés ici en liaison avec d'autres situations vécues ou des actes impliquant des risques pour la santé.

Chez les garçons, les échanges de coups participent d'une affirmation de soi dont la sexualité, plus même que le flirt, est corollaire. En revanche, chez les filles, les coups donnés s'inscrivent parfois dans un cycle conflictuel, mais sont plus souvent des réponses à une agression unilatérale ; de plus, donner des coups n'est pas lié à l'expérience sexuelle ni au fait d'avoir un partenaire, au contraire. La rigueur de la surveillance parentale tend plutôt à renforcer les attitudes de transgression et l'implication des adolescents dans des bagarres.

Parmi les adultes des deux sexes, donner des coups est d'abord une attitude qui diminue avec l'âge et qui est fortement associée au fait d'en avoir reçu. Cette conduite est corrélative chez les hommes d'une posture anxiodépressive, mais pas chez les femmes. Dans l'âge mûr, 45 ans et plus, les prises de risque par défi et les tentatives de suicide, non seulement ne sont pas le fait des mêmes individus, mais les tentatives de suicide se trouvent plus souvent présentes chez ceux qui ne prennent pas de risques par défi.

Les violences sexuelles se donnent d'emblée comme de violences non symétriques, elles ne s'inscrivent pas dans un rapport agoniste et il est souhaitable de ne pas les mettre sur le même plan que l'agression et la victimation à caractère non sexuel.



Traiter ensemble échanges de coups, prises de risque et rapports sexuels forcés tient en partie de la gageure. En effet, il ne paraît pas légitime de traiter des atteintes comme les coups de poings ou de pieds qui s'échangent dans les cours de récréation ou au coin des rues sur le même plan que des viols, des tentatives de viols ou d'autres atteintes sexuelles. Les premiers actes relèvent d'une impétuosité des mœurs — fréquente chez les jeunes — et dont l'observation clinique ne permet pas de penser qu'elle laisse des traces physiques ou psychiques durables, les derniers actes impliquent dans la plupart des cas des traumatismes qui resteront inscrits à vie. Les rares agressions commises avec des armes blanches ou des armes à feu, dont la signification et les conséquences sont lourdes, se noient dans la masse des atteintes bénignes¹. Toutefois une partie des acteurs qui sont les protagonistes des échanges de coups sont aussi les protagonistes des violences sexuelles, et il est

probable que les motifs des violences interpersonnelles, à caractère non sexuel dans leur contenu manifeste, ont beaucoup à voir avec l'arrivée des jeunes gens à l'âge de la sexualité génitale. Réciproquement, une partie non négligeable des violences à caractère sexuel sont le fait d'adultes masculins dans la maturité, souvent liés aux victimes par les liens du sang et de l'alliance, ce qui est une autre articulation.

Les échanges de coups, les prises de risque par défi ou plaisir d'une part, les rapports sexuels forcés, d'autre part, seront abordés ici en liaison avec d'autres situations vécues ou des actes impliquant des risques pour la santé : les tentatives de suicide et les usages de drogues licites ou illicites, et le cas échéant, des transgressions des normes comme l'absentéisme scolaire. On envisagera premièrement les échanges de coups et les prises de risque, deuxièmement les violences à caractère sexuel et, enfin, on tentera, non l'impossible synthèse, mais de présenter les liens et les oppositions entre conduites et atteintes, entre agir et pâtir, en fonction du sexe et de l'âge.

Coups et prises de risque

Parmi les personnes interrogées, 2,4 % déclarent avoir porté des coups au cours des douze derniers mois et 3,3 % déclarent en

1. Ainsi 4,3 % des femmes qui déclarent avoir été frappées l'ont été avec une arme blanche, soit 1,1 pour mille. En conséquence, il ne nous a pas paru utile du point de vue quantitatif de les séparer des autres échanges de coups, dans la plupart des analyses.

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.

avoir reçu, il s'agit pour une bonne part des mêmes personnes. La fréquence à laquelle les hommes disent avoir porté des coups (3,6 %) et en avoir reçu (4,2 %) les distingue des femmes — respectivement 1,3 % et 2,5 % d'entre elles sont dans ce cas. De plus, parmi les femmes, le lien entre frapper et être frappé n'est pas de la même nature que parmi les hommes : celles-ci sont rarement impliquées dans des bagarres. Dans 85,3 % des cas, elles sont l'objet de violence de la part d'une seule personne, alors que c'est seulement le cas de 57,6 % des hommes.

Donner et recevoir des coups est largement une question d'âge : 9,0 % et 8,7 % chez les 12-19 ans¹, 4,6 % et 7,6 % chez les 20-25 ans ; parmi les plus de 25 ans, les fréquences chutent à 1,0 % et 1,8 % (Figures 1 et 2).

Quantitativement, le taux d'occurrence des « violences interpersonnelles » est inférieur à celui des mises à l'épreuve de soi. Au cours des trente derniers jours, 6,7 % des interviewés disent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi. Il s'agit, pour l'essentiel, de risques pris dans la pratique de sports ou dans l'usage de véhicules — voitures, scooters, bicyclettes, etc. La fréquence des risques pris par défi ou plaisir a un profil analogue en fonction de l'âge aux échanges de coups ; d'un maximum de 13,5 % chez les 15-25 ans, elle décline à 7,4 % chez les 26-44 ans et 3,0 % chez les 45 ans et plus² (Figure 3).

Ces résultats suggèrent qu'une rupture dans la fréquence de ces conduites intervient autour de 25 ans. On pourrait objecter qu'il

1. Dans le Baromètre santé 2000, 13,6 % des garçons de 17-19 ans et 8,4 % des filles de 17 ans disent avoir été frappés par une ou plusieurs personnes. On retrouve une distribution analogue dans l'enquête Escapad, menée par l'OFDT à l'occasion du « Rendez-vous citoyen », 9,9 % des garçons de 17-19 ans et 4,9 % des filles de 17 ans disent avoir été agressés physiquement au cours des douze derniers mois [1].

2. D'une manière générale, les variations de ces conduites selon les caractéristiques sociodémographiques des interviewés sont en congruence — s'agissant des moins de 20 ans — avec les analyses rapportées dans le Baromètre santé jeunes 97/98 [2].

Figure 1

Personnes ayant été frappées physiquement au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

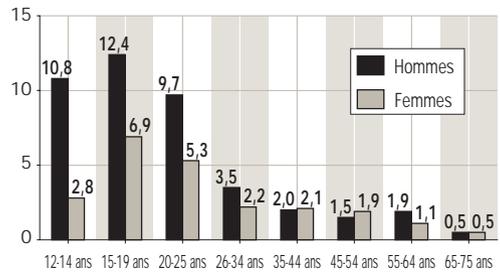


Figure 2

Personnes ayant frappé quelqu'un au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

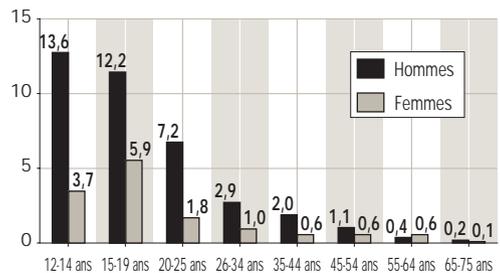
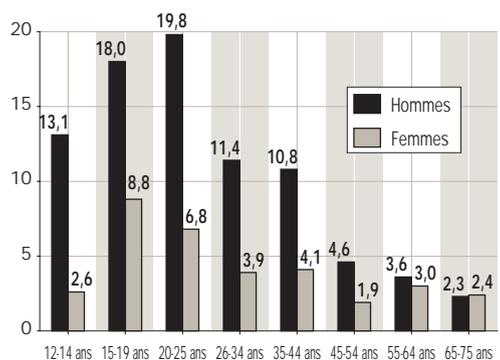


Figure 3

Personnes ayant pris un risque par plaisir ou défi au cours des trente derniers jours, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



ne s'agit pas d'un changement lié à l'âge mais à la génération. S'il est *a priori* impossible de décider entre un effet d'âge et un effet de génération, le fait que l'on n'ait enregistré, en 1997, que des proportions analogues — 8 % des 12-19 ans avaient reçu des coups et 7,8 % en avaient donné — suggère fortement que le niveau de ces « violences interpersonnelles » n'a guère changé entre des générations, certes peu distantes, et laisse penser que les variations observées selon l'âge renvoient d'abord à un effet de cycle de vie³.

Les habitants des communes de 100 000 à 200 000 habitants déclarent plus souvent avoir porté des coups (3,4 %) que les habitants des communes rurales (1,7 %), de même les atteintes subies sont plus fréquentes dans l'agglomération parisienne que dans les petites communes (4,2 % des interviewés en déclarent contre 2,3 %). Les échanges de coups sont un peu plus fréquents parmi les plus modestes des ménages (moins de 6 000 francs par unité de consommation) que parmi les plus aisés (10 000 francs et plus par unité de consommation). En revanche, les prises de risque ne connaissent aucune variation selon la commune de résidence ou le niveau de revenu du ménage par unité de consommation. S'agissant des jeunes de moins de 26 ans, la filière suivie n'introduit aucune différence significative dans la fréquence des coups échangés⁴, et peu dans les prises de risque.

À côté des déterminations sociodémographiques des conduites agressives et des pri-

ses de risque, nous allons envisager le contexte psychosomatique. L'utilisation du profil de santé de Duke permet de préciser les liens entre les conduites agressives, les atteintes et les autoperceptions des interviewés.

Dans l'échelle de Duke, ont été notamment distinguées trois dimensions qui décrivent des aspects différents du mal-être ou du malaise éprouvé par les répondants dans leurs rapports à eux-mêmes et aux autres : une dimension de dépression à la fois physique et psychique, une dimension d'anxiété et de nervosité, une perte d'estime de soi. L'analyse des réponses suggère que ces trois dimensions sont corrélées et se projettent en diagonale dans un plan défini par la double opposition bien-être/mal-être somatique, bien-être/mal-être subjectif et inter-subjectif (ce dernier aspect dénote une difficulté d'ajustement dans la vie ordinaire dont le sentiment de ne « *pas être facile à vivre* ») (Figure 4). Les femmes se situent plutôt du côté de la dépression somatisée, les hommes du côté d'un bien-être relatif ; les jeunes se caractérisent par un mal-être subjectif et un bien-être physique, alors que les adultes dans la maturité penchent du côté de l'harmonie dans les rapports subjectifs à autrui et à eux-mêmes mais accusent plus de difficultés somatiques.

Les prises de risque volontaires portent sur un horizon court, les trente derniers jours. Par conséquent, on peut tenter d'interpréter ces conduites en fonction de dispositions et d'attitudes plus durables, comme l'habitude de boire de l'alcool ou de fumer du cannabis. Sans préjuger du fait que les comportements circonstanciés sont causés par les dispositions plus durables, on peut trouver du sens à ce qu'une conduite localisée dans le temps soit plus fréquente chez des individus qui ont des habitudes comme fumer du cannabis, boire, etc. Les prises de risque sont fortement affectées par l'âge, le sexe, elles sont accrues chez ceux qui consomment du cannabis et sont corrélatives d'une posture anxiodépressive, comme le montre la régression logistique (Tableau I). S'il est clair que pour les deux sexes, donner

3. On ne dispose pas de point de comparaison pour la population des plus de 19 ans.

4. L'enquête Escapad de l'OFDT indique que les garçons de 17-19 ans qui sont en apprentissage, sont plus souvent impliqués dans des bagarres ou agressés que les jeunes scolarisés dans les filières de l'enseignement général ou professionnel — cette dernière distinction n'introduit pas d'écart significatif. De plus, on observe que la fréquence de l'implication dans des bagarres décroît parmi les jeunes d'un âge donné selon le degré d'avancement dans la scolarité : parmi les élèves âgés de 17, 18 ou 19 ans, ceux qui sont en terminale se battent moins souvent que ceux qui sont en seconde. Ce sont les situations de relégation en apprentissage ou de retard et d'échec scolaires qui sont corrélatives de violences exercées ou subies [1].

Figure 4

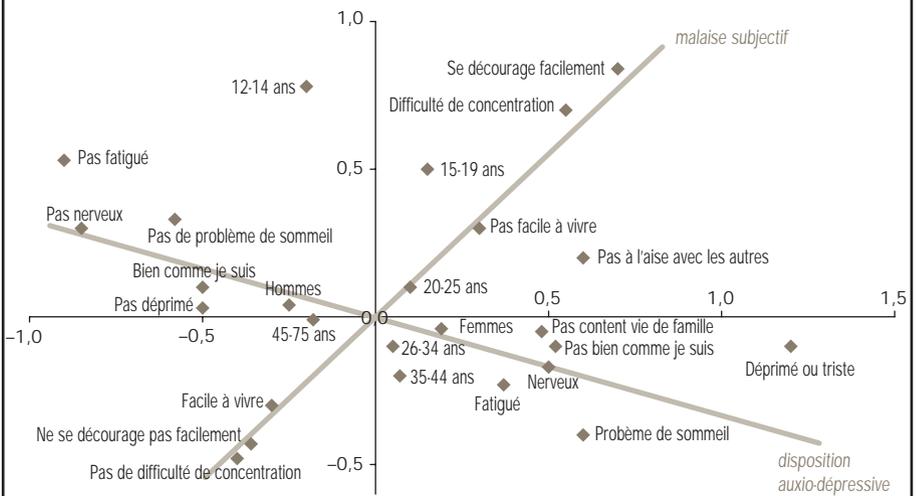
Analyse des réponses aux items de l'échelle de Duke : 1^{er} plan factoriel

Tableau I

Résultat d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir pris un risque par défi ou plaisir au cours des trente derniers jours

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Femme	1	
Homme	2,5***	2,1-3,0
Âge		
45-75 ans	1	
12-19 ans	3,1***	2,4-4,1
20-25 ans	3,3***	2,5-4,3
26-34 ans	2,0***	1,5-2,5
35-44 ans	2,2***	1,7-2,8
Avoir été frappé		
Non	1	
Oui	1,8***	1,3-2,5
Consommation de cannabis		
Abstinent	1	
Expérimentateur	1,8***	1,5-2,2
Occasionnel	2,0***	1,4-2,8
Répété	2,8***	2,0-3,9
Régulier	2,0**	1,3-3,1
Échelle de Duke		
Score d'anxiété	1,01***	1,00-1,02

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

des coups est d'abord une attitude qui diminue avec l'âge, qui est fortement associée au fait d'en avoir reçu, cette conduite est corrélative chez les hommes d'une posture anxiodépressive, mais pas chez les femmes (Tableau II).

Approfondissons l'analyse des échanges de coups chez les jeunes qui en sont, de loin, les principaux protagonistes. Comme cela avait été noté en 1998 dans le Baromètre santé jeunes, le type de famille — biparentale, monoparentale, recomposée — fait apparaître des différences de comportement : les échanges de coups sont plus fréquents parmi ceux qui vivent dans des familles monoparentales ou recomposées (Tableaux III et IV).

Les jeunes éduqués dans des familles monoparentales ou recomposées semblent plutôt plus souvent impliqués dans des violences interpersonnelles en tant qu'acteurs ou victimes. Mais les différences de comportement selon le type de configuration familiale ne sont ni très importantes ni toujours significatives. Avant de se demander si cela est lié à un déficit de contrôle parental ou à une agressivité plus grande des jeunes quel qu'en soit le mécanisme — déficit

Tableau II

Résultat de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups

	Hommes		Femmes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Âge				
12–19 ans	1		1	
20–25 ans	0,53**	0,34–0,85	0,31***	0,15–0,61
26–34 ans	0,27***	0,17–0,44	0,23***	0,12–0,44
35–44 ans	0,21***	0,12–0,37	0,13***	0,06–0,30
45–54 ans	0,12***	0,06–0,26	0,11***	0,04–0,31
55–64 ans	0,04***	0,01–0,15	0,16**	0,05–0,49
65–75 ans	0,03***	0,00–0,19	0,02***	0,00–0,12
Avoir été frappé				
Non	1		1	
Oui	13,2***	8,9–19,8	13,3***	7,2–24,5
Échelle de Duke				
Score d'anxiété	1,02***	1,01–1,03	1,01	0,99–1,02

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

Tableau III

Violence physique selon la structure familiale parmi les garçons de 21 ans ou moins (n=799) (en pourcentage)

	Famille originelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
Avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un			
Non	89,2	84,2	77,6
Oui	10,8	15,8	22,4

$p < 0,05$. χ^2 de Pearson à deux degrés de liberté.

Avoir été frappé ou blessé

	Famille originelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
Non	89,2	82,4	81,8
Oui	10,8	17,6	18,2

$p < 0,06$. χ^2 de Pearson à deux degrés de liberté.

Tableau IV

Violence physique selon la structure familiale parmi les filles de 21 ans ou moins (n = 813) (en pourcentage)

	Famille originelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
Avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un			
Non	95,6	96,8	95,9
Oui	4,4	3,2	4,1

Non significatif. χ^2 de Pearson à deux degrés de liberté.

Avoir été frappé ou blessé

	Famille originelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
Non	95,4	89,5	96,6
Oui	4,6	10,5	3,4

$p < 0,05$. χ^2 de Pearson à deux degrés de liberté.

d'intériorisation de la loi symbolique, sur-compensation affective stimulant une agressivité ordinairement sublimée —, il convient de vérifier que cette relation n'est pas un écran cachant une influence tierce (*facteur de confusion*).

Nous avons envisagé le contrôle exercé par les parents sur la nature des sorties, les lieux et les horaires. La façon dont les familles contrôlent les horaires de sorties, les

lieux et la nature des sorties n'affecte guère la fréquence d'implication des jeunes dans des échanges de coups, et les interférences entre type de contexte familial et modalité du contrôle parental sont complexes et *prima facie* difficiles à comprendre. Les enfants des familles recomposées sont presque toujours plus impliqués dans les transgressions et dans les bagarres, mais paradoxalement, la rigueur de la surveillance

parentale tendrait plutôt à renforcer les attitudes de transgression et l'implication dans des bagarres. Parmi les jeunes dont les parents surveillent les lieux et les buts de sortie, la participation active à des échanges de coups serait un peu plus forte parmi ceux qui vivent dans des familles recomposées que parmi ceux qui vivent dans leur famille d'origine ou avec un seul parent. De même, les jeunes dont les parents contrôlent les horaires, ceux qui vivent dans des familles recomposées, se battraient plus souvent que ceux qui vivent dans une famille monoparentale — dans l'immense majorité des cas la mère — ou dans leur famille de naissance. Et paradoxalement, lorsque les parents n'exercent pas de contrôle, le type de famille ne produit pas d'effet sur les conduites agressives. Des observations de terrain, menées parmi les jeunes de quartiers d'habitat social [3], suggèrent que, par-delà les types familiaux et les principes ou postures éducatives adoptées par les familles, les normes locales de valorisation de soi et la structure des opportunités jouent un rôle important, qui interagit avec le type de famille et parfois supplante l'effet des facteurs mentionnés, ainsi qu'on le voit sur le *Tableau V*.

Il a été pris en compte ici la conduite active — avoir frappé quelqu'un — repérée chez les hommes de moins de 26 ans en fonction du contexte familial, de l'activité sexuelle et des violences subies. Par rapport à ceux qui n'ont pas porté de coups, ceux qui ont porté des coups ont les caractéristiques présentées *Tableau V*.

Les analyses menées par régression logistique ne valident pas l'existence d'un effet du type de famille, ni du contrôle des horaires (analyses non présentées ici). On doit être prudent lorsque l'on tente d'interpréter les conduites délinquantes, comme on l'a fait ces derniers temps, en se référant au type de famille ou aux attitudes éducatives. L'analyse par régression logistique ouvre la voie à une interprétation qui lie les échanges de coups et la sexualité chez les adolescents : parmi les variables discriminantes se trouvent en effet, outre le fait d'avoir été

Tableau V

Résultat d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups au cours des douze derniers mois (parmi les hommes de moins de 26 ans)

	OR ajusté	IC à 95 %
Structure familiale		
Famille originelle	1,0	
Famille monoparentale	1,2	0,6–2,1
Famille recomposée	2,0	0,7–5,7
Rapport sexuel (vie)		
Non	1,0	
Oui	2,2*	1,2–4,2
Avoir été frappé ou blessé		
Non	1,0	
Oui	13,6***	8,0–23,1

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

frappé, celles qui témoignent de l'activité sexuelle (*Tableau VI*).

Chez les garçons, les échanges de coups participent d'une affirmation de soi dont la sexualité, plus même que le flirt, est corollaire. En revanche, chez les filles, les coups donnés s'inscrivent parfois dans un cycle conflictuel, mais sont plus souvent des réponses à une agression unilatérale. De plus, donner des coups n'est pas lié à l'expérience sexuelle ni au fait d'avoir un partenaire, au contraire. De ce point de vue, les hommes de moins de 26 ans sont rarement dans un rapport agresseur/victime, ils sont *agonistes*, alors que c'est souvent le cas des jeunes femmes.

Les rapports sexuels forcés

Les violences sexuelles se donnent d'emblée comme des violences non symétriques ; elles ne s'inscrivent pas dans un rapport agoniste et il est souhaitable de ne pas les mettre sur le même plan que l'agression et la victimation à caractère non sexuel.

4,5 % des femmes et 0,6 % des hommes disent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur vie. Parmi ces person-

Tableau VI

Résultat de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups (parmi les moins de 26 ans)

	Hommes		Femmes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Sexualité				
Ni partenaire, ni eu de rapports sexuels	1,0		1,0	
Partenaire, mais pas de rapports sexuels	2,1	0,8–6,1	1,1	0,3–4,1
Rapports sexuels, pas de partenaire	2,0	0,9–4,5	0,5	0,2–1,3
A un partenaire et eu des rapports sexuels	4,1**	1,8–9,3	0,9	0,4–2,2
Avoir été frappé ou blessé				
Non	1,0		1,0	
Oui	14,9***	9,1–24,2	9,1***	4,5–18,6

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

nes, 43,4 % disent que cela leur est arrivé une seule fois, 10,3 % entre quatre et dix fois et 8,2 % plus de dix fois. Chez les femmes, 2,6 % des 15-19 ans et 5,4 % des 20-25 ans déclarent avoir subi au moins un rapport sexuel forcé. La prévalence au cours de la vie des rapports forcés selon les tranches d'âge oscille autour de 5 % dans toutes les générations de femmes adultes qui ont moins de 55 ans en 1999. Cette constance est troublante dans la mesure où, en principe, la prévalence au cours de la vie augmente avec l'avancée en âge des déclarantes. Une première interprétation conduit à dire que si la prévalence au cours de la vie des contraintes sexuelles paraît stable d'une tranche d'âge à l'autre, c'est parce que, parmi les générations de femmes de 20 à 55 ans, les plus âgées ont, durant l'adolescence et les débuts de leur vie adulte, moins souvent subi de contraintes sexuelles que leurs consœurs qui sont aujourd'hui de jeunes adultes. Dans cette hypothèse, les résultats de l'enquête montrent que l'incidence des contraintes sexuelles sur les jeunes femmes augmente depuis une ou deux décennies. À ce raisonnement, on objecte parfois la tendance des générations aînées à oublier, à effacer de leur mémoire des événements anciens, voire à les réinterpréter. Ainsi, la non-déclaration peut être aussi le témoignage d'une volonté

d'oubli. En tout état de cause, la révélation à l'aide d'une enquête rétrospective d'évolutions temporelles reste fragile.

Pour éclairer ces conduites, il faut interroger d'autres sources. Malheureusement, la question du viol a rarement été posée et l'on ne dispose pas en France d'enquêtes anciennes et récentes rigoureusement comparables. L'enquête sur les comportements sexuels des Français (ACSF), réalisée en 1992 à la demande de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), révèle que 4,5 % des femmes disent avoir subi des rapports sexuels forcés, le pourcentage étant de 7 % parmi les femmes de 20-34 ans et de 4 % parmi les femmes de 35 ans et plus¹ (Tableau VII). D'après l'enquête sur la violence envers les femmes réalisée par l'Institut de démographie de l'Université de Paris (Enveff)², qui est sans conteste l'enquête qui a spécifié le plus précisément les violences à caractère sexuel — en distinguant notamment le viol des tentatives — les contraintes sexuelles déclarées³ varient entre 2,9 % dans l'acceptation étroite

1. La distribution des pourcentages de femmes qui ont subi des rapports forcés fluctue beaucoup d'une classe d'âge à l'autre, ce qui est surprenant.

2. À la demande du secrétariat d'État aux Droits des femmes, sous la responsabilité de M. Jaspard [4].

3. L'échantillon porte sur les femmes âgées de 20 à 59 ans.

Tableau VII

Prévalence des violences sexuelles envers les femmes selon l'âge d'occurrence, d'après l'ACSF 1992, l'Enveff 2000 et le Baromètre santé 2000 (en pourcentage)

Enquête Âge	ACSF 1992 18-59 ans	Enveff 2000 20-59 ans			Baromètre santé 2000 20-54 ans	
Femmes ayant subi au moins une fois	Rapport sexuel forcé	Atteulements, tentative de viol et viol	Tentative de viol et viol	Viol	Rapport sexuel forcé ^b	Rapport forcé, à l'exclusion des tentatives et des atteulements ^c
Quel que soit l'âge	4,5	11,4 ^a	8	2,9	5,3	3,3
Dont la 1 ^{re} avant 15 ans	-	4	} 2,8	} 0,9	1,7	-
Dont la 1 ^{re} entre 15-17 ans	-	2			0,9	-
Dont la 1 ^{re} 18 ans et plus	-	6,1	5,4	2,8	2,7	-

a. Chiffre inférieur à la somme des trois suivants car certains actes ont pu être répétés avant et après 18 ans.

b. Le mot viol n'est pas employé dans l'enquête Baromètre santé 2000, mais les rapports forcés sont ensuite déclinés en atteulements, tentative de rapport forcé et rapport forcé, ce dernier terme employé au singulier semble indiquer rapport pénétratif et donc un viol mais de manière implicite.

c. Mesuré lors de la dernière occurrence.

de viol et 11,4 % dans l'acception large d'atteulement, tentatives de viols et viols. Le Baromètre santé 2000, qui formule la question dans des termes proches de l'enquête ACSF, donne un pourcentage analogue (5,3 %) de femmes de tranches d'âge très voisines ayant subi des rapports forcés : ce qui militerait plutôt pour une constance des contraintes sexuelles depuis 1992 (4,5 %) [5]. Une sous-question portant sur la dernière occurrence des « rapports forcés » précise s'il s'agit d'un viol ou d'une tentative ou encore d'atteulements, et montre que « rapports forcés » recouvrent pour une part des atteulements. La prévalence des rapports forcés, à l'exclusion des tentatives de rapports forcés et des atteulements, estimée à partir de « la dernière atteinte », est de 3,3 % parmi les femmes de 20-54 ans, chiffre très proche du taux des viols d'après l'Enveff (2,9 %). Il n'y a pas, sur ce point, de termes de comparaison adéquats dans l'enquête ACSF. En effet, seule une fraction des rapports sexuels forcés peut être interprétée comme des viols. Y a-t-il eu ou non augmentation des viols de 1992 à 2000 comme le suggère l'augmentation considérable des faits connus de la police ?

Il est impossible de conclure avec certitude aujourd'hui.

La répartition selon l'âge au premier rapport sexuel forcé montre que plus de 37,3 % de ces rapports se produisent avant l'âge de 16 ans. La proportion des hommes qui ont subi des rapports sexuels contraints est beaucoup plus faible que celle des femmes. La distribution par âge de ceux qui ont subi des rapports forcés est similaire d'un sexe à l'autre : 26,8 % des victimes masculines l'ont été avant 13 ans et 29,1 % de 13 à 17 ans ; parmi les femmes, 16,7 % des rapports sexuels dénoncés ont été perpétrés avant l'âge de 10 ans, 11,0 % entre 10 et 13 ans, 20,9 % de 14 à 17 ans. Si les proportions sont un peu plus faibles chez les femmes, ce n'est pas que les contraintes soient moins précoces mais parce qu'elles se poursuivent plus tard. La proportion élevée de situations où les contraintes se produisent bien avant l'âge de l'entrée dans la vie sexuelle suggère que souvent, ces contraintes précoces relèvent de l'inceste. En effet, bien que la question de l'identité sociale des auteurs de ces rapports forcés n'ait pas été posée dans le Baromètre santé, les distributions par âge des attein-



tes sont congruentes avec celles qui ressortent de l'enquête ACSJ 1994 et de l'Enveff 2000 : ces enquêtes soulignent le fait que lorsque les contraintes sexuelles sont commises par un homme de la famille, la majorité se produit avant 15 ans [6].

L'âge des femmes lors du premier rapport sexuel forcé reste stable d'une génération à l'autre. En effet, quel que soit l'âge des femmes qui déclarent avoir été abusées sexuellement, le pourcentage de celles qui l'ont été avant l'âge de 10 ans est de 18,0 % chez les femmes âgées actuellement de 15 à 19 ans, 18,9 % chez celles de 20 à 25 ans, 20,2 % chez celles de 26 à 34 ans, 20,0 % chez celles de 35 à 44 ans. Il n'y a pas là l'évidence d'une augmentation du taux des contraintes sexuelles de nature incestueuse envers les femmes des générations les plus récentes. Une minorité — 6,0 % des hommes et 10,3 % des femmes — des victimes de rapports sexuels forcés l'ont été après l'âge 30 ans. On observe, par ailleurs, que parmi les 56 jeunes femmes qui ont subi des rapports forcés et ont fait une seule tentative de suicide, les atteintes sexuelles ont commencé antérieurement dans la majorité des cas (68,6 %) à la première tentative de suicide. Ce qui suggère que celles-ci ont eu un rôle actif dans le déclenchement de la tentative de suicide et du développement d'un syndrome anxiodépressif¹.

Échanges de coups, prises de risque, rapports forcés et dispositions d'esprit

L'analyse des enchaînements temporels entre les actes est importante et suggère de les situer dans la chronologie d'une conduite. Toutefois, cette analyse des enchaînements passe par une description détaillée des séquences temporelles d'actes et de situations vécues fort complexes. Faute de pouvoir développer ici un schéma compréhensif des conduites agressives envers

autrui et de l'exposition aux atteintes, nous nous contenterons de voir si, et à quel degré, les configurations d'actes et d'expériences sont articulées entre elles ou au contraire éclatées.

Dans l'ensemble de la population, ceux qui ont reçu des coups au cours des douze derniers mois ont des indices de dépression et d'anxiété plus élevés que ceux qui n'en ont pas reçu (respectivement 38,4 et 40,8 contre 28,0 et 31,4), une estime de soi plus faible (69,3 contre 76,8). Les mêmes dispositions affectent ceux et celles qui ont subi des rapports sexuels forcés (40,3 et 42,0 contre 28,0 et 31,5 s'agissant de dépression et d'anxiété, 68,5 contre 76,9 en ce qui concerne l'estime de soi). Si on retrouve à un moindre degré ces tendances chez ceux qui ont porté des coups (35,2 et 39,6 contre 28,2 et 31,5 pour les scores de dépression et d'anxiété, 70,7 contre 76,7 pour l'estime de soi), en revanche, la prise de risques par défi ou plaisir n'est associée étroitement qu'à l'anxiété (les scores de dépression et d'estime de soi sont tout de même significatifs, mais les écarts de scores entre ceux qui ont pris des risques et les autres sont moindres).

Quand on distingue les jeunes (25 ans et moins) des adultes dans la maturité (45 ans et plus), on observe que les actes agressifs (frapper) penchent du côté anxiodépressif et ne s'accompagnent pas d'une perte de l'estime de soi chez les jeunes, alors que chez les plus de 25 ans, ce type de conduite est associé à la fois à de l'anxiété et à une perte de l'estime de soi. En terme de fréquence, tant les échanges de coups que l'exposition de soi au risque — par défi ou à travers les usages de drogues illicites — et les atteintes sexuelles subies distinguent les jeunes gens de 25 ans et moins des adultes dans la maturité, les hommes des femmes, il paraît judicieux de prendre en compte le double clivage du sexe et de l'âge.

Jeunesse

Parmi les hommes de 25 ans et moins, frapper et avoir été frappé sont deux situations

1. Étant donné les limites de la datation de ces actes, il est difficile d'étendre cette analyse aux femmes dans la maturité.

étroitement corrélées : les garçons impliqués dans des bagarres sont plus fréquemment des garçons absentéistes ou prenant des libertés avec les horaires scolaires. Ces conduites sont fortement liées à l'usage régulier de cannabis. En revanche, il n'y a pas de lien entre ces échanges de coups et la fréquence de la consommation d'alcool. Bien qu'ils déclarent plus souvent prendre des risques par défi ou plaisir et avoir fait plus souvent des tentatives de suicide, le lien entre l'implication dans des bagarres et la prise de risque ou la tentative de suicide n'est pas très étroit. Le fait d'avoir subi des rapports sexuels forcés est associé à l'implication dans des bagarres. En outre, il y a un lien étroit et direct chez les garçons entre les échanges de coups et les scores d'anxiété et de dépression. D'autres expériences douloureuses — les violences sexuelles et les tentatives de suicide — se trouvent étroitement corrélées chez les garçons mais, tandis que ceux qui ont fait des tentatives de suicide dans les cinq dernières années ont un score anxiodépressif élevé, ce n'est pas le cas de ceux qui ont subi des rapports sexuels forcés (Tableau VIII).

Chez les femmes de moins de 26 ans, les échanges de coups s'insèrent moins que chez les garçons dans des chaînes où l'on donne des coups et où l'on rend les coups reçus : les postures de victimes et d'auteurs sont relativement séparées. À l'inverse de ce que l'on observe chez les garçons, la participation des filles à des bagarres ne recoupe pas l'absentéisme. Et les liens entre les échanges de coups et les tendances anxiodépressives — telles qu'elles sont indiquées par les scores sur l'échelle de Duke — sont nettement moins serrés chez elles que chez les garçons. Par ailleurs, il y a, chez les jeunes femmes, un lien d'intensité plus médiocre que chez les hommes du même âge entre rapports forcés et tentative de suicide, l'un et l'autre étant cependant étroitement corrélés avec l'indice anxiodépressif, ce qui peut paraître surprenant (cf. *infra*).

En somme, chez les garçons, la participa-

tion à des bagarres est fortement associée à une attitude anxieuse et dépressive. Alors que chez les filles, le syndrome anxiodépressif est associé aux violences subies — rapports forcés ou tentative de suicide¹ — auxquels se rattachent les usages ou les abus de cannabis. En dépit de ces différences entre les sexes, les échanges de coups, les prises de risque, les violences subies font système chez les jeunes gens. Ils expriment, d'une manière plus cohérente que chez les adultes dans la maturité, la prégnance dans tous les domaines de l'existence, de l'opposition en bloc entre des rapports problématiques aux autres et à soi, et des rapports harmonieux ou peu conflictuels.

1. Dont on admettra qu'elle désigne à la fois une violence subie et agie.

Tableau VIII

Corrélations entre les comportements les atteintes sexuelles et les scores anxio-

	Frapper ou blesser quelqu'un
Hommes de 25 ans ou moins	
Avoir été frappé ou blessé	0,50***
Frapper ou blesser quelqu'un	
Sécher les cours	
Prendre un risque par plaisir ou par défi	
Consommation d'alcool au cours de l'année	
Consommation de cannabis ^a	
Tentative de suicide (cinq dernières années)	
Rapport sexuel forcé	
Anxiété	
Femmes de 25 ans ou moins	
Avoir été frappé ou blessé	0,15***
Frapper ou blesser quelqu'un	
Sécher les cours	
Prendre un risque par plaisir ou par défi	
Consommation d'alcool au cours de l'année	
Consommation de cannabis ^a	
Tentative de suicide (cinq dernières années)	
Rapport sexuel forcé	
Anxiété	

* : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001. a. 0=jamais, 1=une fois vie,

Pour comprendre l'imbrication des violences exercées et des prises de risque chez les jeunes, il faut ajouter à la distinction classique entre *agon* et *polemos* (la lutte et la guerre), la distinction qui sépare *agon* de *padia*. Les Grecs n'ont pas assimilé *agon* et *padia*, c'est-à-dire l'agir compétitif et ce qui se rapporte à l'enfant. Pour eux, l'esprit agoniste apparaît avec l'adolescence, dans des jeux violents qui impliquent les garçons sortis de l'enfance, il dérive du désir, sexuellement motivé, d'être reconnu comme le plus adroit, le plus fort, de dominer. Les jeux agonistes se distinguent d'autres activités et singulièrement du travail parce que « l'endurance et l'effort » y sont des enjeux périphériques, écrit J. Huizinga dans *Homo ludens* [7]. Le jeu se déroule en un temps

et un cadre spatial le plus souvent limités à l'avance. Les jeux organisés dans les premières confréries masculines se sont progressivement institutionnalisés et ont débouché sur l'émulation sportive, et ce n'est sans doute pas un hasard si le sport est étroitement mêlé aux conduites agressives. Mais le modèle compétitif imprègne aujourd'hui beaucoup de domaines de la vie sociale et au premier chef le travail. Une des exigences spécifiques de la période actuelle consiste à articuler les valeurs fondées sur la compétition, la souplesse adaptative, l'initiative — qui renvoient à la nouvelle définition des valeurs masculines — et les valeurs électives, paritaires — qui traduisent la pénétration d'idéaux féminins dans la vie publique. Ces nouvelles exigences engendrent

agressifs, risqués, les consommations de drogues, les tentatives de suicide, dépressifs

Sécher les cours	Prendre un risque par plaisir ou par défi	Consommation d'alcool au cours de l'année	Consommation de cannabis ^a	Tentative de suicide (cinq dernières années)	Rapport sexuel forcé	Anxiété	Dépression
0,11**	0,08*	0,05	0,14***	0,02	0,15***	0,14***	0,12***
0,11**	0,07*	0,03	0,07*	0,07*	0,09**	0,15***	0,11***
	0,17***	0,27***	0,43***	0,10**	0,05	0,22***	0,16***
		0,09**	0,11***	0,07*	0,02	0,17***	0,12***
			0,34***	0,06*	0,03	0,10**	0,04
				0,07**	0,03	0,16***	0,13***
					0,18***	0,21***	0,19***
						0,05	0,02
							0,82***
0,00	0,08**	0,11	0,11***	0,07**	0,19***	0,08**	0,06*
0,03	0,07**	0,09	0,10**	0,07*	0,06*	0,08**	0,06*
	0,04	0,27**	0,36***	0,05	0,06	0,14**	0,12**
		0,11	0,10***	0,01	0,01	0,10**	0,06*
			0,27***	0,00	0,05	0,13***	0,07**
				0,14***	0,08**	0,17***	0,17***
					0,10**	0,14***	0,15***
						0,11***	0,13***
							0,81***

2=une fois année,... 13=une fois mois ou plus.

des tensions, bouleversent les rapports de domination établis et nourrissent un débordement de violences nées de la frustration, notamment des jeunes hommes des quartiers pauvres.

Maturité

Pour saisir les contrastes dans les systèmes d'attitudes et les conduites, nous allons considérer non pas la tranche d'âge 26-44 ans qui a des traits juvéniles mêlés aux caractéristiques de l'âge mûr, mais exclusivement les personnes de 45 ans et plus. Chez les adultes de cet âge, donner des coups et en recevoir sont sans lien chez les hommes et étroitement corrélés chez les femmes : situation en miroir inversé de celle des jeunes. Pour comprendre cela, il faut se souvenir du fait que chez les moins de 25 ans, les hommes déclarent trois fois plus souvent que les femmes porter des coups, l'échange physique est chez eux délibéré, il implique le risque accepté de prendre des coups. Les jeunes femmes ont rarement l'initiative, elles répondent tout au plus aux agressions qui les visent. Parmi elles, les femmes fragiles sont plus souvent victimes et fragilisées en retour par les atteintes subies. Ce qui explique la forte corrélation chez les premiers, et la corrélation plus médiocre chez les jeunes femmes, entre donner et recevoir (Tableau IX).

Au-delà de 44 ans, les rapports entre les sexes et, au sein de chaque sexe, entre les âges sont différents : les conduites offensives sont aussi fréquentes de la part des femmes que des hommes. Chez eux, des capacités physiques nettement diminuées par rapport à celles des jeunes hommes interdisent une posture d'initiative (les coups donnés ne sont pas liés à un goût pour le risque) ou même une attitude de réplique systématique. Les rares hommes qui continuent à donner des coups, le font sans avoir été toujours sollicités par des coups reçus : les hommes mûrs sont-ils moins agressifs ou simplement leur violence est-elle émoussée par l'âge ? Quoi qu'il en soit, cela induit un affaiblissement de la corréla-

tion entre donner et recevoir des coups. Dans la maturité, les femmes qui prennent des coups les rendent à un certain degré, d'abord aux hommes connus, à l'égard desquels le déséquilibre des forces est moins flagrant que dans la jeunesse et, peut-être aussi, à d'autres. Alors, pour elles, frapper et prendre un risque par plaisir sont étroitement liés.

La consommation d'alcool semble globalement, dans la maturité, liée à une posture dépressive. De façon symptomatique, chez les femmes d'âge mûr, les tentatives de suicide récentes, très corrélées au syndrome anxiodépressif, à la consommation d'alcool et aux prises de risque par défi, ne sont liées ni à la victimation ordinaire, ni au fait d'avoir subi des rapports sexuels forcés. En revanche, les tentatives de suicide en général,

Tableau IX

Corrélations entre les comportements les atteintes sexuelles et les scores anxio-

Hommes de 45 ans et plus

Avoir été frappé ou blessé
Frapper ou blesser quelqu'un
Prendre un risque par plaisir ou par défi
Consommation d'alcool au cours de l'année
Consommation de cannabis ^a
Tentative de suicide (cinq dernières années)
Rapport sexuel forcé
Anxiété

Femmes de 45 ans et plus

Avoir été frappé ou blessé
Frapper ou blesser quelqu'un
Prendre un risque par plaisir ou par défi
Consommation d'alcool au cours de l'année
Consommation de cannabis ^a
Tentative de suicide (cinq dernières années)
Rapport sexuel forcé
Anxiété

* : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001. a. 0=jamais, 1=une fois vie,

sans précision de date, sont étroitement liées dans la maturité aux rapports sexuels forcés¹. Cet ensemble de relations, à première vue surprenantes, met encore une fois en lumière l'importance d'une prise en compte non seulement de la chronologie, mais des temporalités spécifiques dans lesquelles s'inscrivent des actes aussi graves, aussi pérennes. Comme si le traumatisme des rapports forcés qui interviennent souvent dans la jeunesse, se propageait avec lenteur mais avec une puissance considérable et engendrait des troubles qui affectent

après un temps très variable l'équilibre de la personne.

Parmi les adultes d'âge mûr, 45 ans et plus, on ne retrouve que très partiellement les structures de corrélations observées chez les jeunes. Dans l'ensemble, les liens sont moins intenses et parfois de sens contraire à ceux qui ont été observés chez les jeunes : ainsi, chez les hommes d'âge mûr, les prises de risque par défi et les tentatives de suicide non seulement ne sont pas le fait des mêmes individus, mais les tentatives de suicide se trouvent plus souvent présentes chez ceux qui ne prennent pas de risques par défi. La consommation d'alcool et la présence d'un syndrome anxiodépressif sont plutôt moins liés que chez les jeunes à l'échange de coups. Bref, tout se passe comme si, pour les adultes dans la maturité,

1. Ainsi lorsqu'on analyse par régressions logistiques, les déterminants des tentatives de suicide sans précision de date, il est frappant de constater que le fait d'avoir subi des rapports sexuels forcés est pratiquement non significatif chez les adolescentes, alors qu'il devient un des premiers déterminants chez les femmes de plus de 45 ans.

agressifs, risqués, les consommations de drogues, les tentatives de suicide, dépressifs

Frapper ou blesser quelqu'un par défi	Prendre un risque par plaisir ou	Consommation d'alcool au cours de l'année	Consommation de cannabis ^a	Tentative de suicide (cinq dernières années)	Rapport sexuel forcé	Anxiété	Dépression
0,03	0,05*	0,00	-	0,01	-0,07**	0,02	0,02
	0,01	0,02	-	-0,09***	0,00	0,07**	0,05*
		0,04	-	0,01	-0,00	0,03	0,01
			-	-0,01	0,02	0,04	0,07**
					-	-	-
					0,09***	-0,06**	-0,06**
						-0,01	-0,02
							0,84***
0,17***	0,01	0,01	-	-0,01	0,01	0,07***	0,07***
	0,11***	-0,00	-	0,01	0,06**	0,01	0,01
		0,02	-	-0,08***	0,00	0,00	-0,01
			-	-0,05**	0,01	0,02	0,06**
					-	-	-
					0,01	-0,08***	-0,11***
						-0,05**	-0,05**
							0,85

2=une fois année,... 13=une fois mois ou plus.

les expériences vécues exprimaient moins étroitement les circonstances actuelles, comme si l'exposition de soi à des risques psychiques ou physiques était moins délibérée, laissant place à des contingences présentes, à des plis ou des traumatismes

anciens. Au cours de la maturité, la personne entière dans ses réactions coordonne moins des dispositions et des attentes présentes qu'un mixte d'attitudes qui sont parfois un écho lointain de l'histoire individuelle.

références bibliographiques

1. Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Regards sur la fin de l'adolescence. Escapad*. Rapport OFDT, Paris, 2001 : 224 p.
2. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. (sous la dir.). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 328 p.
3. Lagrange H. *De l'affrontement à l'esquive. Violences, délinquances et usages de drogues*. Paris : Syros, 2001 : 134 p.
4. Jaspard M. et l'Enveff. *Premiers résultats*. Conférence de presse, secrétariat d'État au Droits des femmes, Paris, 2001.
5. Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation française, 1993 : 352 p.
6. Lagrange H., Lhomond B. et l'équipe de l'ACSJ. *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, 1997 : 432 p.
7. Huizinga J. *Homo Ludens*. Paris : Gallimard, 1967.







Activité sexuelle, contraception, maladies sexuellement transmissibles

Josiane Warszawski, Nathalie Bajos

l'essentiel en quelques chiffres...

La proportion d'utilisation du préservatif à l'occasion du premier rapport sexuel a augmenté fortement et régulièrement entre 1987 et 1995 pour se maintenir entre 1995 et 1999 à un niveau élevé (86,1 %). Cette augmentation est enregistrée pour les deux sexes et indépendante de l'âge auquel a eu lieu ce rapport. Le recours au préservatif apparaît plus fréquent quand le rapport sexuel a eu lieu à un âge précoce.

La très grande majorité des femmes potentiellement concernées par la contraception utilisait au moment de l'enquête un moyen pour éviter d'être enceinte (93,5 %). Parmi ces moyens, la pilule représente la principale méthode rapportée (59,9 %), avec un maximum entre 20 et 25 ans (85,9 %). Le stérilet vient en deuxième position, mais reste exceptionnel chez les moins de 25 ans. La contraception liée à l'acte est minoritaire et il s'agit essentiellement du préservatif (12,8 %). Cependant, parmi les plus jeunes (15-19 ans), une femme sur cinq utilise le préservatif comme moyen contraceptif. Les hommes utilisent plus souvent que les femmes le préservatif comme moyen de contraception, deux fois plus chez les moins de 25 ans. Toutefois, cet

écart ne concerne que les personnes qui ne vivent pas en couple.

Le recours à la pilule du lendemain est relativement rare. Il est rapporté dans la vie par 9,0 % des femmes sexuellement actives. Un peu moins d'une femme sur cinq déclare avoir eu une interruption volontaire de grossesse au cours de sa vie (18,6 %). Recours à la pilule du lendemain et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont significativement liés.

Une faible proportion des personnes sexuellement actives rapporte un antécédent de maladie sexuellement transmissible (MST). L'incidence cumulée sur dix ans des MST bactériennes et parasitaires (hors mycose) et virales (hors VIH) est : 1,2 % chez les hommes et 2,1 % chez les femmes. Une grande partie des MST passe inaperçue sans dépistage actif. Les taux déclarés ici estiment au mieux la fréquence de celles qui ont été diagnostiquées et dont le diagnostic a été compris et mémorisé. Moins de 10 % de ces MST ont été diagnostiquées dans une structure publique. Avoir été averti par un partenaire sexuel était un motif de consultation rare chez les femmes, trois fois plus fréquent chez les hommes. Cette

différence entre les sexes se retrouve dans l'information des partenaires réguliers à l'occasion du diagnostic : celle-ci est trois fois plus souvent effectuée par les femmes que par les hommes qui semblent moins impliqués par les conséquences possibles d'une MST. L'analyse de ces résultats,

confrontée aux données de la surveillance épidémiologique, tend à renforcer nos hypothèses d'une insuffisance, en France, du dépistage de certaines MST, insuffisance particulièrement pénalisante pour les femmes.



Les données récentes attestent d'une persistance ou d'une reprise de certaines pratiques à risque dans le domaine de l'activité sexuelle, avec tout particulièrement une recrudescence de gonococcies¹ et de syphilis depuis la fin des années quatre-vingt-dix dans les pays industrialisés, et notamment en France [1-3]. La gonococcie est souvent utilisée comme un marqueur sensible de changement de comportement sexuel, bien que ce germe puisse aussi être transmis par des rapports bucco-génitaux à faible risque d'infection à VIH. Un phénomène de relâchement ou d'abandon des comportements préventifs dans la population homosexuelle est également rapporté dans différents pays. Le volet 2000 de l'enquête périodique auprès des lecteurs de revues françaises gay montre ainsi une baisse de l'utilisation du préservatif par rapport au volet 1997, particulièrement avec les partenaires occasionnels [4]. Les données disponibles en population générale ne montraient pas jusqu'ici de façon évidente des signes d'une telle évolution dans la population hétéro-

sexuelle. Le Baromètre santé 2000 comportait quelques questions sur le premier rapport sexuel (âge et utilisation de préservatif) qui ont permis de décrire, dans la première partie de ce chapitre, l'évolution de l'usage du préservatif au premier rapport au cours des quinze dernières années.

Plusieurs travaux ont souligné les liens complexes entre pratiques préventives à l'égard du VIH et pratiques contraceptives. La baisse du recours à la pilule contraceptive chez les multipartenaires de moins de 25 ans entre 1994 et 1998, concomitante avec une plus grande utilisation du préservatif [5] et mise en perspective avec l'augmentation récente du recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les moins de 25 ans [6], avait conduit à s'interroger sur la pertinence des campagnes de communication basées exclusivement sur un seul de ces thèmes (VIH ou contraception). À partir des données du Baromètre santé 2000, la deuxième partie de ce chapitre présente une étude descriptive des pratiques contraceptives actuelles, du recours à la pilule du lendemain et des antécédents d'interruption volontaire de grossesse.

La prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) passe également par leur dépistage précoce, surtout lorsqu'il existe un traitement. En raison du caractère souvent peu symptomatique de l'infection

1. Voir les caractéristiques et les complications des maladies sexuellement transmissibles classiques en annexe.

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



par ces germes, il faut des programmes de dépistage systématique, ciblés ou non. De plus, à l'occasion du diagnostic, les patients devraient bénéficier de conseils pour réduire ultérieurement leurs pratiques à risque et prévenir leurs partenaires sexuels afin que ceux-ci soient testés et éventuellement traités. En France, contrairement à d'autres pays, il n'existe aucune recommandation nationale en matière de dépistage systématique et de prise en charge des partenaires sexuels à l'occasion d'un diagnostic de MST. Des travaux menés à partir d'enquêtes sur les comportements sexuels en France (ACSF et ACSJ) et du Baromètre santé 93/94 [7, 8] avaient montré que les femmes tendent, plus souvent que les hommes, à informer leur partenaire sexuel régulier du diagnostic et à modifier ultérieurement leurs comportements sexuels dans le sens d'une réduction des risques. Les conditions d'accès et de recours au système de soins, la formation et la sensibilisation des acteurs de santé jouent sans doute un rôle important. Des questions sur les antécédents de MST dans les dix dernières années ont été introduites dans le Baromètre santé 2000 pour compléter l'exploration de la prise en charge à l'occasion du diagnostic. La troisième partie de ce chapitre porte ainsi sur les circonstances de diagnostic, le type de médecin consulté, les thèmes abordés avec le médecin à cette occasion et les attitudes vis-à-vis des partenaires sexuels.

Population et méthode

Les questions sur la sexualité n'ont pas été posées aux jeunes de moins de 15 ans ; le module sur les MST n'a pas été administré au-delà de 50 ans, en raison du très faible nombre attendu de personnes concernées dans cette tranche d'âge. Ce chapitre porte donc exclusivement sur la population âgée de 15 à 49 ans (3 839 hommes et 4 763 femmes).

Les pourcentages sont systématiquement assortis d'intervalles de confiance à 95 %. Des odds ratios ajustés ont été estimés par des régressions logistiques pour présenter

des associations ajustées sur différentes caractéristiques citées dans les tableaux ou le texte.

Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel

La très grande majorité des personnes interrogées a déjà eu des rapports sexuels : 90,3 % [89,1–91,5] des hommes et 90,8 % [89,8–91,8] des femmes. La proportion passe de 15 % à 15 ans à 59 % à 18 ans, 82 % à 20 ans et 97 % à 25 ans (*Tableau I*). L'usage d'un préservatif au cours du premier rapport sexuel est rapporté par 32,5 % [31,3–33,7] des personnes (*Tableau II*). Ce pourcentage diffère en réalité selon l'âge : 10 % au-delà de 35 ans, 75 % chez les 20-25 ans et 90 % chez les 15-19 ans.

Évolution calendaire de l'usage du préservatif au premier rapport

La *Figure 1* montre l'évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel selon la date à laquelle il a eu lieu. Elle montre une augmentation régulière, significative et importante entre 1987 et 1995, puis un maintien à un niveau élevé entre 1996 et 1999. Le pourcentage global est ainsi passé de 12,1 % lorsque le premier rapport avait eu lieu avant 1987 (date des premières campagnes grand public sur la prévention du VIH) à 86,1 % lorsque ce premier rapport a eu lieu entre 1995 et 1999. Cette augmentation, enregistrée pour les deux sexes, est indépendante de l'âge auquel a eu lieu ce premier rapport sexuel et du fait de se dire bien ou mal informé sur le sida au moment de l'enquête (*Tableau II*). Cette augmentation est observée aussi bien chez les personnes qui ont obtenu le baccalauréat que chez celles qui ne l'ont pas obtenu. Le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel semble avoir atteint un seuil

Tableau I
Proportion de personnes ayant eu au moins un rapport sexuel au cours de la vie

	Hommes (n=3 939)		Femmes (n=4 763)	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Ensemble	90,3	89,1-91,5	90,8	89,8-91,8
15 ans	16,0	7,8-24,2	14,7	7,1-22,3
16 ans	41,9	30,7-53,1	36,1	26,5-45,7
17 ans	49,3	38,7-59,9	46,8	35,4-58,2
18 ans	59,1	47,3-70,9	58,2	47,2-69,2
19 ans	69,0	58,0-80,0	83,6	75,0-92,2
20-25 ans	92,9	90,2-95,6	87,0	83,7-90,3
26-34 ans	98,6	97,8-99,4	98,7	98,1-99,3
35-49 ans	99,4	99,0-99,8	99,7	99,5-99,9

qui se situait en 1999 autour de 85 % d'utilisation. On peut se demander si une frange de la population ne reste pas « définitivement intouchable » par les campagnes de prévention. Un objectif de 100 % d'usage de préservatif est de toute manière irréaliste. Par ailleurs, toutes les personnes ne sont pas nécessairement concernées par la prévention du VIH au moment de leur premier rapport sexuel : les deux partenaires ont pu se faire dépister avant ce rapport, ou peuvent débuter ensemble leur vie sexuelle sans avoir été exposés précédemment au VIH (absence de toxicomanie intraveineuse et de transfusion). Quant à la contraception, il existe d'autres méthodes que le préservatif.

Tableau II
Proportion de personnes ayant utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel selon l'âge au moment de l'enquête

	Hommes (n=3 606)		Femmes (n=4 380)	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Ensemble	32,5	30,7-34,3	32,5	30,9-34,1
15-19 ans	90,9	86,5-95,3	88,6	84,2-93,0
20-25 ans	76,9	72,7-81,1	73,0	69,0-77,0
26-34 ans	33,0	30,0-36,0	32,9	30,1-35,7
35-49 ans	8,0	6,6- 9,4	13,5	11,7-15,3

Facteurs associés à l'usage du préservatif au premier rapport

Les hommes déclarent un peu plus souvent que les femmes avoir utilisé un préservatif, significativement dans la période la plus récente 1995-1999 (Tableau III). Cet écart est un résultat habituel. Il traduit, d'une part, le fait que certaines femmes répondent non à la question « Avez-vous utilisé un préservatif ? », car elles considèrent que c'est leur partenaire qui l'a utilisé, ou ignore que leur partenaire l'a utilisé. Il traduit, d'autre part, le fait que l'utilisation de préservatif reste liée à des relations occasionnelles moins valorisées socialement pour les femmes que pour les hommes, et donc moins faciles à déclarer pour elles. Cependant, les écarts enregistrés ici sont peu prononcés, suggérant que l'utilisation du préservatif est devenue véritablement partie intégrante des codes d'initiation sexuelle.

Le niveau d'usage du préservatif est équivalent ici chez ceux qui ont ou non obtenu le baccalauréat. Toutefois, cet indicateur de niveau d'études ne reflète pas entièrement l'appartenance sociale, surtout pour les plus jeunes ; les résultats de l'enquête sur les comportements sexuels et préventives étaient très différentes selon la filière de scolarisation (filière professionnelle ou générale).

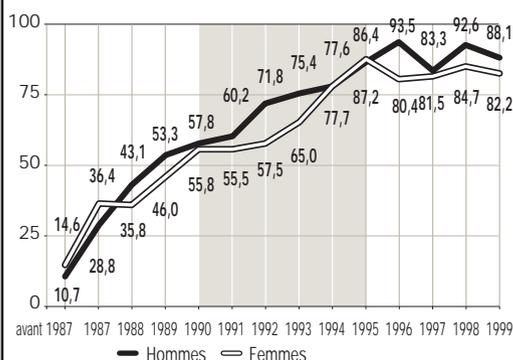
Figure 1
Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel (en pourcentage)



Tableau III
Proportion d'utilisation de préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon la date de ce rapport

Date du premier rapport sexuel	entre 1995 et 1999 (n=906)		entre 1990 et 1994 (n=1 235)		entre 1987 et 1989 (n=876)		avant 1987 (n=4 862)	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Ensemble	86,1	83,5–88,7	65,4	62,4–68,4	41,6	37,8–45,4	12,7	11,7–13,7
Sexe								
Homme	88,7 [☆]	85,3–92,1	68,3	63,7–72,9	41,6	36,0–47,2	10,7 ^{**}	9,3–12,1
Femme	83,3	79,5–87,1	62,5 ^{☆☆}	58,5–66,5	39,4	35,6–43,2	14,6	13,0–16,2
Âge au moment du rapport								
Moins de 15 ans	91,5 ^{**}	83,5–99,5	73,4 ^{**}	61,6–85,2	42,8 [☆]	27,0–58,6	9,3	6,3–12,3
15 ou 16 ans	90,9	86,9–94,9	70,1	63,7–76,5	42,3	34,7–49,9	14,0	11,8–16,2
17 ou 18 ans	88,3	84,1–92,5	67,3	62,5–72,1	42,6	36,6–48,6	13,2	11,6–14,8
19 ou 20 ans	83,3	75,9–90,7	64,5	57,5–71,5	42,8	34,0–51,6	11,7	9,1–14,3
21 à 24 ans	74,2	62,6–85,8	48,8	39,0–58,6	28,0	15,8–40,2	11,8	7,8–15,8
Plus de 24 ans	45,3	28,7–61,9	39,1	23,0–55,1	12,0	0,0–24,0	9,3	1,3–17,3
Niveau de diplôme								
Inférieur au baccalauréat	86,6	82,8–90,4	60,9 ^{☆☆}	55,1–66,7	35,6 [☆]	29,6–41,6	12,6	11,2–14,0
Baccalauréat ou plus	85,6	83,0–90,2	67,3	63,7–70,9	43,4	38,6–48,2	12,8	11,2–14,4
Se dire informé sur le sida								
Bien ou très bien	86,2	83,6–88,8	65,4	62,2–68,6	41,8 ^{☆☆}	37,8–45,8	13,3 ^{**}	12,1–14,5
Mal ou très mal	84,3	75,5–93,1	66,2	54,8–75,6	31,7	22,1–41,3	8,5	6,1–10,9
En couple lors de l'enquête								
Non	88,5 ^{**}	85,9–91,1	71,4 ^{**}	66,8–76,0	46,4 ^{☆☆}	38,6–54,2	12,9	10,7–15,1
Oui	67,5	58,9–76,1	59,6	55,6–63,6	38,5	24,3–42,7	12,6	11,4–13,8
MST (hors mycose) dans les dix ans								
Oui	67,0	22,8–100,0	63,0	40,6–85,4	47,5	25,3–69,7	10,1	3,3–16,9
Non	86,1	83,5– 88,7	65,5	62,3–68,7	40,3	36,5–44,1	12,7	11,7–13,7

** : $p < 0,01$. ☆ : $0,01 < p \leq 0,05$. ☆☆ : $0,05 < p \leq 0,10$.

Le recours au préservatif au premier rapport sexuel est plus fréquent lorsqu'il a eu lieu à un âge précoce (Tableau III). Ce résultat est intéressant à souligner même s'il est difficile à interpréter en l'absence de données sur le contexte de la relation avec ce premier partenaire sexuel. Le calendrier d'entrée dans la sexualité préfigure des styles de vie sexuelle [9] et des attitudes préventives dans la vie adulte [10]. Les personnes qui débutent précocement leur sexualité ont plus souvent une vie sexuelle adulte diversifiée (en termes de pratiques et de nombre de partenaires) les exposant davantage au risque d'infection à VIH et aux autres

MST. Nous ne disposons pas non plus du nombre de partenaires sexuels actuels ou dans la vie. Ce que l'on peut observer ici, c'est que les personnes qui vivent en couple au moment de l'enquête ont moins souvent utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel que les autres. Ceci pourrait traduire un engagement dès le premier rapport sexuel dans un style de vie perçu comme moins à risque de VIH.

Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse

Contraception actuelle

La question sur la contraception était posée uniquement aux personnes qui avaient eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois. Il s'agissait d'étudier l'utilisation actuelle d'un moyen pour éviter une grossesse. Lorsque les personnes répondaient spontanément qu'elles n'avaient pas de partenaire sexuel au moment de l'enquête, la question était reformulée en leur demandant ce qu'elles avaient fait quand elles avaient eu des rapports sexuels (dans l'année).

Parmi les 24 % qui n'utilisaient aucun moyen pour éviter une grossesse, la majorité n'était pas concernée par une contraception : 36 % des hommes et 37 % des femmes attendaient ou souhaitaient avoir un enfant ; 31 % des hommes et 44 % des femmes ne pouvaient pas en avoir ; 2,5 % des hommes et 1 % des femmes avaient exclusivement des rapports homosexuels ; 6 % des hommes et 1 % des femmes disaient ne pas avoir de partenaire sexuel au moment de l'enquête. Comme ceux-ci ne l'avaient pas signalé spontanément à l'enquêteur, la question n'avait donc pas été reformulée au passé. Nous avons exclu ces personnes et considéré par la suite uniquement celles potentiellement concernées par la contraception, c'est-à-dire sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant.

Presque toutes les femmes potentiellement concernées utilisaient un moyen pour éviter d'être enceintes au moment de l'enquête ou à l'époque où elles avaient des rapports sexuels au cours des douze derniers mois (Tableau IV). Parmi ces moyens, la pilule représente la principale méthode rapportée (59,9 %), quel que soit l'âge, avec un maximum entre 20 et 25 ans (85,9 %) (Tableau V).

Le stérilet vient en deuxième position (22,9 %), avec une augmentation nette avec l'âge. Le stérilet reste exceptionnel chez les moins de 25 ans, le jeune âge et la nulliparité ayant été considérés jusqu'à récemment par le corps médical comme des contre-indications à son usage compte tenu des risques de stérilité. La contraception liée à l'acte (préservatif, retrait, méthode Ogino, etc.) est minoritaire (17,2 %) et il s'agit essentiellement du préservatif (12,8 %).

Une régression logistique montre que la contraception à l'acte est moins fréquente chez les jeunes de moins de 25 ans que chez leurs aînés, indépendamment des autres caractéristiques présentées dans le Tableau VI. Elle est également moins fréquente chez les femmes vivant en couple que chez celles non en couple et tend à augmenter avec le niveau d'études.

Nous nous sommes intéressés aux 6,5 % [5,5–7,5] de femmes potentiellement concernées par la contraception qui ont pourtant répondu spontanément « non » ou « cela dépend des fois » lorsqu'on leur demandait si elles utilisaient un moyen pour éviter d'être enceinte (Tableau IV). Le fait de répondre « cela dépend des fois » traduit une utilisation non systématique du moyen

Tableau IV

Proportion de personnes qui n'utilisent pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif^a parmi celles potentiellement concernées par la contraception^b

	Hommes (n=2 761)		Femmes (n=3 236)	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Ensemble	9,3	7,9–10,7	6,5	5,5– 7,5
15-19 ans	9,2	4,2–14,2	10,4	5,4–15,4
20-25 ans	5,6	3,2– 8,0	3,4	1,4– 5,4
26-34 ans	7,7	5,5– 9,9	5,9	4,1– 7,7
35-49 ans	11,6	9,4–13,8	7,3	6,3– 8,3

a. Avoir répondu « non » ou « cela dépend des fois » à la question : « Utilisez-vous un moyen pour éviter d'être enceinte ? ».

b. Personnes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stérilisées, ayant un partenaire sexuel, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant.


Tableau V
Méthodes employées par les personnes^a déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen contraceptif, selon le sexe

	Ensemble		15-19 ans		20-25 ans		26-34 ans		35-49 ans	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Hommes (n=2 563)										
Non liées à l'acte										
Stérilet	18,8	17,0-20,6	0,0	0,0- 3,6	0,7	0,1- 1,3	11,4	9,0-13,8	33,7	30,5-36,9
Pilule	59,2	57,0-61,4	57,7	48,7-66,7	74,1	42,1-52,1	71,5	68,1-74,9	45,5	42,1-48,9
Liées à l'acte										
Préservatif	17,2	15,6-18,8	40,6	31,6-49,6	24,8	20,0-29,6	13,2	10,6-15,8	13,0	10,8-15,2
Autres méthodes (exclusivement)	4,9	3,9- 5,9	1,7	0,0- 4,1	0,4	0,0- 1,0	3,9	2,5- 5,3	7,8	5,8- 9,8
Femmes (n=3 080)										
Non liées à l'acte										
Stérilet	22,9	21,4-24,7	0,4	0,0- 1,2	1,6	0,4- 2,8	19,9	17,3-22,5	36,0	33,0-39,0
Pilule	59,9	57,9-61,9	75,8	69,0-82,6	85,9	82,5-89,3	63,7	60,5-66,9	45,7	42,5-48,9
Liées à l'acte										
Préservatif	12,8	11,4-14,2	22,5	15,9-29,1	10,3	7,5-13,1	11,5	9,5-13,5	12,9	10,7-15,1
Autres méthodes (exclusivement)	4,4	3,6- 5,2	1,3	0,0- 2,9	2,2	0,6- 3,8	4,8	3,2- 6,4	5,4	4,0- 6,8

a. Personnes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stérilisées, ayant un partenaire sexuel, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant.

contraceptif rapporté. Cette réponse était exceptionnelle chez les femmes qui utilisent une contraception non liée à l'acte (pilule ou stérilet), alors qu'elle concernait 4,1 % des femmes utilisant le préservatif et 8,5 % des femmes utilisant un autre moyen contraceptif (spermicide, retrait, etc.). Cependant l'utilisation non systématique d'un moyen contraceptif est certainement sous-estimée ici, car aucune question plus spécifique n'a été posée sur la régularité de l'emploi, les oublis éventuels, etc.

Les effectifs des réponses « non » et « cela dépend des fois » étant faibles, nous les avons regroupés pour étudier leur distribution selon différentes caractéristiques. Ce regroupement était en partie justifié par le fait que ces réponses sont probablement un marqueur d'une exposition accrue à la survenue d'une grossesse non prévue. Ainsi regroupées, ces réponses sont significativement plus fréquentes chez les femmes qui ont un niveau d'études faible (inférieur au

baccalauréat versus au moins le baccalauréat), qui ne vivent pas en couple au moment de l'enquête et qui se disent mal ou très mal informées sur la contraception (Tableau VI). Aucun lien n'est retrouvé avec l'âge, les antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou de recours à la pilule du lendemain au cours de la vie, pas plus qu'avec les antécédents de maladie sexuellement transmissible (Tableau VI). Toutefois, lorsque l'on restreint l'analyse aux jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans, on constate que les plus jeunes, d'une part, et celles qui ont eu une IVG, d'autre part, ont plus souvent répondu qu'elles n'avaient pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif : 10 % des 15-19 ans vs 3 % des 20-25 ans ; 16 % en cas d'IVG vs 5 % en son absence. Une régression logistique confirme l'association indépendante avec le très jeune âge, les antécédents d'IVG et la perception d'être mal informées sur la contraception.

Tableau VI

Caractéristiques associées à l'absence de contraception systématique^a ou à l'usage d'une contraception liée à l'acte chez les femmes potentiellement concernées par une contraception^b

	Absence de contraception systématique ^a (versus systématique)				Contraception liée à l'acte (versus pilule ou stérilet)			
	Univarié %	Régression logistique IC à 95 %	OR ajusté	Régression logistique IC à 95 %	Univarié %	Régression logistique IC à 95 %	OR ajusté	Régression logistique IC à 95 %
Ensemble								
	6,5	5,5-7,5			17,2	10,5-23,9		
Âge								
15-25 ans	5,7	3,7-7,7	1		16,0	13,1-18,9	1	
26-34 ans	5,9	4,7-7,7	1,2	0,7-1,9	16,3	13,8-18,8	1,5 [☆]	1,1-2,1
35-49 ans	7,3	5,7-8,9	1,5 ^{☆☆}	1,0-2,5	18,3	16,0-20,7	2,0 ^{**}	1,4-2,7
Niveau de diplôme								
Inférieur au baccalauréat	7,5 [☆]	5,9-9,1	1		16,7 [☆]	14,6-18,9	1	
Baccalauréat	4,2	2,4-6,0	0,6 [☆]	0,3-0,9	13,9	11,0-16,8	0,8	0,6-1,1
Supérieur au baccalauréat	6,6	4,8-8,4	0,8	0,6-1,2	20,1	17,4-22,8	1,2 ^{☆☆}	1,0-1,6
Statut matrimonial actuel								
Ne vit pas en couple	7,4	5,4-9,4	1		23,0 ^{**}	20,1-25,9	1	
Vit en couple	6,2	5,0-7,4	0,7 [☆]	0,5-1,0	14,7	12,9-16,5	0,4 ^{**}	0,3-0,6
Se dit informée sur la contraception								
Bien ou très bien	6,0 [☆]	5,0- 7,0	1		17,1	15,5-18,7	1	
Mal ou très mal	10,4	6,3-14,5	1,8 [☆]	1,1-3,0	17,9	13,4-22,4	1,1	0,8-1,5
A déjà pris la pilule du lendemain								
Oui	7,7	4,2-11,2	1		21,1 ^{☆☆}	15,8-26,4	1	
Non	6,4	5,4- 7,4	0,8	0,5-1,3	16,7	15,1-18,3	0,8	0,5-1,1
A déjà eu une IVG								
Oui	7,8	5,3-10,3	1		17,1	13,6-20,6	1	
Non	6,3	5,1- 7,5	0,9	0,6-1,3	17,2	15,4-19,0	1,1	0,8-1,5
Se dit informée sur le sida								
Bien ou très bien	6,5	5,5- 7,5	1		17,4	15,8-19,0	1	
Mal ou très mal	7,0	3,9-10,1	0,9	0,5-1,5	15,4	10,7-20,1	0,8	0,6-1,2
MST (hors mycose) dans les dix ans								
Non	10,0	0,0-21,2	1		14,7	7,5-22,0	1	
Oui	6,4	5,4- 7,4	0,7	0,2-2,3	17,2	15,6-18,8	1,5	0,9-2,8

** : p<0,01. ☆ : 0,01<p≤0,05. ☆☆ : 0,05<p≤0,10.

a. Avoir répondu « non » ou « cela dépend des fois » à la question : « Utilisez-vous un moyen pour éviter d'être enceinte ? ».
b. Femmes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stérilisées, ayant un par tenaire sexuel, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant.

Nous avons vu que les jeunes de 15-19 ans ont très majoritairement utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel et déclarent également plus souvent que les autres classes d'âge utiliser le préservatif comme moyen contraceptif (près d'une jeune femme sur quatre et quatre jeunes hommes

sur dix) (Tableau V). Ces résultats suggèrent que les jeunes sont très sensibilisés au risque d'infection à VIH. Cependant, une utilisation non systématique est plus souvent rapportée par les très jeunes et plus encore par les jeunes qui ont déjà eu recours à une IVG. Si le rôle contraceptif du préservatif est



Tableau VII

Méthodes employées par les personnes^a déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen contraceptif, selon le statut de vie en couple

	Ensemble		Femmes		15-25 ans		Femmes	
	Hommes %	IC à 95 %	%	IC à 95 %	Hommes %	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Vivant en couple (n=1 643 hommes ; 1 979 femmes)								
Non liées à l'acte								
Stérilet	26,5	24,1–28,9	29,4	27,2–31,6	0,3	0,0– 0,7	0,3	0,0– 4,0
Pilule	57,2	54,5–59,9	55,9	53,5–58,3	65,9	60,8–71,0	81,4	77,5–85,3
Liées à l'acte								
Préservatif	10,0	8,4–11,6	10,0	8,4–11,6	32,9	28,0–37,8	16,6	12,9–20,3
Autres méthodes (exclusivement)	6,3	4,9– 7,7	4,7	3,7– 5,7	0,9	0,0– 1,9	1,8	0,4– 3,2
Ne vivant pas en couple (n=920 hommes ; 1 101 femmes)								
Non liées à l'acte								
Stérilet	2,7	1,7– 3,7	7,6	6,0– 9,2	1,6	0,0– 3,4	3,5	1,0– 6,0
Pilule	63,3	59,6–67,0	69,4	66,3–72,5	86,0	78,6–93,4	86,1	21,2–91,0
Liées à l'acte								
Préservatif	32,1	28,6–35,6	19,4	16,7–22,1	12,4	5,0–19,8	8,2	4,1–12,3
Autres méthodes (exclusivement)	2,0	1,2– 2,8	3,7	2,3– 5,1	0	0,0– 3,6	2,2	0,4– 4,0

a. Personnes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stérilisées, ayant un partenaire sexuel, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant.

au second plan chez les jeunes, on peut craindre que son usage tende à devenir occasionnel lorsque le risque d'infection à VIH semble écarté. C'est ce que pourrait indiquer la recrudescence d'IVG observée récemment chez les jeunes [6]. L'exploration plus approfondie de cette hypothèse ne peut être menée dans cette enquête, car aucune donnée sur l'évolution des moyens contraceptifs avec le temps, l'utilisation du préservatif en dehors du cadre contraceptif, le type de partenaires sexuels et la durée de la relation n'est disponible.

Nous avons également étudié les réponses des hommes concernant la contraception. Ils sont en proportion un peu plus nombreux que les femmes à répondre spontanément qu'ils n'utilisent pas une contraception systématique (9,3 % vs 6,5 %), mais l'ordre de grandeur reste similaire (Tableau IV). En revanche, ils sont proportionnellement plus nombreux à rapporter une utilisation du pré-

servatif comme moyen contraceptif. L'écart est particulièrement net chez les moins de 25 ans où ils sont deux fois plus nombreux à déclarer utiliser un préservatif que les femmes (Tableau V). En fait, il est intéressant de souligner que cet écart concerne exclusivement les personnes qui ne vivent pas actuellement en couple (Tableau VII).

Pilule du lendemain

La contraception d'urgence existe depuis la diffusion de la contraception orale. La disponibilité récente d'une présentation spécifique à cet usage — sous forme de quatre comprimés d'une pilule œstro-progestative normodosée — et surtout d'une nouvelle méthode de contraception d'urgence sans effets secondaires et vendue sans ordonnance en pharmacie — composée exclusivement de progestatif — devrait favoriser sa diffusion. Le débat public qui a eu lieu au

cours de l'année 2000 à propos de la délivrance de cette nouvelle méthode par les infirmières scolaires pourrait également y contribuer.

Le recours à la pilule du lendemain reste très minoritaire en France aujourd'hui. Ainsi, 9 % [8,0–10,0] des femmes sexuellement actives ont déjà eu l'occasion d'utiliser la pilule du lendemain au cours de leur vie (Tableau VIII). Cette pratique est sans doute amenée à se diffuser dans les prochaines

années si l'on se réfère aux données d'utilisation par âge. En effet, 13,9 % des femmes de moins de 25 ans déclarent y avoir déjà eu recours (sans différence entre les 15-19 ans et les 20-24 ans), alors que ce n'est le cas que de 6,3 % à partir de 35 ans. Les réponses des hommes sont concordantes, puisque 10 % [8,8–10,0] d'entre eux disent avoir eu une partenaire qui a utilisé une pilule du lendemain et la même liaison est observée avec l'âge.

Tableau VIII
Caractéristiques associées au recours à la pilule du lendemain dans la vie ou au recours à l'IVG dans la vie chez les femmes sexuellement actives

	Recours à la pilule du lendemain				Recours à l'IVG			
	Univarié %	Régression logistique IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %	Univarié %	Régression logistique IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Ensemble	9,0	8,0–10,0			18,6	17,2–20,0		
Âge								
15–25 ans	13,9**	11,4–16,4	1		7,6**	5,8– 9,4	1	
26–34 ans	10,1	8,5–11,7	0,6**	0,5–0,9	15,0	13,1–17,0	2,7**	1,9–3,8
35–49 ans	6,3	5,1– 7,5	0,4**	0,3–0,5	25,2	23,1–27,4	5,4**	3,9–7,5
Niveau de diplôme								
Inférieur au baccalauréat	6,9**	5,7– 8,1	1		20,2 ^{☆☆}	18,3–22,2	1	
Baccalauréat	8,8	6,8–10,8	1,1	0,8–1,6	17,6	14,7–20,5	1,0	0,8–1,3
Supérieur au baccalauréat	12,1	0,1–14,1	1,8**	1,4–2,4	16,9	14,8–19,1	0,8 ^{☆☆}	0,7–1,0
Statut matrimonial actuel								
Ne vit pas en couple	11,9**	9,9–13,9	1		18,0	15,9–20,2	1	
Vit en couple	7,7	6,7– 8,7	0,9	0,7–1,1	18,9	17,3–20,5	0,7**	0,6–0,8
Se dit informée sur la contraception								
Bien ou très bien	8,8	7,8– 9,8	1		18,2	16,8–19,6	1	
Mal ou très mal	10,5	7,6–13,4	1,1	0,8–1,5	21,7	17,6–25,8	1,2	0,9–1,6
A déjà pris la pilule du lendemain								
Oui					28,5**	23,6–33,4	1	
Non					17,7	16,3–19,1	0,4**	0,3–0,6
A déjà eu une IVG								
Oui	13,7**	11,2–16,2	1					
Non	7,9	6,9– 8,9	0,4**	0,3–0,6				
Se dit informée sur le sida								
Bien ou très bien	8,9	7,9– 9,9	1		17,6**	16,2–19,0	1	
Mal ou très mal	9,7	6,8–12,6	1,3	0,9–1,8	26,5	22,0–31,0	1,4 [☆]	1,1–1,9
MST (hors mycose) dans les dix ans								
Non	19,6**	10,6–28,6	1		25,9 ^{☆☆}	21,0–30,8	1	
Oui	8,7	7,7– 9,7	0,5 [☆]	0,3–0,9	18,4	17,0–19,8	0,7	0,4–1,2

** : p<0,01. ☆ : 0,01<p≤0,05. ☆☆ : 0,05<p≤0,10.



Chez les femmes, ce recours augmente avec le niveau d'études, est plus fréquent chez les femmes qui ne vivaient pas en couple au moment de l'enquête et est associé à l'existence d'un antécédent d'IVG et de MST (sans qu'il soit possible ici d'établir d'ordre chronologique). Ces facteurs restent associés indépendamment les uns des autres dans une régression logistique (*Tableau VIII*). L'association avec les antécédents d'IVG a été retrouvée dans une autre étude récente sur le sujet [11]. Notons, en revanche, que l'usage d'une pilule du lendemain ne diffère pas selon que les femmes pensent être bien ou mal informées sur la contraception.

La majorité des femmes se sont procurées la pilule du lendemain sur ordonnance de leur médecin ou d'un autre médecin (73 %), surtout entre 26 et 34 ans ; 8 % l'ont achetée directement en pharmacie, pourcentage du même ordre de grandeur quel que soit l'âge. En revanche, si globalement 6 % de femmes se sont procurées cette pilule dans un centre de planification familiale, c'est le cas de 23 % des 15-19 ans. Pour 12 % des jeunes, c'est une amie qui leur a donné, ce qui n'est pratiquement jamais le cas dans les autres classes d'âge.

Interruption volontaire de grossesse

Près d'une femme sur cinq déclare avoir déjà eu recours à l'IVG (18,6 % [17,2–20,0]) (*Tableau VIII*). Ce taux est de 6,3 % [2,7–9,9] chez les jeunes de 15 à 19 ans. Il atteint 25,2 % dans la tranche 35-49 ans. L'association avec l'âge est évidemment attendue puisqu'il s'agit d'une incidence cumulée sur la vie. Le fait de ne pas vivre en couple au moment de l'enquête est lié à la déclaration d'une IVG, indépendamment de l'âge et des autres facteurs d'ajustement présentés dans le *Tableau VIII*.

Au total, un quart des femmes qui avaient entre 45 et 54 ans au moment de l'enquête a déclaré avoir déjà eu recours à l'IVG, soit un taux deux fois moins élevé que celui attendu si l'on se réfère aux estimations de l'Institut

national d'études démographiques (Ined) [12]. Le recours à l'IVG est toujours sous-estimé dans les enquêtes en population générale. Car, d'une part, ces enquêtes ne couvrent pas certains sous-groupes de population peut-être plus à risque d'IVG et, d'autre part, certaines femmes ne souhaitent pas parler de cet événement particulier dans le cadre d'une enquête par questionnaire. On peut penser que cette sous-déclaration est plus importante chez les femmes les plus âgées qui ont connu les ravages de l'avortement au temps où sa pratique était illégale.

Maladies sexuellement transmissibles

Les maladies sexuellement transmissibles constituent un groupe d'infections hétérogènes. Plus de vingt germes pathogènes — bactéries, virus ou parasites — se transmettent par voie sexuelle (voir annexe). Pour les infections bactériennes ou parasitaires, il existe en général des traitements simples qui débarrassent définitivement l'organisme infecté. Ces traitements donnés précocement évitent l'évolution, souvent à bas bruit, vers une stérilité tubaire ou une grossesse extra-utérine pour certains germes (*Chlamydia trachomatis*, gonocoque), ou des séquelles générales graves (syphilis). En revanche, les infections virales (herpès génital, condylomes dus au papillomavirus) prennent des formes récurrentes ou chroniques, sans traitement curatif à proprement parler. Le dépistage d'un herpès génital avant l'accouchement permet de prévenir les atteintes néonatales. Certains papillomavirus peuvent être responsables de cancers génitaux ; leur dépistage entre dans le cadre des stratégies de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus. Outre la prévention des complications secondaires, le dépistage précoce des MST joue un rôle essentiel pour prévenir leur diffusion dans la population en réduisant la période infectieuse lorsqu'il existe un traitement, et/ou en contribuant

aux changements de comportements sexuels des personnes dépistées.

Dans le Baromètre santé 2000, un antécédent de MST était défini par une réponse positive à la question suivante : « *Au cours des dix dernières années, c'est-à-dire depuis 1990, avez-vous eu une maladie qui se transmet par voie sexuelle ?* ». Puis une liste de noms d'infections était proposée systématiquement à chaque personne ayant répondu oui. On demandait à celles qui ne reconnaissaient aucune maladie dans cette liste de préciser le nom de la maladie qu'elles avaient eue.

Parmi les sujets sexuellement actifs, 115 hommes (2,6 %) et 244 femmes (4,9 %) rapportent un antécédent de MST. Cet écart est en grande partie dû à une déclaration moins fréquente de mycoses chez les hommes. Par la suite, nous avons exclu des analyses les personnes ayant déclaré uniquement une mycose (0,9 % des hommes et 2,3 % des femmes) : la transmission sexuelle n'en est pas le mode d'acquisition prédominant chez les femmes et les conséquences restent limitées à des symptômes gênants.

Nous avons également exclu des analyses les personnes, très peu nombreuses, qui rapportaient une infection à VIH (un homme et quatre femmes, soit respectivement 0,03 % [0,00-0,09] et 0,04 % [0,00-0,08]¹). Nous avons distingué par la suite trois catégories de MST : les infections bactériennes ou parasitaires curables (*chlamydia*, gonocoque, syphilis, trichomonas, mycoplasme), les infections virales (condylome, herpès, hépatite) et les infections non ou mal spécifiées, c'est-à-dire pour lesquelles une personne ne pouvait pas citer le nom ou citait une pathologie non sexuellement transmissible.

Fiabilité des déclarations de MST

Parmi les personnes qui rapportent un antécédent de MST, la grande majorité rapporte le nom d'une MST bactérienne, para-

sitaire ou virale², soit au total : 1,2 % [0,8-1,6] des hommes et 2,1 % [1,7-2,5] des femmes³. La fiabilité des déclarations de MST dans les enquêtes en population générale a déjà été étudiée [13]. En particulier, nous avons trouvé une grande similitude entre la répartition et le sex-ratio des différentes MST, et les données épidémiologiques disponibles en France et, d'une manière plus générale, en Europe. On retrouve ici cette similitude : prédominance des infections à *Chlamydia trachomatis* au détriment du gonocoque, rareté de la syphilis et des infections à trichomonas ; fréquence élevée des MST virales (herpès et condylome) qui tend à dépasser celle des MST bactériennes ; prédominance masculine pour la gonococcie et féminine pour les infections à *Chlamydia trachomatis*, l'herpès génital et les papillomavirus (Figure 2).

Seulement 6 % des MST déclarées (hors mycose et VIH) correspondent en fait à une maladie non sexuellement transmissible, le plus souvent à une infection urinaire. Environ 20 % rapportent une MST sans pouvoir en donner le nom (Figure 2). Ces deux types de réponses constitueront par la suite la catégorie des MST « non ou mal spécifiées ».

Couverture du dépistage en France

La fréquence de déclaration d'antécédent de MST peut constituer un indicateur de couverture du dépistage. En aucun cas elle n'offre un moyen d'en estimer la fréquence réelle en raison de la proportion inconnue des infections non dépistées. De plus, toutes les MST diagnostiquées ne sont pas nécessairement rapportées dans l'enquête : il faut au minimum que le diagnostic en ait été connu, compris et mémorisé par la personne interrogée. Or, ces infections sont majoritairement asymptomatiques (jusqu'à 70 % pour certains germes), en particulier chez les femmes. De plus, la certitude du diagnostic impose souvent des prélève-

1. Malgré des effectifs différents, les pourcentages pondérés sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes.

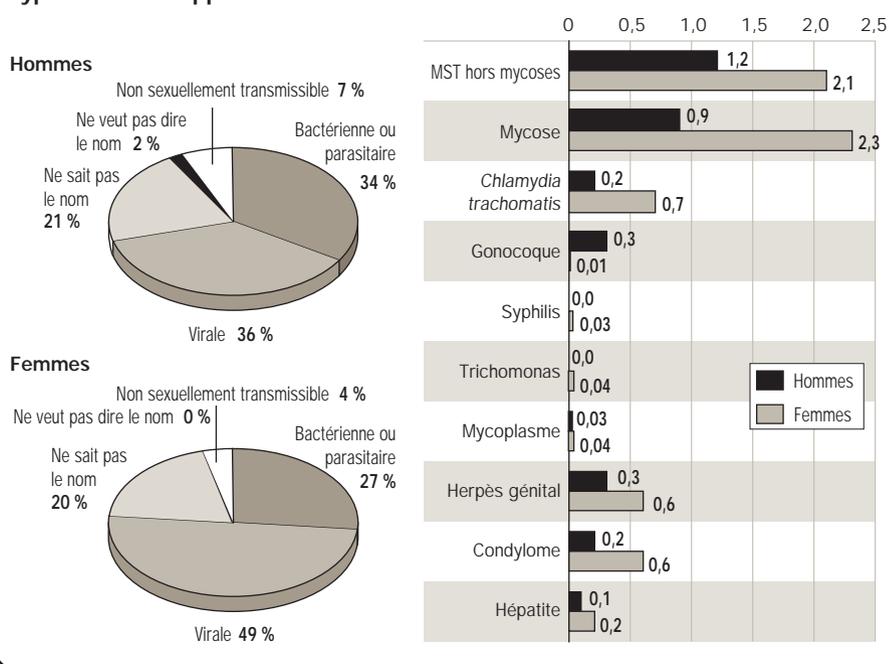
2. *Chlamydia*, gonocoque, syphilis, trichomonas, mycoplasme, condylome, herpès génital, hépatite.

3. Ayant déjà eu un rapport sexuel au cours de la vie.



Figure 2

Types de MST rapportées dans les dix dernières années



ments génitaux ou sanguins, ce qui représente une difficulté pour proposer le dépistage à des personnes qui ne se plaignent d'aucun symptôme.

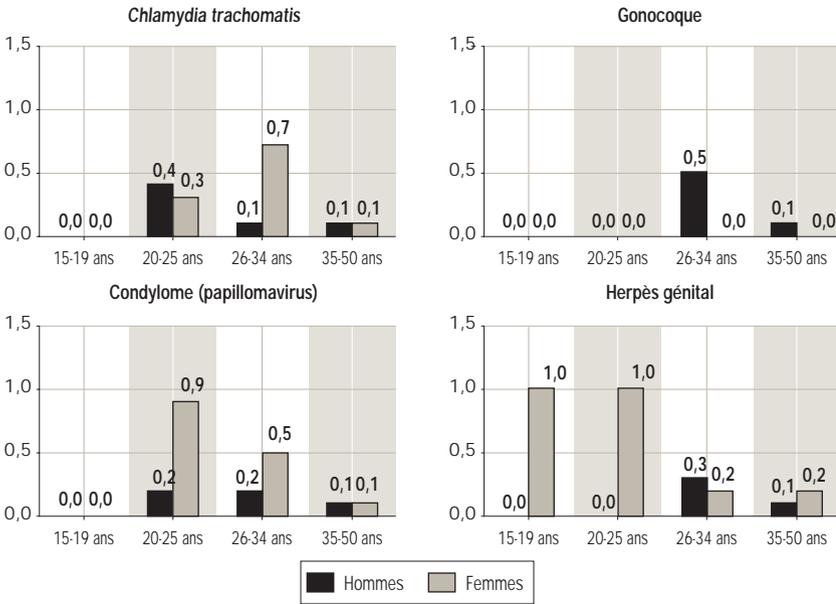
Dans cette enquête, seulement 0,7 % [0,1–1,1] déclare avoir eu une infection à *Chlamydia trachomatis* dans les dix dernières années, soit moins de 0,1 nouveau diagnostic pour 100 femmes-années, dont aucune chez les moins de 20 ans. La Figure 3, qui concerne uniquement les antécédents des cinq dernières années¹, montre que le pic de déclaration est observé entre 26 et 34 ans, chez les femmes comme chez les hommes. Ce résultat est contradictoire avec l'association pratiquement toujours retrouvée dans la littérature entre jeune âge et infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes. En France, notamment, des enquêtes de dépistage systématique dans des

clientèles médicales en région parisienne indiquent aussi que leur prévalence est d'autant plus élevée qu'elles sont plus jeunes. Nos travaux précédents suggéraient que les stratégies de dépistage des MST, en particulier de *Chlamydia trachomatis*, étaient insuffisantes en France [13]. Les résultats du Baromètre santé 2000 viennent renforcer cette hypothèse. En effet, même si l'usage du préservatif s'est fortement répandu chez les jeunes en France, il ne peut suffire à expliquer des taux aussi bas que ceux qui sont rapportés ici. Des études transversales ont montré des prévalences relativement élevées en région parisienne : 5 % chez des femmes de moins de 21 ans consultant un gynécologue privé (vs 1 % entre 21 et 29 ans) en 1993 [14] ; 8,5 % des consultantes de moins de 25 ans de centres de planification familiale du Val-de-Marne en 1999. Les deux tiers des cas dépistés dans ces enquêtes étaient asymptomatiques et n'auraient pas été diagnostiqués sans la

1. Afin qu'il n'y ait pas de chevauchement entre les périodes de recul et les classes d'âge puisqu'il s'agit d'incidence cumulée.

Figure 3

Incidence cumulée des antécédents de certaines MST dans les cinq dernières années selon l'âge et le sexe chez les personnes sexuellement actives



stratégie active de dépistage mise en œuvre à l'occasion de ces enquêtes. Nous ne disposons pas de données nationales de prévalence en France, ni d'estimation des taux d'incidence. Mais dans les pays nordiques où sont appliquées des politiques de dépistage plus actives qu'en France, les prévalences restaient de l'ordre de 5 % en 1996 et le taux d'incidence annuel des diagnostics pour 100 femmes-années chez les adolescentes de 15 à 19 ans était estimé en 1995 à 0,9 en Suède et 1,9 au Danemark [15]. De plus, malgré une baisse globale de l'incidence de *Chlamydia* au Danemark et en Suède, dans les années quatre-vingt-dix, la baisse était plus lente chez les adolescents que dans le reste de la population en Suède, et on notait même une augmentation dans cette tranche d'âge au Danemark.

Le taux extrêmement bas de femmes qui rapportent un antécédent de *Chlamydia* dans cette enquête, particulièrement chez

les jeunes, pourrait alors s'expliquer : 1°) par un manque de dépistage de l'infection, particulièrement chez les jeunes qui ont moins d'occasions de contact avec le système de santé ; 2°) par la méconnaissance du caractère sexuellement transmissible de l'infection ou la non-compréhension du diagnostic, ce qui met en cause, pour le moins, la qualité de la prise en charge en terme de prévention.

C'est cette prise en charge dont nous tentons d'étudier le parcours ici, depuis les circonstances de diagnostic jusqu'aux attitudes des patients vis-à-vis de leurs partenaires, en passant par les filières de soins empruntées et les thèmes abordés avec le médecin.

Circonstances de dépistage

Si pour les hommes comme pour les femmes, les MST ont été le plus souvent diagnostiquées à l'occasion de symptômes



d'appel ou de craintes à cet égard (71 % des hommes et 60 % des femmes), les circonstances ayant conduit au diagnostic d'une MST diffèrent significativement selon le sexe ($p < 0,01$) (Tableau IX). Un dépistage à l'occasion d'une consultation pour un autre motif est la deuxième circonstance de diagnostic chez les femmes (25 %), alors que c'est rarement le cas chez les hommes (7 %). Ceci renforce l'hypothèse déjà évoquée d'une insuffisance de dépistage des MST asymptomatiques puisqu'elles sont en réalité majoritaires.

Enfin, et peut-être surtout, très peu de femmes ont été prévenues par un partenaire (5 %), trois fois moins souvent que les hommes,

cette différence ayant déjà été observée dans des travaux antérieurs en France. Après ajustement dans une régression logistique, cette circonstance de diagnostic apparaît en effet fortement associée avec le sexe masculin, indépendamment de l'âge, de l'existence au moment du diagnostic d'un partenaire régulier et/ou de partenaires occasionnels, de la catégorie de MST et du niveau de diplôme actuel : OR ajusté = 9,0 [2,3–35,2].

Filières de soins

Les structures susceptibles de diagnostiquer des MST sont multiples et dispersées (services spécialisés publics, médecins gé-

Tableau IX

Circonstances de diagnostic et de prise en charge de la dernière MST diagnostiquée (hors mycose et VIH) selon le sexe

	Hommes (n=71)		Femmes (n=116)		h/f p
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	
Circonstance de diagnostic					
A été informé par un partenaire	16	6–26	5	1– 9	**
A consulté pour des symptômes ou des craintes	71	20–80	60	49–71	
Consultation pour un autre motif	7	0–16	25	16–34	
Autres circonstances	6	0–13	10	3–17	
	= 100 %				
Type de médecin consulté					
Généraliste	68	56–80	29	19–39	**
Gynécologue privé	8	0–16	70	60–80	**
Autre spécialiste privé	15	6–24	0,3	0– 1	**
Structure publique	11	2–20	4	0– 8	**
	> 100 %				
Thèmes abordés à cette occasion					
Information des partenaires sexuels	31	19–43	46	35–57	☆
Sexualité	37	25–49	51	40–62	☆☆
Risques pour la santé des MST	65	52–78	77	67–87	☆☆
	> 100 %				
Nombre de thèmes abordés avec le médecin					
Tous ces thèmes	17	7–27	33	23–43	☆
Certains thèmes mais pas tous	56	43–69	52	41–63	
Aucun de ces thèmes	27	15–39	15	8–22	
	= 100 %				

** : $p < 0,01$. ☆ : $0,01 < p \leq 0,05$. ☆☆ : $0,05 < p \leq 0,10$.

néralistes, gynécologues ou dermatologues privés, etc.).

Une minorité de personnes a consulté dans une structure publique la dernière fois qu'elle a eu une MST, plus souvent des hommes que des femmes (11 % vs 4 %) (Tableau IX), et plus souvent en cas de MST virales que pour les deux autres catégories de MST (Tableau X). Il pouvait s'agir de dispensaires antivénéériens (DAV), de centres de planification familiale (PF) ou de services hospitaliers. La distinction entre ces différentes filières publiques est difficile à faire pour les patients, dans la mesure où certains DAV ou PF sont eux-mêmes installés dans des hôpitaux.

Le généraliste est le recours privilégié des hommes (68 %), alors que c'est le gynécologue dans le cas de femmes (70 %). Le généraliste est également celui qui est plus souvent consulté à l'occasion d'une MST non ou mal spécifiée¹.

Ces résultats sur la répartition des filières de soins confirment des résultats antérieurs [16]. Les systèmes de surveillance épidémiologique et les programmes de dépistage systématique et de prise en charge sont plus faciles à implanter dans des structures spécialisées publiques, mais celles-ci ne tou-

1. C'est-à-dire pour laquelle une personne ne savait pas ou plus le nom, ou citait une pathologie en réalité non sexuellement transmissible.

Tableau X

Circonstances de diagnostic et de prise en charge de la dernière MST diagnostiquée (hors mycose et VIH) selon le type de MST déclarée

	Bactérienne ou parasitaire (curable) (n=55)		Virale (n=84)		Mal spécifiée (n=48)		p
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	
Circonstances de diagnostic							
A été informé par un partenaire	6	0-13	16	7-25	1	0- 4	☆
A consulté pour des symptômes ou des craintes	71	57-85	52	40-64	78	65-91	
Consultation pour un autre motif	20	7-33	20	10-30	14	3-25	
Autres circonstances	2	0- 5	13	4-22	7	0-15	
	= 100 %						
Type de médecin consulté							
Généraliste	44	28-60	33	22-44	63	48-78	☆
Gynécologue privé	47	31-63	50	38-62	38	23-53	
Autre spécialiste privé	7	0-14	9	3-15	1	0- 4	
Structure publique	2	0- 5	11	3-19	4	0- 9	☆
	> 100 %						
Thèmes abordés à cette occasion							
Information des partenaires sexuels	35	19-51	46	34-58	37	21-53	
Sexualité	40	25-55	51	39-63	41	25-57	
Risques pour la santé des MST	61	44-78	87	79-95	60	44-76	**
	> 100 %						
Nombre de thèmes abordés avec le médecin							
Tous ces thèmes	20	9-31	36	24-48	19	7-31	☆
Certains thèmes mais pas tous	53	37-69	55	43-67	52	35-69	
Aucun de ces thèmes	27	14-41	9	2-16	29	14-44	
	= 100 %						

** : p<0,01, ☆ : 0,01<p≤0,05.



chent qu'une minorité des patients concernés. La dispersion géographique des praticiens libéraux, leur absence de formation spécifique et le fait qu'ils ne voient chacun qu'un petit nombre de MST, sont autant d'obstacles pour les impliquer dans des programmes. Ce problème n'est pas propre à la France. La majorité des MST sont traitées en dehors de centres spécialisés aux États-Unis [17] et même en Grande-Bretagne pour les infections à *Chlamydia trachomatis* [18].

Thèmes abordés à l'occasion de la consultation médicale et perceptions actuelles des connaissances sur les MST et le sida

À l'occasion du diagnostic, les femmes tendent plus souvent que les hommes à avoir parlé avec leur médecin des risques de l'infection pour leur santé, de leur sexualité et de la manière d'informer leurs partenaires sexuels, bien que ces différences n'atteignent pas le seuil de signification (Tableau IX). En revanche, le nombre de thèmes abordés diffère significativement : 27 % des hommes n'ont abordé aucun de ces sujets vs 15 % des femmes, alors qu'à l'inverse 33 % des

femmes ont abordé tous ces thèmes contre seulement 17 % des hommes. C'est surtout en cas de MST virales que l'on aborde les risques pour la santé (Tableau X). Un module de questions administré à la totalité des personnes interrogées leur demandait si elles se considéraient, au moment de l'enquête, comme bien ou mal informées sur les MST d'une part, le sida d'autre part. On leur demandait également si elles craignaient ces infections. La moitié des femmes s'estime insuffisamment informée sur les MST, qu'elles aient eu ou non un antécédent de MST, et qu'elles aient ou non parlé de différents thèmes au moment du diagnostic (Tableau XI). En revanche, les femmes craignent plus souvent les MST quand elles en ont déjà eu l'expérience que lorsqu'elles ne rapportent pas un tel antécédent. Elles craignent également plus souvent le sida.

Les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes à se considérer comme mal ou très mal informés sur les MST, mais n'éprouvent pas plus de craintes à leur égard que les femmes. Ce qui est frappant, c'est que les hommes se disent

Tableau XI

Niveau d'information et de crainte des MST et du sida perçu au moment de l'enquête, selon l'existence ou non d'un antécédent de MST (hors mycose ou VIH) dans les dix ans

	Hommes		Femmes		h/f
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	p
Se disent mal ou non informés sur les MST					
Antécédent de MST dans les dix ans	70	59-81	52	41-63	☆
Pas d'antécédent	52	50-54	45	43-47	
Craignent assez ou beaucoup les MST					
Antécédent de MST dans les dix ans	25	14-36	36**	26-46	
Pas d'antécédent	18	16-20	18	17-19	
Se disent mal ou non informés sur le sida					
Antécédent de MST dans les dix ans	19	9-29	9	3-15	☆☆
Pas d'antécédent	12	11-13	11	10-12	
Craignent assez ou beaucoup le sida					
Antécédent de MST dans les dix ans	19	10-28	40**	30-50	**
Pas d'antécédent	25	23-27	27	25-29	

** : p<0,01. ☆ : 0,01<p≤0,05. ☆☆ : 0,05<p≤0,10.

d'autant plus mal informés sur les MST qu'ils rapportent un tel antécédent : 70 % des hommes qui rapportent une MST se disent mal informés sur ces infections (vs 52 % des hommes qui ne rapportent pas de MST). Ceci témoigne au minimum d'un manque d'information à l'occasion du diagnostic. Cette hypothèse est étayée par le fait que la proportion d'hommes se considérant comme mal informés tend à être plus élevée lorsqu'ils n'ont abordé avec leur médecin, au moment du diagnostic de MST, *aucun ou une partie seulement* des thèmes cités plus haut que lorsqu'ils les ont *tous* abordés. Ces derniers se déclarent d'ailleurs aussi souvent que les femmes bien informés.

Attitudes vis-à-vis des partenaires sexuels

Au moment du diagnostic, la majorité des personnes avait uniquement un partenaire régulier, les hommes un peu moins souvent que les femmes (55 % vs 69 %). Un tiers des hommes avait exclusivement des partenaires occasionnels, alors que ce n'était le cas que de 9 % des femmes. Enfin, la même proportion d'hommes et de femmes avait à la fois un partenaire régulier et un ou plusieurs partenaires occasionnels (environ 12 %). Il faut noter, enfin, qu'une petite proportion de femmes disent qu'elles n'avaient aucun partenaire sexuel à l'époque du diagnostic (9 %).

Nous avons montré que parmi les personnes qui rapportent un antécédent de MST, les femmes ont été trois fois moins souvent averties par un partenaire sexuel que les hommes. L'étude des attitudes à l'égard des partenaires à l'occasion du diagnostic (parmi les personnes qui n'ont pas été elles-mêmes prévenues par un partenaire) confirme qu'elles diffèrent selon le sexe : les hommes déclarent avoir prévenu leur partenaire régulier trois fois moins souvent que les femmes (bien que le seuil de signification ne soit pas atteint) : 12 % [0–24] vs 4 % [0–8]. Ces résultats viennent ainsi renforcer des résultats similaires issus d'autres enquêtes françaises.

L'analyse des données du Baromètre santé 2000 montre que l'on prévient d'autant moins son partenaire régulier que l'on a aussi des partenaires occasionnels : 3 % seulement des personnes qui avaient exclusivement un partenaire régulier ne l'ont pas informé, alors que c'est le cas de 25 % des personnes qui avaient également des partenaires occasionnels, cette différence étant significative (Tableau XII). Elle persiste indépendamment du sexe, de l'âge au moment du diagnostic, du niveau de diplôme (inférieur ou non au baccalauréat) et de la catégorie de MST (curable, virale ou non spécifiée). Ce résultat, même s'il est préoccupant, n'est pas surprenant, car le fait de prévenir son partenaire régulier revient à lui révéler une vie extra-conjugale.

Enfin, on peut constater que les personnes qui rapportent une MST tendent à avoir prévenu un peu plus souvent leurs partenaires réguliers lorsqu'elles ont parlé avec le médecin de leur sexualité à l'occasion du diagnostic (Tableau XIII).

Hommes et femmes sont aussi nombreux à n'avoir informé aucun partenaire occasionnel : 36 % [22–50] au total. Parmi les personnes qui avaient à la fois un partenaire régulier et des partenaires occasionnels, 43 % n'ont pas informé de partenaires occasionnels ; c'est le cas de 30 % de celles qui n'avaient que des partenaires occasionnels. Aucun des facteurs étudiés (sexe, âge au moment du diagnostic, niveau de diplôme, existence ou non d'un partenaire régulier, catégorie de MST et thèmes abordés lors de la consultation) n'apparaissent associés au fait d'informer ou non ses partenaires occasionnels.

Il est à craindre que ces estimations tendent à sous-estimer les proportions de personnes qui n'informent pas leurs partenaires à l'occasion d'un diagnostic de MST. En premier lieu, notre analyse porte sur des personnes ayant été capables de rapporter un antécédent de MST. Celles qui n'ont pas déclaré cet antécédent ont probablement moins souvent informé leurs partenaires pour les mêmes raisons : gêne pour parler d'une MST, non-compréhension de la nature



Tableau XII

Information des partenaires lors de la dernière MST diagnostiquée (hors mycose ou VIH) selon les caractéristiques individuelles et le type de partenaire (parmi les personnes n'ayant pas été elles-mêmes informées par un partenaire)

	N'ont pas informé leur partenaire régulier ^a				N'ont informé aucun partenaire occasionnel ^b			
	Univarié %	IC à 95 %	Régression logistique OR ajusté	IC à 95 %	Univarié %	IC à 95 %	Régression logistique OR ajusté	IC à 95 %
Ensemble	6	2-11			36	22-50		
Sexe								
Hommes	12 ^{☆☆}	0-24	3,0	0,7-13,6	34	15-53	1,2	0,3-4,7
Femmes	4	0- 8	1		39	19-59	1	
Niveau de diplôme								
Inférieur au baccalauréat	6	0-13	1		35	10-60	1	
Au moins le baccalauréat	7	1-13	1,3	0,2- 8,5	37	21-53	1,1	0,3-4,2
Âge lors de la MST								
Moins de 25 ans	9	0-21	1		22	0-47	1	
25 ans et plus	5	1- 9	1,8	0,4- 8,5	42	25-58	0,4	0,1-1,6
Type de partenaire								
Régulier seulement	3 ^{**}	0- 5	1					
Régulier et occasionnel	25	4-46	15,7 ^{**}	2,9-86,3	43	20-65	1	
Occasionnels seulement					30	14-46	1,9	0,5-7,5
Type de MST								
Bactérienne ou parasitaire (curable)	4	0-11	1		31	11-50	1	
Virale	8	0-17	4,5	0,5-37,3	49	23-74	1,9	0,4-8,5
Autre	6	0-12	2,7	0,3-22,7	30	5-55	0,8	0,2-3,8

** : p<0,01. ☆☆ : 0,05<p≤0,10.

a. Parmi les 130 personnes qui avaient au moins un partenaire régulier au moment du diagnostic (sans avoir été prévenues elles-mêmes). b. Parmi les 58 personnes qui avaient au moins un partenaire occasionnel au moment du diagnostic (sans avoir été prévenues elles-mêmes).

du diagnostic, oubli ou désintérêt. De plus, ce type d'enquête ne couvre pas certaines sous-populations très défavorisées sur le plan socio-économique, peut-être moins aptes à intégrer les enjeux préventifs. Enfin, on ne peut exclure un effet de surdéclaration dans la mesure où prévenir ses partenaires, et particulièrement son partenaire régulier, est sans doute un comportement socialement désirable.

Test de dépistage du VIH et du virus de l'hépatite C

Parmi les personnes sexuellement actives, les femmes ont plus souvent effectué un

dépistage de VIH dans les douze derniers mois, quel que soit l'âge : 12,3 % des hommes vs 16,1 % des femmes (Tableau XIV). Cette différence peut s'expliquer en partie par le fait qu'un dépistage est proposé presque systématiquement lors de la grossesse, mais on ne dispose pas ici des motifs de dépistage. Pour les deux sexes, le dépistage a été plus souvent effectué par les personnes qui ne vivent pas en couple et en cas d'antécédent de MST récent (dans les cinq ans).

La proportion de personnes ayant effectué ce test semble un peu plus élevée dans cette enquête que dans l'enquête KABP-1998 [19] : 11,1 % vs 8,8 % des adultes.

Tableau XIII

Information des partenaires lors de la dernière MST diagnostiquée (hors mycose) selon les modalités de prise en charge au moment du diagnostic (parmi les personnes n'ayant pas été elles-mêmes informées par un partenaire)

	N'ont pas informé leur partenaire régulier ^a		N'ont informé aucun partenaire occasionnel ^b	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %

Lieu de consultation

Public	26 [☆]	0-67	73 [☆]	41-100
Spécialiste privé	4	0-8	43	23-63
Généraliste	5	0-14	19	3-35

Ont parlé avec le médecin consulté
De l'information des partenaires

Oui	2	0-6	43	16-70
Non	8	1-15	34	18-50

De leur sexualité

Oui	1 [☆]	0-4	34	14-54
Non	10	2-18	38	19-57

Des risques sanitaires des MST

Oui	6	0-12	37	22-52
Non	5	0-11	33	4-62

De tous ces thèmes

Oui	0 ^{☆☆}		36	1-70
Non	8	1-14	36	21-51

☆ : 0,01 < p ≤ 0,05. ☆☆ : 0,05 < p ≤ 0,10.

a. Parmi les 130 personnes qui avaient au moins un partenaire régulier au moment du diagnostic (sans avoir été prévenues elles-mêmes).

b. Parmi les 58 personnes qui avaient au moins un partenaire occasionnel au moment du diagnostic (sans avoir été prévenues elles-mêmes).

Ces pourcentages sont respectivement chez les 18-29 ans : 22,2 % (Baromètre santé 2000) et 14,6 % (KABP-1998) et chez les 20-49 ans : 10,7 % et 8,9 %.

Un cinquième de la population sexuellement active a eu un test de dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) dans la vie, les femmes un peu plus souvent que les hommes (p=0,02) (Tableau XV).

Tableau XIV

Proportion de personnes sexuellement actives ayant réalisé un test de VIH au cours des douze derniers mois

	Hommes (n=3 629)		Femmes (n=4 414)	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %

Ensemble

	12,3	11,1-13,5	16,1	14,9-17,3
--	------	-----------	------	-----------

Âge

15-19 ans	12,8 [☆]	7,7-17,9	18,3 ^{**}	13,0-23,6
20-25 ans	14,3	11,0-17,6	27,6	23,7-31,5
26-34 ans	15,3	12,9-17,7	23,1	20,7-25,5
35-49 ans	9,8	8,2-11,4	8,6	7,2-10,0

Statut matrimonial

Vit en couple	10,4 ^{**}	9,0-11,8	14,4 ^{**}	13,0-15,8
Ne vit pas en couple	16,4	14,0-17,8	20,2	17,8-22,6

Antécédent de MST dans les cinq ans

Oui	29,0 [☆]	15,5-42,5	36,6 ^{**}	24,1-49,1
Non	12,1	10,9-13,3	15,8	14,6-17,0

** : p < 0,01. ☆ : 0,01 < p ≤ 0,05.

Tableau XV

Proportion de personnes sexuellement actives ayant réalisé un test de dépistage du VHC au cours de la vie

	Hommes (n=3 629)		Femmes (n=4 414)	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %

Ensemble

	19,9	18,5-21,3	22,2	20,8-23,6
--	------	-----------	------	-----------

Âge

15-19 ans	7,0 ^{**}	3,5-10,5	8,8 ^{**}	4,9-12,7
20-25 ans	17,3	13,6-21,0	19,7	16,4-23,0
26-34 ans	26,5	23,8-29,2	27,5	25,0-30,0
35-49 ans	18,8	16,6-21,0	21,5	19,5-23,5

Antécédent de MST dans les dix ans

Oui	23,1	12,7-33,5	31,6 [☆]	30,6-32,6
Non	19,9	18,5-21,3	22,0	20,6-23,4

** : p < 0,01. ☆ : 0,01 < p ≤ 0,05.



Conclusion

Si cette enquête ne permet pas une analyse détaillée des pratiques sexuelles et des risques qui s'y rattachent, l'étude de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel et des pratiques contraceptives actuelles apporte quelques éléments de réflexion qui devront être complétés par des analyses en cours dans d'autres enquêtes plus spécifiques (Enquête KABP, enquête Cocon¹).

Cette enquête confirme l'effet indéniable des campagnes de prévention, qui ont permis de passer d'un taux de 13 % de premiers rapports sexuels avec préservatif avant le début de l'épidémie à un taux de 86 % pour les années les plus récentes. Il faut cependant rappeler qu'il s'agit d'une enquête en population générale, qui couvre

1. Enquête sur les pratiques contraceptives en cours sous la responsabilité scientifique de N. Bajos et N. Job-Spira.

mal les personnes en situation de grande vulnérabilité sociale. En outre, ces données portent sur le premier rapport sexuel et ne préjugent pas du maintien des comportements préventifs dans le temps. En tout état de cause, l'effort préventif ne saurait être relâché au risque de voir ces taux décroître dans les prochaines années. En outre, une surveillance conjointe de l'évolution des pratiques préventives à l'égard du VIH et des pratiques contraceptives est indispensable, car leurs enjeux ne sont pas entièrement superposables.

Par ailleurs, les résultats confirment nos hypothèses quant à l'insuffisance de dépistage précoce des maladies sexuellement transmissibles en France, insuffisance qui risque de pénaliser particulièrement les femmes. Les hommes semblent moins bien informés et moins impliqués par les conséquences possibles d'une MST, en particulier pour leurs partenaires sexuelles. Les femmes sont rarement averties par un partenaire sexuel. Or, elles ont peu de chance d'être

annexe

Caractéristiques et complications des maladies sexuellement transmissibles classiques

	MST bactériennes			MST virales		
	Gonococcie <i>N. Gonorrhoeae</i>	Chlamydieuse <i>C. trachomatis</i>	Syphilis <i>T. Pallidum</i>	Herpès génital HSV	Papillomavirus HPV	Hépatite B HBV
Infectivité	+++	+	+	++	+	++
Période d'incubation	jours (2-6 jours)	semaines (7- ?)	mois (21 jours)	jours (7-14 jours)	semaines (2-5 mois)	mois (6 semaines)
Immunité	.	?	+/-	+/-	?	+
Période infectieuse sans traitement	variable (semaine)	variable (un an ?)	variable (année)	vie (intermittente)	vie (intermittente)	variable (année si Aq+)
Pourcentage de formes asymptomatiques						
chez les hommes	10-20 %	50-90 %	dépend du stade	75 %	95 %	>50 %, dépend du stade
chez les femmes	50-80 %	60-90 %		75 %	95 %	
Efficacité du traitement	> 90 % (résistances)	> 90 %	> 90 %	suppressif non curatif	environ 28 %	aucun vaccin
Complications	Infertilité tubaire et GEU (femmes) Rétrécissement urétral (hommes)	Infertilité tubaire et GEU (femmes) Infertilité (hommes)	Cardio-vasculaires et neurologiques	Symptomatologie récurrente	Cancers génitaux	Hépatite chronique, cirrhose, cancer du foie
Transmission néonatale	0-7 %	Environ 70 %	30-100 %	0-8 %	faible	fréquente

Tableaux préparés grâce à : Jones R., Wasserheit J. Introduction to the biology and natural history of sexually transmitted diseases. In : Wasserheit J., Aral S., Holmes K. (ed.). *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era*. Washington : American Society of Microbiology, 1991 : 11-37.

dépistées précocement par ailleurs. D'une part, les manifestations cliniques de la majorité des MST sont transitoires et modérées chez elles ; les deux tiers des infections à *Chlamydia trachomatis* sont asymptomatiques, alors que le portage cervical infectieux peut s'étendre jusqu'à un an [20, 21]. D'autre part, les occasions de dépistage, quoique plus répandues chez les femmes que chez les hommes, restent pon-

tuelles et non systématiques, et interviennent tardivement par rapport à la contamination. Actuellement, il n'existe pas de recommandation nationale à cet égard, mais une certaine prise de conscience des pouvoirs publics semble avoir lieu. C'est l'occasion de promouvoir des stratégies plus actives de dépistage systématique et d'information des partenaires sexuels.

références bibliographiques

1. MMWR. *Increases in unsafe sex and rectal gonorrhea among men who have sex with men – San Francisco, Californian 1994-1997*. 1999 ; 48 : 45-8.
2. Goulet V., Sednaoui P., Massari V., Laurent E. *Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France depuis 1998*. BEH 2001 ; 14 : 61-3.
3. Couturier E., Dupin N., Janier M., et al. *Réurgence de la syphilis en France, 2000-2001*. BEH 2001 ; 35-36 : 168-9.
4. 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*. DGS, ANRS, InVS, 2001.
5. Bajos N., Warszawski J., Grémy I., Ducot B. *AIDS and contraception. Unanticipated effects of AIDS prevention campaigns*. Eur. J. Public Health 2001 ; 11 : 257-9.
6. Le Corre M., Thomson E. *Les IVG en 1998. Études et résultats, 2000*. Dress, 2000. Report No. 69.
7. Warszawski J., Meyer L. *Gender difference in partner notification. Results from three population-based surveys in France*. Sex. Transm. Inf. (sous presse).
8. Warszawski J., Meyer L., ACSF Group. *Gender difference in persistent at-risk sexual behavior after a diagnosed sexually transmitted disease (STD)*. Sex. Transm. Dis. 1998 ; 25 : 437-42.
9. Bozon M. *L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes*. Population 1993 ; 5 : 1317-52.
10. Bajos N. *Les risques de la sexualité*. In : Bajos N., Bozon M., Ferrond A., Giami A., Spira A., ACSF-group (eds). *La sexualité au temps du sida*. Paris : Puf, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1998 : 35-61.
11. Goulard H., Bajos N., Job-Spira N. *Connaissances et pratiques de la contraception d'urgence*. Paris : Inserm, 2000.
12. Toulemon L., Leridon H. *Les pratiques contraceptives en France*. Revue du Praticien 1995 ; 45 : 2395-400.
13. Warszawski J. *Self-reported sexually transmitted diseases and at-risk sexual behaviour*. In : Hubert M., Bajos N., Sandfort T. (eds). *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe. Comparisons of National Surveys*. London : Taylor & Francis, 1998 : 219-41.
14. Warszawski J., Meyer L., Weber P. *Criteria for selective screening of cervical Chlamydia trachomatis infections in women attending private gynecology practices*. Eur. J. Obst. Gynecol. Reprod. Biol. 1999 ; 86 : 5-10.
15. Panchaud C., Singh S., Feivelson D., Darroch J. *Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries*. Fam. Plann. Perspect. 2000 ; 32 : 24-32.
16. Warszawski J., Meyer L. *Apports d'une*



enquête en population générale à l'épidémiologie des maladies sexuellement transmissibles. In : Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Spira A. (eds.). *La sexualité au temps du sida*. Paris : Puf, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1998 : 415-35.

17. Brackbill R., Sternberg M., Fishbein M. *Where do people go for treatment of sexually transmitted diseases?* Fam. Plann. Perspect. 1999 : 10-5.

18. Ross J. *How much sexually transmitted disease is not seen by genitourinary physicians?* Genitourin Med. 1995 ; 71 [5] : 333.

19. Gremy I., Beltzer N., Echevin D. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France. Évolutions 1992-1994-1998*. Paris : ORS Ile-de-France, 1999.

20. Mendes M., Spitters C., Waterman S., Peter C., Ross M. D. *Chlamydia prevalence and screening practices*. San Diego County, California, 1993. MMWR 1994 ; 43 : 366-9.

21. Rahm V., Gnarpe H., Odland V. *Chlamydia trachomatis among sexually active teenage girls. Lack of correlation between chlamydial infection, history of the patient and clinical signs of infection*. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1988 ; 95 : 916-9.







Drogues illicites : pratiques et attitudes

François Beck, Stéphane Legleye, Patrick Peretti-Watel

l'essentiel en quelques chiffres...

Les expérimentations de drogues illicites

En 1999, la drogue illicite la plus souvent expérimentée en France est de loin le cannabis : entre 15 et 75 ans, plus d'un Français sur cinq en a déjà pris au moins une fois au cours de sa vie. Cette prévalence s'avère très supérieure aux expérimentations mesurées pour les autres drogues illicites : moins de 3 % pour les produits à inhaler (colles, solvants, etc.), entre 1 et 2 % pour le LSD, les amphétamines et la cocaïne, moins de 1 % pour les autres produits (dont l'ecstasy et l'héroïne).

Toujours plus élevés pour les hommes que pour les femmes, ces taux d'expérimentation dépendent aussi étroitement de l'âge des répondants : entre 15 et 34 ans, quatre personnes sur dix ont déjà pris du cannabis au cours de leur vie, contre une sur dix entre 35 et 75 ans. Pour toutes les drogues illicites, la prévalence observée est maximale entre 20 et 25 ans, mais, le cannabis mis à part, elle reste à des niveaux faibles : dans cette tranche d'âge, elle atteint 6 % pour les produits à inhaler, 3 % pour le LSD et l'ecstasy, moins de 3 % pour les autres produits.

Pour l'ensemble des 18-25 ans et des 26-

44 ans, tranches d'âge communes aux trois Baromètres santé 1992-1995-1999, les évolutions constatées au cours des années quatre-vingt-dix mettent en évidence la diffusion croissante du cannabis (dont l'expérimentation a presque doublé de 1992 à 1999), aucune forte hausse n'étant observable sur les autres produits.

Le profil des expérimentateurs de drogues illicites

En raison de la rareté de l'expérimentation de drogues illicites à partir de 45 ans, seuls les expérimentateurs de 15 à 44 ans peuvent être étudiés en détail.

Entre 15 et 25 ans, quel que soit le produit considéré, les expérimentateurs sont en majorité des garçons (aux deux tiers pour le cannabis et les produits à inhaler, aux trois quarts pour l'ecstasy). Ces expérimentateurs se caractérisent aussi par leur forte consommation de tabac et d'alcool.

Entre 26 et 44 ans, on observe une sur-représentation des hommes et des habitants des grandes unités urbaines parmi les expérimentateurs de drogues illicites. Dans cette tranche d'âge, ces expérimentateurs sont plus jeunes que la moyenne et vivent plus souvent seuls. Il leur arrive aussi plus

fréquemment d'être au chômage ou de vivre avec des ressources matérielles faibles, à l'exception notable des expérimentateurs de cannabis qui semblent mieux intégrés socialement. Comme entre 15 et 25 ans, les 26-44 ans qui ont déjà pris une drogue illicite se distinguent par un usage élevé de tabac et d'alcool.

Les poly-usages de drogues illicites

La « poly-expérimentation » de substances illicites désigne le fait d'avoir déjà essayé plusieurs substances illicites au cours de sa vie, sans que ces essais soient forcément concomitants. Au contraire, le « mélange » de ces substances désigne le fait de les avoir déjà consommées conjointement (en général pour cumuler ou contre-balancer des effets psychoactifs). Si presque tous les expérimentateurs de drogues illicites ont déjà consommé du cannabis, les expérimentateurs de cannabis ou de produits à inhaler essaient rarement d'autres produits, au contraire de ceux qui ont déjà expérimenté d'autres drogues illicites ou qui ont déjà pris des médicaments psychotropes pour se droguer.

Un peu plus de la moitié des expérimentateurs de cannabis ou de produits à inhaler a déjà pratiqué un mélange, cette proportion atteignant ou dépassant les trois quarts pour les autres drogues illicites.

La diversité des usages de cannabis entre 15 et 44 ans

Dans cette tranche d'âge, cinq catégories de consommateurs peuvent être distinguées :

- les abstinents (66 % des enquêtés : ils n'ont jamais expérimenté le cannabis) ;
- les anciens fumeurs (21 % : ils ont déjà pris du cannabis, mais pas depuis douze mois) ;
- les usagers occasionnels (6 % : ils ont consommé du cannabis entre une et neuf fois au cours de l'année) ;
- les usagers répétés (4 % : ils ont consommé du cannabis au moins dix fois au cours de l'année, mais moins de dix fois lors des trente derniers jours) ;
- les usagers réguliers (3 % : ils ont con-

sommé du cannabis au moins dix fois lors des trente derniers jours).

Drogues illicites, santé et modes de vie

Entre 15 et 44 ans, l'usage de drogues illicites au cours de l'année (uniquement le cannabis pour les 26-44 ans) semble lié à une moins bonne santé, celle-ci étant mesurée par les diverses dimensions de l'échelle de Duke. Cet usage est surtout associé à une faible estime de soi et à une forte anxiété. Toutefois, cette relation, dont on ne peut rien conclure en terme de causalité, s'avère moins marquée que celle observée entre santé et signes de dépendance à l'alcool ou au tabac.

Les 15-44 ans qui ont consommé du cannabis au cours de l'année se caractérisent par des prises alimentaires moins régulières (ils sautent plus souvent des repas) et une sociabilité plus développée (davantage de sorties et de rencontres).

Opinions et attitudes à l'égard des drogues illicites

Parmi les 15-75 ans, 35 % se sont déjà vu proposer du cannabis contre 5 % pour les amphétamines et la cocaïne, les hommes plus souvent que les femmes, les adolescents plus souvent que les adultes. Ainsi, entre 20 et 25 ans, 82 % des garçons et 56 % des filles ont reçu une telle proposition. En mettant en rapport les propositions et l'expérimentation, il est possible d'évaluer la propension à accepter de consommer du cannabis. Pour les hommes, cette propension est de l'ordre de 60 % entre 15 et 44 ans contre 50 % pour les femmes.

Concernant la législation relative aux drogues illicites, la quasi-totalité des enquêtés se prononce contre l'autorisation de la consommation de l'héroïne, les trois quarts se déclarant de même hostiles à cette autorisation pour le cannabis. Ce dernier produit est considéré comme dangereux dès qu'on l'essaye par 62 % des enquêtés.



La consommation de substances psychoactives illicites renvoie à de nombreux contextes d'usages et peut être abordée autant comme marqueur d'un certain mode de vie qu'en tant qu'enjeu de santé publique. Les produits étudiés dans ce chapitre sont soit des stupéfiants dont l'usage est illicite (cannabis, amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, héroïne, champignons hallucinogènes), soit des produits licites détournés de leur usage à des fins psychotropes (colles, solvants volatils, poppers, médicaments psychotropes pris « pour se droguer »¹). Les effets de ces différentes substances sont rappelés à la fin du chapitre. Différentes catégories d'usagers peuvent être définies : pour un produit donné, « l'abstinence » désigne le fait de ne l'avoir jamais consommé, « l'expérimentation » correspond à au moins un usage au cours de la vie, enfin, la « consommation au moins une fois au cours de l'année » peut s'interpréter comme un usage occasionnel (seul le cannabis est suffisamment consommé pour autoriser des distinctions plus fines, cf. la partie Santé et modes de vie de ce chapitre).

1. Pour reprendre les termes de la question posée aux enquêtés.

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.

La diversité des usages est donc ici abordée, du point de vue quantitatif, par la fréquence des consommations et l'âge au premier usage de chaque produit. L'ampleur de l'usage du cannabis justifiant une investigation plus poussée, les contextes, les circonstances et les motifs de sa consommation ou de son interruption sont également explorés. Les questions sur les substances illicites ne sont posées qu'aux individus âgés de 15 ans et plus (n=13 163), dans la mesure où il a été jugé périlleux d'aborder ces questions avec les plus jeunes dans un contexte « déconnecté » de tout message préventif adapté.

Les expérimentations

Niveau d'usage et ampleur des consommations sur l'ensemble des 15-75 ans

La substance illicite la plus souvent expérimentée est de loin le cannabis : 21,7 % des 15-75 ans interrogés l'ont déjà consommé au moins une fois au cours de leur vie (Tableau I). Cette prévalence se situe toutefois à un niveau nettement inférieur à celui de l'expérimentation des produits licites (97,2 % pour l'alcool et 81,3 % pour le tabac). Pour les autres produits (produits à



inhaler, LSD, cocaïne, amphétamines et, dans une moindre mesure, ecstasy, héroïne et médicaments « pour se droguer », l'expérimentation ne concerne qu'une petite minorité d'individus qui, la plupart du temps, n'en a pas consommé au cours de l'année. Parmi ceux qui ont pris des médicaments « pour se droguer » (n=85), 31 % citent un anxiolytique, 30 % un hypnotique, 13 % un antidépresseur, 12 % un codéiné et 6 % un neuroleptique.

L'âge moyen d'initiation aux produits est assez différencié, de 16 ans pour les produits à inhaler à 23 ans pour la cocaïne, ce qui traduit des conditions d'acquisition et des contextes d'usage très différents d'une drogue illicite à une autre. Les écarts entre, d'une part, le cannabis et les produits à inhaler et, d'autre part, entre le cannabis et la cocaïne sont très significatifs.

En plus des produits figurant explicitement dans le questionnaire, une question permettait de citer d'autres drogues consommées au cours de la vie. Ainsi, 0,3 % des répondants a-t-il déclaré avoir déjà pris des champignons hallucinogènes, 0,3 % un opiacé autre que l'héroïne (principalement de l'opium ou de la morphine) et 0,1 % du poppers.

L'expérimentation du cannabis s'avère environ deux fois plus fréquente chez les hommes (28,5 %) que chez les femmes (15,1 %). Entre 15 et 34 ans, quatre personnes sur dix (38,9 %) ont déjà consommé du cannabis au cours de la vie, contre seulement 11,9 % entre 35 et 75 ans (et 3,3 % des 55-75 ans) (Figure 1).

Quel que soit l'âge, la proportion d'expérimentateurs de cannabis est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Pour toutes les drogues illicites, à l'exception des amphétamines pour lesquelles la différence selon le sexe n'est pas significative, les hommes sont, proportionnellement, deux à trois fois plus nombreux que les femmes à en avoir déjà consommé au cours de leur vie. La répartition par âge de ces expérimentateurs est très similaire entre les médicaments « pour se droguer » et l'héroïne, de même qu'entre le LSD et la cocaïne, ces derniers étant plus nettement

Tableau 1

Expérimentation et âge moyen d'initiation par produit

	Expérimentation (en %)	Âge moyen d'initiation (nombre de réponses valides)
Alcool	97,2	
Tabac	81,3	16,4 ans
Cannabis ^a	21,7	19,6 ans
Produits pour améliorer les performances ^d	5,9	
Amphétamines	1,4	22,4 ans (n=188)
Cocaïne	1,4	22,8 ans (n=202)
LSD	1,5	19,5 ans (n=199)
Héroïne	0,7	20,8 ans (n=85)
Ecstasy	0,8	21,1 ans (n=103)
Médicaments « pour se droguer » ^c	0,6	20,2 ans (n=79)
Produits à inhaler ^d	2,6	16,3 ans (n=346)
Champignons hallucinogènes	0,3	
Opium, morphine	0,3	
Poppers	0,1	

n = effectifs bruts.

a. Dont 1,7 % déclarant « non » à la question de l'usage au cours de la vie, mais précisant ultérieurement « avoir déjà essayé pour goûter ».

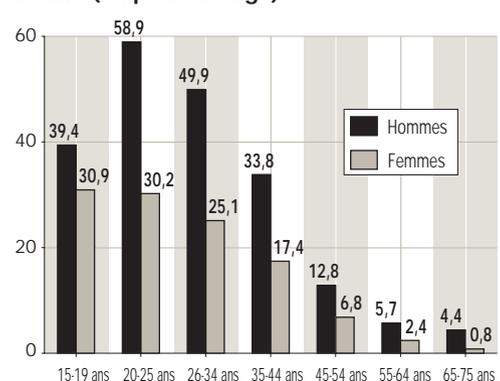
b. Ces produits sont très divers et sont présentés plus en détail dans un encadré (consommation au cours de l'année).

c. Pour reprendre e les termes employés lors de l'enquête.

d. Ce terme générique désigne ici les colles et les solvants volatils.

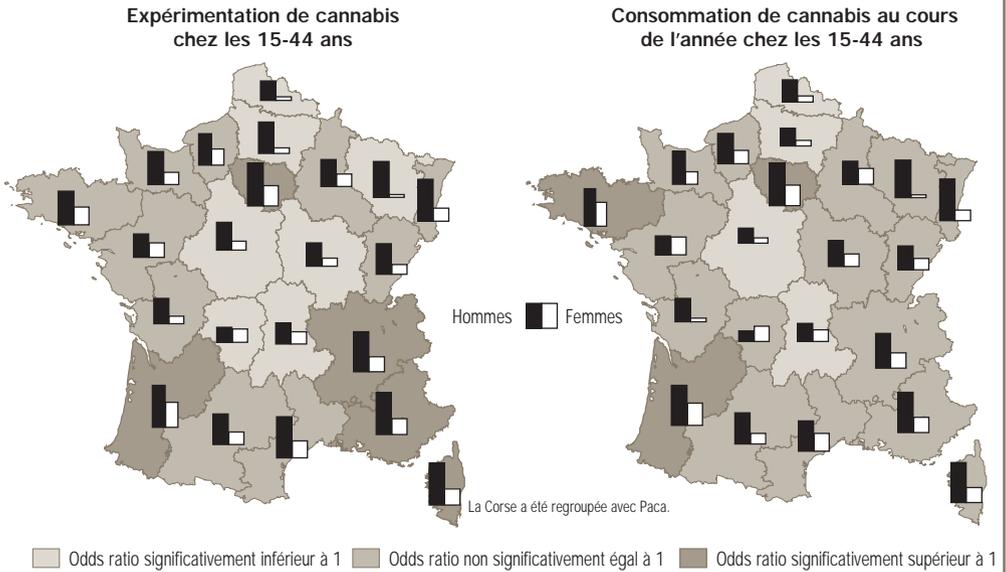
Figure 1

Expérimentation de cannabis selon l'âge et le sexe (en pourcentage)





La géographie des usages de cannabis au cours de la vie et au cours de l'année



L'expérimentation de cannabis concerne davantage le sud de la France, en son sens large, à l'exception notable de l'Île-de-France. Les taux d'expérimentation apparaissent, en effet, significativement plus élevés dans le sud-ouest (Aquitaine), le sud-est (Paca et Rhône-Alpes), ainsi qu'en Île-de-France. Le centre de la France (Centre, Bourgogne, Auvergne et Limousin), le nord (Picardie et Nord, et plus à l'est, la Lorraine) affichent, en revanche, des taux déclarés d'expérimentation plus faibles.

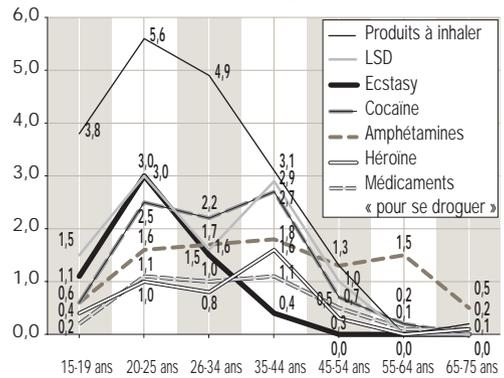
La consommation au cours de l'année offre une répartition bien différente, davantage tirée vers l'ouest et plus homogène. L'Île-de-France est encore au-dessus du reste de la France, ainsi que l'Aquitaine ; en revanche, le sud-est ne s'en distingue plus, tandis que la Bretagne se range aux côtés des régions « surconsommatrices ». Le nord de la France, le Centre et l'Auvergne conservent leur particularité de sous-consommation déclarée, mais le Limousin apparaît « dans la moyenne ».

de la génération des 20-44 ans (plus de 2 % d'usagers au cours de la vie sur cette tranche). Parmi les 20-34 ans, environ 1 individu sur 20 a déjà pris un produit à inhaler. L'expérimentation de l'ecstasy est quasi nulle au-delà de 35 ans alors, qu'à l'inverse, celle des amphétamines ne varie presque pas avec l'âge.

L'usage de substances psychoactives illicites est lié à l'âge (Figures 1 et 2). Pour explorer les profils des expérimentateurs de ces différents produits, il est ainsi apparu nécessaire de retenir la tranche correspondant à l'entrée dans l'âge adulte et à la plus forte opportunité de découverte des produits (15-25 ans), puis une tranche adulte limitée aux 26-44 ans. Au-delà de 44 ans,

Figure 2

Expérimentation d'autres drogues illicites selon l'âge (en pourcentage)





les prévalences sont, en effet, très faibles et concernent le plus souvent des pratiques anciennes.

En ce qui concerne les autres produits, quel que soit l'âge considéré, l'expérimentation

est surtout un comportement masculin, à l'exception de la tranche d'âge des 15-19 ans, pour laquelle les écarts sont plutôt en faveur des filles, mais ne sont jamais significatifs : il est possible que la différen-

L'usage des médicaments psychotropes chez les adultes

Les données de l'enquête permettent de mettre en regard l'usage de produits illicites avec la consommation de médicaments psychotropes, abordée dans une autre partie du questionnaire et surtout sans la mention « *pour se droguer* ». En population générale adulte (18-75 ans), l'usage récent de ces médicaments (au moins une fois au cours de l'année) concerne 14,1 % des hommes et 25,3 % des femmes ($p < 0,001$). 6,0 % des hommes et 12,4 % des femmes ont fait un usage récent d'antidépresseurs ($p < 0,001$), ces chiffres étant respectivement de 11,7 % et 20,3 % ($p < 0,001$) pour la catégorie comprenant les hypnotiques et les anxiolytiques (c'est-à-dire les somnifères et les tranquillisants). Ce type de consommation augmente¹ avec l'âge chez les femmes comme chez les hommes. Chez les 55-75 ans, environ une femme sur trois a consommé des médicaments psychoactifs au cours des douze derniers mois, contre un homme sur cinq (Figure 3). Parmi les individus qui ont consommé un hypnotique ou un anxiolytique au cours de l'année, 70,5 % en ont pris au cours des trente derniers jours, dont la moitié quotidiennement (Figure 4).

En 1999, 9,1 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé des somnifères ou des tranquillisants au cours de la semaine précédant l'enquête. L'écart entre consommations féminine et masculine s'accroît après 45 ans. Chez les 55-75 ans, environ une femme sur cinq a consommé au moins une fois par semaine dans les trente derniers jours des somnifères ou des tranquillisants, contre environ un homme sur dix.

Le contexte d'acquisition des somnifères ou des tranquillisants consommés au cours des douze derniers mois donne une indication sur le type d'usage. Dans les trois quarts des cas, ils ont été prescrits par un médecin. Ils peuvent aussi provenir des restes d'une ancienne prescription pour soi (12,1 %) ou pour quelqu'un de la famille (4,7 %), ou avoir été prescrits par un pharmacien (7,3 %). Les somnifères ou les tranquillisants sont beaucoup plus rarement obtenus auprès de quelqu'un d'autre (2,2 %).

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

Figure 3

Usage récent de médicaments psychoactifs chez les 18-75 ans selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

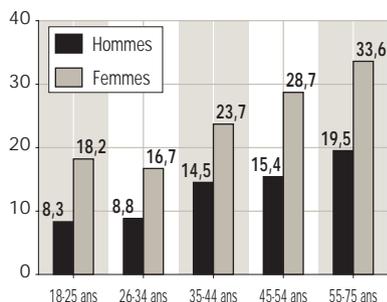
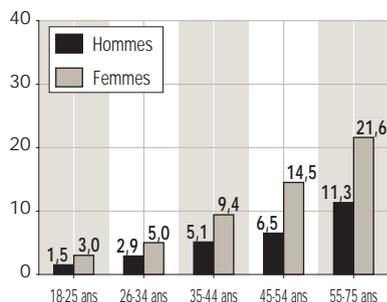


Figure 4

Consommation régulière de somnifères ou de tranquillisants chez les 18-75 ans selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



tion sexuelle des expérimentations ne se manifeste que progressivement (effet âge), ou qu'elle soit moins marquée pour la plus jeune génération (effet génération).

Les 15-25 ans

Profil sociodémographique

La faiblesse de la prévalence de certaines substances impose de brosser un portrait assez grossier des expérimentateurs (sans décimale, sauf pour le cannabis, *Tableau II*). Quelle que soit la substance considérée, les expérimentateurs sont majoritairement des hommes : un peu moins des deux tiers pour le cannabis et les produits à inhaler, presque les trois quarts pour la cocaïne, le LSD, l'héroïne et l'ecstasy. Les expérimentateurs d'une substance sont toujours en moyenne légèrement plus âgés que le reste des 15-25 ans, surtout pour la cocaïne et l'héroïne, mais également pour l'ecstasy et les amphétamines. La différence la plus faible concerne les produits à inhaler et le cannabis dont l'expérimentation est relativement fréquente chez les jeunes et précoce chez les 15-25 ans : l'âge moyen lors de l'expérimentation est de 16,9 ans pour le cannabis et 15,4 ans pour les produits à inhaler — dont la consommation est, par ailleurs, souvent transitoire. Certains de ces expérimentateurs résident plus souvent que les autres dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants pour le cannabis et la cocaïne, mais pas pour les amphétamines et le LSD. Une caractéristique est largement partagée pour tous les produits, à l'exception notable du cannabis : même si les écarts ne sont pour la plupart pas significatifs, le chômage est beaucoup plus fréquent parmi les expérimentateurs que parmi les abstinentes. En revanche, ces expérimentateurs n'appartiennent pas plus souvent que les autres à des foyers dont les revenus sont faibles (sauf dans le cas des produits à inhaler), et c'est même le contraire pour le cannabis.

Quant à la scolarisation, elle n'est pas associée à l'expérimentation, sauf dans le cas de la cocaïne et de l'ecstasy (les élèves et étudiants étant un peu moins souvent experi-

Les produits pour améliorer les performances

Parmi les 15-75 ans, 5,9 % déclarent avoir pris, au cours des douze derniers mois, au moins un produit pour améliorer les performances, que celles-ci soient physiques ou intellectuelles. Ce comportement est légèrement plus féminin (6,5 % vs 5,3 % chez les hommes ; $p < 0,01$). La recherche de l'amélioration des performances telle qu'elle est entendue par les personnes interrogées révèle des comportements contrastés, comme l'indique le tableau ci-dessous, mais correspondent surtout à une prise de vitamines.

Produits pour améliorer les performances cités (en pourcentage)

Vitamines	2,9
Médicaments pour la mémoire	0,7
Compléments alimentaires	0,8
Magnésium-zinc-phosphore	0,7
Phytothérapie et homéopathie	0,3
Anti-asthénique	0,3
Anti-douleur	0,2
Amphétamines	0,1
Autres ^a	0,2
Produits non identifiés	0,6
Total	5,9

NB : il était possible de citer plusieurs produits.

a. Cette catégorie contient les stupéfiants (n=6), les dopants (n=12) et des produits divers (n=9).

Si l'âge est une variable assez discriminante de la prévalence au cours des douze derniers mois (celle-ci augmente entre 15 et 25 ans, puis baisse avec l'âge), on constate chez les femmes une prévalence assez élevée chez les 65-75 ans.

Figure 5

Produits pour améliorer les performances au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

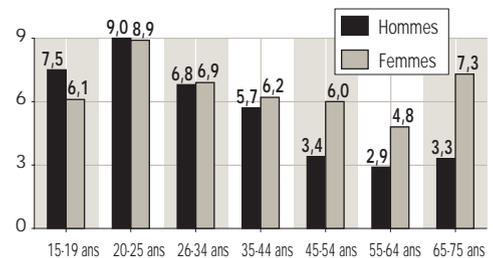


Tableau II

Quelques caractéristiques sociodémographiques des expérimentateurs de drogues illicites parmi les 15-25 ans (en pourcentage, sauf pour l'âge en année)

	Garçons	Âge moyen	Vit seul(e)	Agglom. de 100 000 hab. et plus	Être au chômage	Famille recomposée, monoparentale ou sans famille	Revenu mensuel par UC inférieur à 6 000 F
Cannabis	63,7***	20,3*	9,5***	55,0***	9,7	49,4***	45,3***
Amphétamines	66	22 ***	6	42	19	62	42
Cocaïne	72 *	22 ***	8	55	19	66 *	35
LSD	72 *	21 *	6	44	16	56	48
Héroïne	73	22 **	8	44	20	75 *	47
Ecstasy	75 **	21 ***	11	50	14	66 **	48
Médicaments « pour se droguer »	68	21 *	6	54	17	69	65
Produit à inhaler	64 *	21 *	9	53	15	47	61
Ensemble des 15-25 ans	52,0	19,9	6,8	49,0	10,8	41,8	50,9

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

Lecture : parmi les expérimentateurs de cannabis, 63,7 % sont des garçons, l'âge moyen est de 20,3 ans, 9,5 % vivent seul(e)s...

mentateurs) pour lesquelles elle ne fait sans doute que refléter l'effet de l'âge (l'expérimentation de ces produits est en effet relativement tardive, postérieure à la scolarisation dans l'enseignement secondaire dans la majorité des cas : c'est pourquoi ces résultats ne sont pas présentés ici). Les expérimentateurs sont plus souvent que les autres issus d'une famille recomposée ou monoparentale (ou déclarent ne pas avoir de famille) ; c'est parmi les expérimentateurs de cannabis et de produits à inhaler que cette proportion est néanmoins la plus faible.

Les poly-usages : alcool, tabac, cannabis

Les fumeurs réguliers de tabac sont en proportion environ deux fois plus nombreux parmi les expérimentateurs d'une substance illicite donnée que parmi ceux qui déclarent n'en avoir jamais pris (Tableau III). Les expérimentateurs d'une substance donnée présentent, par ailleurs, deux à cinq fois plus souvent que ceux qui déclarent n'en avoir jamais pris des signes de dépendance (moyenne ou forte) à ce produit selon le mini-test de Fagerström¹. Pour ces deux in-

dicateurs de consommation, ce sont les expérimentateurs de cannabis et de produits à inhaler qui sont les moins concernés. Pour l'alcool, étudié ici par la proportion de consommateurs quotidiens et de consommateurs positifs au test Deta², on obtient des relations similaires, mais moins souvent significatives. En particulier, la consommation quotidienne d'alcool n'est pas plus fréquente parmi les expérimentateurs d'amphétamines, de cocaïne et de produits à inhaler. Enfin, notons que ne pas avoir fumé de cannabis au cours de sa vie lorsque l'on a déjà essayé un autre produit illicite est extrêmement rare, sauf lorsqu'il s'agit des médicaments ou des produits à inhaler (ce qui, pour ces derniers, s'explique sans doute par la jeunesse des expérimentateurs) : moins de 3 % des expérimentateurs de drogues illicites sont concernés. Ces résultats ne varient guère lorsque l'on considère l'usage de cannabis au cours de l'année.

Évolution depuis 1992

Afin de pouvoir utiliser les Baromètres santé de 1992 et 1995 [1-3] pour examiner l'évolution de l'expérimentation des drogues illi-

1. Cf. chapitre Tabac.

2. Cf. chapitre Alcool.

Tableau III

Usage de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les expérimentateurs de drogues illicites, pour les 15-25 ans (en pourcentage)

	Tabagisme		Usage d'alcool		Usage de cannabis	
	régulier	mini-Fagerström	quotidien	test Delta positif	au cours de la vie	au cours de l'année
Cannabis (n=932)	62,6***	17,7***	3,2***	10,9***		61,0
Amphétamines (n=24)	82 ***	43 ***	5	13	98 ***	88 ***
Cocaïne (n=35)	78 ***	44 ***	2	32 ***	99 ***	94 ***
LSD (n=49)	76 ***	36 ***	5	30 ***	97 ***	89 ***
Héroïne (n=16)	83 ***	46 ***	10 **	21 *	100 ***	92 ***
Ecstasy (n=48)	81 ***	42 ***	10 ***	23 ***	97 ***	89 ***
Médicaments « pour se droguer » (n=14)	87 ***	70 ***	19 ***	42 ***	90 **	78 ***
Produit à inhaler (n=108)	64 ***	25 ***	3	17 ***	72 ***	54 ***
Ensemble des 15-25 ans (n=2 243)	36,9	9,8	1,8	6,2	40,4	24,6

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

cites au cours des années quatre-vingt-dix, c'est la tranche d'âge 18-25 ans qui a été retenue (Tableau IV). Ces comparaisons sont faites en calant les données sur la structure sociodémographique du recensement de 1990.

La diffusion croissante de l'expérimentation du cannabis parmi les 18-25 ans se confirme et s'accroît au cours des années quatre-vingt-dix (sa prévalence a presque doublé sur cette période). Pour les autres produits, la faiblesse des effectifs ne permet pas de conclure, mais quoi qu'il en soit, aucune forte hausse n'est observée.

Expérimentation de drogues illicites entre 26 et 44 ans

Profil sociodémographique

Étant donné la faiblesse des effectifs pour les produits illicites autres que le cannabis, la caractérisation proposée ici est restreinte (sans décimale, sauf pour le cannabis, Tableau V). Quelle que soit la substance considérée, les expérimentateurs sont majoritairement des hommes : environ les deux tiers pour les amphétamines, le cannabis, le LSD et les produits à inhaler ; près des trois quarts pour les médicaments pris dans

Tableau IV

Évolution des expérimentations de drogues illicites au cours des années quatre-vingt-dix, parmi les 18-25 ans (en pourcentage)

	1992	1995	1999 ^a
Cannabis	23,3	28,9	44,5
Amphétamines et ecstasy ^b		2,0	2,8
Cocaïne	1,3	0,3	2,2
LSD et champignons hallucinogènes ^b	1,4	3,2	3,2
Héroïne	1,0	0,7	0,9
Médicaments « pour se droguer »	2,8	3,0	0,9
Produit à inhaler	4,0	1,3	5,8

a. Résultats redressés à partir des données du recensement 1990.

b. Substances non distinguées avant le Baromètre santé 2000.

l'intention de se droguer³, la cocaïne et l'ecstasy ; enfin, plus de 80 % pour l'héroïne. Ces enquêtés ont en moyenne 35 ans, comme le reste des 26-44 ans, sauf les

3. La formulation médicament « pour se droguer » est utilisée dans les Baromètres santé depuis 1992. Cette expression quelque peu stigmatisante entraîne peut-être une sous-déclaration (un individu peut rechercher une forme d'ivresse ou de bien-être sans pour autant estimer « se droguer »).

Tableau V

Quelques caractéristiques sociodémographiques des expérimentateurs de drogues illicites parmi les 26-44 ans (en pourcentage, sauf pour l'âge en année)

	Hommes	Âge moyen	Vit seul(e)	Agglom. de 100 000 hab. et plus	Être au chômage	Revenu mensuel par UC inférieur à 6 000 F
Cannabis (n=1 722)	64,3***	33,7***	11,9***	53,3***	8,0***	28,9***
Amphétamines (n=103)	64 **	35,0	14 *	53	11	39
Cocaïne (n=144)	74 ***	35,4	18 ***	66 ***	20 ***	41
LSD (n=128)	67 ***	36,2*	14 *	56	13 **	37
Héroïne (n=62)	82 ***	36,7*	12	59	20 ***	45
Ecstasy (n=55)	75 ***	31,0***	29 ***	62 *	22 ***	46
Médicaments « pour se droguer » (n=52)	73 **	35,7	17 *	65 *	22 ***	53 *
Produit à inhaler (n=227)	70 ***	33,7***	13 **	50	11 *	37
Ensemble des 26-44 ans (n=5 387)	47,7	35,1	8,5	46,6	6,8	34,1

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

expérimentateurs de LSD et d'héroïne plus âgés (plus de 36 ans en moyenne) et ceux de produits à inhaler, de cannabis et surtout d'ecstasy, plus jeunes (de respectivement deux et quatre ans en moyenne).

Même si les écarts sont rarement significatifs, les expérimentateurs vivent un peu plus souvent seuls que les autres personnes interrogées, surtout pour l'ecstasy (ce qui est sans doute dû à l'effet de l'âge : ils sont plus jeunes, donc plus souvent encore célibataires), ils vivent plus souvent dans de grandes unités urbaines (villes de plus de 100 000 habitants et agglomération parisienne, surtout pour la cocaïne et le cannabis), avec des ressources financières faibles (surtout ceux qui prennent des médicaments, tandis qu'à l'inverse, les expérimentateurs de cannabis appartiennent moins souvent à la première tranche de revenus par unité de consommation). Enfin, à l'exception notable des expérimentateurs de cannabis, les enquêtés qui ont déjà pris des drogues illicites présentent un taux de chômage significativement supérieur à la moyenne, et qui atteint ou dépasse 20 % pour la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy et les médicaments pour se droguer. Ces résultats remettent en cause le stéréotype qui fait de la cocaïne la drogue des élites.

Les poly-usages : alcool, tabac, cannabis

Les expérimentateurs de drogues illicites sont en majorité des fumeurs réguliers de tabac (en particulier pour l'héroïne et l'ecstasy, *Tableau VI*). Ils présentent plus souvent que les autres enquêtés des signes de dépendance au tabac (respectivement 42 %, 40 % et 39 % pour ceux qui ont déjà pris de l'héroïne, des médicaments « pour se droguer » et de la cocaïne, contre seulement 17,3 % de l'ensemble des 26-44 ans interrogés).

Quelle que soit la substance considérée, ces expérimentateurs ont plus souvent que les autres des risques d'alcoolodépendance selon le test Deta, tandis que l'usage quotidien d'alcool est également plus répandu parmi les expérimentateurs d'héroïne et de cocaïne. Ainsi, près d'un expérimentateur d'héroïne sur deux aurait un risque d'alcoolodépendance et un sur quatre boit de l'alcool quotidiennement. Toutefois, rappelons la faiblesse des effectifs (n=62).

Enfin, la plupart (entre 70 % pour les produits à inhaler et 95 % pour l'ecstasy) des expérimentateurs de drogues illicites ont déjà consommé du cannabis, avec une prévalence de l'usage au cours de l'année qui dépasse 60 % pour ceux qui ont essayé

Tableau VI

Usage de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les expérimentateurs de drogues illicites, pour les 26-44 ans (en pourcentage)

	Tabagisme		Usage d'alcool		Usage de cannabis	
	régulier	mini-Fagerström	quotidien	test Delta positif	au cours de la vie	au cours de l'année
Cannabis (n=1 722)	58,8***	27,3***	11,3*	16,1***		22,1***
Amphétamines (n=103)	60 ***	26 *	14	27 ***	80 ***	38 ***
Cocaïne (n=144)	70 ***	39 ***	18 **	36 ***	93 ***	53 ***
LSD (n=128)	69 ***	32 ***	16	36 ***	95 ***	49 ***
Héroïne (n=62)	76 ***	42 ***	25 ***	44 ***	94 ***	63 ***
Ecstasy (n=55)	85 ***	31 *	9	24 ***	94 ***	62 ***
Médicaments « pour se droguer » (n=52)	59 *	40 ***	12	41 ***	83 ***	35 ***
Produit à inhaler (n=227)	61 ***	28 **	14	20 ***	72 ***	27 ***
Ensemble des 26-44 ans (n=5 387)	38,6	17,3	10,1	9,3	30,8	6,8

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

l'héroïne ou l'ecstasy. Évidemment, ces résultats ne permettent pas de conclure à une « escalade » du cannabis vers d'autres drogues, pas plus qu'à une escalade entre tabac, alcool et drogues illicites. Ils reflètent sans doute davantage un style de vie où les expérimentations de produits psychoactifs, qu'ils soient licites ou illicites, sont plus nombreuses.

Évolution des expérimentations depuis 1992

En calant les données sur la structure socio-démographique du recensement de 1990, il est possible de comparer les données des Baromètres santé 1992, 1995 et 1999, afin d'examiner l'évolution de l'expérimentation des drogues illicites au cours des années quatre-vingt-dix (Tableau VII). Si la croissance observée pour le cannabis est nette (la prévalence a presque doublée entre 1992 et 1999), les faibles prévalences obtenues pour les autres produits rendent délicate toute extrapolation (d'autant que les énoncés des questions étaient légèrement différents d'une enquête à l'autre). Il semble toutefois que la tendance générale soit à la hausse (en particulier pour la cocaïne et le couple amphétamines-ecstasy), à l'exception notable de l'héroïne et des médicaments

« pour se droguer », et sans qu'aucune prévalence n'atteigne les 4 % en 1999.

Évidemment, il est difficile de déterminer dans quelle mesure cette tendance à la hausse traduit, pour une part, une expérimentation effectivement plus fréquente et, pour une autre part, une plus grande facilité des enquêtés à déclarer ces usages illicites, facilité qui, en outre, a pu varier selon les produits.

Tableau VII

Évolution des expérimentations de drogues illicites au cours des années quatre-vingt-dix, parmi les 26-44 ans (en pourcentage)

	1992	1995	1999 ^a
Cannabis	15,8	22,2	29,8
Amphétamines + ecstasy ^b		0,9	2,3
Cocaïne	1,2	2,2	2,4
LSD et champignons hallucinogènes ^b	2,0	2,1	2,4
Héroïne	1,0	0,6	1,1
Médicaments			
« pour se droguer »	2,3	0,9	1,1
Produit à inhaler	1,6	1,5	3,9

a. Résultats redressés à partir des données du recensement 1990.

b. Substances non distinguées avant le Baromètre santé 2000.

L'âge à l'expérimentation : des écarts entre générations ?

Le premier usage de cannabis : effet âge et effet génération

Sur l'ensemble de l'échantillon, l'expérimentation du cannabis est rare avant 15 ans (Figure 6). Elle est sur tout concentrée entre 15 et 20 ans — pour plus des deux tiers des expérimentateurs, avec un âge modal situé à 18 ans pour les deux sexes —, et rare au-delà de 25 ans — moins d'un cas sur dix. Cette répartition par âge est identique pour les hommes et les femmes, ce que confirme la comparaison des âges moyens au premier usage (19 ans et demi pour les deux sexes).

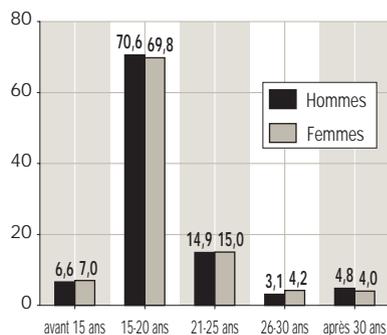
Lorsque l'on observe les variations d'une prévalence selon l'âge à partir d'une enquête transversale comme celle-ci, les effets de l'âge et de la génération sont liés : deux tranches d'âge successives non seulement n'ont pas le même âge, mais en outre n'appartiennent pas non plus à la même génération. Pour distinguer l'effet de l'âge — plus on vieillit plus on a de chances d'avoir déjà consommé un produit, sur tout lorsque l'on passe de l'enfance à l'adolescence — de l'effet génération — les jeunes d'aujourd'hui n'ont pas les mêmes comportements que ceux d'hier —, il faut interroger différentes tranches d'années de naissance sur leur âge au premier usage, sur une période de référence commune à toutes les tranches. En outre, on doit faire l'hypothèse que l'effet mémoire est négligeable, c'est-à-dire que les individus âgés se rappellent avec une relative précision leur « première fois », même si elle est éloignée dans le temps¹.

Comme l'essentiel des expérimentations de cannabis se situe pour les deux sexes avant 26 ans, nous avons donc constitué quatre « générations » à partir des enquêtés âgés de 26 à 44 ans : les enquêtés nés respecti-

1. En toute rigueur, il serait préférable d'estimer l'évolution de la précocité en comparant les données sur des âges particuliers afin d'annuler un éventuel effet de mémoire : par exemple, comparer l'âge d'initiation de la consommation de cannabis à 20 ans dans le Baromètre santé 2000 et le Baromètre santé adultes 95/96.

Figure 6

Âge à l'expérimentation du cannabis selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

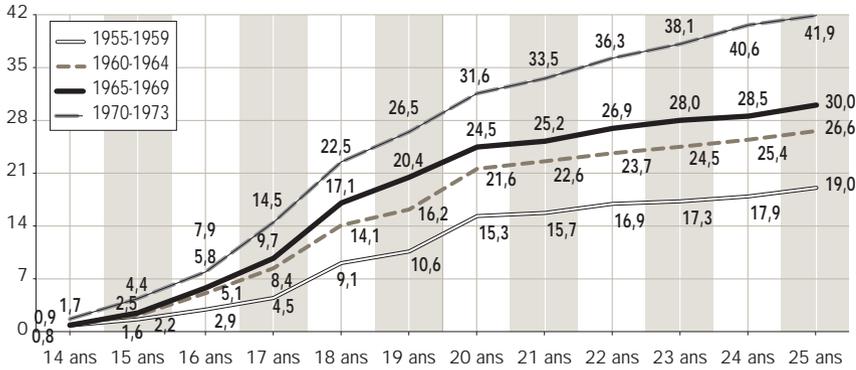


vement en 1955-1959, 1960-1964, 1965-1969 et 1970-1973. La Figure 7 reconstitue l'évolution de la prévalence de l'usage de cannabis jusqu'à 25 ans pour ces quatre générations. L'allure de chaque courbe traduit l'effet d'âge, tandis que les écarts entre les courbes permettent de visualiser l'effet génération. Les quatre courbes sont très similaires, avec une croissance forte tempérée par deux points d'inflexion à 18 et 20 ans. La diffusion du cannabis ne semble donc pas s'être déformée avec le temps : l'effet de l'âge est stable. L'âge moyen des expérimentateurs concernés (premier usage avant 26 ans) confirme cette stabilité, puisqu'il n'est pas significativement différent d'une génération à l'autre : de la génération la plus ancienne à la plus récente, 19,1 ans (n=245), 18,8 ans (n=366), 18,7 ans (n=487), 18,8 ans (n=500). En revanche, les écarts entre générations révèlent une amplification indéniable de l'expérimentation de cannabis, avec en particulier des différences très significatives entre prévalences à 25 ans (entre toutes les générations ; $p < 0,001$, sauf pour les deux générations intermédiaires, nées en 1960-1964 et 1965-1969 ; $p = 0,052$).

Les autres produits illicites : comparaison entre les 15-25 ans et les 26-44 ans
Pour les expérimentateurs de ces deux tran-

Figure 7

Évolution de la prévalence de l'usage de cannabis jusqu'à 25 ans (en pourcentage), reconstituée pour quatre générations nées entre 1955 et 1973



ches d'âge, le *Tableau VIII* compare les proportions dont le premier usage a eu lieu avant 20 ans. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution pour deux raisons au moins. D'abord, les effectifs sont très faibles (ils sont précisés entre parenthèses dans le *Tableau VIII* ou les pourcentages, souvent calculés sur moins de 100 personnes, sont donnés sans décimale). Même si, malgré le petit nombre d'observations, les écarts entre les 15-25 ans et les 26-44 ans sont toujours significatifs (sauf pour les

amphétamines, de justesse), il faut ensuite remarquer que les 15-19 ans ont forcément expérimenté les produits qu'ils ont consommés avant 20 ans, ce qui contribue mécaniquement à différencier les deux tranches d'âge comparées ici. Ces réserves étant posées, il n'en reste pas moins que les résultats observés suggèrent une plus grande précocité des usages de produits illicites autres que le cannabis, précocité moins marquée pour les amphétamines (qui n'ont été définitivement interdites qu'en 1999) et pour les produits à inhaler (leur usage ne peut guère devenir plus précoce, puisqu'il l'est déjà).

Tableau VIII

Proportion d'expérimentateurs dont le premier usage se situe avant 20 ans, pour les 15-25 ans et les 26-44 ans (en pourcentage, effectif entre parenthèses)

	15-25 ans	26-44 ans
Amphétamines	56 (24)	36 (101)
Cocaïne	51 (35)	24 (143)
LSD	84 (47)	56 (123)
Héroïne	63 (16)	36 (60)
Ecstasy	61 (47)	20 (54)
Médicaments		
« pour se droquer »	83 (14)	50 (50)
Produit à inhaler	93 (106)	85 (220)

Les poly-usages

Les résultats précédents montrent que l'expérimentation d'une unique substance psychoactive est rare : en particulier, l'expérimentation d'une substance illicite autre que le cannabis est presque toujours associée à celle du tabac, de l'alcool et du cannabis. Dans les enquêtes en population générale, le fait d'avoir expérimenté plusieurs produits psychoactifs est désigné par le terme « poly-expérimentation ». En ce sens, une personne qui déclare avoir fumé une cigarette et bu un verre d'alcool au cours de sa vie est un poly-expérimentateur. La plu-



part du temps, seules les trois substances les plus courantes sont étudiées : tabac, alcool et cannabis. De la même façon, le terme de « polyconsommation » (ou « polyusage ») désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives ; et la plupart du temps, ce sont encore les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis qui sont étudiées. Cette analyse, fondée sur une interrogation classique à partir de questions disjointes sans relation entre elles (« Avez-vous déjà pris du cannabis ? » puis « Avez-vous déjà bu de l'alcool ? », etc.), ignore la consécution ou la concomitance des usages, qui sont la plupart du temps successifs. D'autres questions visent, au contraire, à repérer précisément la prise simultanée ou concomitante de produits (désignée par le terme « mélange »). La façon la plus riche de recueillir de l'information sur ce thème consiste à poser une question ouverte et à recueillir les noms des substances consommées en de telles occasions : c'est ce qui a été fait dans le Baromètre santé 2000.

Poly-expérimentation et usage concomitant au cours de la vie

Deux indicateurs ont été retenus pour décrire la poly-expérimentation (Tableau IX). Le

premier est le nombre moyen de substances expérimentées par les expérimentateurs d'une substance donnée. Ainsi, les expérimentateurs de cannabis déclarent en moyenne avoir expérimenté 1,3 substance parmi les 8 retenues ici (cannabis, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, ecstasy, médicaments « pour se droguer » et produits à inhaler). Ce sont donc ceux qui ont essayé le moins de substances illicites différentes : de ce point de vue, ils sont relativement proches des expérimentateurs de produits à inhaler. À l'opposé, les expérimentateurs d'héroïne et d'ecstasy ont goûté à plus de la moitié des substances illicites étudiées.

Le second indicateur est, parmi les expérimentateurs d'une substance donnée, la proportion de ceux qui en ont essayé une autre, qui permet de mettre en évidence les expérimentations de produits les plus fréquentes. Ainsi, près des trois quarts (72 %) des expérimentateurs d'héroïne ont déjà pris de la cocaïne et près de quatre expérimentateurs d'amphétamines sur dix ont déjà pris de l'ecstasy.

Presque tous les expérimentateurs de substances illicites sont expérimentateurs de cannabis et un petit groupe d'expérimentateurs de substances relativement rares

Tableau IX

Structure de la poly-expérimentation de substances illicites parmi les 15-44 ans (pourcentage en ligne et nombre moyen)

	Cannabis	Amphé- tamines	Cocaïne	LSD	Héroïne	Ecstasy	Médicaments ^a	Produits à inhaler	Moyenne ^b
Cannabis	n=2 654	3,8	6,1	6,5	2,9	3,8	2,3	8,9	1,3
Amphétamines	84,2	n=127	45,2	53,0	25,5	36,8	18,7	25,4	3,9
Cocaïne	94,5	31,9	n=179	48,7	34,1	30,7	16,2	26,4	3,8
LSD	95,8	35,6	46,4	n=177	29,1	29,6	21,0	28,4	3,9
Héroïne	95	38	72	64	n=78	34	23	41	4,7
Ecstasy	96	43	50	51	27	n=103	18	24	4,1
Médicaments ^a	85	31	38	52	25	25	n=66	35	3,9
Produits à inhaler	72,0	9,3	13,7	15,4	10,2	7,6	7,6	n=335	2,4
Ensemble des 15-44 ans (n=7 630)	34,1	1,6	2,2	2,3	1,0	1,3	0,9	4,2	0,5

a. L'intitulé exact est médicaments « pour se droguer ».

b. Y compris le cannabis.



parmi lesquelles les traditionnelles « drogues dures », mais également les « médicaments pour se droguer » sont particulièrement concernés par la poly-expérimentation. À l'inverse, les expérimentateurs de substances relativement fréquentes comme les produits à inhaler et surtout le cannabis, semblent ne se tourner qu'assez rarement vers d'autres produits.

Parmi les 15-44 ans, 18,9 % déclarent avoir déjà pris ensemble au moins deux substances psychoactives (« mélange ») ; les expérimentateurs de substances illicites sont 55,2 % dans ce cas (Tableau X). Dans 90 % des cas, il s'agit d'alcool et de cannabis ; pour le reste, les « mélanges » les plus fréquents ont pour base l'alcool et/ou le cannabis additionné(s) de cocaïne, de médicaments ou de LSD. Notons que le tabac n'apparaît jamais dans les usages concomitants cités, alors que la combinaison alcool-tabac est sans doute la plus fréquente : les enquêtes ne le mentionnent pas, sans doute parce que l'effet psychoactif du tabac est comparativement plus faible, de sorte qu'ils n'ont pas le sentiment de procéder à un « mélange » lorsqu'ils boivent un verre en fumant une cigarette. La prise en compte des « mélanges » permet encore d'opposer schématiquement deux groupes : d'un côté, les expérimentateurs de produits à inhaler et de cannabis (moins des deux tiers en déclarent un) ; de l'autre, ceux des autres produits (plus des huit dixièmes en déclarent un, les expérimentateurs d'amphétamines occupant ici une position intermédiaire).

Polyconsommation répétée et usage concomitant au cours de la vie

La polyconsommation répétée désigne le fait d'avoir déclaré un usage répété pour au moins deux de ces trois produits : tabac (fumer quotidiennement), alcool (au moins trois fois par semaine sur la dernière semaine, c'est-à-dire plus de dix fois par mois), cannabis (au moins dix fois par an).

La polyconsommation répétée au sens défini ci-dessus concerne 14,7 % de la population de 15 à 44 ans (Tableau XI). Comme précédemment, il n'est pas utile de s'intéres-

ser aux tranches d'âges supérieures, pour lesquelles les polyconsommations répétées incluant le cannabis sont quasi inexistantes. Sur la tranche 15-44 ans, c'est l'association alcool-tabac qui est la plus fréquente, puis viennent tabac-cannabis, alcool-tabac-cannabis et alcool-cannabis.

Les polyconsommateurs répétés sont majoritairement des hommes, sur tout lorsque les deux substances les plus consommées

Tableau X

Prévalence des « mélanges » parmi les expérimentateurs de drogues illicites de 15 à 44 ans (pourcentage en ligne)

	Expérimentation de mélanges
Cannabis (n=2 654)	58,4***
Amphétamines (n=127)	72,1***
Cocaïne (n=179)	80,5***
LSD (n=177)	80,7***
Heroïne (n=78)	81,0***
Ecstasy (n=103)	81,8***
Médicaments « pour se droguer » (n=66)	82,2**
Produit à inhaler (n=335)	57,2
Ensemble des 15-44 ans expérimentateurs d'un produit illicite (n=2 669)	55,2
Ensemble des 15-44 ans (n=7 630)	18,9

** : p<0,01. *** : p<0,001. Comparaison avec l'ensemble des 15-44 ans expérimentateurs de substances illicites.

Tableau XI

Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les 15-44 ans et expérimentations associées (pourcentage en ligne et nombre moyen)

	En proportion des 15-44 ans (effectif)	Pourcentage d'hommes	Âge moyen (en années)
Alcool-tabac	8,7 (679)	69,9	33,2
Alcool-cannabis	0,4 (30)	76,0	24,8
Tabac-cannabis	3,9 (282)	63,0	22,6
Alcool-tabac-cannabis	1,7 (134)	83,9	25,7
Aucune	85,3 (6 505)	45,5	29,9
Ensemble des expérimentateurs de substances psychoactives 15-44 ans	100,0 (7 630)	49,1	29,9



par les hommes, l'alcool et le cannabis, sont présentes ensemble (Tableau XI). L'âge moyen de ceux qui prennent du cannabis est plus faible que celui de ceux qui ne consomment que de l'alcool et du tabac de façon répétée (moins de 26 ans contre plus de 33 ans) : en effet, la consommation d'alcool devient plus fréquente avec l'âge, la consommation quotidienne devenant même majoritaire dans les tranches d'âges les plus élevées (ici, elle concerne moins de 5 % des 15-34 ans, mais près de 15 % des 35-44 ans).

C'est parmi les polyconsommateurs de cannabis que l'on trouve la plus grande proportion d'expérimentateurs de substances illicites — y compris le cannabis — (Tableau XII) : les polyconsommateurs de tabac et d'alcool en ont essayé 0,7 en moyenne, tandis que les autres en ont essayé près de deux (1,8 à 2,1 pour les polyconsommateurs des trois produits). Ces résultats reflètent en grande partie la diffusion du cannabis et de ces autres substances dans la population. Ce sont surtout le LSD et la cocaïne qui sont le plus fréquemment expérimentés par les polyconsommateurs répétés des trois produits. Bien qu'ils aient essayé relativement plus de produits différents que les polyconsommateurs répétés de tabac et d'alcool uniquement, les polyconsommateurs répétés de cannabis en ont essayé beaucoup moins que les sim-

ples expérimentateurs d'autres substances illicites (cf. supra).

Les trois quarts des polyconsommateurs répétés déclarent avoir déjà expérimenté un « mélange ». Deux groupes s'opposent encore : d'un côté, les polyconsommateurs de cannabis, dont plus des quatre cinquièmes mentionnent un « mélange » ; de l'autre, les autres polyconsommateurs répétés qui sont à peine plus de la moitié dans ce cas (Tableau XIII). La composition de ces « mélanges » ne diffère pas beaucoup de celle des simples expérimentateurs de substances illicites : il s'agit, dans 90 % des cas, d'alcool et de cannabis, et d'alcool et/ou de cannabis avec un autre produit dans le reste

Tableau XIII

Prévalence des mélanges parmi les polyconsommateurs répétés

Alcool-tabac (n=355)	55,2
Alcool-cannabis (n=30)	88,5***
Tabac-cannabis (n=282)	85,2***
Alcool-tabac-cannabis (n=134)	94,3***
Aucune (n=1 868)	46,8***
Ensemble des 15-44 ans expérimentateurs d'un produit illicite	55,2
Ensemble des 15-44 ans	18,9

*** : p<0,001. Comparaison avec l'ensemble des 15-44 ans expérimentateurs de substances illicites.

Tableau XII

Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les 15-44 ans et expérimentations associées (pourcentage en ligne et nombre moyen)

	Cannabis	Amphé- tamines	Cocaïne	LSD	Héroïne	Ecstasy	Médicaments ^a	Produits à inhaler	Moyenne ^b
Alcool-tabac	51,4	1,9	3,2	3,3	1,7	1,1	1,4	5,9	0,7
Tabac-cannabis	100,0	9,2	12,9	14,8	8,3	12,6	5,7	17,8	1,8
Alcool-tabac-cannabis	100,0	11,0	23,3	22,5	11,8	16,9	8,3	18,8	2,1
Alcool-cannabis	100	10	21	19	6	14	0	6	1,8
Aucune	27,7	0,9	1,1	1,1	0,4	0,5	0,5	3,2	0,4
Ensemble des 15-44 ans	34,1	1,6	2,2	2,3	1,0	1,3	0,9	4,2	0,5

a. L'intitulé exact est médicaments « pour se droguer ».

b. Y compris le cannabis.

des cas (le plus souvent de la cocaïne ou de l'ecstasy). De façon générale, les médicaments n'entrent donc que rarement dans la composition des mélanges (moins de 2 % des cas, principalement avec de l'alcool ou du cannabis) et les autres drogues illicites sont très rares.

Diversité des usages de cannabis

La consommation au cours de l'année d'autres produits que le cannabis est rare : elle ne dépasse jamais 1 % dans la tranche 15-44 ans (Tableau XIV). Celle de cannabis étant elle aussi inférieure à 1 % chez les plus de 45 ans, seul l'usage de cannabis chez les 15-44 ans sera étudié dans cette partie. À partir des déclarations de fréquence de consommation au cours de la vie, de l'année et du mois, une typologie des consommateurs de cannabis en cinq classes a été établie (Tableau XV) :

- abstinent : n'a jamais pris de cannabis au cours de sa vie ;
- ancien fumeur : en a pris au moins une fois au cours de sa vie, mais pas dans l'année ;
- occasionnel : au moins une fois dans l'année, mais moins de dix fois dans l'année ;
- répété : au moins dix fois dans l'année, mais moins de dix fois par mois ;
- régulier : dix fois par mois et plus.

La catégorie des anciens fumeurs de cannabis, autrement dit les personnes qui ont fumé du cannabis au cours de leur vie (que ce soient des consommateurs à part entière ou des personnes n'ayant fait qu'y goûter) mais qui n'ont pas consommé au cours de l'année passée, sera la première étudiée ; puis l'analyse portera sur les autres catégories les plus extrêmes : consommateurs répétés et réguliers. Les consommateurs occasionnels occupant une position médiane à tous points de vue entre ces extrêmes, ne seront pas caractérisés dans le cadre de ce chapitre.

Les anciens fumeurs

Les anciens fumeurs de cannabis sont définis au sens large comme des expérimentateurs de cannabis (qu'ils aient effectivement consommé avec une certaine fréquence ou qu'ils n'aient fait qu'y goûter), mais qui n'en ont pas fumé l'année passée. Ils représentent 62,1 % des expérimentateurs : autrement dit, près des deux tiers des expérimentateurs de cannabis de 15 à 44 ans déclarent n'en avoir pas fumé au cours de l'année passée. Ce sont majoritairement des hommes (62,4 % vs 45,5 % ; $p < 0,001$), mais parmi eux, les femmes sont un peu plus présentes que parmi les fumeurs de l'année passée (37,6 % vs 33,3 % ; $p < 0,05$). Ils sont en moyenne un

Tableau XIV

Proportions d'usagers au cours de l'année parmi les 15-25 ans et les 26-44 ans (en pourcentage, effectif entre parenthèses)

	15-25 ans	26-44 ans
Amphétamines	0,6 (12)	0,1 (6)
Cocaïne	0,7 (15)	0,2 (16)
LSD	0,9 (19)	0,0 (4)
Héroïne	0,3 (6)	0,0 (3)
Ecstasy	0,9 (22)	0,1 (8)
Médicaments		
« pour se droguer »	0,2 (3)	0,1 (8)
Produit à inhaler	0,7 (15)	0,1 (5)

Tableau XV

Typologie des usagers de cannabis parmi les 15-44 ans (en pourcentage)

Abstinent (n=4 976)	65,9
Ancien fumeur (n=1 694)	21,2
Occasionnel (n=418)	5,5
Répété (n=321)	4,3
Régulier (n=194)	2,7
NSP (n=27)	0,4
Total (n=7 630)	100,0

Qui sont les personnes qui déclarent avoir juste goûté au cannabis ?

Une question a été ajoutée en 1999, afin de repérer, parmi les individus qui déclarent ne jamais avoir expérimenté le cannabis, ceux qui concèdent en avoir pris « *juste pour goûter* ». 3,5 % des abstinentes déclarés sont dans ce cas (soit 185 personnes), tandis que 96,3 % réaffirment leur abstinence (et 0,2 % ne se prononcent pas). Ainsi, ils augmentent la prévalence de l'expérimentation de 2,4 points. On peut toutefois s'interroger : en quoi ces personnes se distinguent-elles des autres expérimentateurs ? Les hommes y sont légèrement sur-représentés au regard de la population générale (50,7 % vs 49,1 %), mais largement sous-représentés au regard des expérimentateurs « classiques » (65,1 % d'hommes). Ils ne se distinguent pas non plus par l'âge moyen, ni, pour chaque sexe, par leur répartition par tranche d'âge,

ni par les dates de leur dernière consommation. En revanche, des différences importantes apparaissent si l'on considère les autres produits : les personnes ayant « goûté » apparaissent beaucoup moins consommatrices de tabac et d'alcool, présentent plus rarement des signes de dépendance à ces produits, déclarent avoir expérimenté moins de substances différentes et avoir moins souvent fait des mélanges d'au moins deux substances autres que le cannabis (*cf. tableau*). Par ailleurs, si les personnes déclarant avoir « goûté » au cannabis ont un niveau d'études plus faible que les expérimentateurs classiques (42,9 % ont le bac ou plus vs 57,6 % ; $p < 0,001$), ils ne s'en distinguent ni sur le plan de l'activité professionnelle, ni sur le plan du revenu moyen du foyer.

Comparaison entre expérimentateurs de cannabis et personnes déclarant en « avoir consommé pour y goûter » : usages de tabac, d'alcool et de cannabis (en pourcentage)

	Tabagisme		Usage d'alcool		Expérimentation d'autres substances	
	régulier	mini-Fagerström	quotidien	test Delta positif	Mélanges (hors cannabis)	Substances essayées (hors cannabis)
Expérimentateurs	61,1	23,9	8,2	14,5	58,4	0,4
Expérimentateurs « pour y goûter »	49,9**	16,5*	4,6	6,9**	14,3**	0,0***
Ensemble des expérimentateurs de 15-44 ans	60,3	23,4	8,0	14,0	58,3	0,3

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

peu plus âgés que le reste de la population (30,8 ans vs 29,6 ans ; $p < 0,001$), mais surtout beaucoup plus que les autres expérimentateurs ayant fumé au cours des douze derniers mois, qui ont 24,1 ans en moyenne : près des trois quarts d'entre eux (74,5 %) ont en effet plus de 26 ans. Parmi eux, 41,2 % déclarent n'avoir pas fumé de cannabis depuis plus de dix ans (14,2 % déclarent avoir fumé il y a moins de deux ans) : leur consommation est donc fréquemment très ancienne. Logiquement, ils sont donc en proportion plus nombreux à travailler (75,9 % vs 50,0 % ; $p < 0,001$) et moins nombreux à être chômeurs ou inac-

tifs. La principale raison qu'ils invoquent pour justifier l'arrêt de leur consommation est l'absence d'attraction, d'intérêt ou de besoin (79,1 %). La crainte pour la santé (5,9 %), la peur de la dépendance (3,8 %), l'incompatibilité avec l'activité professionnelle (0,6 %) sont, en revanche, rarement cités. De même, les difficultés pour s'en procurer, la pression sociale, l'âge ou l'absence de convenance sont cités par moins de 4 % des interrogés.

Ces anciens fumeurs de cannabis se distinguent aussi par un âge d'initiation plus tardif (18,9 ans vs 17,8 ans ; $p < 0,001$) et des consommations relativement peu fréquen-

tes : 69,5 % ont fumé moins de dix fois au cours de leur vie. Ils sont également beaucoup moins souvent fumeurs réguliers de tabac que les autres consommateurs de cannabis, mais plus souvent consommateurs quotidiens d'alcool, ce qui s'explique sans doute par leur âge plus élevé. Ils entretiennent moins souvent de rapports problématiques avec ces produits : la différence est importante dans le cas de l'alcool (Deta), mais pas dans celui du tabac (Tableau XVI). D'autres indicateurs permettent de compléter cette description du point de vue de la consommation d'alcool : ces anciens fumeurs de cannabis déclarent moins souvent avoir été ivres au cours de l'année (33,7 % vs 64,9 % ; $p < 0,001$), et ceux qui ont été ivres déclarent en moyenne quatre épisodes d'ivresses au cours des douze derniers mois, contre sept pour les autres ($p < 0,001$).

Les fumeurs répétés et réguliers de cannabis

Une façon simple de caractériser ces consommateurs est de les opposer au reste des usagers distingués dans la typologie (en ne prenant pas en compte les individus qui n'ont fait qu'y goûter, ceux-ci n'ayant pas répondu à l'ensemble des questions). Ils s'en distinguent par une sur-représentation importante des hommes (70,0 % vs 63,5 % ; $p < 0,05$) et un âge moyen sensiblement inférieur (23,3 ans vs 29,8 ans ; $p < 0,001$), 70,9 % ont moins de 26 ans vs 32,2 % des autres consommateurs (Tableau XVII). Ils sont donc logiquement moins nombreux à travailler (48,3 % vs 71,7 % ; $p < 0,001$) et plus souvent inactifs, scolarisés ou étudiants (41,7 % vs 20,2 % ; $p < 0,001$). En revanche, ils ne sont pas plus fréquemment au chômage.

Tableau XVI

Comparaison des anciens fumeurs et des fumeurs de cannabis au cours de l'année parmi les 15-44 ans (en pourcentage, sauf pour le nombre moyen de substances expérimentées)

	Tabagisme		Usage d'alcool		Poly-expérimentation	
	régulier	mini-Fagerström	quotidien	test Deta positif	Mélanges	Substances essayées (hors cannabis)
Fumeurs dans l'année	72,8	25,6	6,0	17,6	77,4	0,6
Anciens fumeurs	52,8***	22,0	9,2*	11,8***	40,5***	0,2***
Expérimentateurs de 15-44 ans	60,4	23,4	8,1	13,9	58,4	0,3

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

Tableau XVII

Quelques caractéristiques sociodémographiques des usagers répétés et réguliers de cannabis parmi les 15-44 ans (en pourcentage, sauf pour l'âge en année)

	Homme	Âge moyen	Vit seul(e)	Agglomération de 100 000 hab. et plus	Être au chômage	Revenu mensuel par UC inférieur à 6 000 F
Répétés	65,4	23,2	13,4	56,8	7,9	41,6
Réguliers	77,5**	23,5	13,5	61,2	13,0	46,5
Répétés-réguliers	70,0	23,3	13,4	58,4	10,0	43,4
Autres consommateurs	63,5*	29,8***	10,7*	53,2	8,1	32,0***

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



Ces consommateurs répétés ou réguliers de cannabis se caractérisent également par des consommations de tabac et d'alcool plus élevées que les autres usagers de cannabis, ainsi que par des signes de dépendance potentielle à ces produits nettement plus fréquents (*Tableau XVIII*). Enfin, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir pris au moins une fois au cours de leur vie deux substances de façon concomitante (« mélange ») et le nombre de substances qu'ils déclarent avoir expérimentées est nettement plus élevé.

Par ailleurs, les consommateurs au moins répétés de cannabis sont beaucoup plus nombreux à avoir été ivres au cours de l'année (67,9 % vs 40,8 % ; $p < 0,001$) et, en moyenne, ceux qui ont été ivres déclarent neuf épisodes d'ivresses contre quatre pour les autres ($p < 0,001$).

Si les usagers répétés et réguliers de cannabis se distinguent bien des autres catégories de consommateurs, il est plus difficile de mettre en évidence des différences entre eux. Lorsqu'elles existent cependant, elles continuent de refléter la hiérarchie des types de consommateurs étudiés ici. Ainsi, relativement aux usagers répétés, les usagers réguliers de cannabis sont un peu plus souvent des hommes (77,5 % vs 65,4 %), en moyenne un peu plus âgés, bien que la différence ne soit pas significative (23,5 ans vs 23,2 ans) (*Tableau XVII*). Ils déclarent une initiation plus précoce : 16,6 ans vs 17,2 ans en moyenne ($p < 0,05$) et ils se distinguent par leur consommation plus importante d'autres produits. Ils sont, en effet, proportionnellement plus nombreux à fumer du tabac régulièrement (85,2 % vs 76,1 % ; $p < 0,05$), à boire de l'alcool quotidiennement (12,3 % vs 3,5 % ; $p < 0,001$), ainsi qu'à présenter des signes de dépendance au tabac (37,4 % vs 27,4 % ; $p < 0,05$) et à l'alcool (31,7 % vs 14,2 % ; $p < 0,001$). En revanche, ils ne déclarent pas plus fréquemment avoir été ivres au cours de l'année et les ivresses qu'ils déclarent ne sont pas plus nombreuses. De même, la relation observée précédemment entre la fréquence de consommation de cannabis et la poly-expérimentation se maintient

dans une certaine mesure : les consommateurs réguliers de cannabis ont essayé davantage de substances que les répétés (1,2 vs 0,6 en dehors du tabac, de l'alcool et du cannabis ; $p < 0,001$), mais la prévalence des mélanges est la même dans les deux catégories d'usagers.

Les relations observées dans ces tableaux, et en particulier le *Tableau XVII*, doivent être interprétées avec précaution, dans la mesure où les effets de l'âge et du sexe ne sont pas contrôlés. Après ajustement sur l'âge par l'intermédiaire de deux modèles différenciant les hommes et les femmes (*Tableau XIX*), il apparaît que les hommes usagers répétés ou réguliers de cannabis ont plus souvent entre 15 et 25 ans, sont plus fréquemment scolarisés plutôt qu'actifs (occupant un emploi ou chômeurs) et ont plus souvent un niveau de diplôme inférieur au bac. On notera que le fait de travailler est légèrement plus souvent associé à un usage répété ou régulier que le fait d'être au chômage. Quant aux femmes, si l'usage répété ou régulier de cannabis est aussi plus fréquent parmi les plus jeunes (cette relation entre âge et usage s'avérant plus marquée que pour les hommes), en revanche, aucune relation significative ne subsiste entre cet usage et le statut professionnel ou le niveau de diplôme.

Santé

et modes de vie

Santé et usage de produits illicites au cours de l'année

Les 15-25 ans

Pour étudier la relation entre un indicateur de la qualité de vie (Duke¹) et l'usage de produits illicites, il est préférable de se limiter à l'usage récent (au cours de l'année), puisque le profil de Duke évalue l'état de

1. Cf. chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans.

Tableau XVIII

Comparaison des consommateurs répétés et réguliers de cannabis, et des autres parmi les 15-44 ans (en pourcentage, sauf pour les substances expérimentées)

	Tabagisme		Usage d'alcool		Expérimentation d'autres substances	
	régulier	mini-Fagerström	quotidien	test Delta positif	Mélanges (hors cannabis)	Substances essayées (hors cannabis)
Autres expérimentateurs	55,5	21,7	8,7	12,7	50,4	0,2
Répétés et réguliers	79,6***	31,2***	6,8	20,9***	85,0***	0,8***
Expérimentateurs de 15-44 ans	60,9	23,8	8,3	14,6	58,2	0,4

*** : p<0,001.

Tableau XIX

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la consommation au moins répétée parmi les expérimentateurs de cannabis, en fonction du profil sociodémographique

	Hommes (n=1 375)		Femmes (n=938)	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Âge				
15-19 ans	1		1	
20-25 ans	1,4	0,9-2,2	0,4**	0,2-0,7
26-34 ans	0,6*	0,3-1,0	0,1***	0,1-0,3
35-44 ans	0,3***	0,2-0,6	0,1***	0,0-0,1
Situation professionnelle				
Inactif ou scolaire	1		1	
Chômage	0,4***	0,2-0,5	1,0	0,6-1,7
Travail	0,6*	0,3-1,0	0,6	0,2-1,4
Niveau de diplôme				
Aucun ou inférieur au bac	1		1	
Bac ou équivalent	0,6*	0,4-0,9	1,1	0,7-1,9
Supérieur	0,6**	0,4-0,9	0,9	0,5-1,6
Revenu mensuel du ménage/UC^a				
Au moins 6 000 F	1		1	
Moins de 6 000 F	1,0	0,7-1,3	1,3	0,9-2,1

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

a. 6 000 F = 914,69 euros.

santé actuel des enquêtés. Le *Tableau XX* donne les scores de santé moyens pour différentes dimensions du profil de Duke (santé physique, perçue, sociale et générale, estime de soi et anxiété), en distinguant les 15-25 ans selon qu'ils ont ou non consommé du cannabis ou une autre subs-

tance illicite au cours des douze derniers mois.

Les résultats obtenus sont similaires pour le cannabis et les autres produits. Les écarts entre consommateurs et non-consommateurs sont plus marqués pour les autres produits, même si, pour ces derniers, le faible



Tableau XX

Usage de produits illicites au cours de l'année et scores de santé pour les 15-25 ans

	Cannabis		Autre produit illicite	
	oui (n=553)	non (n=1 690)	oui (n=50)	non (n=2 193)
Santé physique	75,1	76,9	70,7*	76,6
Santé perçue	78,7	76,7	69,5	77,4
Santé sociale	71,8*	69,6	71,8	70,1
Estime de soi	72,5**	75,5	69,8	74,9
Anxiété	37,8***	32,9	41,1*	33,9
Santé générale	71,4*	73,1	68,4	72,8

* : $p < 0,05$. ** : $p < 0,01$. *** : $p < 0,001$. Exemple de lecture : le score d'estime de soi est significativement plus faible (* : au seuil de 1 %) pour les enquêtés qui ont consommé du cannabis au cours de l'année (72,5 vs 75,5).

effectif induit une moindre significativité de ces écarts. De façon générale, les consommateurs se déclarent en moins bonne santé que les non-consommateurs, l'écart étant particulièrement net pour le score d'anxiété. À noter toutefois deux exceptions, concernant le score de santé perçue (qui ne varie pas de façon significative avec l'usage) et le score de santé sociale, plutôt plus élevés pour les consommateurs. Ce dernier résultat est compréhensible dans la mesure où l'usage de substances psychoactives se produit souvent lors de sorties festives, ou du moins entre amis et hors du domicile, sorties qui participent de la sociabilité des enquêtés et sont à ce titre intégrées dans le calcul du score de santé sociale.

Pour ces six indicateurs, des régressions linéaires permettent de contrôler les effets de l'âge, du sexe, mais aussi d'une consommation élevée de produits licites (présence de signes de dépendance à l'égard de l'alcool ou du tabac), puisque celle-ci est plus fréquente parmi les usagers de produits illicites et a elle-même un impact sur l'état de santé. Il est ainsi possible de mesurer une « relation nette » entre les usages de produits illicites au cours de l'année et différentes dimensions de l'état de santé des enquêtés (Tableau XXI). Une fois contrôlés les effets de l'âge et du sexe (ce dernier, très élevé, révèle sans doute un biais déclaratif : les hommes ne sont probablement pas en meilleure santé que les femmes, mais ils

déclarent probablement moins volontiers des problèmes de santé ou des difficultés relationnelles), la relation entre usage de produits psychoactifs et santé est surtout marquée pour les signes de dépendance à l'égard des substances licites.

De façon générale, la relation négative entre santé et usages de produits illicites au cours de l'année se confirme, mais de façon moins marquée pour le cannabis (sauf pour l'anxiété et l'estime de soi) que pour les autres produits illicites (toujours en raison des effectifs, les paramètres estimés ne sont pas significatifs à $p=5\%$, mais, en revanche, la plupart le sont à $p=10\%$). La santé sociale apparaît ici encore à part : la relation avec cette dimension du profil de Duke est négative pour le tabac et l'alcool, positive pour le cannabis et presque nulle pour les autres produits illicites.

Les 26-44 ans

Pour cette tranche d'âge, les usages au cours de l'année d'autres produits illicites que le cannabis sont très rares pour autoriser des calculs statistiques. On se contentera donc de l'usage de cannabis au cours des douze derniers mois. Contrairement à ce qui avait pu être observé pour les 15-25 ans, aucune relation significative n'apparaît cette fois entre cet usage et les différentes dimensions du profil de Duke considérées ici, l'estime de soi mise à part (Tableau XXII).

Tableau XXI

Modélisation de divers scores de santé (régression linéaire) en fonction de l'âge, du sexe et des usages de produits psychoactifs licites et illicites, pour les 15-25 ans

	Santé physique	Santé perçue	Santé sociale	Estime de soi	Anxiété	Santé générale
Score de référence pour une femme, 15 ans, sans aucun des usages ci-dessous	72,3	70,1	67,4	69,5	38,3	68,4
Âge (effet d'une année)	0,1	0,6**	0,1	0,4***	-0,2*	0,3**
Homme	10,5***	10,0***	4,4***	9,5***	-10,1***	8,5***
Signes de dépendance						
À l'alcool	-6,9***	-6,0*	-2,7	-8,6***	10,3***	-7,4***
Au tabac	-6,4***	-14,3***	-4,2***	-3,8**	3,2*	-4,2***
Usage au cours de l'année						
De cannabis	-1,9*	3,1	2,1*	-3,1***	4,9***	-1,7**
D'un autre produit illicite	-4,1	-7,5	0,9	-2,4	3,4	-2,7

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

Lecture : une femme de 15 ans ne déclarant ni signe de dépendance au tabac ou à l'alcool, ni aucun usage de produit illicite au cours de l'année, obtient en moyenne un score de santé physique de 72,3. Mathématiquement, ce score augmentera de 10,5 points si l'on considère un homme de même profil de consommation et diminuera de 6,4 points si l'on considère cette fois une femme de 15 ans présentant des signes de dépendance au tabac. Ces différents effets se cumulent : pour un homme qui révèle des signes de dépendance au tabac et à l'alcool, et qui a pris du cannabis au cours de l'année, le score de santé physique atteindra en moyenne $72,3+10,5-6,9-6,4-1,9=67,6$.

Après ajustement sur le sexe, l'âge et la présence de signes de dépendance à l'alcool ou au tabac, la relation entre l'état de santé et l'usage de cannabis au cours de l'année se précise (avec, comme pour les

15-25 ans, une nette prééminence des signes de dépendance à un produit licite) : cette relation est nulle ou négligeable pour la santé physique, la santé perçue, l'anxiété et la santé générale, positive pour la santé sociale et négative pour l'estime de soi (Tableau XXIII).

Tableau XXII

Usage de cannabis au cours de l'année et scores de santé pour les 26-44 ans

	Oui (n=407)	Non (n=4 980)
Santé physique	73,9	73,2
Santé perçue	76,3	76,7
Santé sociale	69,2	68,4
Estime de soi	74,6**	77,5
Anxiété	34,2°	32,4
Santé générale	72,2	72,0

° : p=0,1. ** : p<0,01.

Mode de vie et usage de produits illicites au cours de l'année

Les 15-25 ans

L'usage de cannabis ou d'un autre produit illicite au cours de l'année est plus fréquent parmi les 15-25 ans qui ont une sociabilité plus grande (rencontre avec des parents ou des amis, activités de groupe, de loisirs), des prises alimentaires moins régulières (sauter le petit déjeuner ou un autre repas de la journée), qui n'ont pas suivi un régime

Tableau XXIII

Modélisation de divers scores de santé (régression linéaire) en fonction de l'âge, du sexe et des usages de produits psychoactifs licites et illicites pour les 26-44 ans

	Santé physique	Santé perçue	Santé sociale	Estime de soi	Anxiété	Santé générale
Score de référence pour une femme, 26 ans, sans aucun des usages ci-dessous	71,6	78,0	69,8	75,8	35,1	71,0
Âge (effet d'une année)						
	-0,2**	-0,3**	-0,1	0,0	-0,1*	-0,1*
Homme						
	9,6***	5,4***	0,8	5,5***	-6,6***	6,5***
Signes de dépendance						
À l'alcool (Delta positif)	-6,1***	-4,4**	-3,8***	-7,1***	9,0***	-6,1***
Au tabac	-5,5***	-4,3***	-4,5***	-3,2***	3,4***	-4,3***
Usage au cours de l'année						
De cannabis	0,2	-0,8	2,2*	-2,2*	0,8	0,4

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

alimentaire pour maigrir au cours des douze derniers mois et qui déclarent avoir fait quelque chose de risqué au moins une fois au cours des trente derniers jours (Tableau XXIV). La relation est particulièrement nette pour les activités de groupe et de loisirs, et pour les prises de risque : ainsi, l'usage de cannabis au cours de l'année ne concerne que 12,9 % de ceux qui ne déclarent aucune activité de groupe ou de loisirs au cours des huit derniers jours vs 31,3 % de ceux qui en déclarent beaucoup ; de même il concerne 22,4 % de ceux qui n'ont pris aucun risque au cours des trente derniers jours vs 38,6 % de ceux qui en ont pris au moins un. En revanche, aucune relation significative n'apparaît entre ces usages au cours de l'année et l'intensité de la pratique sportive hebdomadaire¹.

Les 26-44 ans

Pour cette tranche d'âge, les relations entre mode de vie et usage de cannabis au cours de l'année sont similaires à celles observées pour les 15-25 ans, avec une prévalence de l'usage plus forte pour les enquêtés caractérisés par une sociabilité

plus grande, par une prise alimentaire moins régulière ou par une prise de risque au cours des trente derniers jours, et une absence de lien entre cet usage et la pratique sportive hebdomadaire (Tableau XXV).

Mode de vie et usage de cannabis au cours de l'année

Deux régressions logistiques réalisées séparément sur les 15-25 ans et les 26-44 ans permettent d'apprécier les relations entre indicateurs relatifs au mode de vie et usage de cannabis au cours de l'année (Tableau XXVI). Globalement, les relations observées se confirment : cet usage semble bien associé à un mode de vie plutôt masculin, caractérisé par des repas plus souvent sautés, une sociabilité plus développée et davantage de prises de risque (tandis qu'aucune relation significative n'apparaît entre cet usage et la pratique sportive). Toutefois, cette association semble s'estomper partiellement avec l'âge, puisqu'elle est plus marquée pour les 15-25 ans : les odds ratios (OR) ajustés de la colonne de gauche (pour les 15-25 ans) sont généralement plus élevés que ceux de la colonne de droite (pour les 26-44 ans), à l'exception du fait d'avoir sauté un repas le soir ou à midi, et

1. Cf. aussi le chapitre Activité sportive et comportements de santé.

Tableau XXIV

Prévalence de l'usage de produits illicites (cannabis ou autre) au cours de l'année et mode de vie pour les 15-25 ans (en pourcentage)

	Cannabis	Autre produit illicite
Rencontres (parents, amis) au cours des huit derniers jours		
Pas du tout	19,0	2,2
Un peu	22,9	1,5
Beaucoup	29,2***	3,0
Activités de groupe, de loisirs au cours des huit derniers jours		
Pas du tout	12,9	0,8
Un peu	22,4	1,7
Beaucoup	31,3***	3,4**
Pratique sportive au cours des sept derniers jours		
Aucune	22,7	2,4
Moins de 4 heures	26,3	1,6
Entre 4 et 8 heures	26,4	2,0
Plus de 8 heures	25,3	3,0
Petit déjeuner sauté au cours des sept derniers jours		
Aucun	19,9	1,2
Au moins une fois	30,0	2,1
Tous les jours	31,4***	5,7***
Repas sauté (midi ou soir) au cours des sept derniers jours		
Aucun	21,3	1,6
Au moins une fois	33,5***	3,9**
Avoir suivi un régime pour maigrir au cours des douze derniers mois		
Oui	20,8	1,6
Non	25,5	2,4
Prise de risque au cours des trente derniers jours		
Oui	38,6	5,4
Non	22,4***	1,8***

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

Tableau XXV

Prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année et mode de vie pour les 26-44 ans (en pourcentage)

	Cannabis
Rencontres (parents, amis) au cours des huit derniers jours	
Pas du tout	5,5
Un peu	6,0
Beaucoup	8,3**
Activités de groupe, de loisirs au cours des huit derniers jours	
Pas du tout	4,0
Un peu	7,2
Beaucoup	9,3***
Pratique sportive au cours des sept derniers jours	
Aucune	6,4
Moins de 4 heures	6,8
Entre 4 et 8 heures	8,8
Plus de 8 heures	7,0
Petit déjeuner sauté au cours des sept derniers jours	
Aucun	5,4
Au moins 1 fois	11,8
Tous les jours	8,9***
Repas sauté (midi ou soir) au cours des sept derniers jours	
Aucun	5,1
Au moins 1 fois	11,5***
Avoir suivi un régime pour maigrir au cours des douze derniers mois	
Oui	4,5
Non	7,4***
Prise de risque au cours des trente derniers jours	
Oui	14,0
Non	6,2***

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

surtout du sexe : si l'usage de cannabis est plutôt une conduite masculine, il semble donc que cette caractéristique soit accentuée chez les 26-44 ans. Ce dernier résultat peut s'interpréter comme un effet de l'âge ou de la génération : soit la persis-

tance de l'usage au-delà de l'adolescence est un phénomène plus spécifiquement masculin (effet de l'âge), soit la banalisation du cannabis ces dernières années a gommé partiellement la différenciation sexuelle de ses usages (effet génération).

Tableau XXVI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est l'usage de cannabis au cours de l'année

	15-25 ans (n=2 491)		26-44 ans (n=4 790)	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Petit déjeuner sauté au cours des sept derniers jours				
Aucun	1,0		1,0	
Au moins une fois	1,5**	1,2-2,0	1,5*	1,1-2,0
Tous les jours	1,8***	1,3-2,4	1,4	1,0-1,9
Repas sauté (midi ou soir) au cours des sept derniers jours				
Aucun	1,0		1,0	
Au moins une fois	1,8***	1,4-2,3	2,1***	1,7-2,7
Rencontres (parents, amis) au cours des huit derniers jours				
Pas du tout	1,0		1,0	
Un peu	1,3	1,0-1,9	1,1	0,8-1,7
Beaucoup	1,6**	1,2-2,2	1,5*	1,0-2,2
Activités de groupe, de loisirs au cours des huit derniers jours				
Pas du tout	1,0		1,0	
Un peu	1,7**	1,2-2,5	1,7**	1,2-2,3
Beaucoup	2,6***	1,7-3,8	1,9***	1,3-2,7
Prise de risque au cours des trente derniers jours				
Non	1,0		1,0	
Oui	1,7***	1,3-2,4	1,7**	1,2-2,4
Sexe				
Filles	1,0		1,0	
Garçons	2,0***	1,6-2,6	2,6***	2,0-3,4
Âge				
	1,0	1,0-1,0	0,9***	0,9-0,9

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

Peut-on observer des usages problématiques ?

La consommation quotidienne

Le questionnaire du Baromètre santé 2000 incluait trois questions permettant de cerner d'éventuels « usages à problème »¹. Une première question portait sur la consommation quotidienne ou presque d'une « drogue » pendant au moins deux semaines. Un tel usage est mentionné par 636 enquêtés, soit 4,6 % des 15-75 ans interrogés et 20,2 % de ceux qui ont déjà consommé un produit illicite : 375 citent le cannabis, 202 le tabac, 48 l'alcool, 19 l'héroïne, 18 les tranquillisants, 14 les amphétamines, 13 la cocaïne (il était possible de citer plusieurs substances).

Les 375 enquêtés qui citent le cannabis représentent 12,4 % des expérimentateurs de cannabis et 72,1 % des usagers réguliers de cette substance (inversement, 42,7 % de ces personnes sont usagers réguliers de cannabis). Plus des trois quarts (76,6 %) sont des hommes, âgés de 27 ans en moyenne.

Les tentatives d'arrêt sans succès

Une seconde question permet de repérer les enquêtés qui ont déjà tenté au cours de leur vie, mais sans y parvenir, de mettre un terme à leur consommation d'une « drogue ». Cet échec est évoqué par 234 enquêtés, soit 1,6 % des 15-75 ans interrogés et 7,3 % de ceux qui ont déjà consommé un produit illicite : 177 citent le tabac, 31 le cannabis, 14 l'alcool et 10 les tranquillisants.

1. Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus sur les indicateurs des usages à problèmes et ce, malgré des efforts entrepris sur la comparabilité internationale des enquêtes en population générale [4]. Ces questions sont inspirées du chapitre relatif aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 3 R* [5]. De tels indicateurs sont notamment utilisés dans les enquêtes américaines [6] et allemandes [7].

Les 31 personnes (dont 20 de sexe masculin, avec un âge moyen de 22 ans) qui citent le cannabis représentent 1,0 % des expérimentateurs de cannabis et 4,9 % des usagers réguliers de cette substance (inversement, près des trois quarts sont usagers répétés ou réguliers de cannabis).

Usage de substances psychoactives et réduction de l'activité

La troisième question concernait le fait d'avoir déjà, au cours de la vie, abandonné ou réduit ses activités sociales, scolaires, professionnelles ou de loisirs, à cause d'un usage de « drogue » : 114 individus répondent par l'affirmative, ce qui correspond à 0,8 % des 15-75 ans interrogés et à 3,4 % de ceux qui ont déclaré avoir déjà pris une substance psychoactive illicite au cours de leur vie. Les trois quarts (76,5 %) sont des hommes, près des deux tiers (61,8 %) ont entre 20 et 34 ans (ils ont 28 ans en moyenne). Le tiers de ces enquêtés présente, en outre, des signes de dépendance à l'alcool et un peu moins de la moitié (40,6 %) au tabac.

La substance en cause est très majoritairement le cannabis (77 individus le citent), suivi de l'héroïne (16) et de l'alcool (15) (il faut noter que plusieurs de ces individus ont cité plusieurs substances). Il est logique que le cannabis soit cité majoritairement, puisque c'est la substance illicite la plus consommée et que le sens commun assimile souvent les « drogues » aux seules drogues illicites. Ces 77 individus représentent moins de 3 % des expérimentateurs de cannabis, le tiers d'entre eux est usager régulier (ce qui représente un dixième des usagers réguliers), tandis que les 16 personnes qui citent l'héroïne représentent 11,5 % des expérimentateurs de cette substance. Si l'ensemble des expérimentateurs de cannabis situe son premier usage en moyenne à 20 ans, cette première fois est plus précoce chez ceux qui ont été amenés à réduire leurs activités à cause de cette substance (16 ans en moyenne).

Opinions et attitudes

Proposition de consommation

Parmi les 15-75 ans, 35,0 % se sont déjà vu proposer du cannabis, 4,9 % des amphétamines et 5,0 % de la cocaïne². Ces propositions visent plus souvent les hommes que les femmes (pour ces trois produits : respectivement 42,8 %, 6,3 % et 6,9 % pour les premiers vs 27,5 %, 3,5 % et 3,1 % pour les secondes ; $p < 0,001$). Pour les deux sexes et quel que soit le produit, ces propositions se concentrent à l'adolescence et au passage à l'âge adulte, en particulier entre 20 et 25 ans (Figure 8).

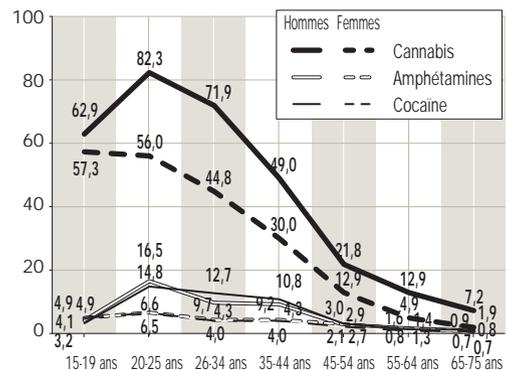
Dans cette tranche d'âge, 82,3 % des garçons et 56,0 % des filles se sont déjà vu proposer du cannabis contre seulement 7,2 % et 1,9 % des 65-75 ans. Pour les deux autres produits, les courbes de proposition sont très proches pour les deux sexes, au point qu'il est difficile de les discerner l'une de l'autre.

Les évolutions observées selon l'âge traduisent l'effet combiné de l'âge et de la génération (sans parler d'un possible biais déclat

2. La question sur les propositions, considérée comme une « entrée en matière » dans le module « drogues illicites » du questionnaire, n'était posée que pour ces trois produits.

Figure 8

Âge et proposition de drogues illicites entre 15 et 75 ans selon le sexe (en pourcentage)





ratif auprès des plus âgés qui peuvent ne pas se rappeler une lointaine proposition ou juger moins « socialement désirable » un tel aveu) : ces produits étant surtout proposés à l'adolescence (entre pairs, en particulier dans un contexte festif), leur forte diffusion au cours des années récentes contribue alors à creuser l'écart entre e les adolescents d'aujourd'hui et ceux d'hier ou d'avant-hier.

Les propositions de substances illicites touchent aussi de façon inégale les différents milieux sociaux. Ainsi, bien qu'étant en moyenne plus jeunes, les employés et les ouvriers ont moins souvent reçu de telles propositions que les cadres supérieurs et les professions libérales : le tiers des premiers s'est déjà vu proposer du cannabis (33,4 % des employés, 38,6 % des ouvriers) contre plus de la moitié des seconds (52,8 %), cette « hiérarchie sociale » des propositions étant également vérifiée pour les amphétamines et la cocaïne. Enfin, ces propositions sont aussi plus fréquentes en milieu urbain qu'en milieu rural : pour le cannabis, les amphétamines et la cocaïne, elles concernent respectivement 27,8 %, 4,0 % et 3,1 % des habitants des communes rurales contre 45,3 %, 7,2 % et 7,6 % des habitants de l'agglomération parisienne. Pour le cannabis, produit illicite le plus souvent proposé, il est possible de mettre en rapport le fait de s'en être déjà vu proposer et le fait de l'avoir déjà expérimenté au cours de la vie, afin de se faire une idée de la propension des enquêtés à accepter une telle proposition. Celle-ci peut être estimée par âge et par sexe (Figure 9).

Le degré d'acceptation varie moins que les propositions elles-mêmes, surtout pour les femmes, pour lesquelles le taux d'acceptation demeure légèrement au-dessus de 50 % jusqu'à 45 ans, tout en restant toujours inférieur à celui des hommes. Pour les hommes, la même classe d'âge (les 20-25 ans) se détache à la fois pour les propositions et les acceptations : pour ces derniers, l'âge auquel les propositions sont les plus fréquentes est aussi celui auquel celles-ci sont le plus souvent acceptées.

Les données des précédents Baromètres

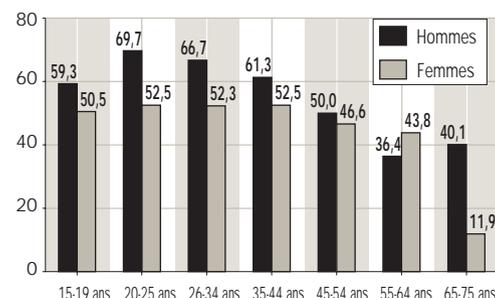
santé ne distinguaient pas les propositions selon la substance concernée. Toutefois, ces propositions ont probablement augmenté au cours des années quatre-vingt-dix. En effet, pour les 18-45 ans, les courbes de proposition de « drogue » obtenues en 1992 et 1995 se trouvent en moyenne près de 20 points en dessous de la courbe de proposition du cannabis seul pour 1999.

Opinions sur la législation relative aux drogues illicites

Interroger une population sur ses opinions à l'égard des drogues illicites est une entreprise délicate, tant les réponses obtenues peuvent dépendre des énoncés retenus pour les questions et du contexte médiatique ambiant. Concernant les opinions relatives au cannabis, afin de contrôler un éventuel biais dû au libellé des questions, il a été utilisé deux énoncés distincts, proposés chacun à la moitié de l'échantillon, les enquêtés devant indiquer leur degré d'assentiment : « *il faut mettre les drogues douces en vente libre* » et « *la consommation de cannabis ou de haschich devrait être autorisée* ».

Figure 9

Rapport entre proposition et expérimentation de cannabis selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



Note de lecture : les chiffres indiquent la proportion de personnes ayant expérimenté le cannabis parmi celles qui s'en sont vu proposer. Ainsi, 59,3 % des garçons de 15-19 ans à qui on a proposé du cannabis ont consommé cette substance.

En l'occurrence, les réactions suscitées par ces deux énoncés s'avèrent finalement très proches (Figure 10), ce qui suggère que, dans l'esprit des personnes interrogées, la notion de « *drogue douce* » renvoie largement au cannabis. Seul un enquêté sur cinq se déclare d'accord (« *tout à fait* » ou « *plutôt* ») avec l'autorisation du cannabis (19,4 %) ou la mise en vente des drogues douces (21,5 %), une majorité se déclarant « *pas du tout d'accord* », quelle que soit la question. Quant à l'autorisation de la consommation d'héroïne, elle n'est approuvée que par 1,5 % des enquêtés (« *tout à fait* ou *plutôt d'accord* »), la plupart s'y déclarant franchement hostile (« *pas du tout d'accord* » : 91,1 %).

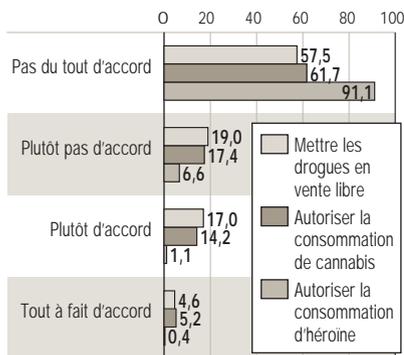
Ces opinions à l'égard de la législation relative aux drogues illicites varient selon le profil sociodémographique des personnes interrogées, pour le cannabis comme pour l'héroïne (Tableau XXVII). Les hommes se déclarent d'accord avec l'autorisation de la consommation plus souvent que les femmes, les opinions favorables à cette autorisation étant plus fréquentes à mesure que le niveau de diplôme ou le niveau de revenu¹ s'élève et plus fréquentes également parmi les enquê-

tés qui ont déjà expérimenté le cannabis ou reçu une proposition (49,4 % vs 11,5 ; $p < 0,001$). Ces opinions favorables à l'autorisation de la consommation connaissent un

1. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

Figure 10

Opinions à l'égard des législations sur l'usage de cannabis et d'héroïne (en pourcentage)



NB : les totaux ne font pas 100 % car les personnes ont pu ne pas émettre d'opinion (nsp).

Tableau XXVII

Proportion d'enquêtés se déclarant d'accord avec l'autorisation de la consommation de cannabis ou d'héroïne, selon le profil socio-démographique et la familiarité avec le cannabis (en pourcentage)

	Cannabis	Héroïne
Sexe		
Hommes	24,3	1,8
Femmes	14,7***	1,2**
Niveau de diplôme		
Aucun diplôme	9,4	0,6
Inférieur au bac	13,7	1,2
Bac	28,8	1,7
Bac+2	32,5	2,2
Bac+3 et plus	27,4***	2,0***
Revenu mensuel du ménage/UC^a		
Moins de 6 000 F	16,4	1,5
De 6 000 F à moins de 10 000 F	18,8	1,2
Au moins 10 000 F	25,0***	1,9
Âge		
15-19 ans	28,1	0,9
20-25 ans	35,8	0,7
26-34 ans	26,9	1,7
35-44 ans	18,2	1,8
45-54 ans	14,9	1,3
55-64 ans	10,0	2,1
65-75 ans	7,5***	1,5
Proposition de cannabis		
Non	9,3	1,3
Oui	38,0***	1,9*
Expérimentation de cannabis		
Jamais	11,1	1,3
Au moins une fois	49,4***	2,2**

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.
a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.



pic entre 20 ans et 25 ans pour le cannabis, avant de décroître ensuite régulièrement, cette évolution selon l'âge étant plus chaotique pour l'héroïne. Cela est sans doute dû en partie à la faiblesse des effectifs concernés (peut-être aussi que les personnes interrogées n'avaient pas d'opinions « réfléchies » avant que l'enquêteur ne leur pose la question)¹, mais il n'en reste pas moins que l'âge moyen des enquêtés favorables à cette autorisation se révèle très contrasté selon le produit : 35 ans pour le cannabis contre presque 45 ans pour l'héroïne ($p < 0,001$).

Évidemment, ces variations selon les caractéristiques sociodémographiques se recourent sans doute largement les unes et les autres : par exemple, les expérimentateurs de cannabis sont proportionnellement plus nombreux parmi les hommes et les 20-25 ans, comme parmi les plus diplômés. Une régression logistique permet ici de trier ces diverses influences, du moins pour les opinions relatives à l'autorisation de la consommation de cannabis (le faible nombre de partisans favorables à l'autorisation de l'héroïne ne permet pas d'analyse statistique poussée) (Tableau XXVIII).

Cette modélisation conduit à souligner la forte relation observée entre la familiarité avec le cannabis et l'opinion favorable à l'autorisation de sa consommation : toutes choses égales par ailleurs, le fait de s'être déjà vu proposer du cannabis multiplie par deux les chances² d'être favorable à sa légalisation (odds ratio ajusté = 2,0 ; $p < 0,001$), et le fait d'en avoir déjà consommé multiplie ces chances par quatre (odds ratio ajusté = 3,9 ; $p < 0,001$). Évidemment, il ne faut pas chercher à donner un sens (une direction) à cette relation : ce n'est pas la proposition ou l'usage qui détermine mécaniquement l'opinion (dans la mesure où les propositions ne se font pas au

hasard, mais sont sans doute souvent faites par des pairs en connaissance de cause), ni l'inverse. Cela étant, il semble bien que le contact ou l'opportunité d'un contact avec le cannabis n'engendre pas une « peur », un rejet de ce produit et aille plutôt de pair avec une attitude conciliante à son égard. Pour les autres facteurs envisagés dans le mo-

Tableau XXVIII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir une opinion favorable à l'autorisation de la consommation de cannabis

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Homme	1,0	
Femme	0,7***	0,6-0,8
Niveau de diplôme		
Aucun diplôme	1,0	
Inférieur au bac	1,3	0,9-1,8
Bac	2,6***	1,8-3,7
Bac + 2	2,8***	1,9-4,1
Bac + 3 et plus	2,2***	1,5-3,1
Revenu mensuel du ménage/UC^a		
Moins de 6 000 F	1,0	
De 6 000 F à moins de 10 000 F	1,1	0,9-1,3
Au moins 10 000 F	1,4**	1,1-1,7
Âge		
15-19 ans	1,0	
20-25 ans	0,7*	0,5-1,0
26-34 ans	0,6**	0,5-0,9
35-44 ans	0,5***	0,4-0,7
45-54 ans	0,6**	0,5-0,9
55-64 ans	0,5***	0,3-0,7
65-75 ans	0,5***	0,3-0,6
Proposition de cannabis		
Non	1,0	
Oui	2,0***	1,6-2,4
Expérimentation de cannabis		
Jamais	1,0	
Au moins une fois	3,9***	3,2-4,8

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

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

1. cf. volume Méthode.

2. Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, on trouvera dans les chapitres une interprétation de l'odds ratio en terme de « risque », de « chance » ou de « probabilité » (cf. chapitre Présentation des termes statistiques).

dèle, les relations précédentes sont vérifiées, le niveau de diplôme s'avérant le plus fortement lié à l'opinion sur l'autorisation de la consommation du cannabis. On remarquera toutefois un effet de seuil, puisque les chances de se prononcer en faveur de cette autorisation augmentent sur tout du niveau « inférieur au bac » au « niveau bac ».

En terme d'évolution au cours des années quatre-vingt-dix, la question sur la mise en vente libre des drogues douces, déjà posée lors des précédents Baromètres santé, ne confirme pas la tendance à une plus grande

acceptation de cette mesure, tendance observée entre 1992 et 1995. Parmi les 18-75 ans, en 1992, 10,4 % des enquêtés se disaient d'accord avec cette mise en vente libre, puis 22,0 % en 1993 et 28,2 % en 1995, mais seulement 21,1 % en 1999. Plutôt que de parler d'un retournement de tendance, il faut sans doute envisager un « effet de halo », c'est-à-dire une influence des questions précédant, dans le questionnaire, celle sur la mise en vente libre des drogues douces : en 1993 et 1995, et dans une moindre mesure en 1992, cette question

Les individus issus d'un ménage inscrit sur liste rouge ont-ils un profil particulier ?

Parmi les 15-75 ans, l'usage de cannabis au cours de la vie est beaucoup plus fréquent ($p < 0,001$) chez les individus issus d'un ménage inscrit sur liste rouge (28,0 %) ou orange (27,2 %) — dans la suite de cet encadré, on ne considérera que les premiers — que chez les autres (20,4 %). Les autres substances psychoactives illicites ont des prévalences trop faibles pour qu'un écart significatif puisse être relevé. En ce qui concerne l'usage récent de cannabis, il est également plus courant chez les individus inscrits sur liste rouge (10,1 % *vs* 6,9 % ; $p < 0,001$).

Si ces différences sont très significatives, elles n'en demeurent pas moins relativement marginales dans la mesure où elles augmentent la prévalence au cours de la vie d'à peine plus d'un point. L'intérêt d'interroger cette population est donc plutôt d'apporter de l'information sur des individus qui échappaient auparavant aux enquêtes téléphoniques. Cette population se révèle plutôt féminine (52,8 % *vs* 50,3 % ; ns) mais surtout nettement plus jeune, plus des deux tiers (69,3 %) des individus issus d'un ménage inscrit sur liste rouge ayant moins de 45 ans *vs* 53,5 % dans le reste de l'échantillon. Après contrôle des effets de l'âge et du sexe, le fait d'être sur liste rouge reste associé à l'usage de cannabis au cours de la vie.

Être inscrit sur liste rouge est également lié à une situation géographique (59,9 % des individus issus d'un ménage inscrit sur liste rouge habitent une agglomération de plus de 100 000 habitants contre seulement 42,0 % de ceux sur liste blan-

che ; $p < 0,001$) et socio-économique particulière : ces individus sont aussi plus diplômés (47,2 % d'entre eux ont au moins le bac *vs* 37,5 % parmi les listes blanches ; $p < 0,001$) et sur-représentés dans les hauts revenus. Ainsi, dès que sont contrôlés les effets du niveau de diplôme et du type d'agglomération de résidence, la relation observée auparavant entre expérimentation du cannabis et inscription sur liste rouge disparaît. Il n'y aurait donc pas, pour cette expérimentation, d'effet propre lié à l'inscription sur liste rouge.

La perception du danger lié à la consommation de cannabis est également différente (58,6 % des personnes en liste rouge pensent qu'il est dangereux dès qu'on essaie *vs* 62,4 % chez celles de la liste blanche ; $p = 0,001$). Toutefois, une fois tenu compte de l'âge, du sexe et de l'usage de cannabis au cours de la vie, l'effet liste rouge disparaît encore une fois (OR ajusté = 0,99 [0,90–1,11]). De même, la relative tolérance affichée par les personnes en liste rouge à l'égard de la mise en vente libre des drogues douces (24,6 % sont favorables à son autorisation *vs* 21,0 % ; $p < 0,05$) disparaît après contrôle des effets de structure (OR ajusté = 0,87 [0,73–1,04]). Ainsi, si pour sonder l'opinion sur les drogues il ne semble pas crucial d'interroger les listes rouges, il s'avère nécessaire, le cas échéant, de redresser l'échantillon sur la structure réelle de la population et non pas seulement sur celle des ménages inscrits hors liste rouge.

était située après plusieurs affirmations très répressives à l'égard des « toxicomanes », tandis qu'en 1999 ces affirmations ont été supprimées et remplacées par un long module d'une cinquantaine de questions portant sur la consommation de substances psychoactives illicites. Il faut toutefois noter que ce probable effet de contexte ne semble pas jouer pour les 15-19 ans : ils étaient 23,2 % à se déclarer d'accord avec la mise en vente libre des drogues douces en 1997 contre 31,6 % en 1999.

Pour la question sur l'autorisation de la consommation d'héroïne, seule l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp) 1999 [8] fournit un point de comparaison : 11,6 % des 18-75 ans se disaient favorables à une autorisation de la consommation d'héroïne « dans certains cas », proportion qui, dans le Baromètre santé 2000, chute à 1,5 % lorsqu'il n'est plus fait mention de cette restriction à certains cas.

Opinions sur la dangerosité du cannabis

Concernant, enfin, la dangerosité du cannabis, il était proposé aux enquêtés de déterminer un seuil à partir duquel la consommation était jugée dangereuse pour la santé. Pour 61,8 % des 15-75 ans de l'échantillon, le cannabis est dangereux dès qu'on l'essaie. Un peu plus d'un sur cinq (21,5 %) estime que cette consommation n'est dangereuse qu'à partir d'une consommation quotidienne et 2,6 % jugent que ce produit n'est jamais nocif. Placer ce seuil dès l'expérimentation est un choix plutôt féminin (66,9 % vs 56,6 % chez les hommes) et qui augmente nettement avec l'âge. L'expérience du produit joue un rôle primordial puisque seuls 28,4 % des individus ayant déjà consommé du cannabis au cours de leur vie sont de cet avis (vs 71,1 % parmi les autres). À titre de comparaison, seul 0,3 % juge que le tabac n'est jamais dange-

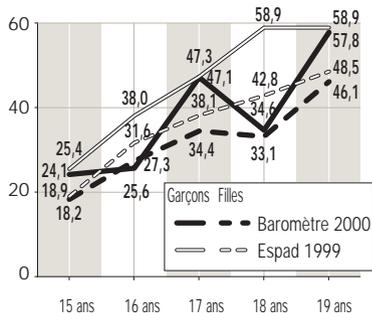
Comparaison avec une enquête en milieu scolaire pour les 15-19 ans

Comme déjà noté lors du précédent Baromètre, il est possible que les réponses concernant la consommation de substances psychoactives illicites soient légèrement sous-déclarées [2]. Ce point explique sans doute les écarts observés entre le Baromètre santé 2000 et l'enquête Espad 1999 (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*) réalisée par l'Inserm, l'OFDT et le MENRT par questionnaire auto-administré auprès de 12 113 collégiens et lycéens de la métropole. Si l'on compare les prévalences de l'expérimentation de cannabis, par sexe et par âge entre 15 et 19 ans (en ne considérant pour le Baromètre que les adolescents scolarisés), il apparaît que les prévalences des enquêtés d'Espad se situent presque toujours au-dessus de celles observées dans le Baromètre (Figure 11). Toutefois, s'il est possible que les adolescents hésitent à divulguer par téléphone un comportement illicite, inversement, il est aussi envisageable qu'ils surdéclarent parfois ce comportement lors des enquêtes en milieu scolaire, auxquelles ils répondent à proximité immédiate de

leurs pairs qu'ils peuvent souhaiter impressionner favorablement.

Figure 11

Comparaison Baromètre santé-Espad pour la prévalence de l'expérimentation de cannabis selon le sexe et l'âge pour les 15-19 ans scolarisés (en pourcentage)



reux et 45,2 % en situent le danger dès l'expérimentation.

Dans l'enquête Eropp 99, la même question a été posée pour d'autres drogues illicites (l'héroïne, la cocaïne et l'ecstasy). Celles-ci apparaissent nettement plus souvent dangereuses pour la santé dès la première prise (respectivement 87,8 %, 84,2 % et 75,6 %). Les enquêteurs avaient cependant relevé, à l'occasion de cette enquête, que les répondants connaissant mal le produit avaient tendance à répondre « C'est dangereux dès qu'on essaie ». Dans Eropp 99, à propos du cannabis, cette modalité avait été choisie par 51,3 % des 15-75 ans, l'écart avec le Baromètre santé 2000 s'expliquant sans doute par un effet de halo, car la question sur le cannabis est posée dans Eropp avant celle sur le tabac et réciproquement : évoquer la dangerosité du cannabis en regard de celle du tabac ou dans l'absolu n'est sans doute pas sans incidence sur la réponse obtenue.

Discussion

Limites des résultats et sources de données complémentaires

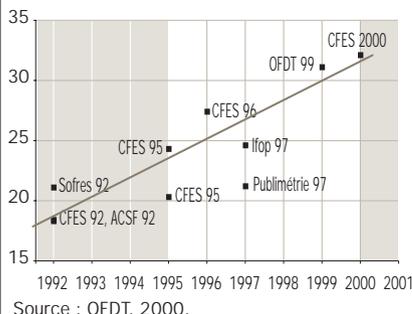
La consommation des drogues illicites est un phénomène délicat à observer du fait de la variété des produits, de leur statut et de leurs modes d'usage. L'approche par enquête en population générale complète utilement d'autres indicateurs tels que les statistiques répressives ou sanitaires. Contrairement à l'approche qualitative ou ethnographique, elle ne permet pas de distinguer les usages récréatifs, festifs, conviviaux, des usages plus solitaires ou problématiques (même si, sur ce dernier point, quelques éléments ont pu être avancés). Elle ne prend généralement en considération ni la quantité consommée (ou très sommairement), ni la qualité des produits. Quoiqu'il en soit, cette information n'est connue que de façon très parcellaire, même par les usagers les plus

réguliers. Cela étant, l'approche par enquête en population générale permet d'émettre quelques hypothèses sur ces questions et d'évaluer l'ampleur de la consommation au niveau national sur une période de référence donnée. La substance psychoactive illicite la plus courante est le cannabis, ce qui justifie l'attention particulière portée ici à cette substance. Pour les autres produits illicites, les usages même occasionnels restent marginaux et sont plus difficiles à interpréter.

La banalisation de l'usage du cannabis a déjà été mise en évidence au cours des années quatre-vingt-dix, notamment parmi les 18-44 ans. Sur cette tranche d'âge, l'enquête Eropp, menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en avril 1999, montrait des résultats tout à fait proches de ceux obtenus dans le Baromètre santé : 31,1 % [29,1-33,1] vs 32,1 % pour la prévalence au cours de la vie et 10,7 % [9,3-12,1] vs 11,7 % pour la prévalence au cours des douze derniers mois [8]. La Figure 12 montre l'évolution au cours des années quatre-vingt-dix à partir d'une dizaine d'enquêtes menées pour la plupart par le CFES. Les comparaisons entre ces enquêtes, si proches soient-elles en terme de méthodologie, doivent être envi-

Figure 12

Évolution de la proportion d'usagers de cannabis au cours de la vie dans les années quatre-vingt-dix parmi les 18-44 ans





sagées avec une certaine prudence dans la mesure ou leurs modes de collecte et d'échantillonnage différent [9]. La formulation des questions est également susceptible de peser sur les résultats. C'est le cas, par exemple, de l'usage au cours des douze derniers mois (question utilisée dans les différents Baromètres santé et dans l'enquête sur l'Analyse des comportements sexuels en France [10]) par rapport à l'utilisation actuelle (enquête Publimétrie/Grande écoute de 1997) ou encore aux modalités « *Je fume du haschisch régulièrement* » et « *Je fume du haschisch de temps en temps* » (enquête Sofres de 1992). Pour autant, il est délicat de savoir si « *de temps en temps* » surestime la consommation dans l'année écoulée ou si, à l'inverse, des modalités telles que « *J'ai fumé du haschisch plusieurs fois mais j'ai arrêté* »¹ pourraient, dans une certaine mesure, être incluses dans une consommation au cours des douze derniers mois. Toutefois, en ce qui concerne la prévalence au cours de la vie, cette question est moins cruciale car les formulations sont très proches dans les différentes enquêtes.

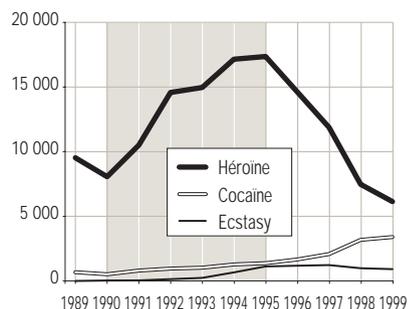
La banalisation de l'usage du cannabis est également corroborée par d'autres indicateurs tels que les statistiques d'interpellations de l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants [11]. Ces mêmes statistiques permettent d'observer une diffusion de la cocaïne et du crack, de l'ecstasy (aucune interpellation avant 1990) avec une pointe de 1 227 interpellations en 1997 et un tassement à la fin des années quatre-vingt-dix (915 interpellations en 1999), ainsi qu'une forte baisse du nombre d'usagers d'héroïne interpellés (Figure 13). Les statistiques répressives donnent de l'information sur les usagers « à problème » alors que le Baromètre santé renseigne surtout sur les usages les plus fréquents, c'est-à-dire les consommations occasionnelles de substances psychoactives. Des esti-

1. Cette modalité regroupait 7 % des répondants, population au sein de laquelle on peut imaginer une bonne proportion de consommateurs relativement récents, en particulier chez les jeunes.

mations nationales du nombre des usagers d'opiacés « à problème » ont été réalisées à partir de différentes techniques [12, 13], évaluant leur effectif à environ 150 000 en France en 1999 [14]. Dans le Baromètre santé, la prévalence au cours de la vie parmi les 15-75 ans est de 0,7 % (87 personnes sur 13 163), tandis que celle au cours des douze derniers mois vaut 0,1 % (9 personnes sur 13 163). Le nombre de personnes âgées de 15 à 75 ans étant de l'ordre de 44 millions en 1999 [15], on a donc environ 290 000 personnes déclarant avoir déjà consommé de l'héroïne au cours de leur vie et environ 27 000 au cours de l'année. Ainsi, si l'enquête en population générale apparaît bien adaptée à la population des ménages « ordinaires », ce mode d'investigation peut s'avérer défaillant 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 abonné au téléphone, etc.), mais aussi pour des raisons culturelles et juridiques (problèmes de langue, méfiance, réticence à dévoiler des comportements intimes dans un tel contexte, etc.). Si ces limites ne sont pas de nature à remettre en cause les niveaux globaux de

Figure 13

Évolution des interpellations pour usage de stupéfiants au cours des années quatre-vingt-dix



Source : Ocr tis, 1999.

consommation, elles entraînent toutefois 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 un comportement aussi polymorphe que l'usage de drogues illicites. Leur fonction première est d'informer sur les usages 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 qualitatives s'avèrent beaucoup mieux adaptées. Celles-ci permettent de suivre les tendances récentes dans les consommations grâce à des recherches ethnographiques reposant sur de longs entretiens semi-directifs [16, 17] ou à des systèmes de recueil de l'information multi-focaux qui synthétisent une importante quantité de données provenant de différents sites, privilégiant une approche en réseau [18, 19] : 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, etc. Des recherches récentes s'appliquent encore à explorer les « populations cachées » [20].

Mise en perspective avec les données européennes

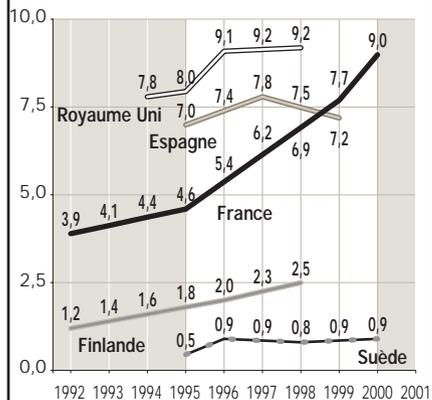
L'utilité de l'approche quantitative est aussi d'offrir des comparaisons de niveaux de consommation par rapport aux autres pays [21]. Parmi les pays de l'Union européenne, seuls l'Italie, l'Autriche et le Portugal n'ont pas de données en population générale adulte, mais des enquêtes sont en préparation. Les comparaisons sont sur tout valides pour les usages les plus courants tels que l'expérimentation de cannabis qui reste le produit le plus consommé quel que soit le pays, avec des prévalences au cours de la vie variant de 10 à 25 % pour l'ensemble des adultes [22].

Elles doivent, quoi qu'il en soit, être menées avec prudence car les méthodes de recueil d'information mises en œuvre diffèrent selon les pays.

Au cours des années quatre-vingt-dix, dans les différents pays de l'Union européenne, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie a augmenté de façon assez nette en Espagne, en Finlande, en Grèce et en Suède [23]. Dans les pays où la prévalence était plus élevée au début de la décennie, tels que le Royaume-Uni [24], l'Irlande [25], l'ex-Allemagne de l'Ouest et le Danemark, la hausse a été moins marquée. Dans la plupart des pays, la prévalence au cours des douze derniers mois s'est avérée relativement stable (Figure 14). La France

Figure 14

Évolution au cours des années quatre-vingt-dix de la prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année parmi les adultes de divers pays européens



Sources : OEDT (2001) ; Plan Nacional sobre Drogas (1999) ; Partanen et Metsu (1999) ; OFDT (1999) ; CFES (1992, 1995, 2000) ; Ramsay et Spiller (1999).

Note : l'âge varie entre 15 et 18 ans (pour la borne inférieure) et entre 59 et 69 ans (sauf pour la Finlande : 74 ans en 1992 et 1996). Ces variations sont susceptibles de peser sur la comparaison entre les différents pays.



est le seul pays à avoir connu une augmentation de cette prévalence dans les années quatre-vingt-dix, de sorte qu'en fin de période, elle rejoint en niveau le Royaume-Uni et l'Espagne, pays où cette prévalence était la plus élevée au début de la décennie. En France, il semble donc que la diffusion du cannabis soit un phénomène à la fois large et récent.

Les autres substances illicites sont nette-

ment moins consommées. Dans la plupart des pays, de 1 à 4 % des adultes ont expérimenté les amphétamines, même si cette prévalence atteint 10 % en Grande-Bretagne (Figure 15). L'usage au cours de la vie¹ de la cocaïne concerne entre 0,5 et 3 % des adultes, l'héroïne est encore moins consom-

1. L'usage au cours de l'année des substances psychoactives autres que le cannabis, comme en France, dépasse rarement 1 %.

Les drogues et leurs effets

Le cannabis

est une plante dont sont extraites la marijuana (herbe) et la résine de cannabis (haschisch). La teneur en principe actif est très variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisées et selon le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint), le cannabis peut être consommé sous forme de gâteau (*space-cake*) ou d'infusion.

L'héroïne

est un dérivé de la morphine, elle-même dérivée de l'opium. Elle se présente sous la forme d'une poudre. 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.

L'ecstasy

désigne des produits synthétiques contenant du MDMA, mais dont la composition peut être d'une grande variété (mélange avec des médicaments). Appelée, lors de son apparition en France vers la fin des années quatre-vingt, « drogue de l'amour » pour ses effets aphrodisiaques, son utilisation s'est largement étendue au cours des années quatre-vingt-dix.

Le LSD

parfois appelé acide, est un des hallucinogènes provoquant des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle qui peuvent aller jusqu'à l'hallucination. Il se présente le plus souvent sous la forme d'un buvard que l'on pose sur la langue. Parmi les autres hallucinogènes, on

trouve la mescaline, les champignons hallucinogènes (psilocybine), le datura, etc.

La cocaïne

est un dérivé de la feuille de coca qui se présente sous la forme d'une fine poudre blanche. Elle peut concerner des milieux sociaux favorisés ou proches du monde du spectacle, mais aussi marginalisés. Elle provoque une euphorie immédiate et n'engendre pas de dépendance physique. La dépendance psychique peut être extrêmement forte.

Les amphétamines

trouvent leur origine dans l'éphédra et sont des produits de synthèse. Le plus souvent en cachets, elles peuvent aussi être présentées en capsules, en poudre (cristal) ou en ampoules injectables. Leur usage festif, proche de celui de l'ecstasy, semble plutôt circonscrit à des milieux jeunes, « branchés ». D'autres les utilisent comme dopant ou comme coupe-faim.

Les produits à inhaler

sont variés : colles, solvants, détachants, vernis, protoxyde d'azote, air sec, dérivés du pétrole, etc. Les principes actifs les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. 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.

Le poppers

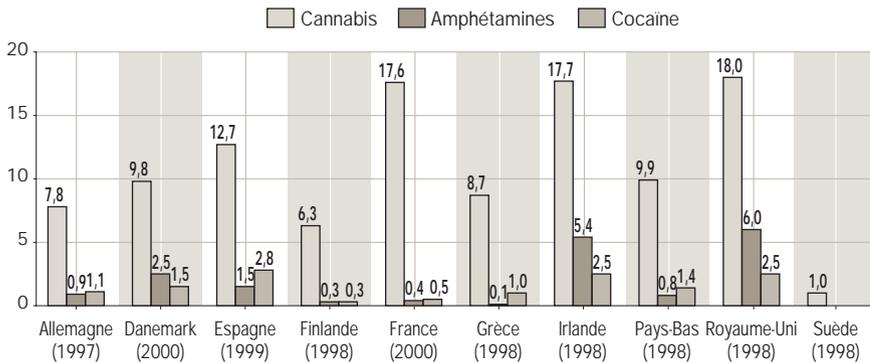
est un solvant contenant des dérivés de nitrite d'amyl. Son effet désinhibiteur est bref et intense, provoquant le rire.

mée et l'ecstasy concerne entre 0,5 et 4 % des adultes, mais l'usage de ce produit plus récent est sur tout le fait des jeunes adultes. Globalement, les usages se concentrent sur la tranche des 15-39 ans. Parmi eux, l'expérimentation de cannabis va de 15 % environ en Suède et en Finlande à des prévalences pouvant atteindre 40 % en Grande-Bretagne, au Danemark, en Espagne et aux Pays-Bas, la France se situant

dans ce groupe de tête. Les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne ont connu une diffusion modérée au cours des années quatre-vingt-dix, avec des prévalences au cours de la vie variant entre 1 et 6 %, à l'exception du Royaume-Uni et de l'Irlande (environ 15 % pour les amphétamines et 8 % pour l'ecstasy). Concernant cette fois l'usage au cours de l'année, la hiérarchie par produits et par pays est similaire.

Figure 15

Proportion d'usagers de cannabis, d'amphétamines et de cocaïne au cours de l'année parmi les 15-39 ans de divers pays européens



Sources : OEDT (2001) ; Kraus et Bauernfeind (1998) ; Danish Institute of Public Health (2000) ; Plan Nacional sobre Drogas (1999) ; Partanen et Metso (1999) ; CFES (2000) ; Athens Mental Health Research Institute (1998) ; Brian et al. (2000) ; CEDRO (1998) ; Ramsay et Spiller (1999) ; CAN (1998).



références bibliographiques

1. Baudier F., Dressen C., Alias F. *Baromètre santé adultes 92*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1994 : 168 p.
2. Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P., Warszawski J. *Baromètre santé 93/94*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1995 : 172 p.
3. Baudier F., Arènes J. *Baromètre santé adultes 95/96*. Paris : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 288 p.
4. Bless R., Korf D., Riper H., Diemel S. *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the european union*. Final report, commissioned by EMCDDA, 1997 : 149 p.
5. American Psychiatric Association. *DSM 3 R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1989 : 624 p.
6. NHSDA. *National Household Survey on Drug Abuse: Main findings 1998*. US Department of health and Human Services, 2000 : 123 p.
7. Kraus L., Bauernfeind R. *Enquête représentative sur la consommation de substances psychoactives dans la population adulte allemande 1997*. Munich : IFT, 1998 : 44 p.
8. Beck F., Peretti-Watel P. *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp 99)*. Rapport OFDT, 2000 : 208 p.
9. Beck F. Une étude de l'OFDT sur la consommation de cannabis en France. In : Frydman N., Martineau H. *La drogue : où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies*. IHESI, La Documentation française, 1998 : 367-76.
10. Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation française, 1993 : 352 p.
11. Ocrtis. *Usage et trafic de stupéfiants, statistiques 1999*. Ocrtis, 1999 : 106 p.
12. Costes J.-M. Toxicomanes soignés, interpellés, condamnés. In : Lequet D. (sous la dir). *La toxicomanie*. Cahiers statistiques Solidarité santé, Sesi, La Documentation française, 1988 : 69-80.
13. Costes J.-M. *La toxicomanie, un difficile passage à l'âge adulte*. Données Sociales, Insee, 1990 : 258-61.
14. OFDT. *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances*. OFDT, 2001 : 368 p.
15. Insee. *Annuaire statistique 2000*. Paris : Insee, 2000 : 1000 p.
16. Boullenger N. Une expérience d'ethnographie d'intervention. In : Ogien A., Mignon P. *La demande sociale de drogues*. Paris : La Documentation française, 1994 : 145-9.
17. Fontaine A., Fontana C., Verchere C., Vischi R. *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France, juin 1999-juillet 2000*, Liress, Rapport OFDT, 2001 : 272 p.
18. Ingold R. Toxicomanie et réseaux de surveillance épidémiologique. In : Ogien A., Mignon P. *La demande sociale de drogues*. Paris : La Documentation française, 1994 : 127-35.
19. OFDT. *Rapport TREND, Tendances récentes*. Rapport OFDT, mars 2000 : 98 p.
20. EMCDDA (OEDT). *Modelling drug use: methods to quantify and understand hidden process*. EMCDDA. Scientific Monograph Series, 2001 : 245 p.
21. Reuband K. H. Usages et politiques de la drogue en Europe : une comparaison des données épidémiologiques. In : Ogien A., Mignon P. *La demande sociale de drogues*. Paris : La Documentation française, 1994 : 213-24.
22. EMCDDA (OEDT). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. 2000 : 50 p.
23. Partanen J., Metso L. *La deuxième vague de drogues finlandaise*. *Stakes* 1999 ; 64 (2) : 143-9.
24. Ramsay M., Spiller J. *Drug Misuse Declared in 1998: latest results from the British Crime Survey*. Home Office, 1999 : 94 p.
25. Brian A., Moran R., Farrell E., O'Brien M. *Drug-related knowledge, attitudes and beliefs in Ireland, report a nation-wide survey, Drug Misuse Research Division*. Dublin, 2000 : 88 p.





Relecture : **Philippe Le Fur** (Credes)
et **Samir Tilikete** (Hôpital Émile Roux)



Douleur

Georges Menahem

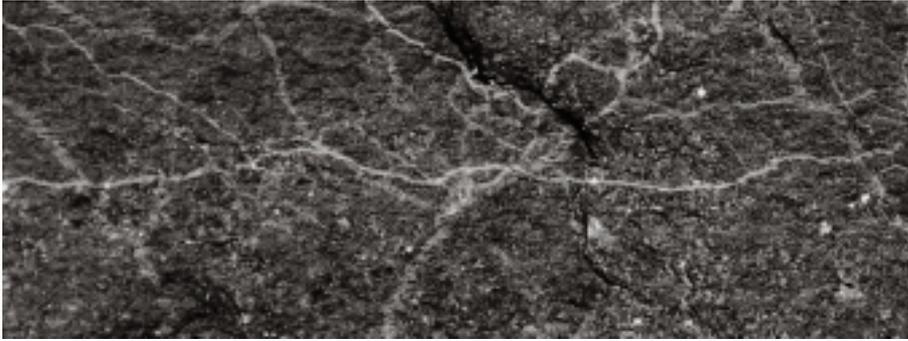
l'essentiel en quelques chiffres...

Avoir souffert d'une douleur difficile à supporter dans une période récente est le lot d'une large partie de la population (32,3 %). Ce chapitre vise à mettre en évidence quelles sont les populations qui déclarent plus fréquemment une telle souffrance et quels sont les déterminants associés. Ainsi, les femmes déclarent plus souvent souffrir que les hommes (1,3 fois plus). Elles disent avoir souffert « *plusieurs fois dans l'année* » 1,4 fois plus fréquemment que leurs homologues masculins et, si elles ne déclarent souffrir de « douleur physique » que 1,2 fois plus souvent, elles le font 2 fois plus fréquemment quand il s'agit de « douleur morale », et même 2,8 fois plus pour une douleur à la fois physique et morale. Les principales conclusions issues de l'analyse des différents types de douleurs sont les suivantes.

- Pour la douleur morale, les probabilités d'en déclarer se rapprochent quand les situations des personnes deviennent plus difficiles (par exemple en cas de chômage ou de cumul de facteurs de précarité). Les dispositions subjectives à faire état d'une douleur différencieraient principalement en raison de la situation dans laquelle un individu se trouve, laquelle induit un cer-

tain type de comportements et autorise, ou interdit, tel ou tel mode d'expression. La situation de vie en couple accompagnée d'une profession très satisfaisante protège ainsi le plus les personnes de la douleur morale, mais cinq fois davantage les hommes que les femmes.

- Pour la douleur physique, le schéma explicatif précédent perd de son importance du fait du rôle déterminant du rapport à la santé. Les plus importantes dispositions subjectives des femmes à déclarer une douleur physique renvoient alors à leur sensibilité et à leurs relations plus attentives au corps et à ses multiples symptômes. Il faut donc se rapporter ici davantage à une interprétation en termes de cumul de facteurs et de déterminismes : à la fois d'autant plus grande attention au corps, à ses symptômes et à son esthétique que la personne se trouve plus seule, vulnérable et confrontée au regard des autres et en même temps propension à ressentir dans son corps les conséquences de son insatisfaction au travail.



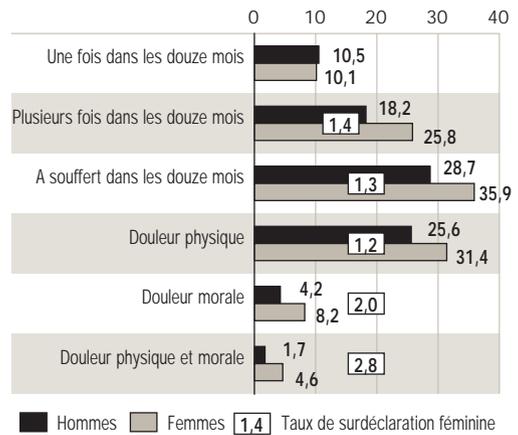
Avoir souffert durablement dans une période récente est le lot d'une large partie de la population. C'est, en effet, un tiers des personnes interviewées fin 1999 qui a répondu positivement à la question : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur difficile à supporter ?* ». Ce chapitre vise à mettre en évidence quelles sont les populations qui souffrent plus fréquemment et quelles sont les significations de leurs douleurs. Par exemple, il est frappant de constater que les femmes déclarent souffrir plus fréquemment que les hommes (1,3 fois plus au total). Elles disent avoir souffert « *plusieurs fois dans l'année* » 1,4 fois plus fréquemment que leurs homologues masculins ; et si elles ne déclarent souffrir de « *douleur physique* » que 1,2 fois plus souvent, elles le déclarent 2 fois plus fréquemment quand il s'agit de « *douleur morale* » et même 2,8 fois plus pour une douleur à la fois physique et morale (Figure 1).

Comment interpréter ces écarts ? Comme nous allons le constater en premier lieu, il est difficile de les réduire à la simple conséquence de différences entre les subjectivités des uns ou des autres, lesquelles con-

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.

Figure 1

La souffrance selon le sexe : la surdéclaration féminine de la douleur



cerneraient, selon certains, les propensions diverses à se plaindre ou le caractère plus ou moins douillet des hommes ou des femmes. Nous montrerons, qu'en revanche, les plus fréquentes déclarations de souffrance peuvent être associées à la plus grande pénibilité des situations des personnes concernées. Pour ce faire, nous montrerons en quoi les écarts de douleur entre sexes correspondent à d'autres différences importantes entre les situations des femmes et celles des hommes. Nous examinerons suc-



cessivement à cette fin le rôle de l'âge, celui de la maladie et du handicap, nous étudierons les associations de la douleur avec les consultations médicales qui y sont liées, puis avec le chômage, le manque ou la précarité des ressources. Nous montrerons ensuite en quoi l'intégration dans une famille et dans le travail préserve le plus de la douleur, et enfin, en quoi les associations de l'expérience de la violence avec la douleur sont très différentes, pour les hommes et les femmes, de celles concernant la pratique religieuse.

Des évaluations de la fréquence et de la nature de la douleur

Un tiers (32,3 %) des personnes interviewées a déclaré avoir « souffert d'une douleur difficile à supporter » au cours des douze derniers mois, dont 68,2 % plusieurs fois dans l'année¹. De plus, si seulement un seizième de la population (6,2 %) déclare avoir souffert d'une douleur morale, c'est près de cinq fois plus (28,5 %) qui dit avoir souffert d'une douleur physique. Enfin, 3,2 % de la population ont déclaré avoir souffert à la fois de douleur physique et morale, ce qui représente la moitié des personnes déclarant souffrir de douleur morale, mais seulement le neuvième de celles concernées par la douleur physique. La fréquence de la douleur et sa nature ne sont pas indépendantes. Parmi les personnes n'ayant souffert que de douleur morale, seulement un peu plus de la moitié (53,8 %) a souffert plusieurs fois dans l'année, contre plus des deux tiers (67,8 %) pour celles n'ayant déclaré que des douleurs physiques, et près de neuf fois sur dix (85,9 %) pour celles déclarant à la fois douleur physique

1. Certains épidémiologistes estiment qu'il est utile de distinguer « la douleur », qui serait plus aiguë, de « la souffrance », laquelle serait plus chronique. La rédaction de la question du Baromètre santé 2000 interdit une telle distinction et implique la confusion des deux significations dans les réponses. Dans nos exploitations, nous parlons donc indifféremment à leur sujet de déclaration de douleur ou de souffrance.

et douleur morale. Ce constat correspond là encore à une différenciation sexuelle : les femmes sont en même temps proportionnellement plus nombreuses à déclarer souffrir plusieurs fois dans l'année et à avoir souffert à la fois d'une douleur physique et d'une douleur morale insupportables (2,4 fois plus, soit 4,8 % vs 2,0 %). Et celles qui souffrent ainsi sur deux registres sont plus âgées (41 ans en moyenne) que leurs homologues masculins (38 ans).

La subjectivité des déclarations de souffrance

Avant d'examiner les régularités des distributions statistiques concernant la douleur, nous allons tenter de préciser en quoi la subjectivité intervient plus ou moins fortement dans les déclarations. Pour ce faire, nous allons examiner le rôle de l'interaction entre enquêteur et enquêté. Il n'est pas simple en effet de répondre aux sollicitations d'une personne inconnue qui vous demande au téléphone si vous avez souffert dans les douze derniers mois. Répondons-nous de la même façon aux demandes d'une femme ou d'un homme, d'une personne plus jeune ou d'une plus âgée ? Et finalement, les effets de situations distinctes d'enquête influencent-ils de façon différente les déclarations de souffrance des femmes et celles des hommes ?

Le Baromètre santé 2000 permet de relativiser l'importance de ces problèmes méthodologiques sans toutefois nier leur impact. Par exemple, pour 8,6 % de l'échantillon, l'enquêteur a estimé que la personne interviewée n'était pas vraiment seule pour répondre lors de la passation du questionnaire. Mais cette situation n'est pas associée à des différences significatives du taux de déclaration de souffrance morale ou de souffrance physique (26,0 % vs 28,8 % pour la souffrance physique ; $p < 0,10$). Seules deux situations d'enquête semblent avoir une légère influence sur les déclarations de souffrance, même si, au total, ces interactions n'expliquent qu'une très faible part de la surdéclaration féminine de la douleur.



On déclare un peu plus souffrir à une enquêtrice qu'à un enquêteur

Quand la voix au téléphone est celle d'une femme, les personnes interviewées répondent un peu plus fréquemment qu'elles ont souffert que lorsque la voix est celle d'un homme. Mais ces différences ne sont guère significatives au plan statistique. La différence la plus significative concerne la douleur physique² : les 5 030 personnes qui ont répondu à une femme ont déclaré, pour 29,3 % d'entre elles, qu'elles avaient souffert d'une douleur physique, alors que les 8 655 qui ont répondu à un homme n'ont été que 28,1 % à faire de même ($p < 0,11$). Une interprétation de cette faible surdéclaration peut correspondre au rôle traditionnellement dévolu aux mères : elles écoutent plus souvent les malheurs de leurs enfants et ont plus fréquemment une position de consolatrice, ce qui nous permet de supposer que les dispositions à parler plus facilement de ses souffrances à une femme sont intériorisées dès les plus jeunes années.

Comme le montre le *Tableau I*, cette faible variation des déclarations selon le sexe de l'enquêteur est bien moins importante que celle selon le genre masculin ou féminin de la personne enquêtée. Elle ne permet donc pas d'interpréter la surdéclaration des femmes. L'effet du sexe de l'enquêteur sur les déclarations de souffrance est en effet du même ordre de grandeur pour les hommes et pour les femmes quand il s'agit de douleur morale, à savoir une augmentation de 8 % à 9 % du nombre de déclarations de douleur morale aux femmes par rapport à celles effectuées aux hommes. En revanche, les hommes ont davantage tendance que les femmes à parler de leur souffrance physique quand ils bénéficient d'une écoute

féminine (pour 26,8 % d'entre eux) que lorsque c'est un homme qui les interroge (24,9 % ; $p < 0,09$). L'écart des déclarations des femmes en la matière est moins significatif (respectivement 31,8 % vs 31,1 %). Pouvons-nous voir là des manifestations d'un transfert plus facile des hommes à l'égard de l'écoute d'une femme, lequel condenserait à la fois les dispositions à consoler d'une mère et celles à consoler d'une conjointe ? Les données nous manquent pour approfondir cette piste d'interprétation. Le *Tableau I* synthétise cet effet combiné de l'effet du sexe de l'enquêteur et de la surdéclaration des femmes pour la douleur morale et physique ($p < 0,001$ pour la douleur morale et la douleur physique). En définitive, cette analyse suggère que, pour ce qui concerne les interactions avec l'enquêteur que nous venons d'examiner, les déclarations des femmes ne sont pas plus subjectives que celles des hommes³.

On déclare moins souffrir à des enquêteurs plus jeunes

Dans l'ensemble, plus l'enquêteur est âgé, plus la personne interviewée est portée à lui

Tableau I

Déclaration de douleur selon le sexe de l'enquêteur et de la personne enquêtée (en pourcentage)

	Douleur morale	Douleur physique
Un homme répond à un homme	4,1	24,9
Un homme répond à une femme	4,4	26,8
Une femme répond à un homme	8,0	31,1
Une femme répond à une femme	8,7	31,8

2. Les autres différences sont plus négligeables : $p < 0,13$ pour les déclarations de douleur difficile à supporter et $p < 0,25$ pour la douleur morale. Les personnes qui ont répondu à une femme ont déclaré pour 33,1 % qu'elles avaient souffert d'une douleur difficile à supporter en général et, pour 6,5 % d'entre elles, qu'elles avaient souffert d'une douleur morale, alors qu'elles n'ont été respectivement que 31,9 % et 6,0 % à faire de même quand elles ont répondu à un homme.

3. Lorsque, à la fin de ce chapitre, nous présenterons des régressions logistiques à propos des pratiques religieuses, nous montrerons en quoi la subjectivité des déclarations de maladie des hommes semble se traduire, plus que les femmes, par un risque de déclaration de douleur physique à des enquêteurs un peu plus grand qu'à des enquêtrices. Mais cet effet est peu important par rapport aux multiples surdéclarations liées à d'autres facteurs.



déclarer les douleurs dont elle a souffert. La Figure 2 synthétise l'influence combinée de l'âge et du sexe des enquêteurs, et témoigne du rôle de l'interaction de la personne interviewée avec les caractères de son interlocuteur. Nous pouvons y constater qu'une personne est plus portée à faire état de ses souffrances quand elle parle à une femme ou à un homme d'au moins 30 ans que quand elle s'adresse à un jeune homme de moins de 22 ans. En somme, déclarer souffrir dépend du regard de l'autre.

La surdéclaration féminine de la douleur morale est importante quelles que soient les caractéristiques de l'enquêteur : elle va de 1,6 pour les enquêtrices de moins de 22 ans à 2,2 pour les enquêteurs de 22 à 29 ans, 2,1 pour les hommes et 2,4 pour les femmes. Toutefois, son importance varie notablement pour la douleur physique (de 1,1 quand l'enquêteur est un jeune homme à 1,5 quand c'est une jeune femme). Mais les différences entre les proportions d'hommes et de femmes répondant aux différentes catégories d'enquêteurs sont trop faibles pour expliquer une part importante de cette surdéclaration féminine. C'est donc ailleurs qu'il nous faut chercher ses explications.

Les jeunes déclarent plus fréquemment avoir souffert de douleur morale et les personnes âgées de douleur physique

La plus grande fréquence des déclarations de douleur par les femmes correspond-elle au fait que les femmes âgées sont en proportion plus importante que les hommes âgés ? L'examen des Figures 3 et 4 représentant les distributions selon l'âge et le sexe des déclarations de douleur morale ou de douleur physique montre qu'il n'en est rien : à tout âge, les proportions des déclarations de douleur des femmes sont plus importantes que celles des hommes. Toutefois, les formes de ces distributions méritent un examen plus approfondi, car elles diffèrent beaucoup selon le type de souffrance et aussi selon le sexe.

Figure 2

Déclaration de douleur selon le sexe et l'âge de l'enquêteur (en pourcentage)

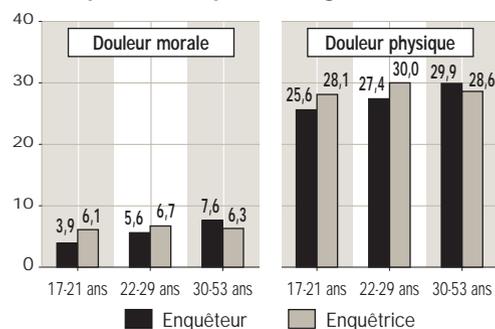


Figure 3

Douleur physique selon le sexe et l'âge de l'enquêteur (en pourcentage)

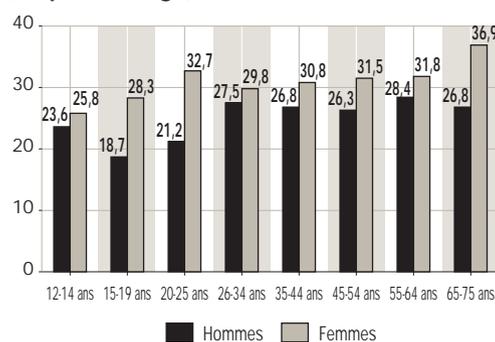
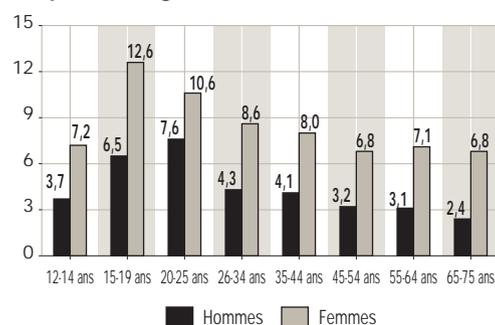


Figure 4

Douleur morale selon le sexe et l'âge de l'enquêteur (en pourcentage)





La douleur physique accompagne le vieillissement

Tout d'abord, les distributions selon l'âge de la douleur physique paraissent simples à comprendre : elles semblent témoigner d'une croissance tendancielle qui accompagnerait le vieillissement. Cependant, l'observation sur la *Figure 3* des différences entre femmes et hommes montre que ce n'est pas si simple. Pour les femmes, hormis le gonflement des déclarations pour les jeunes femmes de 20 à 25 ans (un tiers déclare avoir souffert à cet âge), les déclarations de souffrance physique augmentent en effet inexorablement avec l'âge¹. Mais pour les hommes, cette correspondance simple avec l'accroissement de la dégradation du corps et de ses organes ne semble plus valable. Pour ces derniers, après une progression rapide de 15 à 34 ans, les déclarations de souffrance physique plafonnent, en effet, autour de 27 % pendant les quarante années qui suivent.

Mais la douleur morale semble relativisée avec l'âge

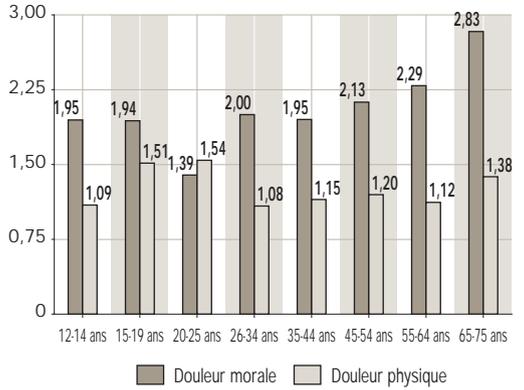
Pour la douleur morale, les distributions sont très différentes. La *Figure 4* montre que c'est lors des jeunes âges que les déclarations de douleur morale sont les plus fréquentes et que le vieillissement coïncide avec leur atténuation, pour les hommes comme pour les femmes. Nous montrerons plus loin en quoi les déclarations de douleur morale sont plus souvent associées aux situations de maladie, de chômage, de difficultés affectives ou de violence. Si la douleur morale prend ainsi le sens d'un indicateur de la pénibilité des situations et des difficultés à les vivre, tout se passe alors comme si l'âge et l'expérience permettaient de relativiser les épreuves.

Toutefois, la différence de l'expression de la douleur morale entre les femmes et les hommes semble relever d'autres déterminants. La *Figure 5* témoigne, en effet, que

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

Figure 5

Taux de surdéclaration féminine de la souffrance morale ou physique



l'écart entre les sexes est d'autant plus important que les personnes sont plus âgées : si le taux de surdéclaration féminine n'est que de 1,4 pour les jeunes de 20 à 25 ans, elle passe à 2,1 pour les personnes mûres de 45 à 54 ans et atteint 2,8 pour les plus âgées. Inversement, la souffrance semble plus précoce pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes : celles de 12 à 19 ans déclarent 1,9 fois plus fréquemment une souffrance morale difficile à supporter que leurs homologues masculins du même âge. La *Figure 5* témoigne à la fois de la permanence de la surdéclaration féminine de la douleur à tous les âges et des différences de ses manifestations selon qu'elle concerne une souffrance plus physique ou plus morale. Si nous mettons à part les difficultés de la jeunesse qui se traduisent par des douleurs très différentes selon l'âge et le sexe, nous pouvons constater une régularité nette : à partir d'environ 26 ans, la surdéclaration de la douleur physique et, plus nettement, celle de la douleur morale augmentent de plus en plus avec l'âge, culminant respectivement à des facteurs de 1,4 et 2,8. Comment interpréter cette croissance de la surdéclaration féminine avec le vieillissement ? S'agit-il d'un effet de génération ? Ou, une fois les aléas de l'installation dans la vie passés, les conditions de vie



des femmes moins inscrites dans le travail se détériorent-elles plus vite ?

Pour suggérer des interprétations permettant de comprendre ces différents niveaux de surdéclaration féminine, nous allons dans un premier stade gommer les différences selon l'âge et le sexe dont nous avons vu qu'elles sont loin d'être négligeables. Nous allons procéder à l'aide d'indices dits « à âges comparables », qui ont l'avantage de permettre de raisonner sur des groupes dont les proportions selon l'âge sont constantes. Ainsi, nous pourrions mieux observer l'influence sur la souffrance de facteurs tels les maladies, les handicaps ou le chômage, en faisant abstraction des effets indirects qui s'expriment à travers leurs corrélations avec ces variables clés que sont l'âge et le sexe.

La douleur accompagne la maladie et le handicap

Nous savons tous qu'être malade fait le plus souvent souffrir. Il est, en outre, connu depuis longtemps que les femmes déclarent un plus grand nombre de maladies chroniques que les hommes. Des travaux récents de l'Insee et du Credes ont montré notamment que : « À de rares exceptions près, comme la pathologie respiratoire, les maladies de l'oreille et les traumatismes, toutes les maladies sont, à des degrés divers, plus fréquemment déclarées par les femmes » [1]. Ne peut-on trouver là l'origine de leurs déclarations de souffrance plus fréquentes ?

La douleur physique augmente avec la maladie et le handicap pour les hommes comme pour les femmes

Les interviewés du Baromètre santé 2000 ont aussi été interrogés sur la présence éventuelle d'une maladie chronique et d'un « handicap physique qui atteint le corps et limite son fonctionnement ». Ces déclarations sont faites dans le cadre général de l'enquête et sont donc indépendantes du questionnement sur les douleurs. Ces statistiques nous permettent d'évaluer les poids respectifs de la maladie et du handicap dans le degré de souffrance. La Fi-

gure 6 montre ainsi que, pour les femmes comme pour les hommes, la proportion de personnes qui déclarent souffrir augmente régulièrement avec le nombre de maladies et avec la situation de handicap. Si nous comparons des populations ayant une distribution d'âges semblable, nous pouvons constater, pour les femmes par exemple, que les déclarations de douleur physique sont, comme il va de soi, de plus en plus fréquentes quand l'état de santé se dégrade. Les femmes qui ne font état ni de maladie ni de handicap sont 12 % de moins que la moyenne de la population à déclarer une douleur physique. En revanche, elles sont 34 % de plus à ne mentionner qu'une seule maladie, 70 % davantage pour deux maladies ou plus, 74 % de plus si elles citent un handicap seulement, et 112 % de plus (soit l'indice 212) si elles déclarent à la fois un handicap et au moins une maladie chronique. Pour les hommes, les déclarations de douleur physique sont aussi plus fréquentes en présence d'une maladie chronique ou d'un handicap, mais elles partent d'un niveau plus faible et restent toujours à une fréquence moins élevée que pour les femmes (de 1,2 à 1,3 fois moins). Dans la mesure où la différence des distributions d'âge a été neutralisée par le recours à des indices à âge comparable, ce fait semble montrer que la surdéclaration de douleur physique par les femmes s'explique aussi par d'autres phénomènes.

La douleur morale augmente bien plus rapidement avec la maladie et le handicap pour les femmes que pour les hommes

La Figure 7 dans laquelle sont comparées les distributions des indices de douleur morale pour les femmes et pour les hommes, montre des évolutions largement différentes. Certes, les hommes ayant fait état d'un handicap ou de maladies souffrent plus que ceux qui n'en ont pas déclaré (respectivement 1,4 et 1,7 fois plus, si nous considérons les indices à âges comparables). Mais les femmes souffrent davantage en présence de handicap ou de maladie chronique (respectivement 2,4 et 1,9 fois plus).



Figure 6

Douleur physique selon le nombre de maladies et le handicap

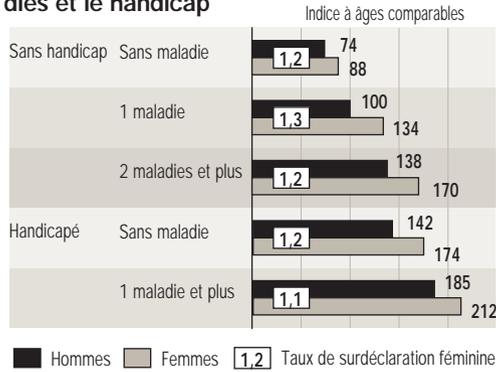
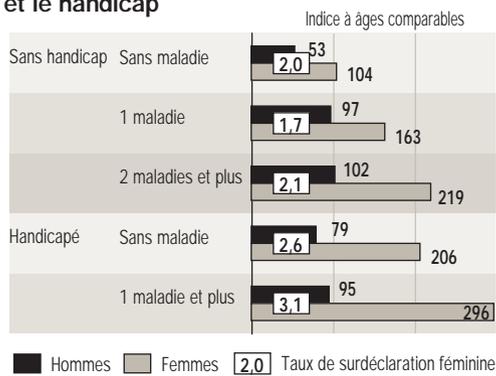


Figure 7

Douleur morale selon le nombre de maladies et le handicap



Au total, quand nous observons les variations de la surdéclaration de douleur par les femmes (Figures 6 et 7), nous constatons une nette différence entre les deux types de douleur. Pour la douleur physique, la surdéclaration féminine est peu sensible à la présence de maladie ou de handicap (le rapport entre les indices varie entre 1,2 et 1,3) ; en revanche, pour la douleur morale, la surdéclaration augmente fortement avec le handicap, en l'absence de maladie chronique, et encore plus en sa présence (le rapport des indices passant respectivement de 2,0 à 2,6 et 3,1 fois plus).

Si nous quittons le terrain global, l'examen des différences entre les situations des femmes et des hommes face à quelques cas de maladies chroniques nous permet de mieux approcher leur vécu concret de la douleur. Dans le *Tableau II*, nous nous sommes limités aux douze maladies et aux trois handicaps déclarés en nombre suffisant pour permettre une évaluation statistiquement significative des taux de douleur et de la différence entre hommes et femmes.

Neuf maladies chroniques et trois handicaps physiques sont associés à des taux de déclaration féminine de douleur morale significativement supérieurs aux taux masculins. Certes, il ne s'agit là que d'associations, dont nous savons qu'elles n'ont pas forcément de signification causale dans la mesure où elles peuvent recouvrir d'autres facteurs ou d'autres combinaisons de facteurs qui, elles, correspondraient aux véritables causes. Il peut être néanmoins utile de les souligner. De même, nous pouvons remarquer que nous retrouvons, parmi ces maladies, celles qui sont associées avec les taux les plus élevés de douleur physique ou morale (marqués en gras dans le *Tableau II*). Inversement, il est intéressant de noter que d'autres maladies correspondant à des taux de douleur plus faibles ne sont pas associées à des différences significatives de déclarations de souffrance entre femmes et hommes, bien qu'elles aient fait l'objet de citation par un nombre non négligeable de personnes interviewées. Il s'agit des affections suivantes, par ordre de citation décroissant (avec entre parenthèses le nombre de personnes concernées et les taux de déclaration de douleur physique et morale) :

- l'hypertension (498 ; 32,5 % ; 4,9 %) ;
- le diabète (257 ; 33,8 % ; 7,2 %) ;
- les troubles de l'appareil cardio-vasculaire (112 ; 39,4 % ; 8,1 %) ;
- les troubles psychiques (112 ; 51,9 % ; 30,0 %) ;
- les affections de l'appareil cutané (82 ; 30,5 % ; 16,6 %) ;
- le cancer (66 ; 45,2 % ; 14,7 %) ;
- les troubles de l'appareil neurologique (66 ; 41,1 % ; 10,4 %).

Tableau II

Proportion de douleur et surdéclaration féminine de la douleur selon douze maladies chroniques et trois handicaps

	Effectif	Avoir souffert d'une douleur difficile à supporter (en %)		Surdéclaration féminine de douleur	
		physique	morale	physique	morale
ORL	88	38,8	9,0	1,8*	23,8**
Troubles de l'appareil endocrinien	130	56,3	7,9		9,0 [◇]
Troubles de l'appareil digestif	166	56,3	7,9		8,1**
Migraine	77	80,5	12,5		5,3 [◇]
Problèmes articulaires	351	65,8	8,9		3,1 [◇]
Maladie cardiaque	209	45,1	6,1	1,5**	3,1**
Troubles de l'appareil locomoteur	137	69,1	8,9	1,3 [◇]	2,8 [◇]
Hypercholestérolémie	257	37,5	6,6		2,4*
Maladies respiratoires	175	45,2	12,6		1,5*
Asthme	425	39,1	8,9	1,9***	
Troubles du système urinaire	63	48,5	3,4	1,6*	
Troubles du système immunitaire	172	37,2	7,4	1,4*	
Handicap					
de l'audition	57	29,8	11,1		7,6*
de la vision	198	32,0	5,5		3,6 [◇]
de l'appareil locomoteur	1 131	58,8	10,2	1,1**	3,1***

◇ : p<0,1. * : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001.

Le tableau est ordonné selon le niveau décroissant de surdéclaration féminine de la douleur morale.

Ainsi, même si les affections touchant le psychisme font plus l'objet de déclaration par les femmes, elles ne sont pas associées avec des déclarations de souffrance plus fréquentes, ce qui va contre les idées reçues en la matière. En définitive, si le Baromètre santé 2000 permet bien de mesurer en quoi la maladie et le handicap sont associés à la souffrance, il nous montre que, là encore, les explications des différences entre les femmes et les hommes n'en découlent pas aussi simplement.

La douleur augmente avec le nombre de consultations médicales

De nombreuses études statistiques ont également montré que les femmes consultent un médecin bien plus fréquemment que les hommes. Les données du Baromètre santé 2000 confirment cette constatation : 60 %

des femmes ont consulté au moins trois fois l'année précédant l'interview contre 46 % pour les hommes (p<0,001)¹. Comme nous pouvions nous y attendre, le nombre de consultations augmente avec l'expérience d'une douleur insupportable. Alors ne faut-il pas voir là une des causes de la surdéclaration féminine ?

Là encore, nous sommes amenés à constater, comme pour le nombre de maladies et de handicaps, que pour chaque classe de consultations, les taux de douleur des femmes tant morale que physique sont supérieurs à ceux des hommes. Comme le nombre de consultations augmente régulièrement avec l'âge (de 36 ans pour l'absence de consultations dans l'année à 48 ans pour ceux consultant plus de douze fois), nous avons encore utilisé des indices à âges comparables des fréquences de douleur

1. Voir aussi le chapitre Consommation de soins et de médicaments.



morale et physique. Les *Figures 8 et 9* montrent à la fois l'augmentation régulière, avec le nombre de consultations de médecins, des indices à âges comparables des douleurs physique et morale, et la permanence de la déclaration plus fréquente des femmes que des hommes.

Nous pouvons noter, de plus, que la surdéclaration féminine de la douleur est plus forte pour les niveaux élevés de consultation : 1,5 pour la douleur physique et 2,2 pour la douleur morale. Ce constat correspond avec notre observation précédente des plus importants niveaux de surdéclaration pour le handicap ou les grands nombres de maladies (qui sont plus souvent associés à des consultations médicales).

Les situations de précarité donnent lieu à des douleurs morales plus fréquentes que les problèmes médicaux

La réalisation d'une enquête auprès de consultants en situation précaire permet néanmoins de nuancer les rôles respectifs des déterminants de la douleur. Cette enquête a été réalisée par le Credes auprès de quarante centres de soins gratuits répartis dans toute la France entre octobre 1999 et avril 2000 [2], donc à la même époque que le Baromètre santé. Elle a permis l'interrogation, par des médecins et des personnels travaillant dans ces centres, de 590 personnes en situation de précarité. Parmi les questions qui leur ont été posées, plusieurs concernant la douleur comportaient des termes identiques à celles posées par le Baromètre santé² : la première demandait si la personne avait, au cours des douze derniers mois, souffert « d'une douleur difficile à supporter », « une fois », « plusieurs fois » ou « non ». Quand nous observons les réponses de ces personnes en situation généralement très précaire, nous consta-

2. Cette coïncidence n'est pas le résultat du hasard. Elle résulte d'un accord passé entre le CFES et le Credes concernant la passation de questions sur la douleur dont les termes seraient semblables, afin de permettre une comparaison.

Figure 8

Douleur physique selon le sexe et le nombre de consultations de médecins généralistes dans l'année

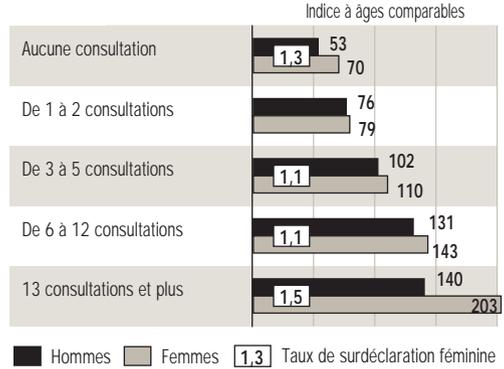
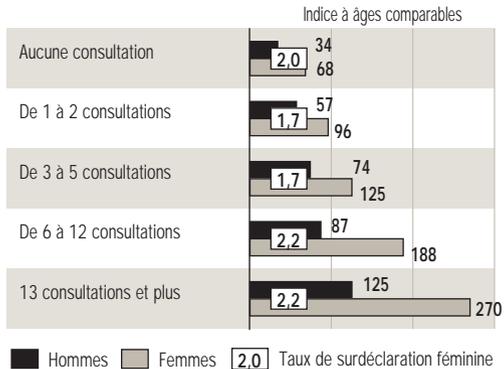


Figure 9

Douleur morale selon le sexe et le nombre de consultations de médecins généralistes dans l'année



tons que la privation de ressources semble être un déterminant de la douleur au moins aussi important que la maladie ou le handicap en population générale.

La situation de précarité est associée à une fréquence de la douleur équivalente à celle correspondant à deux maladies chroniques

Pour comparer les réponses des deux échantillons, il nous a fallu recourir à des



Douleur

approximations importantes. Une fois les différences de composition par âge et sexe neutralisées en affectant à chaque personne un poids identique dans les deux populations, nous avons dû supposer que les maladies en population générale et en population précaire étaient saisies au même stade évolutif, hypothèse très hasardeuse dans la mesure où les personnes démunies retardent souvent le moment d'aller consulter. Quoi qu'il en soit, en réalisant une telle approximation, nous constatons que 61 % de l'échantillon de personnes en situation de précarité déclarent, globalement, avoir souffert d'une douleur insupportable au moins une fois dans l'année. Cela signifie que la fréquence de la douleur parmi les consultants de centres de soins gratuits est 1,9 fois plus importante qu'en population générale. Cette fréquence correspond, en population générale, au niveau de la douleur des personnes souffrant de deux maladies chro-

niques ou ayant consulté huit fois au moins l'année précédente (comparaisons valables si nous considérons des populations semblables en fonction des distributions selon l'âge). Or, l'échantillon de personnes en situation précaire a des motifs de recours aux soins en moyenne beaucoup moins graves que le niveau correspondant à deux maladies chroniques.

Nous avons pu comparer les diagnostics formulés par les médecins des centres de soins gratuits avec les diagnostics de l'enquête IMS-France réalisée auprès de médecins généralistes et spécialistes en population générale. Le *Tableau III* résume les résultats principaux d'une telle comparaison. Nous constatons que, à âges et sexes comparables, les motifs de recours aux soins significativement plus fréquents dans les centres de soins gratuits qu'en médecine de ville sont les problèmes dermatologiques, neurologiques et ophtalmologiques, ainsi

Tableau III

Fréquence des différents motifs de recours aux soins parmi les personnes en situation de précarité (enquête CreDES) rapportées aux fréquences en population générale (pour l'activité des généralistes et des spécialistes)

	Avec standardisation		Sans standardisation	
	Ratio des fréquences standardisées	Intervalle de confiance ±	Ratio des fréquences brutes	Intervalle de confiance ±
Neurologie	2,61	1,20	2,30	0,26
Dermatologie	2,38	1,08	1,98	0,23
Ophtalmologie	2,34	0,95	1,50	0,23
Appareil digestif	2,04	0,78	2,11	0,20
Psychiatrie	1,96	0,51	2,54	0,13
Appareil locomoteur	1,56	0,50	1,21	0,17
Génito-urinaire et obstétrique	1,39	0,54	1,16	0,27
Endocrino-métabolique	1,21	0,54	0,80	0,27
ORL et pneumologie	0,82	0,22	1,18	0,15
Cardio-vasculaire	0,74	0,29	0,35	0,22
Oncologie, hématologie, pathologie infectieuse spécifique	0,35	0,19	0,41	0,41
Autres motifs	0,27	0,12	0,24	0,24

Lecture : les motifs de recours aux soins pour des problèmes de neurologie sont, pour des périodes de consultation et des zones d'habitat analogues, 2,3 plus fréquents dans les centres de soins gratuits qu'en médecine de ville (compris entre 2,04 et 2,56 avec 5 % de risque d'erreur). Mais, si nous considérons des populations de patients d'âges et sexes comparables, les personnes démunies consultent 2,6 fois plus souvent pour ce motif qu'en population générale.



que de manière peut-être légèrement moins marquée les troubles mentaux, les affections de l'appareil digestif et de l'appareil locomoteur (cette dernière catégorie incluant les traumatismes). Cet excès de fréquence se fait au détriment des recours, soit pour problèmes d'onco-hématologie ou de pathologie infectieuse spécifique, soit pour d'« autres motifs » (ces derniers comprenant en particulier la prévention à laquelle ont très peu recours les personnes en situation précaire).

En revanche, on ne retrouve pas de différence significative pour ce qui concerne les affections respiratoires (ORL et pneumologie), cardio-vasculaires, endocrino-métaboliques et les problèmes génito-urinaires et obstétricaux. Au total, si nous avons en tête que les problèmes mentaux sur-représentés sont bénins une fois sur deux, l'état de santé des consultants de centres de soins gratuits n'est pas, le plus souvent, très préoccupant ; il est loin, en tout cas, de correspondre à la situation de morbidité notable associée à une surdéclaration comparable de la douleur (deux maladies chroniques dans les Figures 6 et 7). Ceci nous permet de supposer que la plus grande fréquence de leurs déclarations de douleur correspond davantage à leurs conditions de vie précaires qu'à la déficience de leur état de santé sur le plan somatique.

Parmi les précaires, certaines situations exposent plus à la douleur (enquête CreDES)

Quand les conditions de vie sont difficiles, la surdéclaration féminine de la douleur est moins importante. C'est la conclusion que nous sommes conduits à tirer du constat de la non-significativité de la différence des taux de douleur entre hommes et femmes sur l'échantillon des 590 consultants de soins gratuits. En revanche, si nous considérons les diverses modalités de déclaration d'une telle douleur, nous trouvons des différences significatives : les femmes déclarent plus souvent que les hommes avoir souffert plusieurs fois l'année précédente (40 % vs 32 % ; $p < 0,05$), mais moins souvent n'avoir

souffert qu'une fois (valeurs que nous pouvons comparer avec les évaluations du Baromètre santé 2000 pour la population générale, respectivement 26 % et 18 %).

Si la situation administrative est importante, la nationalité, elle, n'est pas associée à des inégalités statistiquement significatives des taux de douleur. Près de la moitié (48 %) de l'échantillon de consultants de soins gratuits est de nationalité étrangère et leur taux de douleur n'est en effet pas significativement différent de celui des Français. Mais, parmi ces derniers, 39 % étaient sans papiers ou en situation irrégulière sur le plan administratif. Nous avons constaté que ces personnes dans une situation plus précaire sur le plan administratif déclarent moins fréquemment (pour 54 %) avoir vécu une douleur insupportable que les consultants en règle ou français (respectivement 64 %, avec $p < 0,07$, compte tenu des plus faibles effectifs).

Nos exploitations de l'enquête Précalog du CreDES [3] nous incitent à penser que ces différences renvoient aux modes de précarisation particuliers des étrangers : en bonne santé physique et psychique dans leurs pays d'origine, ils se sont trouvés vivre dans des conditions très précaires depuis peu de temps, essentiellement du fait de leur mode d'entrée en France. De ce fait, ils sont moins vulnérables aux agressions de leur vie quotidienne que les Français davantage marqués par leur vie antérieure et éprouvent moins de douleur morale ou physique.

La liaison de la douleur avec le souvenir des problèmes de l'enfance

Enfin, la dimension qui semble la plus déterminante des déclarations de douleur est le souvenir de problèmes familiaux graves durant l'enfance. Les personnels des centres de soins gratuits ont soumis aux consultants une liste de « douze problèmes graves ou difficultés importantes » qu'ils avaient pu connaître avant l'âge de 18 ans et dont ils avaient gardé le souvenir¹. Dans l'échan-

1. Le questionnaire donnait une liste de douze problèmes et permettait plusieurs réponses simultanées : graves problèmes de santé, décès du père, maladie, handi-



tillon de personnes précaires pondéré avec les distributions d'âge et de sexe du Baromètre santé 2000, 71 % avaient déclaré au moins un souvenir de problème grave avant leurs 18 ans, dont 22 % un seul, 18 % deux, et 31 % trois et plus. Deux résultats significatifs apparaissent nettement concernant les liens des déclarations de douleur avec le souvenir de problèmes graves :

- une croissance régulière des déclarations de douleur avec le nombre de souvenirs graves de l'enfance, de 41 % pour aucun problème à respectivement 56 %, 71 % et 78 % pour un, deux et trois problèmes ($p < 0,001$) ;
- une surdéclaration féminine de la douleur pour les 49 % de consultants se souvenant d'au moins deux problèmes graves avant leur 18 ans : 85,4 % des femmes déclarant alors une douleur insupportable dans les douze mois contre 71,5 % pour les hommes, soit 1,2 fois plus ($p < 0,02$).

Les distributions synthétisant les deux dimensions de surdéclaration féminine de la douleur et du rôle des souvenirs de problèmes familiaux graves durant l'enfance ($p < 0,001$) sont présentées dans la *Figure 10*. Il est frappant de constater que la sensibilité féminine à la douleur semble accompagner l'expérience de problèmes juvéniles, alors qu'au contraire, l'absence de cette expérience semble se traduire par une plus grande réactivité relative des hommes, quand ils vivent une situation précaire.

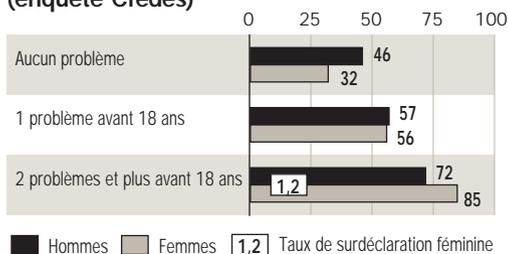
Les facteurs de précarité augmentent la fréquence de la douleur morale

Dans le Baromètre santé 2000 aussi plusieurs indicateurs permettent d'approcher les dimensions de la précarité des situations individuelles. Il nous est ainsi possible de mettre en évidence, pour la population des

cap ou accident grave du père, décès de la mère, maladie, handicap ou accident grave de la mère, séparation ou divorce des parents, graves dispute ou mésentente entre les parents, conflits ou disputes graves avec vos parents, un grand manque d'affection, une situation matérielle difficile, des événements graves liés à la guerre, d'autres événements.

Figure 10

Douleur insupportable parmi les personnes en situation de précarité selon le sexe et les problèmes familiaux connus avant 18 ans (enquête CreDES)



ménages ordinaires, les liaisons de la précarité avec les sentiments de douleur des personnes. Afin de rendre plus claire la comparaison avec l'échantillon de personnes démunies, nous nous restreignons maintenant aux seuls adultes âgés de plus de 18 ans.

Le manque de ressources financières augmente la fréquence des déclarations de douleur

Au niveau des ménages, tout d'abord, le niveau des revenus perçus l'année précédant l'enquête permet d'évaluer la faiblesse des ressources, pour autant qu'ils soient divisés par le nombre de personnes qui y ont recours pour leurs divers besoins. Pour ce faire, nous avons recours à la convention internationale dite des « unités de consommation » (UC)¹ et l'indicateur utilisé est le revenu total du ménage par unité de consommation. Lorsque nous étudions les distributions des douleurs physique et morale selon une échelle en trois classes des ressources monétaires, nous obtenons les deux graphiques de la *Figure 11*.

La fréquence de la douleur décroît quand le niveau des ressources augmente, tant pour la douleur physique que morale, d'un côté,

1. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.



et pour les hommes comme pour les femmes de l'autre côté. Là encore, nous constatons que, dans toutes les situations, les femmes déclarent plus de douleur que les hommes. De plus, les taux de surdéclaration féminine diminuent aussi quand les ressources du ménage augmentent : pour la douleur morale, il décroît nettement de la classe des revenus minimaux aux maximaux (de 2,3 à 1,7), et plus faiblement pour la douleur physique (de 1,3 à 1,2).

Le chômage et l'insatisfaction professionnelle contribuent fortement à la douleur

Dans son livre *Souffrances en France*, le psychiatre C. Dejours a proposé de mettre en relation les niveaux de souffrance avec les caractères des situations professionnelles et, en particulier, avec la satisfaction au travail [4]. Le Baromètre santé 2000 permet de tester la pertinence de telles hypothèses car il comporte une question sur le degré de « satisfaction dans l'exercice de la profession ». Nous constatons, comme dans *Souffrances en France*, une association de la fréquence de la douleur avec la satisfaction découlant de l'exercice de sa profession : quand celle-ci diminue, la douleur morale augmente très nettement ($p < 0,001$ pour les deux sexes), mais la douleur physique ne s'accroît clairement que pour les femmes ($p < 0,001$).

Dans la Figure 12, nous pouvons constater que, tout comme l'absence de satisfaction retirée de la profession, la situation de chômage est également associée à une plus grande fréquence de la douleur morale. Mais, paradoxalement, lorsque les satisfactions tirées du travail sont moins présentes, les situations des femmes et des hommes se rapprochent : le taux de surdéclaration féminine d'une douleur morale n'est plus que de 1,1 pour les personnes au chômage, alors qu'il se monte à 2,6 pour les femmes en activité et qui sont très satisfaites de l'exercice de leur profession. Nous confirmerons plus loin ce plus fort rôle protecteur du travail pour les hommes quand nous effectuerons des analyses multivariées.

Figure 11

Douleur selon le sexe et le revenu mensuel par unité de consommation

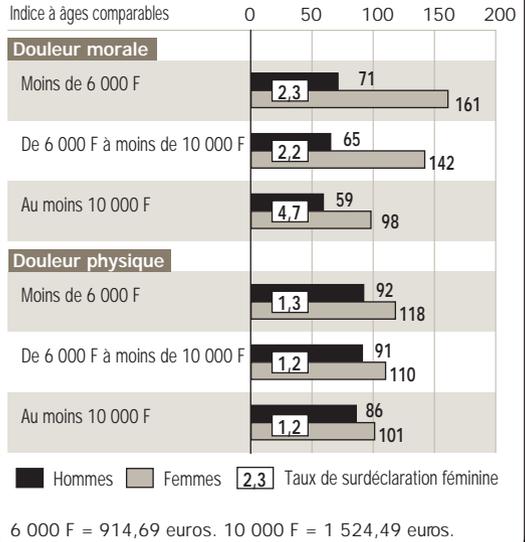
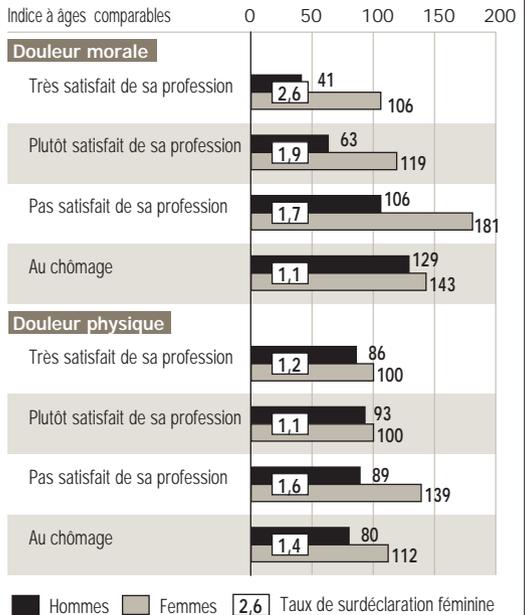


Figure 12

Douleur selon le sexe et la satisfaction dans la profession





De plus, si nous distinguons les différents statuts du travail, nous pouvons remarquer qu'être satisfait de son travail protège davantage les hommes de la douleur morale lorsqu'ils sont salariés dans le privé que dans le public et davantage encore que lorsqu'ils sont indépendants : les estimations des indices correspondants de douleur morale à âges comparables étant respectivement de 27, 50 et 58 pour les hommes, vs 104, 113 et 57 pour les femmes ($p < 0,001$ pour les salariés de tout sexe, $p < 0,05$ pour les hommes indépendants et $p < 0,08$ pour les femmes indépendantes).

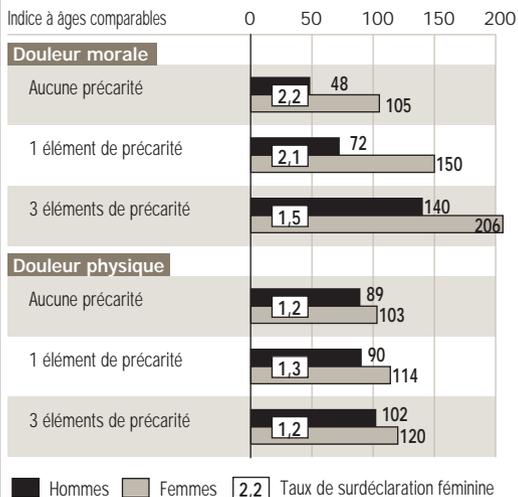
Le cumul des facteurs de précarité accroît encore la fréquence des douleurs morale et physique

Que se passe-t-il si nous combinons diverses dimensions de la précarité ? Pour en avoir une première idée simple, nous pouvons utiliser l'indice de cumul des précarités, défini en combinant trois indicateurs : la situation de chômage, la limitation des ressources (revenu par UC inférieur à 6 000 francs), et un indicateur de « précarité affective » correspondant aux positions d'isolement ou de rupture de couple (pour plus de détail sur l'indice de cumul, voir le chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans). Nous observons, comme nous pouvions nous y attendre, une croissance régulière des indices de douleur avec le degré de précarité, toutefois bien plus nette pour la douleur morale que pour la physique (Figure 13).

Nous remarquons, de plus, que les fréquences de déclaration de douleur des femmes sont pratiquement toujours supérieures à celles des hommes, à l'exception du petit nombre de personnes déclarant à la fois les trois formes de précarité (0,8 % de l'échantillon, qui correspond aux différences faiblement significatives entre les indices des hommes et des femmes : 3,2 fois la douleur morale des uns contre 1,9 pour les femmes ($p < 0,27$) et 0,9 contre 1,7 ($p < 0,07$)). Il faut noter néanmoins que, à mesure que la situation des hommes se trouve plus précaire, la surdéclaration féminine de la douleur s'atténue, plus significativement pour la douleur

Figure 13

Douleur selon le sexe et le cumul des dimensions de la précarité



morale (passant de 2,2 à 2,1, puis 1,5) que pour la douleur physique (où elle passe de 1,2 à 1,3, puis 1,2). C'est un tel constat que nous allons retrouver dans l'analyse multivariée qui va suivre : les situations de travail salarié et de vie en couple y apparaissent comme les éléments majeurs qui protègent de la douleur, et ceci bien davantage pour les hommes que pour les femmes.

L'intégration dans une famille et dans le travail préserve plus les hommes de la douleur

Que constatons-nous lorsque, pour étudier le rôle des caractères de la situation familiale des personnes, nous les combinons avec les différents déterminants de la douleur que nous venons de passer en revue séparément ? Nous sommes d'abord conduits à relativiser le rôle de la maladie et du handicap. Même si ces deux déterminants restent les plus importants pour la douleur physique, leurs poids apparaissent plus faibles pour la douleur morale que les contributions correspondant aux caractères familiaux ou professionnels.



Pour effectuer de telles analyses multidimensionnelles, nous avons eu recours à des régressions logistiques déterminant les contributions d'une dizaine de variables explicatives aux probabilités de déclarer une douleur morale ou, respectivement, une douleur physique. Pour prendre en compte les éventuels problèmes d'interaction, les régressions logistiques sont réalisées séparément pour les hommes et pour les femmes. Le choix des variables est important et conditionne la nature des associations qui sont mises en évidence. Les modèles présentés ici prennent en compte six types de variables :

- deux caractères sociodémographiques : l'âge et le sexe ;
 - deux caractères de santé combinés selon quatre modalités : l'absence de maladie et de handicap, la présence seulement d'au moins une maladie chronique, la présence seulement d'au moins un handicap, la présence conjointe d'au moins une maladie et d'au moins un handicap ;
 - un indicateur du niveau de revenu du ménage : trois classes de revenus par unité de consommation et une classe de refus de répondre sur les revenus ;
 - un indicateur de la situation familiale de la personne en sept modalités construites à partir de la combinaison des caractères de vie seul ou en couple, du statut matrimonial et de la présence d'enfant dans le ménage ;
 - un des deux indicateurs de la situation au travail : le statut vis-à-vis de l'emploi (salarial public ou privé, indépendant, chômage, situation d'inactivité) ou la satisfaction retirée de l'exercice de la profession (en quatre modalités) ;
 - deux variables indicatrices du statut social et culturel, la catégorie socioprofessionnelle de la personne en sept modalités synthétiques, son niveau de diplôme en cinq niveaux.
- Lorsque nous prenons en compte en même temps les contributions de tous ces déterminants aux déclarations de douleur des personnes, nous constatons que certains facteurs apparaissent comme peu significatifs et d'autres comme beaucoup plus importants : l'état de santé, évidemment, les situations familiale et professionnelle. Mais,

dans tous les cas, le sexe est toujours une variable fortement significative. D'où, afin de mieux mettre en évidence les différences entre femmes et hommes, la réalisation de quatre modèles séparés, deux pour les déclarations de douleur des femmes et deux pour les déclarations des hommes. Nous avons ainsi pu mettre en regard la hiérarchie des contributions des facteurs, telles qu'elles sont estimées dans chacun des quatre modèles, lesquels ont été spécifiés d'une façon identique¹.

Certaines associations de la maladie et du handicap à la douleur sont à relativiser

Dans les *Tableaux IV et V*, nous présentons donc face-à-face les contributions aux déclarations de douleur morale puis physique des femmes et des hommes, pour chacune des modalités des quatre variables les plus significatives. Nous constatons dans le *Tableau IV* que la probabilité² de connaître une douleur morale augmente davantage pour les femmes en cas de handicap et plus pour les hommes en cas de maladie chronique. D'autre part, nous pouvons relativiser ces accroissements de risques en constatant que, bien qu'importants, ils sont inférieurs aux surcroits de probabilité associés soit aux situations de solitude, soit aux situations d'inactivité professionnelle.

Par exemple, chez les hommes, la déclaration d'une maladie chronique est associée à une multiplication par 2,2 du risque de déclarer une douleur morale. Cette augmentation est équivalente à celle associée aux

1. Nous conservons toujours la même version du modèle, pour les deux sexes et les deux types de douleur, afin de pouvoir comparer de mêmes associations dites « toutes choses égales par ailleurs compte tenu des variables de référence ». En effet, éliminer les variables dont les contributions paraissent faibles, le statut social ou le niveau de diplôme par exemple, conduirait à de nouvelles solutions d'équilibre qui pourraient être très différentes dans la mesure où les effets indirects associés sont essentiels même si leurs effets directs paraissent non significatifs.

2. Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, on trouvera dans les chapitres une interprétation de l'odds ratio en terme de « risque », de « chance » ou de « probabilité » (cf. chapitre Présentation des termes statistiques).

situations de chômage ou d'inactivité professionnelle (risque respectivement multiplié par 2,0 et 2,4), mais elle est inférieure à celle qui correspond à la solitude familiale (risque multiplié de 3,2 à 4,3 selon qu'il y a eu ou non une rupture conjugale antérieure). Pour les femmes, l'augmentation du risque de douleur morale associée à la maladie chronique (multiplication de la probabilité par 1,7) est équivalente à celle correspondant à la classe des plus faibles revenus ; elle est supérieure à l'accroissement du risque associé aux situations de solitude (allant d'un facteur 1,5 à 1,6), mais elle est inférieure à celui associé aux suites d'une rupture conjugale lorsque l'on vit en couple (multiplication par 2,3).

Pour la douleur physique, les associations avec la situation familiale des individus sont moins importantes (Tableau V). Par rapport à la situation de célibataire vivant seul, les modalités de vie en couple sont liées pour les hommes à des accroissements significatifs de risque de douleur physique, mais moins nettement pour les femmes. Pour ces dernières, c'est la vie seule après une rupture qui accroît plus clairement le risque de douleur physique. La présence d'au moins une maladie chronique et celle d'un handicap restent donc les déterminants principaux de la douleur physique (entraînant des multiplications de 2 à 6 du risque de souffrir).

Dans la mesure où les régressions logistiques sont effectuées en considérant ces

Tableau IV

Régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré une douleur morale difficile à supporter au cours des douze derniers mois

	Femmes		Hommes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
État de santé				
Ni maladie, ni handicap	1		1	
Au moins une maladie chronique	1,7***	1,4-2,2	2,2***	1,5-3,0
Au moins un handicap	2,0***	1,4-2,7		
Au moins une maladie et un handicap	3,3***	2,4-4,5	1,8*	1,1-3,2
Situation matrimoniale				
Marié une seule fois	1		1	
En couple après une rupture	2,3**	1,3-4,1		
Seul avec au moins un enfant	1,5**	1,1-2,1	3,2**	1,4-7,5
Seul et célibataire	1,5*	1,1-2,1	3,3***	2,2-5,0
Seul après une rupture	1,6**	1,1-2,4	4,3***	2,6-7,3
Situation professionnelle				
Emploi salarié	1		1	
Au chômage			2,0**	1,3-3,3
N'exerce pas de profession			2,4*	1,3-4,7
Revenu mensuel du ménage par UC^{a, b}				
Au moins 10 000 F	1		1	
De 6 000 F à moins de 10 000 F	1,5**	1,1-2,0		
Moins de 6 000 F	1,7***	1,3-2,3		

* : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001. Les résultats non significatifs au seuil de 10 % ne sont pas présentés.

Lecture : par rapport au cas d'une femme mariée une seule fois, la probabilité qu'une femme déclare avoir souffert d'une douleur morale difficile à supporter est multipliée en moyenne par un facteur 2,3 (compris entre 1,3 et 4,1 avec 5 % de risque d'erreur) quand elle revit en couple après un divorce ou un veuvage.

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

b. Attention, le niveau de revenu de référence est le plus élevé, c'est-à-dire supérieur ou égal à 10 000 F.



deux facteurs comme constants, les associations avec les classes d'âge prennent une signification particulière. Si les femmes de 20 à 44 ans ont une probabilité de déclarer une douleur physique de 1,4 à 1,8 fois plus importante que celles de 55 à 75 ans, cela signifie qu'à niveau équivalent de maladie et handicap, les plus âgées se plaignent moins. Pour les hommes, la seule différence concerne les hommes de 26 à 34 ans qui, à nombre de maladies et handicaps comparable, se plaignent davantage de douleur physique que les plus âgés. Nous pouvons enfin noter les associations

des plus grandes propensions à déclarer des douleurs physiques avec les niveaux de diplôme moyens, le baccalauréat pour les femmes et le niveau brevet pour les hommes.

Le rôle protecteur de la vie en famille et de la situation dans l'emploi

Si nous modifions la situation de référence par rapport à laquelle nous évaluons les variations des probabilités de déclarer des douleurs, nous obtenons des associations mettant en évidence, non pas des augmentations du risque (traduites dans des OR > 1), mais plutôt des diminutions associées à

Tableau V

Régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré une douleur physique difficile à supporter au cours des douze derniers mois

	Femmes		Hommes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
État de santé				
Ni maladie, ni handicap	1		1	
Au moins une maladie chronique	2,3***	2,0–2,6	1,8***	1,5–2,2
Au moins un handicap	3,4***	2,8–4,2	2,6***	2,1–3,2
Au moins une maladie et un handicap	5,9***	4,7–7,4	5,0***	4,0–6,4
Situation matrimoniale				
Seul et célibataire	1		1	
Marié une seule fois			1,3*	1,0–1,6
En couple non marié	1,2 [◇]	1,0–1,6	1,4*	1,1–1,8
En couple après une rupture	1,5 [◇]	1,0–2,3	1,5 [◇]	1,0–2,4
Seul avec au moins un enfant	1,5 [◇]	1,1–1,7		
Seul après une rupture	1,3*	1,0–1,8	1,4 [◇]	1,0–2,0
Âge				
55-75 ans	1		1	
20-25 ans	1,8***	1,3–2,4		
26-34 ans	1,5**	1,1–1,9	1,3*	1,0–1,8
35-44 ans	1,4**	1,1–1,8		
Niveau de diplôme				
Études supérieures	1		1	
Encore scolarisé			1,7**	1,2–2,5
Sans diplôme, CEP				
Brevet, CAP			1,3**	1,1–1,5
Baccalauréat	1,2*	1,0–1,5		

[◇] : p < 0,1. * : p < 0,05. ** : p < 0,01. *** : p < 0,001. Les résultats non significatifs au seuil de 10 % ne sont pas présentés.

Lecture : par rapport au cas sans maladie ni handicap, la probabilité qu'une femme déclare avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter est multipliée en moyenne par un facteur 2,3 (compris entre 2,0 et 2,6 avec 5 % de risque d'erreur) quand elle a au moins une maladie chronique et pas de handicap alors que, dans la même situation, la probabilité de douleur physique d'un homme est multipliée par un facteur 1,8.



Douleur

certaines caractéristiques (OR<1), lesquelles peuvent être interprétées comme jouant un « rôle protecteur ». Cette modification de perspective est particulièrement éclairante pour les déterminants de la douleur morale¹. Ainsi, dans le *Tableau VI*, au lieu de montrer que la solitude et la rupture sont associées à de plus grands risques de déclarer une

1. Il faut noter que, dans une telle modification où nous conservons le même modèle, il n'y a pas de modification de la significativité des diverses variables prises en compte. Ceci signifie que nous obtenons la même estimation du modèle « toutes choses égales par ailleurs concernant les facteurs considérés », seules certaines modalités étant déplacées afin de mieux mettre en évidence certaines associations.

douleur (OR ajusté variant de 1,5 à 4,3) que la vie en couple, nous mettons en évidence le fort caractère protecteur du fait de vivre en couple, soit marié (OR ajusté = 0,2 pour les hommes ou 0,6 pour les femmes, correspondant à une division du risque par respectivement 5 ou 1,7), soit non marié (OR ajusté = 0,3 ou respectivement 0,5) par rapport à la situation de solitude après une rupture. Cet exercice est particulièrement éclairant si nous restons attentifs aux différences entre femmes et hommes. Pour un homme, les situations associées aux plus fortes protections contre le risque de douleur morale sont celles de la vie en couple marié (risque divisé

Tableau VI

Régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré une douleur morale difficile à supporter au cours des douze derniers mois. Présentation sous la forme d'une réduction des risques (facteurs « protecteurs »)

	Femmes		Hommes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
État de santé				
Au moins une maladie et un handicap	1		1	
Ni maladie, ni handicap	0,3**	0,2–0,4	0,5*	0,3–0,9
Au moins une maladie chronique	0,5**	0,3–0,7		
Au moins un handicap	0,6*	0,4–0,9		
Situation matrimoniale				
Seul après une rupture	1		1	
Marié une seule fois	0,6**	0,4–0,8	0,2***	0,1–0,4
En couple non marié	0,5*	0,3–0,9	0,3***	0,1–0,5
En couple avec enfant après une rupture			0,4 [◇]	0,2–1,0
Satisfaction professionnelle				
Pas satisfait	1		1	
Plutôt satisfait	0,6*	0,4–0,9	0,6**	0,4–0,9
Très satisfait	0,5**	0,4–0,8	0,4***	0,2–0,6
Inactif	0,6*	0,4–0,9		
Revenu mensuel du ménage par UC^{a, b}				
Moins de 6 000 F	1		1	
De 6 000 à moins de 10 000 F				
Au moins 10 000 F	0,6**	0,4–0,8		

[◇] : p<0,1. * : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001. Les résultats non significatifs au seuil de 10 % ne sont pas présentés.

Lecture : par rapport au cas où une femme est seule après une rupture, la probabilité qu'une femme déclare avoir souffert d'une douleur morale difficile à supporter est multipliée par 0,6, soit divisée en moyenne par un facteur 1,7 (compris entre 1,3 et 2,5 avec 5 % de risque d'erreur) quand elle vit dans un premier couple marié alors que, dans la même situation, la probabilité de douleur morale d'un homme est divisée par un facteur 5.

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

b. Attention, le niveau de revenu de référence est le plus élevé, c'est-à-dire supérieur ou égal à 10 000 F.



par 5) ou non marié (division par 3), et celle d'une profession très satisfaisante (division par 2,5), alors que l'absence de maladie chronique et de handicap le protège moins (division par 1,7) et l'absence de maladie ne le protège pas significativement, pas plus que la disposition de revenus élevés. Pour une femme, la hiérarchie des protections est toute autre : l'absence de maladie et de handicap la protège le plus de la douleur morale (risque divisé par 3) et l'absence de maladie chronique diminue son risque de moitié, comme le fait d'être très satisfaite de sa profession ou la vie en couple non marié ; quant à la vie mariée, elle diminue moins son risque de douleur morale (division par 1,7), comme le fait de vivre avec un revenu de la classe maximum ou d'être plutôt satisfaite de l'exercice de sa profession, situations équivalentes de ce point de vue à la position de femme sans emploi quand on les compare à celui où elle n'est pas satisfaite de son travail. Au total, les hommes déclarent ainsi moins fréquemment que les femmes souffrir de douleur morale, principalement parce qu'ils sont davantage protégés par leur vie en couple et aussi parce qu'ils sont plus nombreux qu'elles à être protégés par l'exercice satisfaisant d'une profession (qui protège sensiblement au même niveau 57,9 % des hommes et 46,2 % des femmes). De nombreux autres facteurs générateurs de situations douloureuses à vivre, qui sont eux aussi très différenciés selon le sexe, contribuent à aggraver la vulnérabilité des femmes.

Avant de conclure sur la question des déterminants sexués de la douleur, nous allons examiner deux exemples de facteurs particuliers dont les rôles sont très contrastés : l'un contribue fortement à augmenter les déclarations de douleur des femmes et l'autre favorise, au contraire, l'expression de la douleur par les hommes.

L'expérience de la violence est toujours douloureuse

D'après de nombreuses données d'enquête, les femmes seraient, plus que les hommes,

victimes de violence dans le cadre conjugal¹. Ce phénomène peut-il expliquer une part de la surdéclaration féminine de douleur ?

Les coups ou blessures donnés par autrui

Le Baromètre santé 2000 apporte quelques éléments d'information à propos de la question des violences subies par la population (voir chapitre Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés) : parmi les plus de 18 ans, les hommes déclarent pour 3,3 % avoir été frappés ou blessés par une ou des personnes dans les douze derniers mois, contre respectivement 2,1 % pour les femmes ($p < 0,001$). Toutefois, la question posée n'évoquait pas précisément le cas des violences subies dans le cadre familial. Si bien que, par référence aux statistiques canadiennes, nous pouvons nous demander si la part des femmes adultes déclarant avoir été frappées ou blessées dans l'année n'est pas fortement sous-estimée. Si tel était le cas, une part de surdéclaration de douleur des femmes vivant en couple y trouverait une interprétation.

Quoi qu'il en soit, un élément important demeure : de tels souvenirs de coups ou blessures sont associés avec une augmentation importante de la probabilité d'un souvenir de douleur. Si nous évaluons ces variations de

1. Par exemple, en 1993, Statistique Canada a effectué une enquête sur la violence, qui montre que près d'une femme sur trois au Canada a été victime de violence, tant physique que sexuelle, de la part de son conjoint [5]. Plus de la moitié de ces femmes ont été grièvement blessées. De plus, une étude de 1989 a révélé que la violence conjugale constituait la cause la plus fréquente des blessures dont souffraient les femmes en Amérique du Nord. Plus de femmes se sont rendues aux services d'urgence à la suite de violence conjugale que pour des blessures résultant des causes suivantes réunies : accidents d'auto, vols, vols avec violence et agressions. Même si les hommes peuvent être victimes de violence de la part de leur conjointe, dans près de trois cas de violence familiale sur quatre, il s'agit de violence envers l'épouse, et l'homme n'est la victime que dans moins de 10 % des cas [5]. En revanche, les hommes risquent davantage d'être maltraités par d'autres hommes, ce qui contribue à expliquer qu'au total, ils déclarent plus souvent être victimes de violence que les femmes. Pour des données nationales récentes, se reporter à la dernière enquête de l'Institut de démographie de l'Université de Paris I (Enveff).



fréquence par des indices à âge constant (pour neutraliser en particulier le fait que les victimes de coup sont en moyenne plus jeunes de onze ans), nous constatons que les hommes frappés ou blessés par d'autres personnes déclarent 1,4 fois plus de douleur physique et 1,8 fois plus de douleur morale que la moyenne ($p < 0,001$). Quant aux femmes, elles sont en proportion toujours plus nombreuses que les hommes à en déclarer, respectivement 1,7 et 3,4 fois plus ($p < 0,001$). Là encore, cette surdéclaration féminine est plus importante pour la douleur morale (1,9) que pour la douleur physique (1,2)¹.

Les rapports sexuels forcés

L'enquête comportait quelques questions sur les « *rapports sexuels forcés subis au cours de la vie* ». Il n'est pas surprenant de constater que les femmes adultes sont en proportion nettement plus nombreuses à déclarer en avoir été victimes au cours de leur vie (3,7 %) que les hommes (0,5 %)². Dans ce cas, en indice à âge et sexe comparables, elles sont 3,5 fois plus nombreuses que la moyenne à déclarer une douleur morale et 1,8 fois plus une douleur physique, niveaux qui ne sont pas significativement différents des déclarations masculines³. Ce constat suggère que, comme pour le chômage, les taux de souffrance des femmes et des hommes tendent à se rapprocher face aux épreuves.

Une proportion notable des personnes ayant vécu des rapports sexuels forcés a également déclaré, dans une autre question indépendante, avoir été victime de coups ou blessures, tant chez les femmes (10 % ; $p < 0,001$) que chez les hommes (14 % ; $p < 0,001$). Pour distinguer les associations de la douleur avec les diverses formes de violence, nous avons effectué des régressions logistiques prenant en compte ces

deux variables et la dizaine de facteurs d'âge, de morbidité, de situations familiale et professionnelle (examinés dans le *Tableau VII* pour les douleurs morale et physique) et ce, toujours en séparant dans l'analyse les femmes et les hommes.

Lorsque nous prenons en considération des effets conjugués de tous ces facteurs, nous pouvons constater trois phénomènes :

- le rôle aggravant des diverses expériences de la violence est confirmé nettement pour les deux types de douleur, même si, pour les femmes, l'association avec le souvenir de coups ou blessures n'est plus significative pour la douleur physique quand le souvenir de rapports sexuels forcés est pris en compte⁴ ;
- dans le *Tableau VII*, les odds ratios ajustés concernant les situations familiales ont été indiqués pour les facteurs de la douleur morale (les autres n'étant que peu ou pas modifiés) ; lorsque nous les comparons avec ceux du *Tableau IV*, nous constatons que la prise en compte du souvenir de violences est associée à des diminutions de plusieurs odds ratio (OR) concernant la douleur morale : OR des trois catégories de femmes vivant seules d'un côté, et OR des hommes célibataires vivant seuls de l'autre, ce qui suggère qu'il s'agit des catégories de personnes les plus exposées à la violence ;
- le souvenir de rapports sexuels forcés joue un rôle particulièrement important pour les hommes (multiplication par 5,3 de la probabilité de déclarer une douleur morale) même si ce facteur est moins important au plan global du fait du faible nombre de personnes concernées (0,5 % des adultes masculins).

Le rôle particulier des attitudes à l'égard de la religion

La pratique en matière de religion est le dernier facteur dont nous allons préciser le rôle, ce qui va nous conduire à insister à nouveau sur le caractère subjectif des

4. Ce qui s'explique par la très forte significativité du facteur croisant les deux types de violence : OR ajusté = 6,4 avec $p < 0,001$.



déclarations de douleur. S. Fainzang a montré, dans des travaux récents sur la douleur [7], en quoi les diverses conceptions religieuses méritent d'être prises en compte dans l'étude des attitudes à l'égard des médicaments, des psychotropes et des antalgiques en particulier, et des modes de résolution de la souffrance, plus généralement. D'où l'idée d'examiner les éventuelles liaisons avec ce facteur. Ceci nous mène à un constat surprenant : la pratique religieuse régulière, à la différence des autres variables du Baromètre, est le seul facteur à être nettement associé à une augmentation de la fréquence des déclarations de douleur morale chez les hommes et non chez les femmes.

La douleur morale plus fréquente parmi les pratiquants réguliers

Deux questions du Baromètre santé 2000 concernant les attitudes à l'égard de la religion ont été posées à la fin du questionnaire. L'une, générale, demande si la personne a une religion ou non. Les 68 % qui déclarent en avoir une sont âgés de 47 ans en moyenne, soit neuf ans de plus que ceux qui n'en ont pas. En indice à âges constants, les personnes adultes qui ont une religion déclarent un peu plus fréquemment une douleur insupportable que celles qui n'en ont pas (indice 102 contre 97, pour une douleur aussi bien morale que physique). Mais il n'y a pas de différences significatives de ce

Tableau VII

Régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré une douleur morale ou physique difficile à supporter au cours des douze derniers mois

	Femmes		Hommes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Variables dépendantes pour la douleur morale				
Expérience de la violence				
Aucune violence déclarée	1		1	
Rapports sexuels forcés au cours de la vie	2,5***	1,8-3,5	5,3***	2,1-13,1
Frappé ou blessé au cours des douze derniers mois	2,6***	1,6-4,2	2,5***	1,6- 4,1
Situation matrimoniale				
Marié une seule fois	1		1	
En couple après une rupture	2,2**	1,2-3,9		
Seul avec au moins un enfant	1,4*	1,0-2,0	3,1**	1,3-7,2
Seul et célibataire	1,4*	1,0-1,9	2,8***	1,8-4,3
Seul après une rupture	1,6**	1,1-2,3	4,2***	2,5-7,1
Variables dépendantes pour la douleur physique				
Expérience de la violence				
Aucune violence déclarée	1		1	
Rapports sexuels forcés au cours de la vie	2,0***	1,5-2,6	2,1*	1,0-4,3
Frappé ou blessé au cours des douze derniers mois			2,2***	1,6-3,0

◇ : p<0,1. * : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001. Les résultats non significatifs au seuil de 10 % ne sont pas présentés.

Lecture : la probabilité qu'une femme déclare avoir souffert d'une douleur morale difficile à supporter est multipliée par 2,5 (compris entre 1,8 et 3,5 avec 5 % de risque d'erreur) quand elle a vécu un rapport sexuel forcé au cours de sa vie par rapport au cas où elle n'a pas de souvenir de violence (ni sexuelle ni de coup ou blessure dans les douze derniers mois).



Douleur

point de vue entre les réponses des femmes et celles des hommes.

L'autre question précise, lorsque la personne a une religion, quel est son type de pratique religieuse (pour 45 % aucune, 40 % de temps en temps et 15 % régulièrement, parmi les 8 312 adultes ayant répondu). Là encore, plus on pratique, plus on est âgé et plus on déclare de souffrance. L'augmentation, en indice à âges comparables, est peu significative pour la douleur physique (de l'indice 100 à 102), mais beaucoup plus pour la douleur morale (de 90 à 137).

Lorsque nous distinguons les déclarations selon le sexe, les différences sont ici plus importantes (Figure 14). Pour la douleur physique, les femmes en déclarent un peu plus souvent quand elles pratiquent (indices 113 et 112 vs 107) ; alors qu'en revanche, les hommes en déclarent moins fréquemment (indices 88 et 87 vs 95). Mais pour la douleur morale, c'est l'inverse : les hommes

sont en proportion trois fois plus nombreux à en déclarer lorsqu'ils ont une pratique régulière que s'ils n'en ont pas ou de temps en temps (indice 149 vs 55 et 46) ; alors que les femmes en déclarent un peu moins dans les mêmes situations (respectivement indice 129 vs 131 et 143).

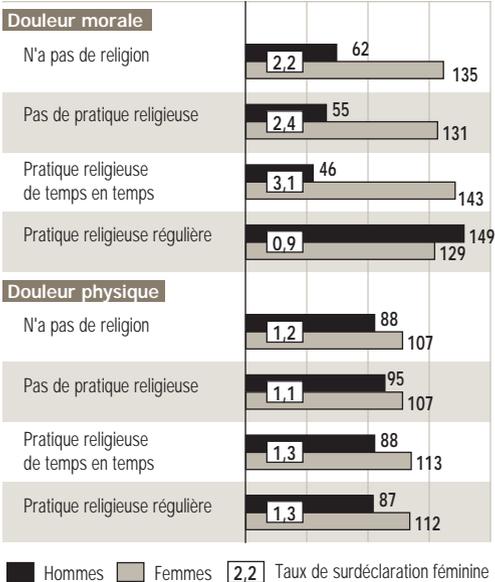
Si nous effectuons des régressions logistiques pour évaluer la significativité des attitudes à l'égard de la religion en présence des variables d'âge, de situation familiale, sociale et professionnelle, nous obtenons deux confirmations des indications précédentes. D'une part, la pratique religieuse régulière des hommes multiplie par plus de trois leur risque de déclarer une douleur morale (OR ajusté = 3,3 ; $p < 0,001$). D'autre part, si nous distinguons les déclarations effectuées à des enquêteurs masculins de celles adressées à des enquêtrices, nous sommes amenés à un deuxième résultat : les hommes qui répondent au téléphone à une voix de femme et déclarent qu'ils ont une religion mais pas de pratique religieuse risquent significativement plus d'avoir aussi fait état de douleur physique insupportable (OR ajusté = 1,4 ; $p < 0,01$). En revanche, la pratique religieuse des femmes n'est pas associée à des variations significatives de leur probabilité de déclarer une douleur.

Comment interpréter ces relations statistiques ? Nous pouvons nous appuyer sur les travaux de S. Fainzang pour proposer un sens à ces liaisons de la douleur et des pratiques religieuses. Selon elle, en effet, « même si les représentations doloristes¹ n'existent plus, au moins explicitement, dans la théologie contemporaine, elles continuent d'exister dans les attitudes des individus qui en sont imprégnés ». Ainsi, la prégnance de l'idéologie doloriste pourrait expliquer en partie les attitudes de certains pratiquants à l'égard des médicaments et de la douleur. Mais à ce stade, il reste plusieurs questions qui, toutes, conduisent à souligner l'importance des facteurs subjek-

Figure 14

Douleur selon le sexe et le degré de pratique religieuse

Indice à âges comparables 0 50 100 150 200



¹ Lesquelles voient « dans le corps de l'individu souffrant, la continuité des épreuves de la passion du Christ, et qui valorise à ce titre la souffrance » ([7] page 102).



tifs dans l'expression masculine de la douleur :

1. d'abord, pour quoi seuls les pratiquants masculins déclarent souffrir davantage sur le plan moral (très précisément, 3,3 fois plus que la moyenne) et pas les pratiquantes ? Deux régressions logistiques différentes avec les mêmes variables ont été réalisées : l'une sur les questionnaires recueillis par des enquêteurs hommes et l'autre sur ceux recueillis par des enquêtrices. Or, les liaisons de la douleur morale des hommes avec leur pratique religieuse régulière ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Quand ils répondent à une voix masculine, les hommes déclarent plus souffrir de douleur morale qu'ils sont pratiquants réguliers (OR ajusté = 4,3 ; $p < 0,001$) que lorsqu'ils s'adressent à une voix féminine (respectivement OR ajusté = 2,0 ; $p < 0,07$). Or, dans la religion catholique, les confesseurs qui écoutent les témoignages sont des hommes, d'où une incitation facilitée à faire état de souffrance morale auprès d'une voix masculine chez les pratiquants réguliers ;

2. pourquoi les hommes ayant une religion mais pas de pratique religieuse déclarent-ils davantage une douleur physique (1,4 fois plus) lorsqu'ils s'adressent à la voix d'une enquêtrice ? Plusieurs hypothèses sont possibles :

- d'une part, comme le suggère J.-P. Jossua, les représentations doloristes n'existent plus dans la théologie, mais pourraient continuer à être présentes dans le conscient ou l'inconscient des personnes les plus proches de la religion [8] ;
- d'autre part, parce que les hommes déclarent plus de douleur physique lorsqu'ils répondent à des femmes que lorsqu'ils s'adressent à des hommes, ce qui, comme nous l'avons déjà noté, peut être associé au rôle consolateur traditionnel des mères.

Le caractère provisoire de telles hypothèses gagnerait certainement à être confronté avec d'autres données et avec des connaissances théologiques plus poussées. En effet, la question de la pratique religieuse était relativement imprécise dans le Baromètre santé 2000. En France, cette pratique se

réfère aussi pour une bonne part aux activités de culte des musulmans, des protestants, des juifs ou des bouddhistes. Or, les travaux de S. Fainzang suggèrent en quoi les rapports à la douleur sont fortement différents dans la religion non catholique. Quoi qu'il en soit, la mise en évidence de l'importance du facteur « pratique religieuse » dans la relation avec la douleur, nous a entraîné vers des interprétations donnant une importance aux différences de subjectivité entre femmes et hommes. Il est intéressant de souligner ainsi le rôle des facteurs subjectifs pour comprendre, non pas la surdéclaration de douleur par les femmes, mais plutôt celle des hommes.

Conclusion

Dans la plupart des situations analysées, les femmes sont en proportion plus nombreuses à déclarer avoir vécu des douleurs difficiles à supporter : deux fois plus pour la douleur morale, 1,2 fois plus pour la douleur physique. Les diverses analyses multivariées examinées ont montré que trois dimensions essentielles sont à l'origine des différences entre femmes et hommes : la maladie, l'intégration dans un couple et l'insertion dans une profession. Les inégales distributions des deux premiers facteurs rendent compte de la plus grande part des variations de la douleur physique ; celles des deux derniers déterminent largement la surdéclaration de la douleur morale. Les autres facteurs examinés ne jouent qu'un rôle secondaire, voire marginal, en raison de la faible importance des effectifs concernés, même s'ils peuvent avoir un impact important, par exemple sur les populations victimes de violence ou les pratiquants réguliers d'une religion.

Une fois ces résultats essentiels énoncés, il reste des questions d'interprétation non négligeables. En premier lieu, quelle est la part de la subjectivité ? Le constat du rôle peu significatif des interactions globales



avec les situations d'enquête peut-il nous autoriser à en limiter la portée ? Nous venons de voir que, pour l'examen de situations particulières telles que la pratique religieuse, le fait que l'enquêteur soit une femme ou un homme peut jouer un rôle important. Les hommes plus généralement déclarent un peu plus fréquemment des douleurs physiques à des enquêtrices qu'à des enquêteurs. Mais ces constats ne permettent ni d'évaluer l'importance des dispositions subjectives à déclarer des douleurs ni, *a fortiori*, d'en comparer les niveaux chez les femmes et chez les hommes. D'autant plus que les transformations des positions des uns et des autres impliquent aussi des modifications des rapports à leur corps. Il semble néanmoins vraisemblable que les différences d'éducation, de culture et de rapport à la société des femmes et des hommes se traduisent encore dans des rapports subjectifs différents à la douleur : très schématiquement, un devoir de force morale et d'insensibilité virile imprègne les conceptions masculines, alors que les normes féminines traditionnelles conjuguent sensibilité et vulnérabilité par référence aux positions traditionnelles des femmes et mères à la fois consolatrices, fragiles et objets de la protection des hommes. Cependant, il apparaît que cette subjectivité prend des formes distinctes dans le cas de la douleur morale et dans celui de la douleur physique.

Pour la douleur morale, les probabilités d'en déclarer se rapprochent quand les situations des personnes deviennent plus difficiles (par exemple en cas de chômage ou de cumul de facteurs de précarité). Ceci permet de proposer une hypothèse : les dispositions subjectives à faire état d'une douleur différeraient, non pas principalement du fait du sexe de l'individu, mais bien plutôt en raison de la situation dans laquelle il se trouve, laquelle induit un certain type de comportements et autorise, ou interdit, tel ou tel mode d'expression.

Par exemple, quand un homme est divorcé ou veuf et au chômage, il a moins un rôle et une identité à tenir car il est moins inséré

dans un réseau de relations lui prescrivant un certain nombre d'attitudes et de comportements¹. Une telle hypothèse permet de comprendre qu'il se sente alors plus fréquemment autorisé à exprimer une douleur morale, en tout cas davantage qu'une femme dans la même absence de situation (respectivement 5,9 fois plus que la moyenne de l'échantillon contre 2,1 fois plus, en indice à âges comparables ; respectivement $p < 0,01$ et $p < 0,001$, valeurs non significativement différentes compte tenu des effectifs). Nous pouvons remarquer que dans ce cas particulier, les différences de sensibilité des hommes et des femmes aux situations anormales de privation d'emploi et de statut familial se retrouvent dans les statistiques de mortalité par suicide de chômeurs : les hommes divorcés et sans emploi se suicident beaucoup plus fréquemment que les femmes dans la même situation.

En revanche, lorsqu'un homme vit en couple et a une profession qu'il juge très satisfaisante, cette situation (et les comportements prescrits qui l'accompagnent) lui interdit, bien plus qu'à une femme, d'exprimer et même de penser qu'il a souffert d'une douleur morale insupportable. Ceci contribuerait à expliquer l'écart considérable entre les expressions des uns ou des autres dans de telles situations : l'indice masculin par rapport à 100 ne vaut dans ce cas que 18 ($p < 0,001$), alors que le féminin s'élève à 88 ($p < 0,001$), soit 4,8 fois plus). Cette dialectique des dispositions subjectives et des positions objectives permettrait alors de rendre compte des évolutions très divergentes des taux de douleur morale des femmes et des hommes quand leur situation quitte la faiblesse de repères des célibataires sans travail pour rejoindre la position intégrée et normée des salariés vivant en couple (voir le *Tableau VIII* qui décrit les évolutions des indices féminin et masculin de douleur morale, et sa surdéclaration fémi-

1. Par référence aux travaux de P. Bourdieu sur « l'habitus » [9] ou à ceux d'E. Goffman [10] sur les interactions découlant des « mises en scène de la vie quotidienne ».



nine selon les modes de vie et les positions dans le travail). Enfin, selon un tel cadre interprétatif, la pratique religieuse jouerait un rôle, davantage en permettant aux hommes, au nom de valeurs morales supérieures, de relativiser les interdits à l'expression de leur douleur et moins en développant leur sensibilité sur des points particuliers.

Pour la douleur physique, le schéma ex-

plicatif précédent perd de son importance du fait du rôle déterminant du rapport à la santé. Les plus importantes dispositions subjectives des femmes à déclarer une douleur physique renvoient alors à leur sensibilité et à leurs relations plus attentives au corps et à ses multiples symptômes, ensemble que P. Aiach a précisé et interprété dans plusieurs ouvrages [11, 12]. Il faut donc se rapporter ici davantage à une interprétation en termes de

Tableau VIII

Indices à âges comparables de la souffrance morale des femmes et des hommes selon le mode de vie conjugal et la position vis-à-vis de la profession

	Femmes			Taux de surdéclaration féminine			Hommes		
	En couple	Seule	Divorcée, veuve	En couple	Seule	Divorcée veuve	En couple	Seul	Divorcé, veuf
Très satisfait de sa profession	88	134	175	4,9	1,2	1,0	18	111	173*
Plutôt satisfait de sa profession	96	184	194	2,0	1,8	1,1	48	103	174
N'exerce pas de profession	144	145	180	3,5	1,8	1,3	41	79	144**
Au chômage	120	169	214	2,5	1,0	0,4	48*	169	588**
Pas satisfait de sa profession	104	327	397	1,3	1,8	2,2	82	186	182 [◇]
Total	114	166	198	2,8	1,5	1,1	41	109	183

La significativité des indices de souffrance morale est $p < 0,001$ pour toutes les valeurs du tableau, sauf pour celles indicées par ** : $p < 0,01$, par * : $p < 0,05$, ou par [◇] : $p < 0,1$.

Lecture : le taux de souffrance morale des femmes vivant en couple et très satisfaites de leur profession, en indice indépendant des distributions d'âges, est égal à 0,88 fois le taux de souffrance morale moyen de l'échantillon, soit 4,9 fois plus que le taux de souffrance morale que s'autorisent à exprimer les hommes vivant la même situation, à savoir 0,18 fois la moyenne de l'échantillon.

Tableau IX

Indices à âges comparables de la souffrance physique des femmes et des hommes selon le mode de vie conjugal et la position vis-à-vis de la profession

	Femmes			Taux de surdéclaration féminine			Hommes		
	En couple	Seule	Divorcée, veuve	En couple	Seule	Divorcée veuve	En couple	Seul	Divorcé, veuf
Très satisfait de sa profession	100	94	109	1,1	1,5	1,4	91	62	78
Plutôt satisfait de sa profession	101	101	98	1,1	1,3	0,9	95	79	107
N'exerce pas de profession	111	124	118	1,2	1,3	1,1	90	98	103
Au chômage	104	109	153	1,2	1,6	1,3	84	70	118
Pas satisfait de sa profession	131	154	173	1,4	2,3	3,7	96	66	46*
Total	107	112	119	1,2	1,4	1,2	93	80	97

La significativité des indices de souffrance physique est $p < 0,001$ pour toutes les valeurs du tableau sauf pour celle indicée * : $p < 0,05$.

Lecture : le taux de souffrance physique des femmes vivant en couple et très satisfaites de leur profession, en indice indépendant des distributions d'âges, est égal à 1,0 fois le taux de souffrance physique moyen de l'échantillon, soit 1,1 fois plus que le taux de souffrance physique des hommes vivant la même situation, à savoir 0,91 fois la moyenne de l'échantillon.



cumul de facteurs et de déterminismes : à la fois d'autant plus grande attention au corps, à ses symptômes et à son esthétique que la personne se trouve plus seule, vulnérable et confrontée au regard des autres ; et en même temps, propension à ressentir dans son corps les conséquences de son insatisfaction au travail (voir le *Tableau IX* pour visualiser les formes du cumul de ces liaisons de la souffrance physique et de sa surdéclaration féminine avec le mode de vie et la satisfaction professionnelle).

En définitive, l'étude des disparités des déclarations de douleur nous mène à des conclusions contrastées. D'un côté, les différences entre femmes et hommes suscitent la réflexion. Les hypothèses proposées pour les interpréter n'ont pas pour ambition de clore le débat, mais visent au contraire à

susciter la discussion, voire à suggérer des pistes de travail pour les préciser ou les mettre en cause. Mais, d'un autre côté, les enjeux des disparités de souffrance affectant les personnes sont non négligeables, quelle que soit notre façon de les comprendre. Si le volume des prescriptions d'analgésiques et de psychotropes dépend en effet des multiples facteurs mis en évidence, ces phénomènes doivent susciter l'attention des personnels de santé et des laboratoires pharmaceutiques. Enfin, bien sûr, la mise en évidence du jeu complexe des déterminants de la douleur ne peut que concerner les organismes chargés de définir les politiques de santé publique et d'arbitrer, en particulier, entre les ressources disponibles, les coûts et l'utilité des diverses formes de prise en charge de la souffrance.

références bibliographiques

1. Guignon N., Mouquet M. C., Sermet C. Morbidité déclarée et consommation médicale ». In : Blondel B., Saur el-Cubizolles M. J. (sous la dir.), *La santé des femmes*. Paris : Flammarion médecine-sciences, 1996 : 384 p.
2. Collet M., Menahem G., Paris V., Picard H. *Motifs de recours aux soins et précarité*. Paris : Credes, 2002 : (à paraître).
3. Beynet A., Menahem G. *Problèmes dentaires et précarité*. Paris : Credes, 2001 : (à paraître).
4. Dejours C. *Souffrances en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil, coll. L'Histoire immédiate, 1998 : 197 p.
5. Rodgers K. *Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe*. *Juristat*, n° de catalogue 85-002, vol. 14, n° 9, Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada, Ottawa, Canada, mars 1994.
6. Johnson H. *Dangerous Domains: Violence Against Women in Canada*. Scarborough (Ontario), Nelson Canada, 1996 ; Fitzgerald R. *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Statistique Canada, Ottawa, Canada, 2000, n° 85-224-XIF : 67 p.
7. Fainzang S. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : Puf, coll. Ethnologies-Controverses, 2001 : 156 p.
8. Jossua J. P. La valorisation catholique de la souffrance et son déclin. In : Laennec, 1996, cité par Fainzang [7] : p. 103.
9. Bourdieu P. *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris : Les Éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1979 : 672 p.
10. Goffman E. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1973 : 439 p.
11. Aiach P., Cèbe D. *Expression des symptômes et conduites de maladie : facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation*. Paris : Inserm- Doin, 1991 : 128 p.
12. Aiach P. Femmes et hommes devant la mort et la maladie. In : Aiach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (eds). *Femmes et hommes dans le champ de la santé : approches sociologiques*. Rennes : ENSP, coll. Recherche, santé, social, 2001 : 332 p.







Consommation de soins et de médicaments

Pierre Arwidson, Philippe Guilbert

l'essentiel en quelques chiffres...

Le médecin généraliste a été consulté par près de 9 femmes sur 10 et 8 hommes sur 10 dans l'année précédant l'étude. Les femmes ayant consulté l'ont fait en moyenne un peu plus souvent que les hommes (près de cinq fois *versus* quatre fois). Le nombre moyen de consultations par an, parmi ceux qui consultent, est plus important quand l'âge est plus grand : les 12-14 ans ont vu un généraliste deux à trois fois dans l'année, alors que les 55-65 ans l'ont vu de cinq à six fois. Les personnes ayant des maladies chroniques ou un handicap physique consultent en moyenne tous les deux mois un généraliste.

Un peu plus d'une personne sur deux déclare s'être rendu chez le dentiste au cours des douze derniers mois, les femmes plus que les hommes. La proportion de consultants dans l'année est plus importante parmi les revenus les plus élevés par unité de consommation du ménage. Le nombre moyen de consultations parmi les consultants est plus important pour les jeunes de 12-14 ans par rapport aux autres âges. Les femmes qui consultent le font plus souvent que les hommes (3,5 fois en moyenne *vs* 3,1).

Environ 5 % des interviewés ont consulté

un « psy » au cours des douze derniers mois. On observe également une prédominance féminine (5,8 % *vs* 3,5 % pour les hommes). La consultation chez le « psy » est plus fréquente lorsqu'il y a l'existence de rupture affective (odds ratio (OR) ajusté = 1,8), de pensées suicidaires (OR ajusté = 5,1) et de tentatives de suicide dans la vie (OR ajusté = 3,0). La consultation chez le « psy » est également en rapport avec le fait d'être au chômage (7,7 % *vs* 4,4 % pour ceux qui ont un emploi), d'habiter une ville, en particulier en région parisienne, et d'avoir une maladie chronique. Les consultations sont en moyenne mensuelles. Le nombre annuel de consultations est plus important pour les consultants ayant une maladie chronique, un emploi, des revenus élevés et habitant la région parisienne.

58,0 % des femmes de 12 à 75 ans ont consulté un gynécologue dans les douze derniers mois. Les consultantes ont vu leur gynécologue en moyenne à deux reprises. Les consultantes de moins de 35 ans plus souvent que les plus de 35 ans. Avoir consulté un gynécologue est en relation avec le fait d'avoir un emploi, des revenus élevés, un niveau

d'études supérieures et habiter en région parisienne. On trouve ainsi près de trois quarts de consultantes parmi les femmes ayant des revenus les plus élevés ou ayant un emploi, contre moins de la moitié de consultantes chez les femmes aux revenus les plus bas ou seulement deux tiers chez celles qui sont au chômage.

Une femme sur dix et un homme sur vingt ont pris un médicament antidépresseur au cours des douze derniers mois. Le fait de prendre cette classe thérapeutique est lié au fait d'avoir plus de 35 ans, d'être au chômage, d'avoir des revenus inférieurs à 6 000 francs par unité de consommation (UC) ou une maladie chronique. Avoir pris des antidépresseurs est plus fréquent parmi les personnes qui déclarent avoir des pensées suicidaires au cours de l'année (OR ajusté = 6,8) et avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie (OR ajusté = 2,5). En revanche, il n'y a pas de relation avec la présence d'une rupture affective.

La proportion de consommateurs de tranquillisants et de somnifères est deux fois plus importante que celle des consommateurs d'antidépresseurs. Ainsi, près d'une femme sur cinq et un homme sur dix déclarent en avoir pris au moins une fois dans les douze derniers mois. Le fait de consommer des tranquillisants et des somnifères est à mettre en relation avec le fait d'avoir plus de 35 ans, d'avoir des revenus supérieurs ou égaux à

10 000 francs par UC et d'avoir déclaré souffrir d'une maladie chronique. Le fait d'avoir pris un tranquillisant/somnifère est lié à l'existence de pensées suicidaires dans l'année (OR ajusté = 4,2) et de tentatives de suicide au cours de la vie (OR ajusté = 2,1). Un lien avec la présence d'une rupture affective est retrouvé (OR ajusté = 1,3). Dans 80,0 % des cas, les tranquillisants et les somnifères avaient été prescrits par un professionnel. Une fois sur cinq, il s'agissait d'une automédication.

Les hommes ont reçu plus souvent que les femmes des conseils préventifs à la dernière consultation dans le domaine de l'exercice physique (21,6 % *vs* 17,6 %), des accidents de la vie courante (9,6 % *vs* 7,9 %) et du tabagisme (25,1 % *vs* 18,6 %). Le fait d'avoir eu un conseil lors de la dernière consultation est plus fréquent chez les plus de 65 ans.

La principale des raisons qui pourraient faire que les interviewés changent de médecin généraliste est l'erreur diagnostique (environ 40 %), suivie d'un déménagement (environ 20,0 %). Le sentiment d'une mauvaise écoute de la part du médecin pourrait constituer un motif de changement, surtout pour les femmes (16,8 % *vs* 9,4 %). L'absence de conseils préventifs ne constitue un motif de changement que pour 2,4 % des femmes et 1,8 % des hommes.



La consommation de soins est analysée dans ce chapitre à travers la fréquence annuelle de consultation de quatre types de professionnels de la santé choisis pour leur importance dans le système de soins et de prévention : les médecins généralistes, les chirurgiens dentistes, les professionnels de la santé mentale et les gynécologues. Nous avons également analysé en fonction de leur effet la prise de deux catégories de médicaments psychotropes dont la consommation est importante en France : d'une part, les tranquillisants et les somnifères, et d'autre part, les antidépresseurs. Les questions sur la consommation de médicaments psychotropes étaient accompagnées d'exemple de médicaments les plus fréquemment prescrits afin de limiter la confusion entre les tranquillisants/somnifères d'une part et les antidépresseurs d'autre part. Il n'est cependant pas possible d'exclure que pour certaines personnes une confusion ait eu lieu entre ces deux classes thérapeutiques.

Face aux maladies chroniques et aux comportements à risques, les techniques médicales sophistiquées (exploratoires ou thérapeutiques) ne sont pas les seules approches

possibles. Il est aussi important que les patients s'impliquent activement dans la prise en charge de leur maladie et/ou modifient leurs habitudes de vie¹. La consultation médicale revêt, en fait, un double aspect : curatif, par les examens et les soins prescrits, et préventif, notamment à travers les échanges de connaissances et les conseils prodigués par le médecin à son patient dans une démarche éducative. Nous avons donc recherché l'existence de conseils du médecin lors de la dernière consultation, à propos de l'activité physique, du bon usage du médicament, des accidents de la vie courante, de l'alimentation et du tabagisme.

Méthode

Les analyses seront présentées sous forme simple (pourcentage, odds ratio, moyenne) et de façon à prendre en compte les éventuels facteurs de confusion², après ajustement (odds ratio ajustés). Les variables indépendantes des régressions logistiques sont systématiquement celles qui figurent dans les tableaux.

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.

1. Sandrin-Berthon B. *L'éducation pour la santé en médecine générale*. Revue du Praticien Médecine Générale, 2001.

2. Cf. chapitre Présentation des termes statistiques.



Résultats

Les pratiques de consultation auprès des soignants selon différents indicateurs sociodémographiques

La fréquence de consultation auprès des professionnels de la santé varie selon un certain nombre de variables comme le sexe de l'interviewé (les femmes consultant plus fréquemment que les hommes), l'âge, la situation professionnelle (être au chômage ou non) et le niveau des revenus par unité de consommation du ménage (UC)¹. Des motifs liés à des pathologies lourdes ou chroniques seront également inclus dans l'analyse : avoir une maladie chronique, avoir un handicap physique et avoir subi un accident ayant entraîné une consultation médicale ou une hospitalisation au cours des douze derniers mois. Une dernière variable géographique sera parfois utilisée pour tenir compte de l'offre de soins différente selon la taille de l'agglomération.

Médecins généralistes

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté au cours de l'année : presque toutes les personnes interrogées ont répondu l'avoir consulté au moins une fois au cours de l'année (87,2 % des femmes et 80,1 % des hommes ; $p < 0,001$) (Tableau I). De fait, après ajustement, peu de variables socio-économiques semblent être discriminantes dans cette pratique puisqu'elle concerne tout le monde. Seules des différences sont observables parmi les 20-25 ans et les 65-75 ans, ainsi que parmi les ménages à revenus par UC intermédiaires qui sont proportionnellement plus nombreux à consulter leur généraliste au cours des douze derniers mois. Pour cette catégorie de professionnels de santé, il apparaît que les personnes au chômage ont des

1. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

comportements identiques à celles ayant un emploi. En revanche, il existe une proportion plus importante de consultants à l'année parmi les personnes atteintes d'une maladie chronique (93,6 % vs 80,8 % ; $p < 0,001$) ou d'un handicap physique (90,2 % vs 82,8 % ; $p < 0,001$). Il en est de même parmi celles ayant subi un accident au cours de la période (89,0 % vs 83,0 % ; $p < 0,001$). Le nombre moyen de visites, parmi les consultants uniquement, est en règle générale plus important parmi les groupes ayant des proportions de consultants à l'année plus élevées. Ainsi, les femmes vont plus souvent voir un médecin généraliste que les hommes, mais elles y retournent également plus souvent : 4,8 fois en moyenne (parmi les 87,2 %) vs 3,9 fois (parmi les 80,1 %) ; $p < 0,001$ (Figure 1). Pour les personnes ayant une maladie chronique ou un handicap physique, les visites ont lieu respectivement 6,6 fois et 6,5 fois en moyenne au cours des douze derniers mois.

Chirurgiens dentistes

Plus d'une personne sur deux déclare s'être rendu chez le dentiste au cours des douze derniers mois : les femmes plus que les hommes (63,3 % vs 55,0 % ; $p < 0,001$) (Tableau II). Les adolescents âgés de 12 à 14 ans sont ceux qui déclarent avoir consulté leur dentiste le plus souvent au moins

Figure 1

Nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste selon le sexe et l'âge parmi les consultants

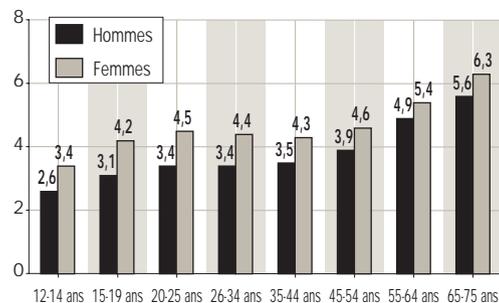


Tableau I
Consultation d'un médecin généraliste (au moins une) au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Sexe			
Homme	80,1	1,0	1,0
Femme	87,2	1,7***	2,2***
Âge			
12-14 ans	65,5	1,0	-
15-19 ans	78,7	1,8***	1,0
20-25 ans	86,4	3,0***	2,3*
26-34 ans	84,4	2,6***	1,9
35-44 ans	83,2	2,4***	1,7
45-54 ans	81,1	2,1***	1,5
55-64 ans	86,9	3,2***	1,5
65-75 ans	92,2	5,7***	^b

Situation professionnelle

Chômage	84,2	1,0	1,0
Emploi	82,7	0,9	0,9

Revenu mensuel du ménage/UC^c

Moins de 6 000 F	84,3	1,0	1,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F	86,5	1,2*	1,3*
Au moins 10 000 F	83,4	0,9	1,2

Maladie chronique

Non	80,8	1,0	1,0
Oui	93,6	3,5***	3,0***

Handicap physique

Non	82,8	1,0	1,0
Oui	90,2	1,9***	1,4**

Accident

Non	83,0	1,0	1,0
Oui	89,0	1,7***	2,0***

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

a. Odds ratio (OR) ajusté sur l'ensemble des variables du tableau pour les 18-75 ans uniquement.

b. Effectif trop faible.

c. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

Tableau II
Consultation d'un chirurgien dentiste (au moins une) au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Sexe			
Homme	55,0	1,0	1,0
Femme	63,3	1,4***	1,6***
Âge			
12-14 ans	67,8	1,0	-
15-19 ans	60,9	0,7*	1,0
20-25 ans	60,5	0,7**	0,9
26-34 ans	61,7	0,8*	0,9
35-44 ans	62,7	0,8*	0,9
45-54 ans	59,5	0,7**	0,8
55-64 ans	55,2	0,6***	0,7
65-75 ans	48,2	0,4***	^b

Situation professionnelle

Chômage	58,8	1,0	1,0
Emploi	61,4	1,1	1,0

Revenu mensuel du ménage/UC^c

Moins de 6 000 F	52,9	1,0	1,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F	60,1	1,3***	1,3***
Au moins 10 000 F	64,9	1,6***	1,7***

Taille de l'agglomération

Commune rurale	57,8	1,0	1,0
Moins de 20 000 hab.	56,7	1,0	0,9
De 20 000 à 100 000 hab.	61,1	1,1*	1,1
De 100 000 à 200 000 hab.	58,3	1,0	0,9
Plus de 200 000 hab.	61,5	1,2**	1,1
Agglomération parisienne	59,0	1,0	0,9

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

a. OR ajusté sur l'ensemble des variables du tableau pour les 18-75 ans uniquement.

b. Effectif trop faible.

c. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

une fois au cours de l'année (67,8 %). Après ajustement, le revenu du ménage par UC est une variable discriminante, puisque les proportions des individus ayant consulté un dentiste au cours de l'année sont plus importantes parmi les revenus élevés. Ainsi,

l'odds ratio ajusté pour un individu dont le revenu du ménage par UC est supérieur ou égal à 10 000 francs est de 1,7 versus 1 pour individu dont le revenu du ménage par



UC est inférieur à 6 000 francs par mois. En revanche, la situation professionnelle n'est pas discriminante comme cela était déjà le cas précédemment. De même, après ajustement, il n'est pas observé de différence de comportement selon la taille de la commune, l'offre de soins pouvant être pour tant hétérogène. Le nombre moyen de visites, parmi les consultants uniquement, est plus important parmi les femmes (3,5 fois en moyenne vs 3,1 fois pour les hommes ; $p < 0,01$) et les plus jeunes (4,4 fois en moyenne parmi les 12-14 ans), mais aussi parmi les individus dont le revenu du ménage par UC est le plus bas (3,7 fois en moyenne sur l'année passée) (Figure 2).

Ainsi, en ce qui concerne les visites chez un dentiste, ce n'est pas nécessairement les personnes qui disent le plus souvent avoir consulté au moins une fois qui ont les nombres moyens de visite les plus élevés.

Psychiatres, psychanalystes, psychologues...

Environ une personne sur vingt déclare avoir eu recours à un professionnel de la santé mentale au cours des douze derniers mois avec, encore une fois, une prédominance féminine : 5,8 % vs 3,5 % pour les hommes ($p < 0,001$) (Tableau III). Après ajustement, il n'apparaît pas de différence significative selon l'âge, alors que les données brutes laissent

Tableau III

Consultation d'un professionnel de la santé mentale (au moins une) au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Sexe			
Homme	3,5	1,0	1,0
Femme	5,8	1,7***	1,5**
Âge			
12-14 ans	7,1	1,0	-
15-19 ans	3,9	0,5*	1,0
20-25 ans	4,1	0,6*	1,6
26-34 ans	5,3	0,7	0,5
35-44 ans	5,3	0,7	0,9
45-54 ans	5,1	0,7	0,7
55-64 ans	4,2	0,6*	0,6
65-75 ans	2,2	0,3***	0,4
Rupture affective au cours de la vie			
Non	4,1	1,0	1,0
Oui	7,1	1,8***	1,8**
Pensées suicidaires			
Non	3,4	1,0	1,0
Oui	23,9	8,8***	5,1***
Tentative de suicide			
Non	3,7	1,0	1,0
Oui	20,0	6,5***	3,0***
Situation professionnelle			
Chômage	7,7	1,0	1,0
Emploi	4,4	0,6***	0,6**

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Revenu mensuel du ménage/UC^b			
Moins de 6 000 F	4,5	1,0	1,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F	4,6	1,0	1,2**
Au moins 10 000 F	4,5	1,0	1,3*
Taille de l'agglomération			
Commune rurale	3,2	1,0	1,0
Moins de 20 000 hab.	3,8	1,2	1,1
De 20 000 à 100 000 hab.	5,6	1,8***	1,7**
De 100 000 à 200 000 hab.	5,2	1,7**	2,0**
Plus de 200 000 hab.	4,9	1,5**	1,7**
Agglomération parisienne	6,1	2,0***	2,1***
Maladie chronique			
Non	4,0	1,0	1,0
Oui	6,6	1,7***	1,6***
Handicap physique			
Non	4,3	1,0	1,0
Oui	6,8	1,6***	1,1

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

a. OR ajusté sur l'ensemble des variables du tableau pour les 18-75 ans uniquement.

b. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

saient supposer une légère sur-représentation des jeunes adolescents. Les variables les plus discriminantes sont celles liées à des situations de rupture affective (OR ajusté = 1,8 ; $p < 0,01$), de pensées suicidaires au cours de l'année (OR ajusté = 5,1 ; $p < 0,001$) et de tentatives de suicide au cours de la vie (OR ajusté = 3,0 ; $p < 0,001$). Le niveau des revenus du ménage par UC n'influence pas la consultation d'un « psy » ; en revanche, la situation professionnelle est discriminante. Les personnes au chômage sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consulté un professionnel de la santé mentale que celles ayant un emploi (7,7 % vs 4,4 % ; $p < 0,001$). Après ajustement, la différence reste significative (OR ajusté significatif à 1 %). Globalement, on observe des proportions plus élevées de consultants parmi les personnes vivant en ville — quelle que soit leur taille —, que dans des communes rurales. Les proportions les plus importantes se retrouvent parmi les habitants de la région parisienne (OR ajusté = 2,1 ; $p < 0,001$) par rapport aux habitants des communes rurales. Enfin, les personnes ayant une maladie chronique ont significativement plus souvent répondu avoir consulté un spécialiste de la santé mentale au cours de l'année (6,6 % vs 4,0 % ; $p < 0,001$). Le nombre moyen de consultations est relativement élevé, comparé aux deux précédents professionnels étudiés : pour les femmes, 11,9 fois au cours de l'année et pour les hommes 11,1 fois. Concernant les adolescents, la fréquence des visites est deux fois moins importante que pour les adultes (Figure 3). Les personnes au chômage ou ayant un niveau de revenu inférieur à 6 000 francs par UC déclarent un nombre moyen de consultations d'environ 10 séances *versus*, respectivement, 13,3 pour celles ayant un emploi et 14,6 pour celles ayant un revenu mensuel supérieur ou égal à 10 000 francs par UC. Pour les individus ayant une maladie chronique, les consultations ont lieu en moyenne plus d'une fois par mois (14,1 fois au cours de l'année) et la fréquence des consultations des Franciliens est de 1,5 séance par mois en moyenne (18,3 au cours de l'année).

Figure 2

Nombre moyen de consultations chez un dentiste selon le sexe et l'âge parmi les consultants

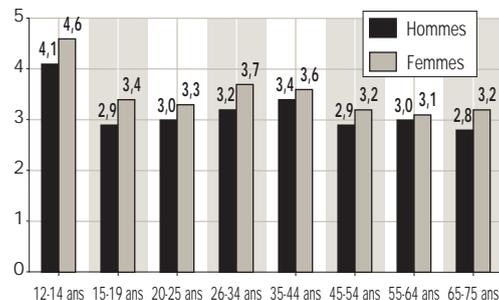
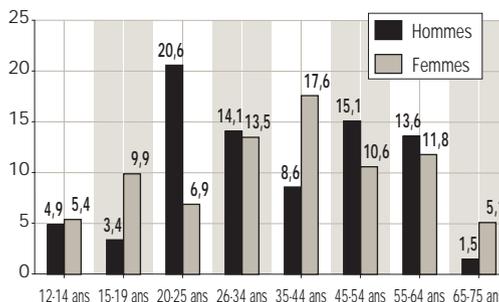


Figure 3

Nombre moyen de consultations chez un professionnel de la santé mentale selon le sexe et l'âge parmi les consultants



Gynécologues et obstétriciens

Plus d'une femme sur deux, âgée de 12 à 75 ans, déclare avoir consulté un gynécologue (ou un obstétricien) au cours de l'année (58,0 %). En moyenne, elles y sont allées deux fois. Après ajustement, la proportion de femmes ayant consulté au cours de l'année est moins élevée parmi les 35-75 ans (OR ajusté = 0,6 ; $p < 0,001$) (Tableau IV). Les femmes âgées de 26 à 34 ans sont celles qui ont consulté leurs gynécologues en moyenne le plus souvent (3,1 fois au cours de l'année) (Figure 4). Par ailleurs, on observe des proportions moins



élevées de consultations au cours de l'année parmi les femmes au chômage et parmi celles qui déclarent un revenu mensuel par UC inférieur à 6 000 francs : respective-

ment 62,7 % vs 73,8 % parmi celles qui travaillent ($p < 0,001$) et 51,7 % vs 70,7 % parmi les revenus les plus hauts ($p < 0,001$). Le niveau d'instruction scolaire est discriminant puisque après ajustement, les personnes ayant un niveau bac + 2 et bac + 3 et plus sont proportionnellement plus nombreuses à consulter que celles qui n'ont aucun diplôme : OR ajusté respectivement de 1,8 ($p < 0,01$) et 1,7 ($p < 0,01$). Enfin, les femmes habitant en région parisienne déclarent, en proportion, plus fréquemment que celles résidant en zone rurale, avoir consulté un gynécologue.

Tableau IV

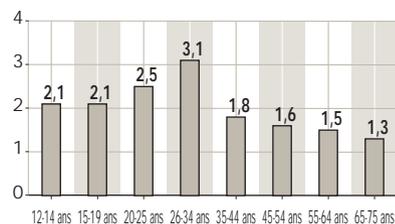
Consultation d'un gynécologue ou obstétricien (au moins une) au cours des douze derniers mois selon des variables socio-démographiques

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Âge			
12-14 ans	4,8		
15-19 ans	27,7		
20-25 ans	68,8		
26-34 ans	78,9		
35-44 ans	72,1		
45-54 ans	69,8		
55-64 ans	49,5		
65-75 ans	25,1		
		1,0 ^b	1,0 ^c
		1,0 ^d	0,6*** ^d
Situation professionnelle			
Chômage	62,7	1,0	1,0
Emploi	73,8	1,7***	1,4**
Revenu mensuel du ménage/UC^e			
Moins de 6 000 F	51,7	1,0	1,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F	64,9	1,7***	1,3*
Au moins 10 000 F	70,7	2,3***	1,6***
Diplôme le plus élevé obtenu			
Aucun	43,5	1,0	1,0
Inférieur au bac	53,2	1,5***	1,3
Bac	67,6	2,7***	1,4
Bac + 2	76,1	4,1***	1,8**
Supérieur à bac + 2	75,4	4,0***	1,7**
Taille de l'agglomération			
Commune rurale	51,6	1,0	1,0
Moins de 20 000 hab.	52,5	1,0	1,0
De 20 000 à 100 000 hab.	58,2	1,3**	1,4*
De 100 000 à 200 000 hab.	55,2	1,2	1,2
Plus de 200 000 hab.	61,0	1,5***	1,3
Agglomération parisienne	63,5	1,6***	1,5**

* : $p < 0,05$. ** : $p < 0,01$. *** : $p < 0,001$.
 a. OR ajusté sur l'ensemble des variables du tableau pour les 18-75 ans uniquement.
 b. 12-34 ans.
 c. 18-34 ans.
 d. 35-75 ans.
 e. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

Figure 4

Nombre moyen de consultations chez un gynécologue ou un obstétricien selon l'âge



Les pratiques de consommation de deux classes de psychotropes selon différents indicateurs sociodémographiques

Antidépresseurs

Une femme sur dix (11,4 %) et un homme sur vingt (5,4 %) déclarent avoir pris des médicaments antidépresseurs au cours de l'année (Tableau V). Après ajustement, les femmes en prennent plus souvent que les hommes (OR ajusté = 1,9 ; $p < 0,001$). De même, on observe une proportion plus importante de consommateurs d'antidépresseurs dans l'année parmi les plus de 35 ans, les personnes au chômage, celles ayant des revenus mensuels par UC inférieurs à 6 000 francs, celles ayant une maladie chronique et surtout, parmi les personnes

déclarant avoir pensé au suicide au cours de l'année (OR ajusté = 6,8 ; $p < 0,001$) et celles ayant déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (OR ajusté = 2,5 ; $p < 0,001$). Après ajustement, le fait d'avoir connu une rupture relationnelle (veuvage, divorce, séparation) et d'avoir un handicap physique ne sont pas associés de façon significative à la consommation d'antidépresseurs.

Tranquillisants et somnifères

Les résultats de l'analyse des comportements selon les variables étudiées sont assez proches de ceux observés pour la consommation des antidépresseurs, avec toutefois une différence d'importance : la proportion de consommateurs à l'année est deux fois plus élevée pour les tranquillisants et les somnifères que pour les antidépresseurs. Ainsi, près d'une femme sur cinq (19,1 %) et un homme sur dix (10,8 %) ont répondu en avoir pris au moins une fois au cours de l'année (Tableau VI). Après ajustement, on constate une proportion plus importante de consommateurs à l'année parmi les plus de 35 ans, les personnes ayant des revenus moyens par UC supérieurs ou égaux à 10 000 francs (ce qui diffère des comportements de consommation d'antidépresseurs), celles ayant une maladie chronique et, encore une fois, de façon très significative, parmi les personnes déclarant avoir pensé au suicide au cours de l'année (OR ajusté = 4,2 ; $p < 0,001$) et celles ayant déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (OR ajusté = 2,1 ; $p < 0,001$). Le fait d'avoir connu une rupture affective est, dans le cas des médicaments tranquillisants et somnifères, associé à une consommation (« au moins une fois ») au cours de l'année plus importante (OR ajusté = 1,3 ; $p < 0,05$). Dans 80,0 % des cas, lors de la dernière prise de tranquillisants et de somnifères, ils avaient été prescrits par un professionnel de la santé. Dans 20,0 % des cas, il s'agit d'automédication : ancienne prescription (12,0 %), ancienne prescription d'un membre de la famille (5,5 %) et auprès d'une autre personne (2,5 %).

Tableau V

Consommation de médicaments antidépresseurs au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Sexe			
Homme	5,4	1,0	1,0
Femme	11,4	2,2***	1,9***
Age			
12-14 ans	1,3	1,0	
15-19 ans	3,9	3,1*	
20-25 ans	6,3	5,1***	1 ^b
26-34 ans	6,4	5,2***	
35-44 ans	9,6	8,1***	1,5***c
45-54 ans	10,8	9,2***	
55-64 ans	12,4	10,8***	
65-75 ans	10,3	8,8***	
Situation professionnelle			
Chômage	13,5	1,0	1,0
Emploi	7,8	0,5***	0,7**
Revenu mensuel du ménage/UC^d			
Moins de 6 000 F	9,9	1,0	1,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F	8,9	0,9	1,0
Au moins 10 000 F	8,0	0,8*	0,8*
Rupture affective au cours de la vie			
Non	7,8	1,0	1,0
Oui	15,9	2,2***	1,2
Maladie chronique			
Non	6,6	1,0	1,0
Oui	14,8	2,5***	1,9***
Handicap physique			
Non	7,6	1,0	1,0
Oui	14,5	2,0***	1,2
Pensées suicidaires			
Non	6,7	1,0	1,0
Oui	36,8	8,1***	6,8***
Tentative de suicide			
Non	7,3	1,0	1,0
Oui	29,3	5,3***	2,5***

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

a. OR ajusté sur l'ensemble des variables du tableau pour les 18-75 ans uniquement.

b. 18-34 ans.

c. 35-75 ans.

d. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.



Tableau VI

**Consommation de médicaments
tranquillisants et de somnifères au
cours des douze derniers mois selon
des variables sociodémographiques**

	%	OR brut	OR ajusté ^a
Sexe			
Homme	10,8	1,0	1,0
Femme	19,1	2,0***	1,8***
Âge			
12-14 ans	5,1	1,0	
15-19 ans	8,6	1,8*	} -1 ^b
20-25 ans	8,4	1,7*	
26-34 ans	10,0	2,1**	
35-44 ans	15,8	3,5***	} 1,7 ^{c***}
45-54 ans	18,1	4,1***	
55-64 ans	20,5	4,8***	
65-75 ans	24,5	6,1***	
Situation professionnelle			
Chômage	14,9	1,0	1,0
Emploi	13,6	0,9	1,0
Revenu mensuel du ménage/UC^d			
Moins de 6 000 F	15,7	1,0	1,0
De 6 000 F à moins de 10 000 F	14,9	0,9	1,0
Au moins 10 000 F	17,1	1,1	1,3*
Rupture affective au cours de la vie			
Non	14,0	1,0	1,0
Oui	26,3	2,2***	1,3*
Maladie chronique			
Non	12,4	1,0	1,0
Oui	24,0	2,2***	1,6***
Handicap physique			
Non	13,6	1,0	1,0
Oui	24,7	2,1***	1,4**
Pensées suicidaires			
Non	13,2	1,0	1,0
Oui	43,3	5,0***	4,2***
Tentative de suicide			
Non	13,9	1,0	1,0
Oui	34,6	3,3***	2,1***

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

a. OR ajusté sur l'ensemble des variables du tableau pour les 18-75 ans uniquement.

b. 18-34 ans.

c. 35-75 ans.

d. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

Les conseils du médecin

Les conseils reçus de la part du médecin sont ceux de la dernière consultation. Sur les quatre domaines qui concernent l'ensemble des personnes interrogées, le bon usage du médicament arrive en tête (38,4 %), suivi de l'alimentation (23,5 %), de l'exercice physique (19,5 %) et des accidents de la vie courante (8,7 %). Les conseils à propos du tabagisme ont été abordés uniquement auprès des fumeurs. 13,0 % des fumeurs répondent en avoir parlé à leur initiative et 22,0 % à l'initiative du médecin.

Il apparaît des différences significatives entre les réponses des hommes et celles de femmes dans plusieurs domaines. Pour la pratique de l'exercice physique, les accidents de la vie courante et le tabagisme, les hommes répondent plus souvent avoir reçu des conseils de la part de leur médecin la dernière fois qu'ils se sont vus en consultation : respectivement 21,6 % vs 17,6 % pour les femmes (p<0,001), 19,6 % vs 7,9 % pour les femmes et 25,1 % vs 18,6 % pour les femmes (p<0,001) (Tableau VII). La proportion d'individus ayant bénéficié de conseils de la part de leur médecin lors de leur dernière visite est plus élevée parmi les plus âgés (65-75 ans) et ce, quel que soit le domaine considéré excepté pour le tabagisme.

Les raisons pour changer de médecin

Les enquêtés ont été interrogés sur les raisons qui pourraient les faire changer de médecins généralistes. Les principaux motifs invoqués sont l'erreur de diagnostic (près de 40 %) et le déménagement (près de 20 %). Le sentiment d'une mauvaise écoute de leur problème est cité par 16,8 % des femmes (vs 9,4 % pour les hommes ; p<0,001). Une proportion faible d'interviewés déclare que le manque de conseils donnés les conduirait à changer de médecins : 2,4 % des femmes et 1,8 % des hommes (p<0,05) (Figure 5).



Tableau VII

Avoir reçu des conseils de son médecin lors de la dernière consultation dans différents domaines selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

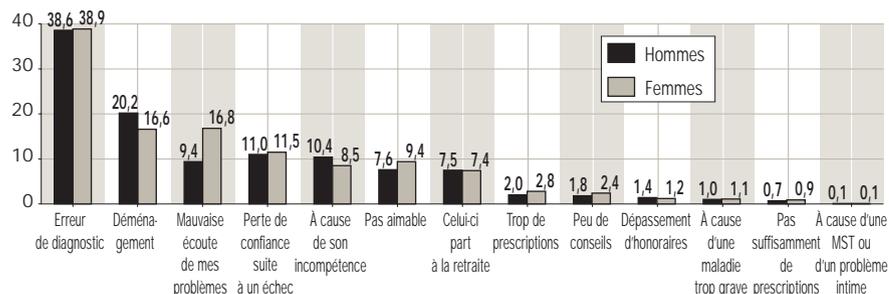
	Exercice physique	Alimentation	Bon usage du médicament	Accident de la vie courante	Tabagisme ^a	
					À votre initiative	À son initiative
Ensemble	19,5	23,5	38,4	8,7	13,0	22,0
Sexe						
Homme	21,6	24,4	38,5	9,6	12,6	25,1
Femme	17,6***	21,7	38,3	7,9**	13,2	18,6***
Âge						
12-14 ans	14,6	18,2	35,9	12,0	3,2	8,8
15-19 ans	13,9	16,0	37,7	8,7	10,0	19,3
20-25 ans	14,5	15,9	35,5	6,6	10,6	24,8
26-34 ans	14,7	17,1	36,5	5,6	13,5	19,2
35-44 ans	19,2	20,4	35,1	6,4	15,0	21,1
45-54 ans	22,4	27,8	36,4	8,2	13,6	26,7
55-64 ans	25,9	31,7	43,5	11,3	10,6	22,7
65-75 ans	24,8***	34,3***	46,7***	15,3***	16,9	25,0**

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

a. Parmi les fumeurs.

Figure 5

Les motifs de changement de médecin généraliste (en pourcentage)



Discussion

Quels que soient les professionnels de santé étudiés, ce sont les femmes qui déclarent le plus souvent les avoir consultés. Les raisons habituellement avancées pour expliquer ce phénomène sont que les femmes accordent probablement une plus grande attention à leur santé et elles consultent plus souvent de façon préventive. De récentes

études de l'Insee et du CreDES soulignent également que : « à de rares exceptions près, comme la pathologie respiratoire, les maladies de l'oreille et les traumatismes, toutes les maladies sont, à des degrés divers, plus fréquemment déclarées par les femmes »¹. Outre cette différence forte en-

1. Guignon N., Mouquet M.-C., Sermet C. Morbidité déclarée et consommation médicale. In : Saurel-Cubizolles M.-J., Blondel B. (sous la dir.). *La santé des femmes*. Paris : Flammarion, 1996.



tre les hommes et les femmes, d'autres variables se sont avérées discriminantes, souvent directement en lien avec le professionnel de santé considéré.

Médecins généralistes

Les variables liées à un état de santé sont celles les plus fortement associées au fait d'avoir consulté un généraliste au cours des douze derniers mois : avoir une maladie chronique ou un handicap physique ou avoir eu un accident. Les personnes âgées de 65-75 ans sont également les plus concernées, puisqu'en moyenne ce sont elles qui ont vu le plus souvent un médecin généraliste. Les motifs des consultations ne sont pas connus dans le cadre de cette enquête mais il est très probable qu'ils sont liés à un état de santé moins bons avec l'âge et à la présence de maladies chroniques plus fréquente.

L'accès au généraliste n'est pas lié de façon linéaire au niveau de revenus puisque après ajustement, la proportion des consultants d'un généraliste « *au moins une fois au cours des douze derniers mois* » parmi les interviewés issus de foyers disposant de 6 000 à moins de 10 000 francs mensuels par UC est à la fois supérieure à ceux issus de foyers disposant de moins de 6 000 francs et disposant d'au moins 10 000 francs.

Chirurgiens dentistes

Alors qu'il est recommandé d'effectuer au moins une visite par an chez le dentiste (visite de dépistage), à peine plus d'une personne sur deux l'a fait.

À la différence des consultations chez un médecin généraliste, le niveau de revenu est une variable clé dans l'analyse des pratiques de consultation d'un chirurgien dentiste (« *au moins une fois au cours de l'année* »). Ce sont les personnes ayant les revenus mensuels par UC les plus faibles qui répondent le moins souvent avoir consulté leur dentiste. Les jeunes adolescents sont ceux qui vont le plus souvent chez le dentiste, ce qui pourrait s'expliquer par l'attention et l'influence des parents (à titre préventif ou pour des soins orthodontiques).

Différentes initiatives sont mises en place pour augmenter la fréquence des consultations préventives chez le dentiste. Par exemple, il a été développé depuis quelques années un système de consultations préventives gratuites (allant jusqu'aux soins) auprès des adolescents¹. Des évaluations réalisées par le Credes sont en cours sur ce programme et d'autres réflexions doivent avoir lieu afin d'améliorer la prise en charge des soins dentaires².

Psychiatres, psychanalystes, psychologues...

La présence de pensées suicidaires, de tentatives de suicide, de rupture affective mais aussi de maladie chronique sont, sans conteste, les déterminants les plus significatifs parmi ceux analysés dans le fait d'avoir consulté un « psy » au cours de l'année. L'analyse des consultations selon l'âge permet de distinguer trois populations : les très jeunes (12-19 ans) et les plus âgés (65-75 ans) qui, lorsqu'ils consultent, font un petit nombre de consultations, et le groupe des âges intermédiaires qui déclare avoir consulté un « psy », en moyenne, deux fois plus souvent que les autres. Ce clivage en terme de nombre de séances pourrait refléter des motifs de consultation différents : pour les plus jeunes, il peut s'agir de débloquer une situation de façon ponctuelle et non d'envisager une prise en charge plus longue. Pour les plus âgés, ce peut être également lié à des motifs ponctuels de consultation, mais aussi à une culture différente pour cette génération. Les revenus mensuels du ménage par UC sont également discriminants puisque entreprendre une psychothérapie ou une psychanalyse peut être une démarche onéreuse. Pour comprendre la surdéclaration francilienne dans ce domaine, il est possible de citer une offre de ce service plus développée dans cette région, un niveau de vie moyen plus élevé, des facteurs

1. Par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

2. Plan stratégique de la Cnamts. Document interne, 2001.



culturels et une proportion plus importante de personnes seules.

Gynécologues et obstétriciens

Le suivi gynécologique est particulièrement développé parmi les femmes âgées de 26 à 34 ans, ce qui correspond bien à la période de procréation. De façon assez nette, les variables socio-économiques (situation professionnelle, revenu, diplôme) sont discriminantes. Les résultats en défaveur des femmes en situation économique plus précaire rejoignent certaines données observées sur la pratique des dépistages des cancers, sous-utilisés par les catégories sociales les moins favorisées (cf. chapitre Dépistage des cancers). Cette problématique recoupe également celle décrite à propos des consultations d'un chirurgien dentiste : le recours aux professionnels de la santé est différencié selon des déterminants socio-économiques. Il y a une sous-utilisation relative de la médecine « préventive » de la part des populations économiquement plus précaires.

Médicaments psychotropes

Les caractéristiques des personnes ayant consommé ce type de médicament se rapprochent globalement de celles ayant consulté un professionnel de la santé mentale (présence de pensées suicidaires, maladie chronique, rupture affective, etc.) à la différence près que ce sont les sujets les plus âgés qui déclarent plus souvent en prendre, alors qu'ils avaient tendance à moins consulter. Pour les patients les plus âgés, la gestion de l'anxiété, d'un état dépressif ou de troubles du sommeil semble se faire en priorité par l'intermédiaire de médicaments plutôt que par un recours à un professionnel de la santé mentale. L'absence d'emploi est associée à une proportion plus importante de consommateurs de ces deux types de médicaments. En revanche, les résultats pour la consommation de tranquillisants/somnifères se distinguent de celle d'antidépresseurs pour la variable revenu où, selon le médicament considéré, ce sont les plus hauts revenus qui sont sur-représentés (tranquillisants/somnifères) ou les plus faibles

(antidépresseurs). Ces médicaments peuvent être prescrits pour des problèmes d'anxiété, de stress, des troubles du sommeil ou encore des difficultés psychologiques plus sévères (dépression, crise suicidaire). Outre les éléments cités en début de paragraphe, ces situations peuvent être en partie liées à une activité professionnelle particulièrement stressante ou nerveusement éprouvante. Si l'on analyse la prise de médicaments psychotropes selon les déclarations de fatigue nerveuse liée à l'activité professionnelle, on s'aperçoit que les personnes qui éprouvent une telle fatigue sont proportionnellement plus nombreuses à prendre des tranquillisants ou de somnifères (15,3 % vs 9,0 % ; $p < 0,001$), mais aussi des antidépresseurs (8,8 % vs 5,2 % ; $p < 0,001$). Cette fatigue nerveuse professionnelle est plus fréquemment déclarée parmi les revenus plus élevés (79,0 % pour un revenu mensuel par UC supérieur ou égal à 10 000 francs vs 61,4 % pour un revenu mensuel inférieur à 6 000 francs ; $p < 0,001$). L'absence de relation univoque entre le niveau de revenu, la fatigue nerveuse professionnelle et la consommation de médicaments psychotropes selon leur spécificité (tranquillisants/somnifères et antidépresseurs) n'est pas sans rappeler le caractère plurifactoriel rencontré dans l'analyse de la problématique suicidaire, où il s'agit de prendre en compte l'histoire individuelle et familiale de la personne, les événements de vie douloureux et leur cumul (cf. chapitre Pensées suicidaires et tentatives de suicide).

Conseils du médecin

Les interviewés semblent peu demandeurs de conseils puisque environ 2 % d'entre eux changeraient de médecin en raison d'une insuffisance de conseils prodigués.

Un tiers des interviewés a reçu un conseil de son médecin sur le bon usage des médicaments à la dernière consultation. Ceci pourrait être lié plutôt à une explication de l'ordonnance prescrite, plus qu'à « *au bon usage du médicament en général* » (les interviewés n'ayant pas interprété ces termes



dans leur sens général, mais particulier à la consultation). La fréquence du conseil doit également être analysée en fonction de la fréquence des consultations. Les personnes âgées sont celles qui reçoivent le plus de conseils, mais aussi celles qui consultent le plus, augmentant la probabilité d'avoir un conseil. Mais ceci pourrait également être le signe d'un souci pour leur santé, favorisant la réceptivité aux conseils et incitant les médecins à être conseillers.

Les hommes fumeurs ayant consulté ont plus souvent été spontanément conseillés sur leur tabagisme que les femmes qui fument. On observe la même tendance pour l'activité physique et les accidents de la vie courante. Mais aucune différence entre sexe n'est observée pour les conseils liés à l'alimentation. Ceci pourrait être également lié à une plus grande fréquence de consultation des femmes et donc une moindre probabilité d'un conseil à la dernière consultation (le conseil ayant pu être fait à une des précédentes consultations). *A contrario*, le médecin voyant moins souvent les hommes interviendrait plus.

L'enquête ne peut pas répondre à l'existence d'une discrimination sexuelle dans la fréquence des conseils donnés par les médecins. Le prochain Baromètre santé médecins généralistes devra tenter de répondre à cette question. Ceci pourrait être une hypothèse plausible. Par exemple, dans le cas de la prévention des maladies cardio-vasculaires, comme cela a été démontré, les femmes subissent des retards de diagnostic.

Conclusion

L'usage des soins de santé primaire est lié bien sûr au fait d'avoir un problème de santé, mais au-delà, son usage différentiel est lié au sexe, à l'âge, aux ressources financières et aux habitudes culturelles.

Les femmes et les personnes âgées font plus souvent usage du système de soins de santé primaire. Ces faits, retrouvés constamment, peuvent traduire à la fois des rai-

sons objectives d'avoir recours (procréation, vieillissement des organes), mais également des raisons psychologiques (besoin de réassurance, souci de sa santé).

Si l'accès au médecin généraliste semble similaire selon les ressources, on observe un recours moindre au dentiste, au gynécologue et au « psy » quand on a moins de ressources. Ce moindre recours peut à la fois traduire l'abstention de visites de routine ou de surveillance, qui auraient pu être l'occasion d'un dépistage, mais peut aussi traduire une abstention de soins, ce qui est plus grave.

On perçoit également un facteur culturel ou d'environnement, qui peut être le fait à la fois du patient et du soignant.

Il est possible d'imaginer une influence prédominante du soignant dans les faits suivants. Les personnes ayant des revenus élevés consomment plus souvent des tranquillisants (prescrits 8 fois sur 10), alors que les personnes à plus faibles revenus prennent plus souvent des antidépresseurs. Les hommes sont plus conseillés sur leur tabagisme et leur exercice que les femmes.

A contrario, il est possible d'imaginer qu'un facteur culturel, en plus du facteur économique, soit lié au plus faible recours au dentiste, au « psy » et au gynécologue par les patients aux revenus les plus faibles. Dans le chapitre Activité sexuelle, contraception, MST, on constate, par exemple, que les femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat sont proportionnellement plus nombreuses à avoir utilisé la pilule du lendemain que celles ayant un niveau inférieur au baccalauréat, alors que l'on observe une tendance inverse pour le recours à l'IVG dans la vie.







Dépistage des cancers

François Eisinger, Valérie Guagliardo,
Claire Julian-Reynier, Jean-Paul Moatti

l'essentiel en quelques chiffres...

Chaque année, en France, le cancer est responsable du décès de plus de 89 000 hommes et 58 000 femmes. Dans la lutte contre cette pathologie qui, du fait de ces chiffres, apparaît comme une priorité, trois orientations sont possibles : l'amélioration des soins curatifs, la prévention visant à éviter l'apparition de la maladie et le dépistage cherchant à mettre en évidence une maladie, avant que la personne atteinte de la pathologie recherchée n'en perçoive les symptômes.

La mise en place d'une action de dépistage doit correspondre à la convergence de critères médicaux, économiques et humains. Médicaux, car tous les cancers (toutes les localisations) ne sont pas accessibles à un dépistage efficace. Économiques, car même si un dépistage est considéré efficient, la collectivité peut ne pas avoir les moyens financiers de réaliser tous les programmes envisageables. Enfin l'accessibilité aux tests, leur acceptation, la participation et l'adhésion des individus sont nécessaires. Ces derniers éléments seront particulièrement analysés dans ce document.

Depuis plus de dix ans, le dépistage des cancers est une des préoccupations majeures des autorités sanitaires françaises.

Après une phase qualifiée d'essai et/ou d'expérimentation, promue en particulier par l'Assurance maladie, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a annoncé, lors de la présentation du Programme national de lutte contre le cancer en février 2000, la généralisation du dépistage de certains de ces cancers.

Les informations issues du Baromètre santé 2000 portent principalement sur le dépistage des trois cancers actuellement reconnus comme accessibles à des interventions de dépistage : le cancer du sein par mammographie, le cancer du col de l'utérus par le frottis et le cancer colorectal par la recherche de sang dans les selles.

Dépistage du cancer du sein par mammographie

57,2 % des femmes interrogées ont réalisé au moins une mammographie au cours de leur vie ; ce chiffre atteint 74,0 % pour les 40-49 ans et 90,5 % pour les 50-69 ans. Néanmoins, seulement 54,0 % des femmes de cette dernière tranche d'âge ont réalisé leur dernière mammographie depuis moins de deux ans.

Concernant les facteurs associés à la réa-

lisation de mammographie par les femmes, on peut mettre en évidence les éléments suivants : avoir réalisé un frottis depuis moins de trois ans, avoir consulté un gynécologue au cours des douze derniers mois, avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum, avoir consulté un généraliste dans l'année, habiter dans un département où existe un dépistage organisé et enfin, craindre pour soi-même le cancer.

L'analyse des enquêtes réalisées en 1992 et 1995 confirme qu'il existe une augmentation importante de la proportion de femmes âgées 50 et 69 ans qui ont bénéficié d'une mammographie au cours des trois dernières années. Cette progression notable, en particulier entre 1992 (moins de 50 %) et 1999 (près de 75 %) est très encourageante. Cette progression pourrait s'expliquer en partie par la progression du nombre de femmes (x2) invitées dans le cadre d'un programme organisé.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Parmi les 7 100 femmes âgées de 18 à 75 ans interrogées, 84,7 % ont déclaré avoir eu un frottis au cours de leur vie. Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la pratique de ce test au cours des trois dernières années, près des trois quarts (74,6 %) des répondantes ont déclaré avoir bénéficié d'un frottis. Cependant, là-encore, ces chiffres moyens lissent des situations hétérogènes, en particulier en fonction de l'âge. Les femmes de 25 à 50 ans ont un taux de frottis élevé et quasi constant quel que soit l'âge, de l'ordre de 85 %. Après 55 ans (ce qui correspond à la période post-ménopause), la proportion de femmes régulièrement suivies baisse rapidement pour atteindre 65,5 % pour les 60-64 ans, période de la vie où le dépistage devrait être réalisé avec la même fréquence que pour des femmes plus jeunes.

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux femmes âgées de 20 à 65 ans, les va-

riables associées à la réalisation du frottis au cours des trois dernières années sont les suivantes : être âgée de moins de 50 ans, vivre en couple, avoir déjà passé une mammographie au cours de sa vie, avoir consulté un acupuncteur ou un homéopathe dans les douze derniers mois, avoir des revenus mensuels supérieurs à 6 000 francs par unité de consommation, avoir une opinion favorable vis-à-vis de la vaccination, être professionnellement active, avoir déjà bu des boissons alcooliques, avoir pris des tranquillisants ou des somnifères au cours des douze derniers mois.

Dépistage du cancer colorectal

Parmi l'ensemble des personnes de plus de 40 ans, 19,9 % déclarent avoir déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par recherche de sang dans les selles. Comme pour les autres examens, on note un impact considérable de l'âge sur la pratique de dépistage où doit se combiner un effet âge et génération.

Les facteurs associés au fait d'avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum sont les suivants : le fait d'être de sexe masculin, d'être âgé de plus de 50 ans, d'être au chômage ou inactif, d'avoir déjà bu des boissons alcooliques, d'avoir passé un test de dépistage contre l'hépatite C, d'avoir une maladie chronique, d'avoir souffert de douleurs difficiles à supporter au cours des douze derniers mois et enfin, d'avoir un score de santé physique moins élevé. L'utilisation plus fréquente du test chez les chômeurs est paradoxale dans la mesure où les pratiques de dépistage sont souvent sous-utilisées par les personnes ayant des caractéristiques évoquant une « précarité ». On peut y voir probablement un impact des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, principaux prescripteurs à ce jour des tests de dépistage et ayant mission de prise en charge prioritaire des personnes en situation de précarité.



Chaque année, en France, le cancer est responsable du décès de plus de 89 000 hommes et de 58 000 femmes [1]. Entre 50 et 69 ans, le nombre annuel de décès liés au cancer est d'environ 50 000, alors que pour la même tranche d'âge, la mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire est de l'ordre 21 500 [1].

Dans la lutte contre le cancer qui, du fait de ces chiffres, apparaît comme une priorité, trois orientations sont possibles :

- l'amélioration des soins curatifs. Il existe dans ce domaine des avancées parfois rapides (Hodgkin, testicule [2]), parfois plus progressives (sein, côlon). La question des deux autres stratégies (dites d'amont ou préventives) se pose donc avec d'autant plus d'acuité que les traitements curatifs apparaissent comme insuffisamment efficaces ;
- la prévention visant à éviter l'apparition de la maladie. Les interventions peuvent être ciblées sur des comportements (tabagisme, habitudes alimentaires), sur des interventions plus biologiques (vaccin ou chimioprévention) ou sur des aspects réglementaires (expositions professionnelles) ;
- le dépistage, intervention de santé publi-

que, médicale et planifiée, a pour but de mettre en évidence une maladie, ici un cancer, avant que la personne atteinte de la pathologie recherchée n'en perçoive les symptômes. Le dépistage est souvent perçu comme une arme efficace dans la lutte contre le cancer. Si cette représentation correspond à une réalité dans certaines situations, elle est loin d'être généralisable à l'ensemble des pathologies. Les actions de dépistage ont, par ailleurs, des effets secondaires pouvant dans certains cas exposer les personnes à des risques particuliers. La mise en place d'une action de dépistage doit donc correspondre à la convergence de critères médicaux, économiques et humains. Médicaux, car tous les cancers (toutes les localisations) ne sont pas accessibles à un dépistage efficace. Économiques, car même si un dépistage est considéré efficace, la collectivité peut ne pas avoir les moyens financiers de réaliser tous les programmes envisageables. Enfin, l'accessibilité aux tests, leur acceptation, la participation et l'adhésion des individus sont nécessaires. Ces derniers éléments seront particulièrement analysés dans ce document.

Depuis plus de dix ans, le dépistage des cancers est une des préoccupations majeures des autorités sanitaires françaises. Après une phase qualifiée d'essai et/ou d'expérimentation, promue en particulier par

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.

l'Assurance maladie, le ministère a annoncé, lors de la présentation du Programme national de lutte contre le cancer en février 2000 [3], la généralisation nationale du dépistage de certains de ces cancers. Cette volonté a été réaffirmée récemment lors de la Conférence nationale de santé (mars 2000) [4]. Pour le cancer du sein, la signature d'un accord entre l'Assurance maladie et les radiologues, ainsi que la publication des arrêtés intégrant les nouveaux cahiers des charges, devraient permettre de créer un cadre propice à la qualité de cette pratique sur l'ensemble du territoire national et de rendre accessible gratuitement cet acte préventif à l'ensemble des femmes concernées.

Les informations issues de cette enquête portent principalement sur le dépistage des trois cancers actuellement reconnus comme accessibles à des interventions de dépistage [5] : le cancer du sein par mammographie, le cancer du col de l'utérus par le frottis et le cancer colorectal par la recherche de sang dans les selles. Après avoir présenté les principales données concernant la description des facteurs liés à la crainte du cancer, seront décrites les pratiques de dépistage et analysés les éléments associés à une réalisation des tests. Ces résultats peuvent avoir des conséquences directement opérationnelles, en permettant d'identifier des pratiques inadéquates (sur ou sous-utilisation) et d'orienter les priorités d'actions futures.

Méthode

Pour l'essentiel, les analyses univariées ont été réalisées avec le test du Chi² de Pearson. Afin d'évaluer les facteurs associés au fait d'avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières années, un frottis ou un dépistage du cancer du côlon, des régressions logistiques ont été effectuées. Seules les variables significatives au seuil de 10 % en analyse bivariée ont été introduites dans les modèles. Les régressions ont été conduites en méthode dite pas-à-pas descendante avec élimination successive des variables en fonction du test du ratio de

vraisemblance. Le test de Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour s'assurer de l'adéquation du modèle. Toutes les interactions de premier ordre ont été testées (Hosmer et Lemeshow, 1989).

Le texte insiste particulièrement sur les résultats des analyses multidimensionnelles, dans la mesure où elles permettent justement d'identifier les facteurs qui ont une influence statistique propre (après ajustement sur les autres variables) sur le phénomène étudié (par exemple l'accès au dépistage).

Crainte individuelle du cancer

Le groupe des maladies le plus fréquemment redoutées des Français est le cancer. Cette crainte arrive en 2^e position après celle des accidents de la circulation (Tableau I). Ainsi, plus de la moitié (55,7 %) des personnes interrogées déclarent craindre « pas mal » ou « beaucoup » le cancer (ces deux catégories ont été regroupées dans une seule pour la clarté de la présentation des données). Lorsque ces résultats sont analysés en fonction des caractéristiques des personnes, des variations importantes sont observées.

La prévalence de la crainte du cancer croît¹ régulièrement selon l'âge avec un maximum chez les sujets entre 45 et 60 ans, deux personnes sur trois craignant le cancer dans cette tranche d'âge (Figure 1). Après 60 ans, la fréquence d'expression de cette crainte décroît tout en restant élevée (43,1 % pour les personnes entre 70 et 75 ans).

Afin d'étudier les facteurs associés au fait de craindre le cancer, il a été utilisé quatre tranches d'âge : 12-27 ans, 28-43 ans,

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.



44-59 ans et, enfin, les personnes âgées de 60-75 ans. En analyse univariée (résultats non présentés), un grand nombre de variables sont significativement liées au fait de craindre le cancer. Les variables qui sont significatives, quelle que soit la tranche d'âge analysée sont : le fait d'être une femme (68,8 % vs 58,7 % pour les hommes ; $p < 0,001$ chez les 44-59 ans), d'avoir une religion, de consulter souvent (6 fois ou plus) un médecin généraliste durant l'année (67,0 % vs 49,9 % pour aucune consultation, $p < 0,001$ chez les 28-43 ans). Certains scores calculés à partir du profil de santé de Duke sont également significatifs : les personnes identifiées comme étant plus dépressives craignent plus souvent le cancer que les autres ; de même, les sujets ayant une mauvaise es-

time d'eux-mêmes, ceux ayant des problèmes physiques et mentaux déclarent craindre le cancer plus souvent que les autres ($p < 0,001$).

Pour chaque tranche d'âge considérée (tranches présentées plus haut), les femmes déclarent plus que les hommes craindre cette maladie. La différence est la plus importante pour les 44-59 ans (OR ajusté = 1,9 ; IC : 1,6-2,3) et moindre pour les 60-75 ans (OR ajusté = 1,2 ; IC : 0,9-1,5).

Un point particulier mérite d'être présenté, il s'agit des liens statistiques entre le tabagisme (évalué en oui/non) et la crainte du cancer. Il apparaît que parmi les plus jeunes (12-27 ans), ce sont les fumeurs qui craignent le plus le cancer ($p < 0,001$) et que parmi les plus âgés, ce sont les non-fumeurs (résultats non significatifs).

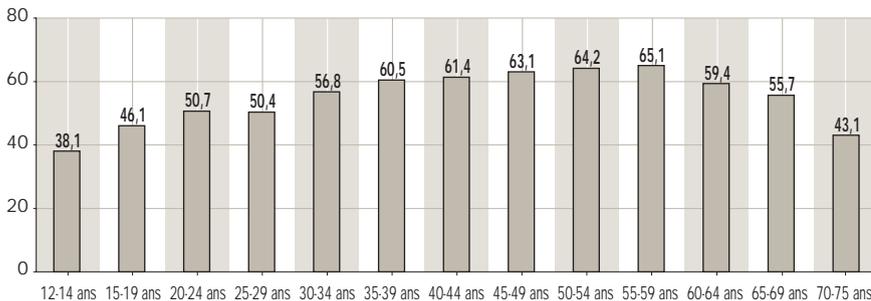
Tableau I

Craintes individuelles des maladies chez les 12-75 ans (en pourcentage)

	Craintes	Beaucoup	Pas mal	Peu	Pas du tout	nsp
Accidents de la circulation	62,4	31,4	31,0	27,9	9,5	0,2
Cancer	55,7	29,2	26,5	28,3	15,5	0,5
Maladies cardiaques	35,2	15,1	20,1	36,8	27,7	0,3
Sida	23,5	15,7	7,8	21,5	54,8	0,2
Accidents du travail	23,5	9,6	13,9	41,7	34,3	0,5
La tuberculose	12,1	6,2	5,9	26,8	60,0	1,1
Suicide	8,8	5,1	3,7	17,0	73,9	0,3

Figure 1

Crainte^a du cancer selon l'âge (en pourcentage)



a. Regroupement des modalités « beaucoup » et « pas mal ».

Discussion

L'importance des craintes exprimées envers le cancer permet de faire l'hypothèse que les actions en faveur de la lutte contre cette maladie continuent de correspondre à des attentes sociales majeures.

Les résultats confirment également le constat, régulièrement présent dans des études précédentes, d'une discordance entre la hiérarchie des craintes individuelles exprimées et celle de la fréquence des causes de mortalité (indicateur du « risque objectif »). À titre d'exemple, le sida est une maladie particulièrement redoutée malgré un nombre de décès observé faible. La crainte apparaît ainsi comme une construction plus complexe qu'une simple fonction de l'exposition au risque [6]. Cette discordance ne doit bien sûr pas être interprétée simplement en terme d'ignorance ou d'irrationalité, mais renvoie au fait que la crainte d'une réduction de la durée de vie n'est manifestement pas le seul déterminant de la perception du risque [7]. Il est important cependant de souligner que les craintes analysées sont déclarées et que le déni du risque est une des réactions classiques permettant aux personnes de faire face psychologiquement

à une exposition délétère (exposition active ou passive) : « *Le cancer, ça n'arrive qu'aux autres* ». Il est établi depuis longtemps que la dénégation du risque est un des mécanismes les plus répandus à travers lesquels les individus gèrent mentalement leur rapport à la multiplicité des risques susceptibles d'affecter leur santé [8-11].

Concernant l'association observée entre non-tabagisme et crainte du cancer, on pourrait faire l'hypothèse d'une causalité inverse à celle de la logique du risque (où l'on craint ce à quoi l'on est exposé), l'explication étant que les personnes craignant le cancer auraient tendance à ne pas fumer.

Analyse comparative 1992-1999

Trois remarques générales peuvent être faites (Tableau II) :

- il existe une stabilité de l'ordre des craintes exprimées ;
- le niveau des craintes est influencé par la nature de la maladie ou des risques (lien robuste se retrouvant au cours des années), mais très certainement par d'autres facteurs. En effet, 1995 se caractérise par une « sur cotation » de toutes les craintes, alors

Tableau II

Craintes individuelles des maladies parmi les 18 ans et plus (en pourcentage). Évolution 1992-1999

	Craintes 1992	Craintes 1993	Craintes 1995	Craintes 1999 ^a
Accidents de la circulation	66,9	67,9	69,1	63,8
Cancer	56,9	58,9	63,2	57,3
Maladies cardiaques	40,5	37,9	47,7	36,0
Sida	29,2	30,4	33,1	22,9
Dépression	Non posée	Non posée	30,9	23,0
Accidents du travail ^b	24,5	24,0	30,6	25,1
Accidents de la vie domestique	19,0	19,8	27,8	21,7
MST en dehors du sida	17,6	18,8	23,8	16,0
Maladies dues à l'alcool	11,0	11,2	16,1	10,8
Tuberculose	10,1	13,0	20,3	12,0
Suicide	7,0	7,3	12,6	8,3

a. Résultats pondérés et redressés à partir des données du recensement 1990.

b. Question posée uniquement aux personnes exerçant un emploi ou étant en formation continue ou par alternance. Ne concerne pas les retraités, pré-retraités, les personnes en congé parental et au foyer.



que 1999 est l'année du minimum pour les principales craintes exprimées ;

- concernant plus spécifiquement les craintes de cancer, il existe une grande stabilité avec 56,9 % comme valeur minimale (1992) et 63,2 % comme maximale (1995).

Dépistage du cancer du sein par mammographie

Analyse du contexte

En terme d'incidence, on estime à plus de 33 000 le nombre de nouveaux cas de cancer du sein survenant en France chaque année. Ce cancer est responsable chaque année de plus de 11 000 décès [1], soit près de 20 % de la mortalité féminine par cancer et 40 % des décès avant 65 ans (« décès prématurés ») [12].

L'incidence de ce cancer a augmenté de manière régulière et importante au cours des dernières décennies, mais semble atteindre un plateau dans les pays à forte incidence avec une diminution de la mortalité [13, 14]. L'âge moyen d'apparition du cancer du sein est d'environ 63 ans.

La prise en charge préventive du cancer du sein est l'objet de nombreuses recherches

Prévention non pharmacologique

Les interventions préventives le plus fréquemment proposées comprennent les changements nutritionnels, l'exercice physique et le contrôle pondéral [15, 16]. L'hypothèse a été faite de l'intérêt préventif de certains nutriments, par exemple les anti-oxydants [17], du calcium et/ou de la vitamine D [18], de l'huile d'olive [19], des céréales complètes [20], du soja [21]. Néanmoins, à ce jour, aucune étude d'intervention randomisée n'a apporté de résultat significatif susceptible d'être utilisé avec l'espoir d'un impact significatif sur cette pathologie. Les interventions pour être efficaces devraient, selon certains auteurs, se réaliser tôt dans la vie [22].

Prévention pharmacologique

La chimioprévention du cancer du sein a fait récemment l'objet de plusieurs publications importantes. L'utilisation du tamoxifène (une molécule « anti-œstrogènes ») semble pouvoir réduire de moitié le nombre de cancers du sein dans une population ayant un risque élevé [23]. D'autres études réalisées avec la même molécule n'ont cependant pas montré de réduction significative [24, 25]. Ces différences, ainsi que les effets secondaires de ce traitement préventif, font que l'utilisation du tamoxifène en prévention primaire est toujours l'objet de débats [26-28]. Aucune molécule ne possède à ce jour d'AMM (autorisation de mise sur le marché) pour la prévention primaire du cancer du sein.

Le dépistage

L'utilisation de la mammographie pour le dépistage, le soin précoce et donc la réduction de la mortalité du cancer du sein n'est l'objet que de rares polémiques [29] quant à son principe. Il y a, en revanche, des débats autour de la périodicité [30], du nombre d'incidences radiologiques [31], du taux de faux positifs [32], du taux de faux négatifs [33], du contrôle de qualité [34], des effets secondaires négatifs [35] et sur tout de l'âge de début [36].

D'autres techniques que la mammographie classique sont envisagées [37]. On peut citer, à titre d'exemples, la mammographie numérisée, de nouvelles techniques échographiques, l'IRM, la mammographie optique, le diagnostic électrophysiologique et les techniques de médecine nucléaire dont les tomographies à émission de positons [38]. Ces techniques sont néanmoins toujours en phase d'évaluation pour une utilisation dans le cadre d'un programme de dépistage.

Il existe deux types d'indications pour la réalisation de mammographie :

- la mammographie diagnostique qui est réalisée pour évaluer à partir d'un symptôme (douleur, nodule, écoulement, etc.) ;
- la mammographie de dépistage qui se pratique en dehors de tout signe clinique et dans un cadre organisé.

L'accord récemment signé entre l'Assurance

maladie et la profession des radiologues vise à l'unicité de la qualité des actes mammographiques, qu'ils se déroulent dans un but de diagnostic ou de dépistage. C'est ainsi qu'un examen clinique, une double incidence par sein et une lecture immédiate sont maintenant préconisés. En cas d'image(s) douteuse(s), des incidences ou des investigations complémentaires (par exemple échographie) peuvent être réalisées. Des exigences importantes sur la formation des radiologues, le nombre d'actes minimum à pratiquer (cinq cents par an) et la qualité du matériel, sont aussi exigées.

La pratique de la mammographie de dépistage ne pourra plus être réalisée que dans un cadre organisé et les accords passés entre chaque radiologue avec sa caisse primaire d'Assurance maladie devraient à terme concerner l'ensemble de la pratique mammographique de ces spécialistes. Par ailleurs, le rythme du dépistage est passé à une mammographie tous les deux ans en 2000 et concerne non seulement les femmes de 50 à 69 ans, mais aussi les sujets de 70 à 74 ans qui sont entrés dans le dépistage avant 70 ans (suivant les recommandations de l'Anaes).

En 2001, trente-deux départements bénéficiaient d'un programme de dépistage organisé à titre expérimental. À partir de 2002, ce dispositif sera généralisé progressivement à l'ensemble du territoire français. Un pilotage national, régional et départemental sera mis en œuvre. Concernant ce niveau de proximité, une structure de gestion départementale (ou interdépartementale) sera créée. Elle aura pour mission la mise en œuvre concrète des programmes de dépistage (cancer du sein, mais aussi colorectal et col de l'utérus).

Résultats

57,2 % des femmes de 18 à 75 ans de l'échantillon ont réalisé au moins une mammographie au cours de leur vie, ce chiffre atteint 74,0 % pour les 40-49 ans et 90,5 % pour les 50-69 ans, mais seulement 55,2 %

des femmes de cette tranche d'âge ont réalisé une mammographie depuis moins de deux ans (Tableau III et Figure 2).

Concernant plus spécifiquement les femmes de 50 à 74 ans, cible actuelle du dépistage organisé, on note, pour les femmes de 70 à 74 ans, un taux particulièrement faible (30,5 %) de femmes « bien suivies », c'est-à-dire ayant eu leur dernière mammographie depuis moins de deux ans¹ (Fi-

1. Le terme « bien suivi » est utilisé ici pour les femmes ayant eu leur dernière mammographie depuis moins de deux ans ; pour être rigoureux, il aurait fallu exclure les femmes ayant eu plus d'une mammographie au cours des deux ans.

Tableau III

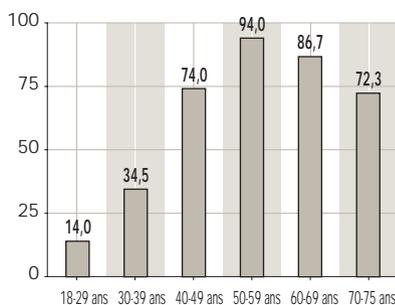
Année de la dernière réalisation d'une mammographie pour les femmes de 18 à 75 ans^a (en pourcentage)

	18-75 ans	40-49 ans	50-69 ans
1999	28,1	29,7	31,9
1998	25,9	28,4	29,1
1997	18,1	16,3	20,4
1996	7,2	6,7	5,5
1995	4,5	4,9	3,1
1994	4,0	4,4	2,5
Avant 1994	8,9	7,5	5,1
Nsp	3,3	2,1	2,4
Total	100,0	100,0	100,0

a. Enquête réalisée fin 1999.

Figure 2

Mammographie au cours de la vie selon l'âge (en pourcentage)





gure 3). Pour les femmes de 50 à 69 ans, ancienne cible des campagnes, l'impact de l'âge est encore significatif, mais d'autres facteurs sont associés à la réalisation d'une

mammographie au cours des deux dernières années. On peut classer ces facteurs, tous significatifs en analyse univariée (Tableau IV), en plusieurs groupes :

Tableau IV

Avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années pour des femmes de 50 à 69 ans selon différentes variables (en pourcentage)

Âge		Consultation avec un gynécologue	
50-54 ans (n=616)	61,4	Oui (n=1 016)	73,9
55-59 ans (n=483)	62,5	Non (n=1 098)	36,6 ***
60-64 ans (n=509)	50,2	Consultation avec un chirurgien dentiste	
65-69 ans (n=507)	45,4 ***	Oui (n=1 196)	60,9
Vie en couple		Non (n=894)	47,3 ***
Oui (n=1 283)	56,6	Consultation avec un kinésithérapeute	
Non (832)	51,5 *	Oui (n=480)	62,1
Activité professionnelle		Non (n=1 622)	53,0 **
Active occupée (n=671)	61,1	Consultation avec un homéopathe	
Autre (n=1 444)	52,4 ***	Oui (n=195)	68,1
Discussion avec conjoint		Non (n=1 917)	53,9 ***
Oui (n=878)	59,4	Date du dernier frottis	
Non (n=1 237)	51,0 ***	Moins de 3 ans (n=1 321)	67,2
Discussion avec un professionnel de santé		Autres (n=628)	34,4 ***
Oui (n=957)	59,9	Dépistage du cancer du côlon et du rectum	
Non (n=1 158)	51,2 ***	Oui (n=511)	64,4
Discussion avec des amis de travail		Non (n=1 588)	52,6 ***
Oui (n=121)	67,2	Diplôme le plus élevé	
Non (n=1 994)	54,4 *	Inférieur au bac (n=1 550)	53,4
Opinion sur la vaccination		Bac (n=220)	57,7
Favorable (n=1 829)	56,2	Supérieur au bac (n=295)	64,7 **
Défavorable (n=275)	47,6 *	Revenu mensuel du ménage par UC^a	
Taille agglomération		Moins de 6 000 F par mois (n=719)	47,6
Moins de 100 000 habitants (n=1 288)	51,0	De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=704)	60,5
100 000 habitants et plus (n=817)	60,5 ***	Au moins 10 000 F (n=540)	63,7 ***
Rapports sexuels dans l'année		Habite un département où existait un dépistage organisé du cancer du sein avant 1998	
Oui (n=1 340)	59,2	Oui (n=796)	61,1
Non (n=760)	45,9 ***	Non (n=1 313)	51,4 ***
Test de dépistage du sida		Crainte du cancer	
Oui (n=92)	66,4	Oui (n=1 348)	58,9
Non (n=2 019)	54,7 *	Non (n=757)	48,5 ***
Test de dépistage de l'hépatite C		Fréquence de consultation avec un généraliste	
Oui (n=268)	63,2	Aucune (n=219)	42,7
Non (n=1 811)	54,0 *	1 à 5 fois par an (n=1 206)	56,8
Fréquence de consultation avec un généraliste		6 et plus (n=677)	56,1 **

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

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

- *facteurs évoquant une absence d'isolement* : vivre en couple, avoir une activité professionnelle, avoir des rapports sexuels dans l'année ;
- *facteurs évoquant l'intérêt porté à la santé* : parler de ces questions avec des professionnels de santé, des amis de travail ou/et son conjoint, avoir une opinion favorable sur la vaccination ;
- *facteurs témoignant d'autres activités de prévention/dépistage* : réalisation de tests de dépistage du sida ou de l'hépatite C, d'un frottis, d'un dépistage du cancer du côlon ;
- *facteurs de recours au système de santé* : consultation au cours des douze derniers mois d'un médecin généraliste, d'un gynécologue, d'un dentiste, d'un kinésithérapeute, d'un homéopathe ;
- *facteurs socio-économiques* : l'âge, le niveau de revenu par unité de consommation du ménage (UC)¹, le niveau de diplôme, la taille de l'agglomération.

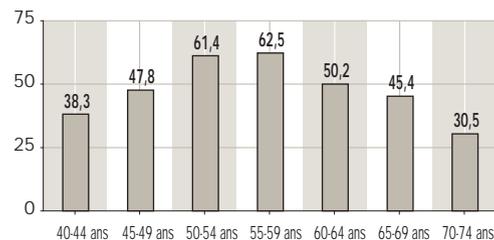
Enfin, la crainte du cancer et le fait de vivre dans un département ayant une campagne organisée de dépistage du cancer du sein sont significativement reliés au fait d'avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années pour des femmes âgées de 50 à 69 ans.

Lorsque l'on prend en compte la concomitance des effets des variables étudiées

1. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

Figure 3

Mammographie au cours des deux dernières années (en pourcentage)



dans un modèle de régression logistique, les facteurs les plus discriminants du fait d'avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années pour des femmes âgées de 50 à 69 ans sont : avoir réalisé un frottis depuis moins de trois ans, avoir consulté un gynécologue au cours des douze derniers mois, avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par recherche de sang dans les selles, avoir consulté un généraliste dans l'année, habiter dans un département où existe un dépistage organisé du cancer du sein et craindre le cancer (Tableau V). Toutes les autres variables présentées dans le Tableau IV ne sont pas significatives.

Tableau V

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'une mammographie au cours des deux dernières années pour des femmes âgées de 50 à 69 ans

	OR ajusté	IC à 95 %
Frottis il y a moins de trois ans		
Non	1	
Oui	2,2***	1,7-2,8
Consultation gynécologue		
Non	1	
Oui	3,1***	2,5-4,0
A bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum		
Non	1	
Oui	1,5***	1,2-2,0
Consultation avec un généraliste		
Non	1	
Oui	1,4*	1,0-2,0
Habite un département où existait un dépistage organisé du cancer du sein avant 1998		
Non	1	
Oui	1,5***	1,2-1,9
Crainte du cancer		
Non	1	
Oui	1,3*	1,0-1,6

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



Discussion

Il est important de souligner, en préalable, que les motifs de prescription des mammographies n'étaient pas disponibles dans le cadre de cette enquête. Il n'est donc pas possible de distinguer les mammographies à visée diagnostique (pour des symptômes) des mammographies de dépistage. Certains auteurs ont estimé que plus de la moitié de ces indications étaient liées au dépistage [39].

94,0 % des femmes entre 50 et 59 ans ont réalisé au cours de leur vie au moins une mammographie. L'accès à cet examen et la connaissance de ce dernier sont donc très répandus. En conséquence, le taux de 61,9 % de femmes dans la même tranche d'âge ayant réalisé cet examen au cours des deux dernières années évoque plus l'hypothèse d'une valorisation faible de l'utilité de cet examen plutôt qu'une absence totale de connaissance ou d'accès à cet examen. Un taux plus faible de réalisation de la mammographie (une fois dans la vie) après 60 ans est très probablement la marque d'un effet génération qui laisse anticiper une utilisation de cet examen qui continuera d'augmenter au cours des prochaines années [40].

Parmi les facteurs prédictifs d'un « bon suivi », on note principalement :

- deux facteurs associés au recours régulier au système de santé (consultation d'un gynécologue et d'un généraliste) sans que l'on puisse connaître la direction de l'association : les médecins gynécologues et les généralistes motivant leurs patientes ou les personnes ayant confiance en « la médecine » ayant en même temps recours au dépistage et aux médecins ;
- deux facteurs associés à des pratiques de dépistage en cancérologie (frottis du col et recherche de sang dans les selles) évoquant ainsi les liens forts entre dépistage et cancer en général (sans spécificité d'organe) ;
- un facteur de perception du risque (crainte du cancer) ;
- un facteur organisationnel (l'existence de campagnes de dépistage organisées).

Analyse comparative 1992-1999

Il existe une augmentation importante du nombre de femmes ayant entre 50 et 69 ans qui ont bénéficié d'une mammographie au cours des trois dernières années (*Tableau VI*). Ce chiffre de trois ans a été repris afin de favoriser la comparaison avec les Baromètres santé antérieurs. Cette progression notable entre 1992 (45,9 %) et 1999 (74,6 %, à structure de population comparable) est très encourageante.

Concernant l'initiative de la réalisation de la mammographie, on note que le rôle des campagnes était jugé prépondérant dans 6,4 % des cas en 1992 vs 11,4 % en 1999, ce qui correspond à une montée en charge des programmes de dépistage au cours des années quatre-vingt-dix (*Tableau VII*).

Tableau VI

Réalisation de mammographies au cours de la vie et au cours des trois dernières années (évolution 1992-1999, en pourcentage)

	1992	1993	1995	1999 ^a
Au cours de la vie	43,1	45,8	50,3	54,7
Dans les trois dernières années parmi l'ensemble des femmes âgées de 50 à 69 ans	45,9	55,5	60,7	74,6

a. Résultats pondérés et redressés à partir des données du recensement 1990.

Tableau VII

Évolution de la prescription de mammographies (en pourcentage)

	1992	1993	1995	1999 ^a
À l'initiative d'un médecin	69,8	66,5	60,7	58,4
À l'initiative de la personne	21,0	21,8	24,8	21,0
Invitation dans le cadre d'un programme	6,4	7,7	8,5	11,4
Autre	2,8	4,0	6,0	9,2

a. Résultats pondérés et redressés à partir des données du recensement 1990.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Analyse du contexte

En France, le cancer du col utérin a une incidence annuelle d'environ 3 300 cas selon les statistiques de 1995 [41] et, chaque année, 800 [42] à 1 600 décès [41] seraient attribuables à cette pathologie. Ces différences sont en partie liées au caractère fréquemment imprécis des certificats de décès et à la difficulté d'isoler les cancers du col utérin de ceux de l'utérus en général. Ces chiffres, relativement peu importants, correspondent cependant à un véritable problème de santé publique puisqu'il s'agit d'une mortalité évitable à plus de 75 % des cas voire 90 % par un dépistage bien fait.

Avant 25 ans, le cancer invasif du col demeure très rare. L'incidence augmente régulièrement entre 25 et 40 ans, elle atteint son maximum entre 40 et 60 ans, puis elle décline à un âge plus avancé. De nombreux facteurs de risque de cancer ont été décrits [43]. Néanmoins, les facteurs de risque permettant le repérage des personnes à risques sont liés à la pathogénie du cancer (voir *infra*) ; il s'agit de la précocité des rapports, la multiplicité des partenaires de la femme, mais aussi du conjoint. En effet, la relation entre ce cancer et l'activité sexuelle est sous-tendue par son étiologie infectieuse [44] : rôle de certains papillomavirus, 16 et 18 en particulier, dont le génome est retrouvé incorporé dans les cellules tumorales dans plus de 90 % des cas de cancer du col [45], voire, pour certains auteurs, dans plus de 99,5 % des cas [46]. Ce cancer présente un surcroît d'incidence chez les femmes de bas niveau socio-économique. L'absence de tout frottis cervico-vaginal dans les cinq ans constitue un des « facteurs de risque » les plus importants.

Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-vaginal a été mis au point, il y a près de cinquante ans, par Papanicolaou. Ce dépistage est fondé sur l'hypothèse qu'une dysplasie, qu'un

épithélioma *in situ*, qu'un cancer micro-invasif, voire un épithélioma invasif occulte, évoluera vers un cancer invasif potentiellement létal. On estime que 60 % environ des formes intra-épithéliales peu différenciées progressent vers un cancer invasif et que le temps moyen d'évolution est de cinq à dix ans selon les modèles utilisés [47]. Le taux de survie à cinq ans est de l'ordre de 90 % pour les femmes traitées quand ce cancer est localisé au col, alors qu'il chute à 40 % chez les patientes traitées à un stade plus étendu de la maladie. Bien qu'aucun essai randomisé n'ait été mis en œuvre démontrant l'efficacité de ce dépistage, de nombreuses études démonstratives font état d'une moindre incidence et mortalité par cancer du col dans les populations dépistées, en comparaison de populations qui ne le sont pas.

Le frottis est donc à la fois un acte de dépistage (prévention secondaire) qui facilite et augmente l'efficacité du traitement, et un geste de prévention primaire du cancer en traitant des lésions précancéreuses.

Dans une analyse de l'expérience de onze programmes de dépistage, le Centre international de lutte contre le cancer [48] conclut que la réduction du risque d'apparition de cancers invasifs pourrait dépasser 90 % si un dépistage de masse était effectué à une fréquence triennale dans la tranche d'âge 20-64 ans. Il semble exister un relatif consensus international sur le fait que le frottis doit être réalisé selon un rythme triennal [49]. Une conférence de consensus réalisée en France en septembre 1990 (Conférence de la Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française) a conclu dans ce sens que « le frottis tous les trois ans correspond au rythme optimal de dépistage, quoique le premier frottis doit être répété un an plus tard avant de passer au rythme triennal » [50]. Cette périodicité de trois ans a été encore préconisée lors de l'actualisation en 1995 des recommandations Andem de 1994 et par la prise de position des experts européens (le texte précise entre trois et cinq ans) [5]. En revanche, un certain flou subsiste sur l'âge auquel démarrer le premier frottis de



dépistage. L'American Cancer Society recommandait de faire un frottis dès les premiers rapports sexuels ou à 18 ans, la conférence de consensus française recommande que le frottis soit « *proposé systématiquement à toutes les femmes ayant eu une activité sexuelle et âgées de 25 à 65 ans* » et la position européenne évoque un âge de début entre 20 et 30 ans [5]. L'âge « limite » n'est pas précisé de manière stricte. Dans les dernières recommandations [5], il est signalé que cette limite ne doit pas être inférieure à 60 ans. Au vu de ces « normes », l'analyse a été réalisée en ciblant les femmes de 20 à 65 ans en testant une périodicité de trois ans.

Résultats

Réalisation d'un frottis au cours des trois dernières années

Parmi les 7 100 femmes âgées de 18 à 75 ans interrogées par téléphone, 84,7 % ont déclaré avoir eu un frottis au cours de leur vie. Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la présence de ce test au cours des trois dernières années, près des trois quarts (74,6 %) des répondantes ont déclaré avoir bénéficié d'un frottis. Cependant, là encore, ces chiffres moyens lissent des situations hétérogènes, en particulier en fonction de

l'âge. Les femmes de 25 à 50 ans ont un taux de frottis élevé et quasi constant quel que soit l'âge, de l'ordre de 85 %. Après 55 ans (ce qui correspond à la période post-ménopausique), le nombre de femmes régulièrement suivies baisse rapidement pour atteindre 65,5 % pour les 60-64 ans, période de la vie où le dépistage devrait être réalisé avec les mêmes critères et donc la même fréquence que pour des femmes plus jeunes (Figure 4).

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux femmes âgées de 20 à 65 ans, les variables associées à la réalisation du frottis apparaissent sur le *Tableau VIII*. Lorsque l'on prend en compte la concomitance des effets des variables étudiées dans un modèle de régression logistique (*Tableau IX*), les facteurs associés au fait d'avoir bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années chez les femmes de 20 à 65 ans sont les suivants : être âgée de moins de 50 ans, vivre en couple, avoir déjà passé une mammographie au cours de la vie, avoir des enfants, avoir consulté un acupuncteur ou un homéopathe dans les douze derniers mois, avoir des revenus mensuels supérieurs à 6 000 francs par unité de consommation, avoir une opinion favorable vis-à-vis de la vaccination, être professionnellement active, avoir déjà bu

Figure 4

Proportion de femmes âgées de 20 à 74 ans ayant passé un frottis au cours des trois ans selon l'âge (en pourcentage)

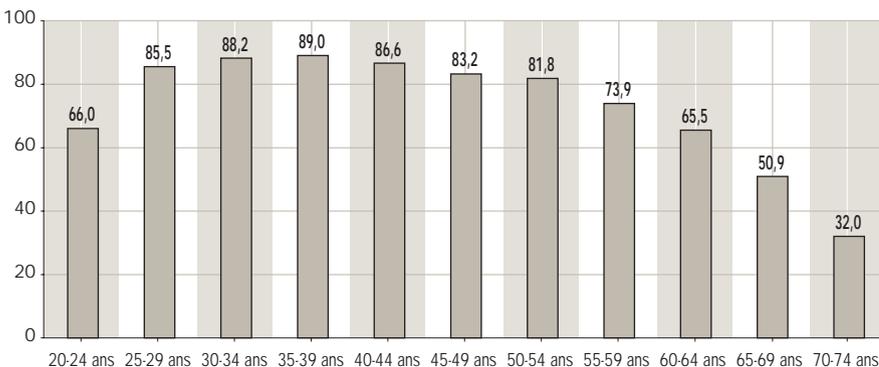


Tableau VIII

Avoir passé un frottis dans les trois dernières années pour des femmes de 20 à 65 ans selon différentes variables (en pourcentage)

Âge		Région	
20-24 ans (n=557)	66,0	Région parisienne (n=943)	83,3
25-29 ans (n=795)	85,5	Bassin parisien (n=1 041)	78,6
30-34 ans (n=898)	88,2	Nord (n=392)	74,8
35-39 ans (n=744)	89,0	Ouest (n=846)	81,3
40-44 ans (n=626)	86,6	Est (n=576)	83,6
45-49 ans (n=584)	83,2	Sud-Ouest (n=645)	80,9
50-54 ans (n=589)	81,8	Centre-Est (n=707)	81,8
55-59 ans (n=453)	73,9	Méditerranée (n=646)	79,1 *
60-65 ans (n=562)	61,9***		
Vie en couple		Rapports sexuels dans l'année	
Oui (n=3 780)	85,2	Oui (n=4 927)	84,8
Non (n=2 088)	68,9***	Non (n=726)	61,6 ***
Avoir des enfants		Prise de moyens contraceptifs	
Oui (n=4 171)	83,1	Oui (n=2 934)	88,5
Non (n=1 637)	73,6 ***	Non (n=1 436)	82,1 ***
Activité professionnelle		Test de dépistage du sida	
Active occupée (n=3 549)	85,7	Oui (n=5 789)	88,1
Autres (n=2 259)	73,4***	Non (n=5 012)	79,8 ***
Consommation de tabac		Test de dépistage de l'hépatite C	
Oui (n=2 026)	82,6	Oui (n=1 209)	86,4
Non (n=3 782)	79,9*	Non (n=4 461)	79,2 ***
Consommation d'alcool (vie)		Fréquence de consultation d'un généraliste	
Oui (n=5 661)	81,3	Aucune (n=667)	76,9
Non (n=147)	65,6***	1 à 5 fois par an (n=3 818)	82,2
		6 et plus (n=1 284)	79,4 **
Discussion avec le conjoint		Consultation avec un gynécologue	
Oui (n=2 664)	86,2	Aucune (n=1 784)	53,7
Non (n=3 144)	75,3***	1 fois (n=2 068)	92,3
		2 fois et plus (n=1 950)	93,1 ***
Discussion avec un professionnel de santé		Consultation avec un chirurgien dentiste	
Oui (n=3 042)	83,0	Oui (n=3 700)	83,6
Non (n=2 766)	78,4***	Non (n=2 090)	76,0 ***
Discussion avec ami(e)s de travail		Consultation avec un kinésithérapeute	
Oui (n=562)	89,0	Oui (n=1 111)	84,6
Non (n=5 246)	79,9***	Non (n=4 677)	80,0 **
Opinion sur la vaccination		Consultation avec un homéopathe	
Favorable (n=5 290)	81,6	Oui (n=540)	87,0
Défavorable (n=503)	73,7***	Non (n=5 264)	80,2 ***
Taille d'agglomération		Opinion médecin référent	
Moins de 20 000 hab. (n=2 528)	79,3	Favorable (n=3 430)	79,5
20 000 hab. et plus (n=3 234)	81,8*	Pas favorable (n=2 292)	83,1 **

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

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

Mammographie depuis deux ans

Oui (n=1 717)	89,0
Non (n=4 091)	77,1***

Diplôme

Aucun (n=498)	63,8
Inférieur au bac (n=2 462)	81,9
Bac ou niveau bac (n=1 027)	82,7
Supérieur au bac (n=1 723)	84,2***

Revenu mensuel du ménage par UC^a

Moins de 6 000 F (n=2 043)	73,8
De 6 000 à moins de 10 000 F (n=2 090)	85,0
Au moins 10 000 F (n=1 402)	86,3***

A déjà consommée du cannabis

Oui (n=1 062)	84,6
Non (n=4 748)	80,1**

Prise de tranquillisants ou de somnifères dans les douze derniers mois

Oui (n=1 103)	83,3
Non (n=4 703)	80,3*

Médecin prescripteur du frottis

Généraliste (n=1 057)	78,8
Gynécologue (n=4 274)	89,7
Autres (n=44)	59,5***

Score d'estime de soi

0-60 (n=1 722)	77,9
61-80 (n=2 298)	82,1
81-100 (n=1 742)	82,1**

Score de santé mentale

0-60 (n=2 185)	78,7
61-80 (n=2 020)	83,0
81-100 (n=1 590)	81,0**

Score de santé physique

0-60 (n=2 222)	78,9
61-80 (n=2 237)	83,2
81-100 (n=1 338)	80,2**

Score de santé sociale

0-60 (n=2 492)	78,3
61-80 (n=2 361)	82,1
81-100 (n=910)	84,6***

Tableau IX

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'un frottis de dépistage dans les trois dernières années pour des femmes âgées de 20 à 65 ans

Variables indépendantes OR ajusté IC à 95 %

Âge

50-65 ans	1	
35-49 ans	3,7***	2,8-4,8
20-34 ans	2,5***	2,0-3,1

Vie en couple

Non	1	
Oui	2,0***	1,7-2,4

Avoir des enfants

Non	1	
Oui	1,7***	1,3-2,1

A déjà passé une mammographie

Non	1	
Oui	2,1***	1,7-2,6

Consultation d'un acupuncteur ou d'un homéopathe dans les douze derniers mois

Non	1	
Oui	1,7***	1,3-2,2

Revenu mensuel du ménage par UC^a

Moins de 6 000 F	1	
6 000 F et plus	1,6***	1,4-1,9

Opinion sur la vaccination

Défavorable	1	
Favorable	1,4*	1,1-1,6

Test de dépistage du sida

Non	1	
Oui	2,2***	1,6-2,9

Activité professionnelle

Autres	1	
Actives occupées	1,6***	1,3-1,9

Consommation d'alcool (vie)

Non	1	
Oui	1,7**	1,2-2,6

Prise de tranquillisants ou de somnifères

Non	1	
Oui	1,7**	1,2-2,6

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

a. 6 000 F = 914,69 euros.

des boissons alcooliques, avoir pris des tranquillisants ou des somnifères au cours des douze derniers mois.

Discussion

Les résultats suggèrent que malgré une couverture correcte, voire excellente pour certaines catégories, il subsiste d'importantes inadéquations dans la pratique actuelle de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le taux (51,7 %) de femmes de 18 à 24 ans ayant eu un frottis dans les trois ans témoigne que sur ce point, les recommandations de la conférence de consensus, même si elles n'expriment pas un consensus parfait, ne sont pas véritablement suivies. Le fait que le taux le plus élevé de femmes ayant eu un frottis dans les trois ans s'observe dans la tranche d'âge 25-49 ans est toutefois plus rassurant, dans la mesure où cette période doit effectivement correspondre à l'engagement de la surveillance régulière. Mais il demeure une tendance à une réduction de la couverture de la surveillance par frottis chez les femmes de 50 à 65 ans, qui est d'autant plus préoccupante que cette période recouvre une phase d'incidence élevée. En revanche, le faible taux après 65 ans est compatible avec une réalisation adéquate du dépistage. En effet, dans cette tranche d'âge, seules doivent continuer à bénéficier de ce geste les femmes ayant eu un examen positif au cours de leur vie. Le fait que l'âge soit inversement proportionnel à la participation au dépistage du cancer du col a été aussi observé dans des pays (Suède, Norvège) où existent des expériences de dépistage systématique organisé [51]. Il n'est donc pas seulement imputable à une mauvaise organisation ou à une prise de conscience insuffisante de la part du corps médical de la nécessité de poursuivre la surveillance régulière chez les femmes plus âgées, mais tient peut-être aussi aux attitudes des patientes elles-mêmes. On note deux âges de rupture de surveillance : 50 et 60 ans. Le premier phénomène pour-

rait correspondre à la ménopause, et le second à un effet génération.

Après l'âge, deux grandes catégories de facteurs sont retrouvées associées à la pratique récente d'un frottis :

- les attitudes et les comportements de prévention et de santé : la réalisation de mammographie, de test de dépistage du sida, l'opinion favorable vis-à-vis de la vaccination et à un degré moindre la visite dans l'année chez un médecin généraliste sont des variables toutes liées à une pratique plus fréquente d'un frottis ;
- des indicateurs témoignant d'un réseau et d'une vie sociale plus active tels que le statut matrimonial (vie en couple) et l'existence d'une activité professionnelle (indépendamment de l'âge) et/ou des indicateurs de niveau d'éducation. Ce lien entre un niveau d'études élevé et un meilleur accès à la surveillance cervico-vaginale est retrouvé dans d'autres études [52, 53],

Analyse comparative 1992-1999

Il est sans doute important de noter la part croissante des gynécologues (à la fois gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens) dans la réalisation du frottis, passant de 71,1 % de frottis réalisés en 1992 à 74,9 % en 1999 ($p < 0,05$) (Tableau X).

Tableau X

Réalisation d'un frottis Évolution 1992-1999 (en pourcentage)

	1992	1995	1999 ^a
Gynécologue	71,1	71,0	74,9
Généraliste	26,0	25,8	22,7
Autres filières médicales	2,9	3,2	2,4

a. Résultats redressés à partir des données du recensement 1990.



Dépistage du cancer colorectal

Analyse du contexte

En France, le nombre annuel de nouveaux cas de cancers colorectaux (CCR) est estimé à 33 400 par an selon des données modélisées [41]. L'incidence est supérieure à celle du cancer du sein, des cancers du poumon et de la prostate. Il s'agit, en France du cancer le plus fréquent [54]. L'incidence du cancer colorectal, en nombre de cas observés, est maximale dans la tranche d'âge 60-70 ans.

Cette pathologie est la deuxième cause de mortalité par cancer après celui du poumon. En France, le nombre annuel de décès attribuables aux CCR était de 16 475 en 1998 [1]. Le taux de survie relative du CCR est de l'ordre de 53 % [55].

Facteurs de risque

Le premier facteur de risque à considérer est l'âge. Le sexe joue également un rôle avec une incidence plus élevée chez les hommes, avec une localisation rectale plus fréquente [56]. Le rôle des œstrogènes comme facteur de protection a d'ailleurs été évoqué, la diffusion du traitement hormonal substitutif pouvant faire espérer une réduction d'incidence du CCR [57]. Les facteurs génétiques sont importants dans la pathogenèse de ce cancer. On estime [58] que 5 à 10 % des CCR surviennent chez des individus ayant une prédisposition génétique dominante. Les données épidémiologiques ont également mis en avant de nombreux facteurs de risque d'ordre nutritionnel dont le rôle d'une alimentation pauvre en fibres et riche en graisses en particulier d'origine animale [59, 60]. Des arguments convergents sont en faveur du rôle important du calcium et de la vitamine D laissant envisager des possibilités d'interventions de prévention primaire [61] ou secondaire [62]. L'activité physique a été évoquée comme facteur de protection, peut-être limité, au niveau colique [63]. L'alcool pourrait également avoir un rôle défavorable, en par-

ticulier sur l'incidence des cancers de localisation rectale [64]. De nombreux autres nutriments ont été évalués [64, 65]. Les maladies inflammatoires du côlon et en particulier la recto-colite hémorragique et la maladie de Crohn sont des pathologies prédisposant au CCR [66].

Histoire naturelle de la maladie

Certains auteurs estiment que les cancers cliniquement menaçants surviennent en dehors de la séquence : polype adénomateux-cancer [67]. Cette fréquence des adénomes plans et celle des lésions d'emblée cancéreuses sont un sujet de controverse ; il est plus classique de considérer les polypes adénomateux comme les précurseurs habituels des cancers [68]. Les adénomes et les cancers partagent de nombreux facteurs de risque [69] et 93 % des cancers se développeraient à partir de polypes [70]. Le délai d'apparition d'un cancer à partir d'une muqueuse saine est estimé à dix ans [71]. Par ailleurs, en dehors d'anomalie clinique majeure, une surveillance par coloscopie avec une périodicité inférieure à trois ans ne semble apporter aucun avantage [72]. Pour des polypes supérieurs à 1 cm, le risque de transformation maligne à cinq, dix et vingt ans est respectivement de 2,5 %, 8 %, 24 % [73]. Le pronostic du CCR est lié au stade lors du diagnostic. Si la survie est en moyenne de 50 à 60 % à cinq ans, elle est supérieure à 90 % pour les stades A (classification de Dukes), de 70 à 80 % pour les stades B, de 30 à 60 % pour les stades C et de 5 % pour les stades D [74]. On peut ainsi considérer que deux éléments convergent pour rendre plausible l'efficacité des actions de dépistage : une histoire naturelle longue, une efficacité différentielle du traitement selon le moment du diagnostic.

Prévention primaire

Interventions sur l'alimentation

Les études cliniques sont insuffisamment convergentes [75, 76], néanmoins des recommandations existent [77] portant essentiellement sur la consommation de fruits et de légumes.

Chimio-prévention

Des essais sont encourageants à propos de l'efficacité de l'aspirine [78]. Des essais de prévention secondaire chez des personnes ayant déjà développé un cancer du côlon sont en cours en utilisant le calcium ou l'aspirine.

Prévention secondaire : évaluation de l'efficacité des examens de dépistage

Lavement baryté

Son utilisation en première intention pour ces indications n'est pas recommandée [49]. Néanmoins, l'imagerie pourrait, dans un avenir proche, être une alternative attractive aux examens endoscopiques [79, 80].

Sigmoïdoscopie souple

Cet examen est souvent privilégié, notamment par les équipes américaines, en raison d'un coût moins important et de risques iatrogènes plus faibles que ceux qui sont entraînés par la coloscopie. Pour l'ensemble des CCR, sa sensibilité est de l'ordre de 50 à 60 % [81]. Cette sensibilité est sans doute surestimée dans les chiffres cités, mais l'efficacité de cet examen est très probable en population générale. Une étude cas témoins a montré une diminution de mortalité de 30 % [71].

Coloscopie

La sensibilité de cet examen est d'environ 95 % (angle gauche non franchi) et sa spécificité est par définition de 100 % pour les polypes puisqu'il est l'examen de référence. Les deux problèmes liés à l'utilisation de cette technique concernent son coût et ses complications.

Utilisation de marqueurs tumoraux

Les prises de positions sur l'utilisation de marqueurs comme outils de dépistage sont régulièrement négatives [82-84].

Détection de sang occulte dans les selles

La sensibilité du dépistage du cancer colorectal par détection de sang occulte dans les selles (FOBT) varie selon les études entre 25 % et 92 %, selon la fréquence, le

nombre et la technique utilisée [85-89]. En parallèle, la spécificité est estimée varier entre 90 et 96 % [86, 88]. L'utilisation de ce test dans le cadre de dépistage de masse démontre une efficacité en population générale. La diminution de mortalité est de 31 % dans une étude cas témoins [90] et lors d'études d'interventions de 15 à 33 % [88, 91, 92]. Une étude française confirme la généralisation possible de ces résultats [93]. Le taux de réduction de mortalité est susceptible de varier de manière importante en fonction de quatre facteurs importants :

- la participation : 90 % lors du premier examen chez les sujets volontaires de l'étude de Mandel, mais 38 % seulement des personnes réalisent l'ensemble des examens dans l'étude de Hardcastle ;
- la prévalence des lésions : elle dépend de l'âge, du sexe et des facteurs de risque associés de la population testée ;
- le nombre de coloscopies réalisées, lié au taux de positivité de l'examen ;
- la qualité de l'organisation.

La réduction de mortalité obtenue par des examens utilisant des coloscopies en première intention (systématique en fonction de l'âge) serait de l'ordre de 75 % [94].

Une stratégie en deux temps, basée sur un pré-test, se rapprochera progressivement de ce chiffre en fonction du seuil de positivité retenu, c'est-à-dire d'une indication plus ou moins large de la coloscopie. L'avantage du test de dépistage HémocultII® est son innocuité ; son acceptabilité dépend de nombreux facteurs [95] dont les filières impliquées [96], en particulier le rôle des médecins généralistes.

Bénéfices attendus

Le principal bénéfice attendu de l'utilisation des tests FOBT pour les individus est une réduction de la mortalité et de la morbidité liées au cancer colorectal et ce, par trois mécanismes :

- prévention (détection et ablation de polypes) ;
- augmentation de la fréquence de diagnostic de stade de meilleur pronostic ;
- traitements moins agressifs.



Inconvénients et risques

Ils sont de trois types :

- faux positifs : un test positif n'est pas synonyme de cancer (10 % seulement), ni même de lésions tumorales (50 %). Il existe donc un taux non négligeable d'examens inutiles et d'anxiété induite sans fondement (ce dernier point peut être limité par des informations préalables) ;
- faux négatifs : un test négatif n'est pas synonyme d'absence de lésion tumorale. Une fausse sécurité risque donc d'être induite par la prise en charge préventive. Cet inconvénient doit également être limité par des explications appropriées ;
- une gestion de risques modifiée : à titre d'hypothèse, une prise en charge préventive ciblée sur le cancer du côlon pourrait parfois, chez certaines personnes, être interprétée comme une « assurance » induisant un comportement de type « risque moral » [97], où les personnes se sentant protégées ont un comportement à risque plus fréquent ou plus intense (excès alimentaires, tabac, etc.) [98].

L'efficacité de la méthode utilisée n'est pas discutée (niveau de preuve 1 du NCI), néanmoins de très nombreuses questions se posent concernant :

- la généralisation et la capacité à « implémenter » ce dépistage [99, 100] ;
- une optimisation potentielle (filières et fréquence des examens).

La conférence de consensus de Paris [55] considère que le dépistage chez les sujets « à risque moyen » est possible, mais ne saurait être proposé à titre individuel, et conseille de réaliser rapidement des études en respectant un cahier des charges précis afin d'améliorer les connaissances utiles pour définir les conditions optimales de réalisation. Les modalités de réalisation sont basées sur un test bisannuel à partir de 45 ans jusqu'à 69 ans. Ce même texte conseille pour les sujets à risque élevé ou très élevé une prise en charge basée sur la coloscopie. Selon les recommandations européennes [5], le dépistage pourrait être proposé aux personnes hommes et femmes de 50 à 74 ans avec une périodicité annuelle

ou bisannuelle. Ces programmes n'étant pas encore implémentés en France, les analyses faites sont essentiellement descriptives.

Résultats

Réalisation d'un dépistage du cancer du côlon par recherche de sang occulte dans les selles

Parmi l'ensemble des personnes de plus de 40 ans qui ont répondu à la question (n=6 704), 19,9 % déclarent avoir déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par recherche de sang occulte dans les selles. Comme pour les autres examens, on note un impact considérable de l'âge sur la pratique de dépistage où doivent se combiner un effet âge et un effet génération [40] (Figure 5). Cet examen est plus pratiqué chez les personnes appartenant à la tranche 60-75 ans que dans les autres catégories (31,4 % pour les 60-75 ans vs 6,2 % chez les 40-49 ans ; $p < 0,001$).

Les résultats de l'analyse univariée sont présentés dans le *Tableau XI*. Les revenus ou le niveau d'études ne sont pas des variables significativement liées au fait d'avoir bénéficié de cet examen.

Si l'on considère les résultats de l'analyse multivariée qui permet d'ajuster le modèle sur l'ensemble des variables, les facteurs associés au fait d'avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum chez des personnes de 40 ans et plus sont les

Figure 5

Taux de dépistage du cancer du côlon et du rectum selon l'âge (en pourcentage)

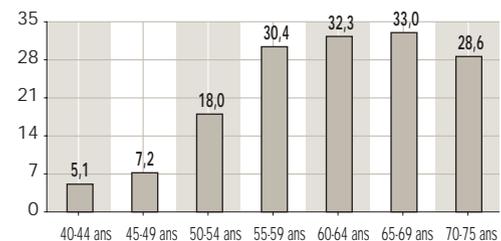


Tableau XI
Avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum chez des personnes de 40 ans et plus selon différentes variables (en pourcentage)

Sexe		Test de dépistage de l'hépatite C	
Homme (n=2 852)	23,0	Oui (n=993)	23,8
Femme (n=3 852)	17***	Non (n=5 571)	19,1***
Âge		Douleurs difficiles à supporter	
40-49 ans (n=2 257)	6,2	Oui (n=2 286)	23,2
50-59 ans (n=1 960)	23,4	Non (n=4 413)	18,3***
60-75 ans (n=2 487)	31,4***		
Score de santé physique		Fréquence de consultation d'un généraliste	
0-60 (n=2 554)	22,8	Aucune (n=920)	12,2
61-80 (n=2 462)	20,5	1 à 5 fois par an (n=3 976)	19,2
81-100 (n=1 648)	15,3***	6 et plus (n=1 772)	26,1***
Activité professionnelle		Religion	
Actif occupé (n=3 229)	12,3	Oui (n=5 113)	21,0
Autres (n=3 475)	27,7***	Non (n=1 578)	16,6***
Poids		Habite un département où existait un dépistage organisé du cancer du sein avant 1998	
65 kg ou moins (n=2 859)	16,6	Oui (n=2 564)	20,6
Plus de 65 kg (n=3 804)	22,2***	Non (n=4 125)	19,5
Fume		Maladie chronique	
Oui (n=1 672)	15,1	Oui (n=2 306)	26,9
Non (n=5 032)	21,5***	Non (n=4 391)	16,4***
Enquête		Consommation d'alcool (vie)	
Liste rouge (n=823)	15,1	Oui (n=6 565)	20,1
Listes blanche ou orange (n=5 881)	20,6***	Non (n=1 399)	10,3**
Rapports sexuels dans l'année			
Oui (n=5 005)	19,2		
Non (n=1 581)	23,2***		

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

suivants : le fait d'être de sexe masculin, d'être âgé de plus de 50 ans, d'être au chômage ou inactif, de boire de l'alcool, d'avoir passé un test de dépistage contre l'hépatite C, d'avoir une maladie chronique, d'avoir souffert de douleurs difficiles à supporter au cours des douze derniers mois et, enfin, d'avoir un score de santé physique moins élevé (voir le *Tableau XII*).

Discussion

Les facteurs associés à la réalisation d'un dépistage du cancer du côlon par recherche de sang occulte dans les selles peuvent être regroupés en deux catégories :

- des facteurs associés à des problèmes digestifs, mais à forte connotation « hépatique », tels que la consommation d'alcool et le test de l'hépatite C ;
- la perception (subjective ou objective) d'un état de santé de mauvaise qualité (maladie chronique, problème de santé, douleurs). Concernant ce dernier facteur, on peut faire l'hypothèse que ces facteurs sont associés à un contact plus important avec des professionnels de santé. Ces derniers peuvent être des vecteurs d'informations/incitations plus importants pour le cancer du côlon et son dépistage que pour des cancers plus médiatisés comme le cancer du sein ;
- l'utilisation plus fréquente du test chez les



Tableau XII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum chez des personnes de 40 et plus

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Femme	1	
Homme	1,7***	1,5-1,9
Age		
40-49 ans	1	
50-75 ans	4,5***	3,7-5,5
Tests de dépistage de l'hépatite C		
Non	1	
Oui	1,6***	1,3-1,9
Maladie chronique		
Non	1	
Oui	1,3***	1,1-1,5
Consommation d'alcool (vie)		
Non	1	
Oui	1,9*	1,1-3,3
Doubleurs difficiles à supporter		
Non	1	
Oui	1,2**	1,1-1,4
Activité professionnelle		
Actifs occupés	1	
Autres	1,5***	1,3-1,8
Score de santé physique^a		
81-100	1	
0-60	1,4***	1,2-1,7
61-80	1,4***	1,2-1,7

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

a. Plus le score est élevé, meilleur est l'état de santé physique.

chômeurs est paradoxale dans la mesure où les pratiques de dépistage sont souvent sous-utilisées par les personnes ayant des caractéristiques évoquant une « précarité ». On peut y voir un impact possible des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, principaux prescripteurs à ce jour des tests de dépistage et ayant mission de prise en charge prioritaire des personnes en situation de précarité.

Conclusion

Concernant les données analysées dans ce chapitre, il convient de rappeler qu'il s'agit de données déclaratives, c'est-à-dire sur la foi des personnes interrogées. Des erreurs voire des biais systématiques peuvent exister [101-103], en particulier dans le sens d'une surdéclaration, les personnes étant « moins bien » suivies qu'elles ne le déclarent. Ceci est sans doute particulièrement vrai pour le frottis (confondu avec d'autres examens gynécologiques) et l'hémocult II® (confondu avec d'autres examens de selles). Le cancer, comme le montrent régulièrement les prises de position des conférences de santé, est considéré comme une priorité. À ce titre, on note une convergence :

- des indicateurs épidémiologiques (incidence, mortalité et mortalité prématurée) ;
- des investissements des organismes institutionnels (campagne de dépistage, recherche, etc.) ;
- de l'opinion publique telle qu'elle est perçue dans cette enquête au travers des craintes exprimées.

On peut, par ailleurs, noter certains progrès concernant le point particulier du dépistage qui a été particulièrement analysé. De plus en plus de femmes ont au moins un frottis de dépistage du cancer du col, cependant, parmi les femmes les plus jeunes (avant 25 ans), il existe une réalisation sans doute trop fréquente d'un tel geste alors qu'il est insuffisant chez les personnes appartenant aux catégories plus âgées (après 55 ans). Le taux de couverture du dépistage par mammographie, quant à lui, augmente et atteint actuellement des chiffres élevés, en particulier pour les femmes de 50 à 59 ans. En revanche, la proportion très importante de femmes de 40 à 49 ans qui réalisent des mammographies peut être considérée comme une interrogation sur la légitimité de cet acte dans cette tranche d'âge. En effet, le niveau d'efficacité et le ratio risques/bénéfices d'un tel comportement, ont toujours fait l'objet de réserves de la part des spécialistes français et de l'Anaes. Cette posi-

tion a conduit les autorités sanitaires à ne pas favoriser l'organisation de ce dépistage pour cette tranche d'âge des femmes de 40-49 ans.

Enfin et surtout, il faut sans doute retenir, parmi les enseignements de l'enquête, le déficit en réalisation de mammographies chez les femmes de plus de 60 ans, l'arrêt injustifié de la réalisation de frottis à la ménopause et l'existence de sous-groupes de femmes ayant insuffisamment accès aux procédures de dépistage. Ainsi, il existe un déséquilibre dans l'accès aux services de prévention : un pourcentage non négligeable parmi les femmes les plus menacées ou pour lesquelles les procédures les plus efficaces sont absentes des filières de prise en charge, alors que d'autres moins menacées ou pour lesquelles les prises en charge sont d'une efficacité discutée ou minime, utilisent les ressources du système de santé. Une organisation ciblée et adaptée sur ce sujet devrait permettre d'améliorer les indicateurs de prise en charge et d'offrir ce qui est une priorité : une meilleure équité dans l'accès aux soins et une meilleure répartition des examens pratiqués dans notre pays.

références bibliographiques

1. Inserm-SC8. *Statistiques des causes médicales de décès 1998*. Paris : Inserm, 2001.
2. Feuer E. J., Kessler L. G., Baker S. G., Triolo H. E., Green D. T. *The impact of breakthrough clinical trials on survival in population based tumor registries*. J. Clin. Epidemiol. 1991 ; 44 (2) : 141-53.
3. Gillot D. *L'annonce du plan cancer*. Ministère de la Santé, 2000.
4. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité -- secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale. *La Conférence nationale de santé 2000*. Paris : ministère de la Santé, 2000. www.sante.gouv.fr
5. Micksche M., Lynge E., Diehl V., et al. *Recommandations pour le dépistage du cancer dans l'Union européenne*. Bull. Cancer 2001 ; 88 (7) : 687-92.
6. Sjöberg L. *Factors in risk perception*. Risk Anal. 2000 ; 20 (1) : 1-11.
7. Moatti J., Dab W., Abenheim L., Bastide S. *Perceptions individuelles et collectives des risques pour la santé en Île-de-France : leçons pour la prévention*. In : D'Houtaud A., Field M., Gueguen R. (eds). *Les représentations de la santé*. Paris : Inserm, coll. Colloques Inserm, 1988 : 500 p.
8. Slovic P. *Perception of a Risk*. Science 1987 ; 236 : 280-5.
9. Moatti J., Lefaure C. *Les ambiguïtés de l'acceptable : perception des risques et controverses sur les technologies*. Culture Technique 1983 ; 11 : 10-25.
10. Baird B. N. *Tolerance for environmental health risks: the influence of knowledge, benefits, voluntariness, and environmental attitudes*. Risk Anal. 1986 ; 6 (4) : 425-35.
11. Fontaine K. R., Smith S. *Optimistic bias in cancer risk perception: a cross-national study*. Psychol. Rep. 1995 ; 77 (1) : 143-6.
12. Ménégoz F., Chérié-Challine L. *Le cancer en France : incidence et mortalité*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité--secrétariat d'État à la Santé-La Documentation française, 1998.



13. Garfinkel L., Mushinski M. *U.S. cancer incidence, mortality and survival: 1973-1996*. Stat. Bull. Metrop. Insur. Co. 1999 ; 80 (3) : 23-32.
14. Hall H. I., Rogers J. D., Weir H. K., Miller D. S., Uhler R. J. *Breast and cervical carcinoma mortality among women in the Appalachian region of the U.S., 1976-1996*. Cancer 2000 ; 89 (7) : 1593-602.
15. Heber D., McCarthy W. J., Ashley J., Byerley L. O. *Weight reduction for breast cancer prevention by restriction of dietary fat and calories : rationale, mechanisms and interventions*. Nutrition 1989 ; 5 (3) : 149-54.
16. Alberg A. J., Helzlsouer K. J. *Epidemiology, prevention, and early detection of breast cancer*. Curr. Opin. Oncol. 1997 ; 9 (6) : 505-11.
17. McKeown N. *Anti-oxidants and breast cancer*. Nutr. Rev. 1999 ; 57 (10) : 321-4.
18. Garland C. F., Garland F. C., Gorham E. D. *Calcium and vitamin D. Their potential roles in colon and breast cancer prevention*. Ann. NY Acad. Sci. 1999 ; 889 : 107-19.
19. Newmark H. L. *Squalene, olive oil, and cancer risk. Review and hypothesis*. Ann. NY Acad. Sci. 1999 ; 889 : 193-203.
20. Slavin J. L. *Mechanisms for the impact of whole grain foods on cancer risk*. J. Am. Coll. Nutr. 2000 ; 19 (3 Suppl.) : 300S-7S.
21. Lamariniere C. A. *Protection against breast cancer with genistein: a component of soy*. Am. J. Clin. Nutr. 2000 ; 71 (6 Suppl.) : 1705S-7S ; discussion 8S-9S.
22. Colditz G., Frazier L. *Models of breast cancer show that risk is set by events of early life: Prevention efforts must shift focus*. Cancer Epidem. Biomar. 1995 ; 4 : 567-71.
23. Fisher B, Costantino J, Wickerham D, et al. *Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study*. J. Natl Cancer Inst. 1998 ; 90 : 1371-88.
24. Powles T., Eeles R., Ashley S., et al. *Interim analysis of the incidence of breast cancer in the Royal Marsden Hospital tamoxifen randomised chemoprevention trial*. Lancet 1998 ; 352 (9122) : 98-101.
25. Veronesi U., Maisonneuve P., Costa A., et al. *Prevention of breast cancer with tamoxifen : preliminary findings from the Italian randomised trial among hysterectomised women*. Lancet 1998 ; 352 : 93-7.
26. Pritchard K. *Is tamoxifen effective in prevention of breast cancer?* Lancet 1998 ; 352 : 80-1.
27. Ault A., Bradbury J. *Experts argue about tamoxifen prevention trial*. Lancet 1998 ; 351 : 1107.
28. Margoese R. G. *How do we interpret the results of the Breast Cancer Prevention trial?* CMAJ 1998 ; 58 [(2) : 1613-4.
29. Gotzsche P. C., Olsen O. *Is screening for breast cancer with mammography justifiable?* Lancet 2000 ; 355 (9198) : 129-34.
30. Miller A. B., To T., Baines C. J., Wall C. *Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50-59 years*. J. Natl Cancer Inst. 2000 ; 92 (18) : 1490-9.
31. Wald N., Murphy P., Major P., Parkes C., Townsend J., Frost C. *UKCCCR multicentre randomised controlled trial of one and two view mammography in breast cancer screening*. BMJ 1995 ; 311 : 1189-93.
32. Christiansen C. L., Wang F., Barton M. B., et al. *Predicting the cumulative risk of false-positive mammograms*. J. Natl Cancer Inst. 2000 ; 92 (20) : 1657-66.
33. Brenner R. J. *False-negative mammograms. Medical, legal, and risk management implications*. Radiol. Clin. North Am. 2000 ; 38 (4) : 741-57.
34. Maccia C., Renaud R., Castellano S., et al. *Quality control in mammography: an initiative in France*. Br. J. Radiol. 1994 ; 67 (796) : 371-83.
35. Thornton H. *Consequences of breast screening*. Lancet 2000 ; 356 (9234) : 1033.

36. Fletcher S. W. *Whither scientific deliberation in health policy recommendations? Alice in the Wonderland of breast-cancer screening.* N. Engl. J. Med. 1997 ; 336 (16) : 1180-3.
37. Tristan H. *Imagerie du sein.* In : Inserm/ FNCLCC (eds). *Risques héréditaires de cancers du sein et de l'ovaire. Quelle prise en charge ?* Paris : Inserm, 1998 : 517-71.
38. Pisano E. D., Parham C. A. *Digital mammography, sestamibi breast scintigraphy, and positron emission tomography breast imaging.* Radiol. Clin. North Am. 2000 ; 38 (4) : 861-9, x.
39. Gerbaud L., Vidal I., Jenateur L., Glanddier Y. *Évaluation de la pratique mammographique dans le Puy-de-Dôme.* In : Suzanne F., Dauplat J., Isnard A. (eds). *XVèmes Journées nationales de la SFSPM, 1993.* Clermont-Ferrand : SFSPM, 1993, p. 173.
40. Eisinger F., Giordanella J. P., Allemand H., Benech J. M. *Dépistage du cancer du sein. Le coût du temps et de l'espace.* Revue Médicale de l'assurance maladie 1995 ; 2 : 128-33.
41. Menegoz F., Black R. J., Arveux P., et al. *Cancer incidence and mortality in France in 1975-95.* Eur. J. Cancer Prev. 1997 ; 6 (5) : 442-66.
42. Inserm. *Statistiques des causes médicales de décès 1994.* Paris : Inserm, 1996.
43. Kjellberg L., Hallmans G., Ahren A. M., et al. *Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection.* Br. J. Cancer 2000 ; 82 (7) : 1332-8.
44. Franco E. L., Rohan T. E., Villa L. L. *Epidemiologic evidence and human papillomavirus infection as a necessary cause of cervical cancer.* J. Natl Cancer Inst. 1999 ; 91 (6) : 506-11.
45. Bosch F. X., Manos M. M., Munoz N., et al. *Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer : a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group.* J. Natl Cancer Inst. 1995 ; 87 (11) : 796-802.
46. Walboomers J. M., Jacobs M. V., Manos M. M., et al. *Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide.* J. Pathol. 1999 ; 189 (1) : 12-9.
47. Prorock P. *Mathematical models and natural history in cervical cancer screening.* In : Hakama M., Miller A., Day N. (eds). *Screening for cancer of uterine cervix.* Lyon : IARC-UICC-WHO ; 1986.
48. IARC Working group. *Summary Chapter.* In : Hakama M., Miller A., Day N. (eds). *Screening for cancer of uterine cervix.* Lyon : IARC-UICC-WHO, 1986 : 133-42.
49. Hayward R. S. A., Steinberg E. P., Ford D. E., Roizen M. F., Roach K. W. *Preventive Care Guidelines: 1991.* Ann. Intern. Med. 1991 ; 114 : 758-83.
50. Renaud R., Schaffer P., Ritter J., Gairard B. *Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin.* J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1990 ; 19 : 1-8.
51. Magnus K., Langmark F., Andersen A. *Mass screening for cervical cancer in Ostfold county of Norway.* Int. J. Cancer 1987 ; 39 : 311-6.
52. Orbell S., Crombie I., Robertson A., Johnston G., Kenicer M. *Assessing the effectiveness of a screening campaign: who is missed by 80 % cervical screening coverage?* J. R. Soc. Med. 1995 ; 88 (7) : 389-94.
53. Morgan C., Park E., Cortes D. E. *Beliefs, knowledge, and behavior about cancer among urban Hispanic women.* J. Natl Cancer Inst. Monogr. 1995 ; 1995 (18) : 57-63.
54. de Vathaire F., Rezvani A., Laplanche A., Estève J., Ferlay J. (eds). *Estimation de l'incidence des cancers en France 1983-1987.* Paris : Inserm, 1996.
55. Anonymous. *Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon.* Gastroenterol. Clin. Biol. 1998 ; 22 : S275-S88.
56. Faivre J., Chaplain G., Carli P. M., Le Dorze C., Bastien H. *Incidence des cancers digestifs, des hémopathies malignes et des cancers gynécologiques en Côte-d'Or.* Sem. Hôp. Paris 1990 ; 66 : 339-44.
57. Fernandez E., La Vecchia C., Braga C., et al.



Hormone replacement therapy and risk of colon and rectal cancer. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 1998 ; 7 : 329-33.

58. Hodgson S. V., Maher E. R. *A Practical Guide to Human Cancer Genetics.* New York : Cambridge University Press, 1993.

59. Little J., Logan R. F. A., Hawtin P. G., Hardcastle J. D., Turner I. D. *Colorectal Adenomas and Diet - A Case-Control Study of Subjects Participating in the Nottingham Faecal Occult Blood Screening Programme.* Br. J. Cancer 1993 ; 67 : 177-84.

60. Neugut A. I., Garbowski G. C., Lee W. C., et al. *Dietary Risk Factors for the Incidence and Recurrence of Colorectal Adenomatous Polyps - A Case-Control Study.* Ann. Intern. Med. 1993 ; 118 : 91-5.

61. Garland C. F., Garland F. C., Gorham E. D. *Can colorectal cancer incidence and death rates be reduced with calcium and vitamin D?* Am. J. Clin. Nutr. 1991 ; 54 : 190-201.

62. Hyman J., Baron J., Dain B., et al. *Dietary and supplemental calcium and the recurrence of colorectal adenomas.* Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 1998 ; 7 : 291-5.

63. Lee I. M., Paffenbarger R. S., Hsieh C. *Physical activity and risk of developing colorectal cancer among college alumni.* J. Natl Cancer Inst. 1991 ; 83 : 1324-9.

64. Meyer F., White E. *Alcohol and nutrients in relation to colon cancer in middle-aged adults.* Am. J. Epidemiol. 1993 ; 138 : 225-36.

65. Iscocich J. M., Labbe K. A., Castelleto R., et al. *Colon Cancer in Argentina - Risk from Intake of Dietary Items.* Int. J. Cancer 1992 ; 51 : 851-7.

66. Collins R. H. *Colon cancer, dysplasia and surveillance in patients with ulcerative colitis: A critical review.* New Engl. J. Med. 1987 ; 316 : 1654-9.

67. Ikegami M. *A pathological study on colorectal cancer.* Acta Pathol. Jpn 1987 ; 37 : 21-37.

68. Eide T. J. *Risk of colorectal cancer in ad-*

enoma-bearing individuals within a defined population. Int. J. Cancer 1986 ; 38 : 173-6.

69. Kato I., Tominaga S., Matsuura A., Yoshii Y., Shirai M. *A comparative case-control study of colorectal cancer and adenoma.* Jpn J. Cancer Res. 1990 ; 81 : 1101-8.

70. Eddy D. M. *Screening for colorectal cancer.* Ann. Intern. Med. 1990 ; 113 : 373-84.

71. Selby J. V., Friedman G. D., Quesenberry C. P., Weiss N. S. *A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer.* New Engl. J. Med. 1992 ; 326 : 653-7.

72. Winawer S. J., Zauber A. G., O'Brien M. J., et al. *Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps.* The National Polyp Study Workgroup. N. Engl. J. Med. 1993 ; 328 (13) : 901-6.

73. Stryker S. J., Wolff B. G., Culp C. E., Libbe S. D., Ilstrup D. M., Mac Carty R. L. *Natural history of untreated colonic polyps.* Gastroenterology 1987 ; 93 : 1009-13.

74. Harrison T. R. *Principes de Médecine Interne.* 5^e éd. française. Paris : Flammarion, 1993.

75. Faivre J, Couillault C, Belghiti C. *Prévention primaire du cancer colorectal.* Bull. Cancer 1995 ; 82, Suppl 3 : 172s-7s.

76. Byers T. *What can randomized controlled trials tell us about nutrition and cancer prevention?* CA Cancer J. Clin. 1999 ; 49 [6] : 353-61.

77. Munoz de Chavez M., Chavez A. *Diet that prevents cancer : recommendations from the American Institute for Cancer Research.* Int. J. Cancer Suppl. 1998 ; 11 : 85-9.

78. Giovannucci E., Rimm E. B., Stampfer M. J., Colditz G. A., Aschiero A., Willett W. C. *Aspirin Use and the Risk for Colorectal Cancer and Adenoma in Male Health Professionals.* Ann. Intern. Med. 1994 ; 121 : 214-46.

79. Johnson C. D., Hara A. K., Reed J. E. *Computed tomographic colonography (Virtual*

colonoscopy): a new method for detecting colorectal neoplasms. *Endoscopy* 1997 ; 29 (6) : 454-61.

80. Luboldt W., Steiner P., Bauerfeind P., Pelkonen P., Debatin J. F. *Detection of mass lesions with MR colonography: preliminary report.* *Radiology* 1998 ; 207 (1) : 59-65.

81. Atkin W. S., Cuzick J., Northover J. M. A., Whynes D. K. *Prevention of colorectal cancer by once-only sigmoidoscopy.* *Lancet* 1993 ; 341 : 736-40.

82. Anonymous. *Clinical practice guidelines for the use of tumor markers in breast and colorectal cancer. Adopted on May 17, 1996 by the American Society of Clinical Oncology.* *J. Clin. Oncol.* 1996 ; 14 (10) : 2843-77.

83. Anonymous. *1997 update of recommendations for the use of tumor markers in breast and colorectal cancer. Adopted on November 7, 1997 by the American Society of Clinical Oncology.* *J. Clin. Oncol.* 1998 ; 16 (2) : 793-5.

84. Mlika-Cabanne N., Bellet D. *Marqueurs sériques dans le cancer du sein et les cancers colorectaux.* *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1998 ; 22 (4) : 442-57.

85. Ahlquist D. A., Wieand H. S., Moertel C. G., et al. *Accuracy of fecal occult blood screening for colorectal neoplasia.* *J. Am. Med. Assoc.* 1993 ; 269 (10) : 1262-7.

86. Winawer S. J., Flehinger B. J., Schottenfeld D., Miller D. G. *Screening for colorectal cancer with fecal occult blood testing and sigmoidoscopy.* *J. Natl Cancer Inst.* 1993 ; 85 (16) : 1311-8.

87. Thomas W. M., Hardcastle J. D., Jackson J., Pye G. *Chemical and immunological testing for faecal occult blood: a comparison of two tests in symptomatic patients.* *Br. J. Cancer* 1992 ; 65 : 618-20.

88. Mandel J. S., Bond J. H., Church T. R., et al. *Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood.* *New Engl. J. Med.* 1993 ; 328 (19) : 1365-71.

89. Jensen B. M., Kronborg O., Fenger C. *Interval cancers in screening with fecal occult*

blood test for colorectal cancer. *Scand. J. Gastroenterol.* 1992 ; 27 : 779-82.

90. Selby J. V., Friedman G. D., Quesenberry Jr C. P., Weiss N. S. *Effect of Fecal Occult Blood Testing on Mortality from Colorectal Cancer.* *Ann. Intern. Med.* 1993 ; 118 : 1-6.

91. Kronborg O., Fenger C., Olsen J., Jorgensen O. D., Sondergaard O. *Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test.* *Lancet* 1996 ; 348 (9040) : 1467-71.

92. Hardcastle J. D., Chamberlain J. O., Robinson M. H., et al. *Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer.* *Lancet* 1996 ; 348 (9040) : 1472-7.

93. Faivre J., Tazi M. A., El Mrini T., Lejeune C., Benhamiche A. M., Dassonville F. *Faecal occult blood screening and reduction of colorectal cancer mortality: a case-control study.* *Br. J. Cancer* 1999 ; 79 (3-4) : 680-3.

94. Winawer S. J., Zauber A. G., May Nah Ho, et al. *Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy.* *New Engl. J. Med.* 1993 ; 329 : 1977-81.

95. Hunter W., Farmer A., Mant D., Verne J., Northover J., Fitzpatrick R. *The effect of self-administered faecal occult blood tests on compliance with screening for colorectal cancer: Results of a survey of those invited.* *Fam. Pract.* 1991 ; 8 : 367-72.

96. Bedenne L., Durand G., Faivre J., et al. *Preliminary results of a mass screening program for colorectal cancer.* *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1990 ; 14 : 140-5.

97. Bourguignon F. *Dictionnaire de l'économie de l'assurance. Risque moral.* *Risques* 1994 ; [17] : 140-1.

98. Eisinger F., Moatti J. P., Beja V., Obadia Y., Alias F., Dressen C. *Attitudes de la population féminine française face au dépistage des cancers.* *Bull. Cancer* 1994 ; 81 : 683-90.

99. Berman P. *The study of macro and micro implementation.* *Public Policy* 1978 ; 26 : 157-84.

100. Cameron K. S. *The effectiveness of*

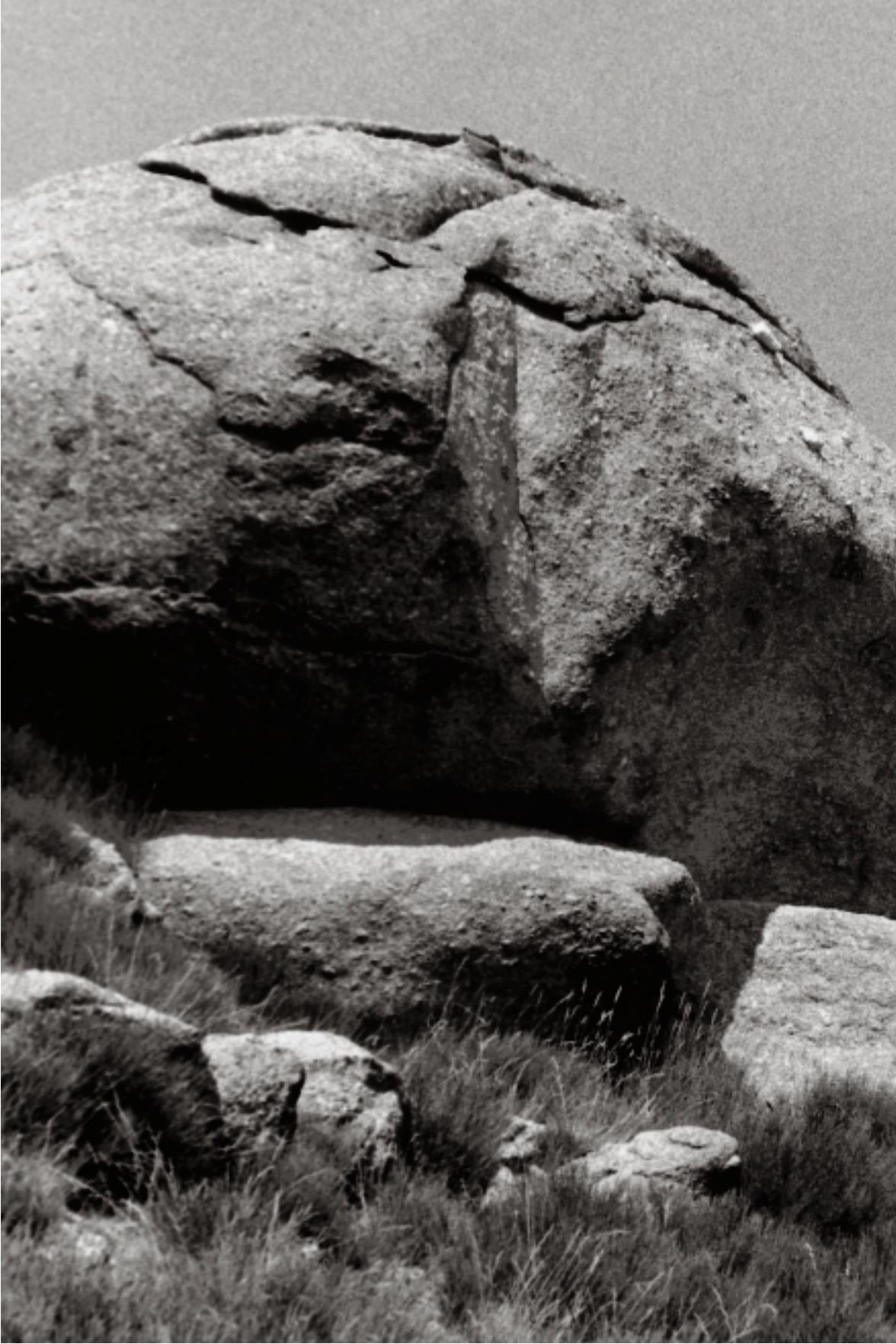


ineffectiveness. Research in Organizational Behavior 1984 ; 6 : 235-85.

101. Champion V. L., Menon U., McQuillen D. H., Scott C. *Validity of self-reported mammography in low-income African-American women*. Am. J. Prev. Med. 1998 ; 14 (2) : 111-7.

102. Bowman J. A., Redman S., Dickinson J. A., Gibberd R., Sanson-Fisher R. W. *The accuracy of Pap smear utilization self-report: a methodological consideration in cervical screening research*. Health Serv. Res. 1991 ; 26 (1) : 97-107.

103. Mandelson M. T., Lacroix A. Z., Anderson L. A., Nadel M. R., Lee N. C. *Comparison of self-reported fecal occult blood testing with automated laboratory records among older women in a health maintenance organization*. Am. J. Epidemiol. 1999 ; 150 (6) : 617-21.







Accidents

Hélène Bourdessol, Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

l'essentiel en quelques chiffres...

Ce chapitre aborde le problème des accidents, quels que soient leurs types, survenus au cours de l'année écoulée parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, ainsi que les craintes qui leur sont associées. En lien avec la problématique des accidents et tenant compte de l'émergence de nouveaux loisirs, le Baromètre santé 2000 s'est intéressé plus particulièrement à la pratique des sports de glisse — roller, patins à roulettes et skate —, mais aussi du vélo (VTT, BMX et vélo classique) et au comportement de prévention par le port du casque lors de la pratique de ces engins.

Perception du risque d'accidents

Les accidents de la circulation constituent toujours la crainte majeure des Français, jeunes ou plus âgés, hommes ou femmes. Les autres accidents, travail, vie domestique, de sport et de loisirs, à l'école arrivent respectivement aux 7^e, 9^e, 10^e et 12^e places des risques et maladies redoutés. Les personnes qui craignent le plus les accidents sont celles qui en ont été victimes. Exception faite des accidents de travail, de sport et de loisirs, les femmes sont en proportion toujours plus nombreuses à redouter pour elles-mêmes les accidents.

La fréquence des accidents

13,1 % des personnes âgées entre 12 et 75 ans ont déclaré avoir été victimes d'au moins un accident au cours des douze derniers mois, ayant entraîné une consultation chez un médecin ou une hospitalisation. Huit accidentés sur dix ont déclaré un accident. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir été victimes d'un accident jusqu'à 54 ans, après quoi, les femmes en déclarent davantage. Les jeunes sont particulièrement exposés à l'accident : avant 26 ans, environ un jeune sur cinq en a été victime au cours de l'année écoulée. Puis la fréquence des accidents décroît régulièrement avec l'âge. Le nombre moyen d'accidents est de 1,3 par victime, mais comme pour la fréquence des accidentés, le nombre moyen d'accidents diminue avec l'âge.

Les types d'accidents

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, les traumatismes de sport ou de loisirs au cours de la dernière année sont les plus souvent cités (4,3 %), suivis des accidents domestiques (2,4 %), puis ceux de voiture (1,0 %).

Parmi les personnes potentiellement exposées, 3,5 % déclarent au moins un accident

du travail et 4,6 % un accident de deux-roues motorisé.

Les accidents de la vie domestique touchent la population à tous les âges, alors que pour les autres traumatismes, les jeunes en sont plus souvent victimes.

Le profil de l'accidenté

La fréquence des accidents est souvent associée, d'une part, aux ivresses ou à la consommation du cannabis, et d'autre part, à la consommation de tranquillisants ou de somnifères chez les hommes et d'antidépresseurs chez les femmes. Selon les scores du profil de Duke, les victimes d'accident déclarent plus souvent une moins bonne santé que les personnes non accidentées et les femmes davantage que les hommes. Enfin, la prise de risque demeure associée à l'accident.

La pratique du deux-roues motorisé, du vélo et de la glisse urbaine

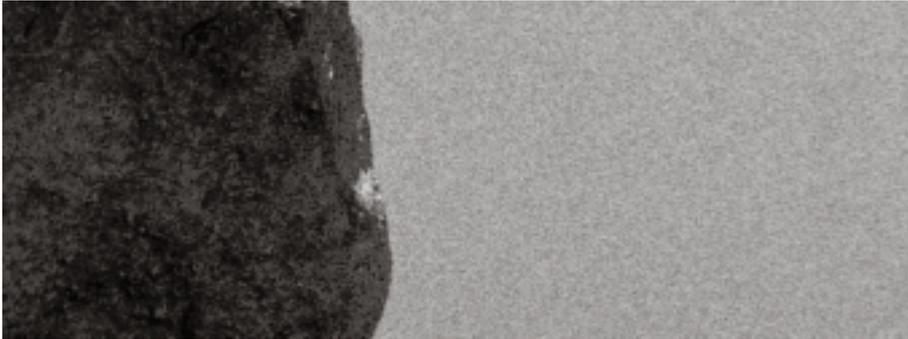
18,3 % des personnes interrogées ont

déclaré avoir fait de la moto, de la mobylette ou du scooter, 55,2 % du vélo (VTT, BMX ou vélo classique) et 9,3 % du roller/patins et skate. Le VTT est davantage pratiqué que le vélo classique, mais le type de vélo pratiqué dépend de l'âge. Les plus jeunes vont préférer le VTT et les aînés le vélo classique.

Alors que l'on ne distingue pas de différences dans la pratique selon la taille de l'agglomération pour les deux-roues motorisés et le vélo, la pratique du roller, en revanche, est avant tout citadine.

Le port du casque

Parmi les personnes qui déclarent avoir fait de la moto, de la mobylette ou du scooter, 92,1 % ont porté un casque lors de la dernière utilisation, 8,2 % parmi ceux qui ont fait du vélo et 10,7 % chez les adeptes du roller, des patins à roulettes et du skate.



Les accidents de la vie courante¹ fédèrent de multiples thématiques sans renvoyer le grand public et les professionnels de santé à une cause de santé publique identifiée par eux comme prioritaire [1] et ce, en dépit de données épidémiologiques qui restent préoccupantes. En effet, ces traumatismes demeurent une cause majeure de mortalité, de morbidité ou d'années potentielles de vie perdues alors que la majorité d'entre eux pourrait être évitée. En France, ils représentent une des principales causes de décès prématurés. Pour l'année 1998, 18 812 personnes sont décédées suite à ce type d'accident, dont 318 enfants âgés de 0 à 14 ans et 441 adolescents ou jeunes adultes de 15 à 24 ans [2]. Bien que ce nombre ne cesse de diminuer depuis les années quatre-vingt, ces accidents continuent de représenter environ 10 % des décès au cours de la première année de vie et entre 15 et 24 ans, et plus de 15 % parmi les enfants âgés de 1 à 14 ans (dont un décès sur cinq entre 1 et 4 ans) [2, 3].

Depuis près de vingt ans, de nombreux ef-

forts ont été menés en France pour développer la prévention des accidents de la vie courante en population générale et plus particulièrement aux âges extrêmes de la vie. Concernant les accidents des jeunes enfants, de grands programmes de prévention se sont succédés [4]. Ils visaient à susciter une véritable prise de conscience du phénomène orientée vers la promotion d'une démarche éducative auprès de jeunes parents, prenant en compte le développement de l'enfant tout en valorisant la qualité de la relation parentale. Ces différentes actions (notamment la prévention active visant la modification des comportements) accompagnées de mesures dites passives (législatives ou réglementaires comme l'obligation de sécurité des produits et des services, la mise en application de normes de sécurité, etc.) ont contribué à une diminution des accidents de l'enfant de moins de 16 ans. De près de 1 500 décès au début des années quatre-vingt, on est passé à moins de 350 à la fin des années quatre-vingt-dix [2-4].

Depuis quelques années, la prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans — environ 9 000 décès en 1998 et plus de 2 millions de chutes [2, 5] — est aussi devenue une priorité de la prévention des accidents de la vie courante, de même que les traumatismes de sport et de loisirs chez les adolescents et les jeunes adultes

1. Accidents domestiques, de sport, de loisirs et scolaires. Sont exclus, les accidents de la circulation, du travail, les suicides, les agressions et les catastrophes naturelles.

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



[4]. Ces derniers constituent la deuxième catégorie d'accidents, en terme de fréquence, après les accidents de la circulation. Par ailleurs, les accidents de la vie courante évoluent en fonction de l'apparition de nouveaux risques portés par le développement de pratiques émergentes. C'est, par exemple, le cas pour les traumatismes liés à certains loisirs comme le roller ou le surf des neiges, mais aussi les noyades en relation avec la croissance récente et considérable du nombre de piscines privées.

Une démarche préventive (réglementaire et éducative) doit donc intégrer ces évolutions et, pour cela, les dernières données de cette enquête permettent d'évaluer l'état actuel des opinions, attitudes et comportements des 12-75 ans vis-à-vis des accidents. En effet, comment les 12-75 ans perçoivent-ils ce type de traumatismes ? Quelle est l'importance réelle du problème dans la population ? Au cours de quelles circonstances se déroulent ces événements ? Qui sont les personnes les plus souvent accidentées ? Où en est-on de l'utilisation des moyens de protection comme le casque, en particulier pour les pratiquants de vélo et de roller/patins à roulettes ?

L'ensemble de ces données devrait permettre la mise en place d'actions de promotion de la santé plus ciblées, notamment dans le cadre des programmes nationaux de santé publique sur la prévention des accidents de la vie courante mis en œuvre par le CFES, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et leurs partenaires.

Résultats

Perception du risque d'accidents

Parmi les quinze risques ou maladies citées, les accidents de la circulation constituent la crainte majeure des personnes âgées de 12 à 75 ans (*Tableau I*). Les accidents du tra-

vail viennent en 7^e position (parmi les personnes qui déclarent un emploi), les accidents de la vie domestique en 9^e, les accidents de sport et de loisirs en 10^e et les accidents à l'école (parmi les scolaires) en 12^e position. La proportion des craintes exprimées est plus importante parmi les femmes que parmi les hommes pour les risques d'accidents de la circulation (66,1 % vs 58,5 % ; $p < 0,001$) et de la vie domestique (24,2 % vs 17,8 % ; $p < 0,001$). À l'inverse, les proportions sont plus importantes parmi les hommes que parmi les femmes pour les risques d'accidents du travail (28,9 % vs 18,2 % ; $p < 0,001$) et de sport et de loisirs (19,6 % vs 14,4 % ; $p < 0,001$).

En fonction de l'âge et selon une répartition « jeunes » (de 12 à 25 ans) et « adultes » (de 26 à 75 ans), la hiérarchisation des craintes n'est pas identique, à l'exception du risque d'accidents de la circulation qui reste la crainte majeure. Toutefois, la fréquence de cette crainte est moins élevée parmi les jeunes que parmi les adultes (58,1 % vs 63,6 % ; $p < 0,001$).

Les accidents du travail arrivent en 6^e position parmi les jeunes (7^e crainte exprimée par les adultes) et les accidents de sport et de loisirs sont en 9^e position pour les jeunes (10^e pour les adultes). La fréquence des craintes des accidents de sport et de loisirs est près de deux fois plus élevée parmi les jeunes que chez les adultes (26,3 % vs 14,1 % ; $p < 0,001$). En revanche, la crainte des accidents de la vie domestique est seulement en 11^e position (8^e pour les adultes).

Profil des individus déclarant craindre les accidents

Les accidents de la circulation

La part des personnes craignant pour elles-mêmes un accident de la circulation s'élève à 62,4 % sur l'ensemble, mais il y a des différences selon l'âge. En effet, cette crainte augmente¹ jusqu'à 54 ans (de 57,4 % parmi

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge)

les 15-19 ans à 67,7 % parmi les 45-54 ans), puis baisse après 55 ans (de 63,1 % parmi les 55-64 ans à 52,0 % parmi les 65-75 ans) (Tableau II).

Selon la situation professionnelle, le résultat est cohérent avec les résultats précédents puisque la fréquence des personnes retraitées qui expriment cette crainte est plus faible que parmi les personnes qui exercent une activité professionnelle. Concernant le lieu d'habitation, les habitants de l'agglomération parisienne redoutent moins ce type d'accident que les provinciaux. Par ailleurs, la crainte de l'accident de circulation est plus fortement exprimée par les personnes vivant en couple que les autres (64,9 % vs 57,8 % ; $p < 0,001$).

ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

Les accidents de la vie domestique

Un peu plus d'une personne interrogée sur cinq (21,1 %) redoute pour elle-même les accidents de la vie domestique. La fréquence des craintes de ce type d'accident par âge est plus importante parmi les personnes de 26 à 34 ans : 26,0 % vs 22,2 % parmi les 35-44 ans ($p < 0,01$) et 18,5 % parmi les 45-54 ans ($p < 0,001$). Ce sentiment, exprimé plus fréquemment dans la classe d'âge des jeunes parents, reflète très certainement une plus grande sensibilité à ce type de traumatisme pour leurs enfants en bas âge. Par ailleurs, les femmes ne vivant pas en couple et ayant des enfants disent plus fréquemment craindre les accidents de la vie domestique que celles n'ayant pas d'enfants (23,2 % vs 19,1 % ; $p < 0,05$). Cette différence n'apparaît pas pour les hommes dans la même situation.

Tableau I

Proportion de sujets déclarant craindre pour eux-mêmes « pas mal » ou « beaucoup » les problèmes ou les maladies suivants, selon le sexe et l'âge

	Ensemble (n=13 685) rang		Hommes (n=6 027) rang		Femmes (n=7 658) rang		Jeunes (12-25 ans) (n=2 765) rang		Adultes (26-75 ans) (n=10 920) rang	
Les accidents de la circulation	62,4	1	58,5	1	66,1***	1	58,1	1	63,6***	1
Le cancer	55,7	2	50,3	2	61,0***	2	46,3	2	58,5***	2
Les maladies cardiaques	35,2	3	34,7	3	35,8	3	26,4	8	37,9***	3
Les maladies respiratoires	29,3	4	28,3	5	30,2*	4	27,5	7	29,8*	4
Les maladies liées au tabac	27,4	5	27,2	6	27,6	6	32,4	5	25,9***	5
Le sida	23,5	6	22,6	7	24,4*	7	41,8	3	18,0***	9
Les accidents du travail ^a	23,5	7	28,9	4	18,2***	9	27,7	6	22,9**	7
La dépression	22,3	8	16,0	11	28,4***	5	19,6	10	23,1***	6
Les accidents de la vie domestique	21,1	9	17,8	9	24,2***	8	19,5	11	21,5*	8
Les accidents de sport et de loisirs	17,0	10	19,6	8	14,4***	12	26,3	9	14,1***	10
Les MST hors sida	16,8	11	16,6	10	17,0	11	33,5	4	11,8***	11
Les accidents à l'école (hors sport) ^b	16,0	12	14,6	12	17,4	10	16,1	12	10,7	13
La tuberculose	12,1	13	10,1	14	14,0***	13	14,5	14	11,3***	12
Les maladies liées à l'alcool	11,2	14	12,1	13	10,3**	15	15,4	13	9,9***	14
Le suicide	8,8	15	6,3	15	11,3***	14	12,9	15	7,6***	15

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

a. Question posée uniquement aux personnes ayant un emploi ou étant en formation continue ou par alternance (n=9 308). Ne concerne pas les retraités, préretraités, les personnes en congé parental et au foyer.

b. Question posée uniquement aux scolaires ou étudiants de moins de 31 ans (n=1 970).



Tableau II

Craindre pour soi-même « pas mal » ou « beaucoup » les problèmes ou maladies, selon plusieurs variables sociodémographiques (en pourcentage)

	Circulation (n=13 685)	Vie domestique (n=13 685)	Sport (n=13 685)	Travail ^a (n=9 308)	École ^b (n=1 970)
Ensemble	62,4	21,1	17,0	23,5	16,0
Sexe	***	***	***	***	
Hommes (n=6 027)	58,5	17,8	19,6	28,9	14,6
Femmes (n=7 658)	66,1	24,2	14,4	18,2	17,4
Âge	***	***	***	***	***
12-14 ans (n=522)	47,8	22,7	30,2	22,3	24,5
15-19 ans (n=929)	57,4	17,2	28,7	35,4	15,0
20-25 ans (n=1 314)	64,0	19,8	22,2	25,8	7,6
26-34 ans (n=2 823)	65,8	26,0	18,5	23,3	11,5
35-44 ans (n=2 564)	66,0	22,2	15,9	21,9	-
45-54 ans (n=2 189)	67,7	18,5	13,9	24,5	-
55-64 ans (n=1 734)	63,1	19,8	12,2	19,8	-
65-75 ans (n=1 610)	52,0	20,5	7,8	18,1	-
Vie en couple	***	***	***		
Oui (n=8 092)	64,9	22,3	14,6	23,2	
Non (n=5 593)	57,8	18,9	21,2	24,4	
Situation professionnelle (18-75 ans)	***	***	***	***	
Au chômage (n=827)	62,8	22,0	15,7	22,0	
Travail/secteur privé (n=4 257)	65,5	20,6	15,9	24,1	
Travail/secteur public (n=2 477)	67,4	22,0	17,8	22,1	
Travail/à son compte (n=546)	63,5	20,4	15,9	36,8	
Retraités (n=2 477)	54,2	20,1	9,2	27,5	
Étudiants (n=886)	65,6	18,8	24,6	nc	
Autres inactifs (n=1 118)	69,8	27,5	13,6	14,8	

* : p<0,05. *** : p<0,001. nc : non concerné.

a. Question posée uniquement aux personnes ayant un emploi ou étant en formation continue ou par alternance, (n=9 308). Ne concerne pas les retraités, préretraités, les personnes en congé parental et au foyer.

Selon les catégories socioprofessionnelles, il existe des variations sensibles des craintes exprimées. Près d'un tiers (32,7 %) des agriculteurs font part de ce sentiment alors que pour les autres catégories, les pourcentages varient de 15,3 % chez les artisans-commerçants-chefs d'entreprise (p<0,001) à 24,2 % chez les employés (p<0,05). L'accident domestique est davantage redouté en zone rurale que dans les grandes agglomérations : 23,0 % vs 19,8 % pour les communes de plus de 200 000 habitants (p<0,01) et 19,6 % pour l'agglomération parisienne (p<0,01).

Les accidents de sport et de loisirs

17,0 % des personnes interrogées déclarent craindre les accidents de sport et de loisirs. Entre 12 et 14 ans, près d'un tiers (30,2 %) des jeunes dit redouter pour lui-même ce type d'accident, ils sont moins de 15 % après 45 ans (p<0,001). Toutefois, la pratique sportive est plus importante parmi les jeunes et elle baisse de façon significative après la fin de la scolarité¹. Il paraît ainsi logique que les plus âgés craignent moins

1. Cf. chapitre Activité sportive et comportements de santé.

	Circulation (n=13 685)	Vie domestique (n=13 685)	Sport (n=13 685)	Travail ^a (n=9 308)	École ^b (n=1 970)
Profession et catégorie socioprofessionnelle	***	***	***	***	
Agriculteurs (n=187)	61,2	32,7	17,1	67,4	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=249)	64,2	15,3	14,5	25,6	
Professions libérales, professeurs, cadres (n=1 259)	67,2	16,8	16,6	11,4	
Professions intermédiaires (n=2 064)	67,1	21,2	18,5	20,4	
Employés (n=2 584)	66,9	24,2	14,7	20,4	
Ouvriers (n=1 856)	62,7	20,7	16,9	37,0	
Niveau de diplôme	***		*	***	
Aucun diplôme (n=1 308)	59,4	23,3	15,3	29,5	
Inférieur au bac (n=6 219)	61,3	21,4	15,3	28,3	
Bac ou niveau bac (n=2 066)	67,5	20,6	17,3	21,0	
Bac + 2 (n=1 219)	66,9	20,2	17,7	17,5	
Bac + 3 et plus (n=2 085)	65,7	18,9	18,2	13,4	
Autres (n=266)	58,3	20,0	14,4	30,7	
Taille d'agglomération	***			***	
Communes rurales (n=3 910)	61,1	23,0	16,1	25,1	16,2
De 2 000 à 20 000 hab. (n=2 307)	65,4	20,9	16,9	25,0	16,4
De 20 000 à 100 000 hab. (n=1 746)	63,0	21,4	17,8	26,2	17,2
De 100 000 à 200 000 hab. (n=957)	66,1	21,2	19,5	26,6	17,9
200 000 hab. et plus (n=2 854)	63,0	19,8	17,0	21,8	12,2
Agglomération parisienne (n=1 819)	58,3	19,6	16,9	18,5	18,9

b. Question posée uniquement aux scolaires ou étudiants de moins de 31 ans (n=1 970).

les accidents de sport et de loisirs que les plus jeunes (exposition moindre) : la proportion des personnes retraitées craignant ces accidents est de 9,2 %, alors qu'elle est deux fois et demi plus élevée (24,6 %) parmi les étudiants.

Les accidents du travail (pour les personnes déclarant une activité professionnelle)

Globalement, près d'une personne sur quatre (23,5 %) qui exerce une activité professionnelle craint les accidents du travail. Ce type d'accident, davantage redouté par

les plus jeunes travailleurs (35,4 % avant 20 ans), l'est aussi par les personnes travaillant à leur compte (36,8 % vs 23,3 % parmi les autres personnes interrogées qui travaillent ; $p < 0,001$) et par les personnes dont le niveau d'études est inférieur au baccalauréat. La part des personnes craignant ce type d'accident est plus importante en zone rurale et dans les communes de petites tailles ou de tailles intermédiaires que dans les grandes agglomérations. Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par la nature de l'activité professionnelle suivant la taille des communes. En effet, les activités



du tertiaire sont davantage développées dans les grandes agglomérations et notamment en région parisienne.

Les croisements des différentes composantes du profil de santé de Duke (pour la définition des scores de Duke, se reporter au chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans) avec les craintes exprimées suivant le type d'accidents, montrent que les personnes qui déclarent craindre ces traumatismes obtiennent de moins bons scores de qualité de vie que les autres (Tableau III). Seules les personnes craignant les accidents de sport et de loisirs ont de meilleurs scores de santé sociale et physique que les autres. Ce constat résulte d'un effet âge dans la mesure où la pratique sportive est plus élevée parmi les plus jeunes.

Enfin, et de façon assez logique, le pourcentage des personnes redoutant les accidents est plus élevé parmi celles ayant déclaré un accident au cours des douze derniers mois (Tableau IV).

Par ailleurs, les personnes qui déclarent

craindre les accidents de sport sont aussi proportionnellement deux fois plus nombreuses à avoir pris un risque par plaisir ou par défi au cours des trente derniers jours (12,1 % vs 5,6 % ; $p < 0,001$) (Tableau V).

Évolution des craintes depuis 1992

Depuis 1992 pour les adultes et 1997 pour les jeunes (Tableau VI), la hiérarchisation des craintes d'accidents n'a pas subi d'évolution majeure : les accidents de la circulation restent la première crainte des personnes interrogées. En revanche, la fréquence des craintes exprimées subit des variations significatives. Ainsi, si de 1992 à 1995 les trois enquêtes barométriques indiquent une augmentation des fréquences des craintes, les résultats du dernier baromètre montrent une baisse significative de l'ensemble des craintes exprimées, pour les accidents comme pour les maladies.

Concernant les jeunes âgés de 12 à 17 ans, les résultats sont moins homogènes que pour la population adulte : la hiérarchisation est sensiblement modifiée et l'évolution des

Tableau III

Scores du profil de santé de Duke parmi l'ensemble des personnes interrogées selon la crainte (« pas mal » et « beaucoup ») des accidents pour soi-même

	Anxiété	Dépression	Estime de soi	Santé mentale	Santé sociale	Santé physique	Santé générale
Circulation (n=13 685)							
Craindre	33,5***	30,1***	75,4***	71,4***	68,0	70,7***	70,1***
versus	28,6	25,5	78,5	76,4	67,9	74,5	73,0
Vie domestique (n=13 685)							
Craindre	35,7***	27,1***	74,1***	68,9***	66,8***	67,8***	67,9***
versus	30,6	33,2	77,2	74,5	68,2	73,3	72,1
Sport (n=13 685)							
Craindre	33,0***	29,8**	75,2***	71,8***	69,8***	73,1 *	71,6
versus	31,4	28,1	76,9	73,6	67,6	71,9	71,1
École (n=1 970)							
Craindre	37,7***	37,8***	70,5***	65,3***	67,8**	73,5***	68,9***
versus	32,6	31,2	75,3	71,6	71,1	78,0	73,6
Travail (n=9 308)							
Craindre	34,3***	29,7***	76,3	72,3***	66,2***	70,2***	69,6***
versus	31,7	27,2	76,9	74,1	68,1	73,6	72,0

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

Tableau IV

Proportion des sujets déclarant craindre pour eux-mêmes « pas mal » ou « beaucoup » les accidents selon qu'ils aient eu un accident au cours des douze derniers mois

Craindre les accidents de	
Circulation (n=13 685)	
Accident : oui	13,6
Accident : non	12,3
Vie domestique (n=13 685)	
Accident : oui	14,3
Accident : non	12,8
Sport (n=13 685)	
Accident : oui	24,1***
Accident : non	10,8
École (n=1 970)	
Accident : oui	32,2***
Accident : non	21,0
Travail (n=9 308)	
Accident : oui	18,5***
Accident : non	11,4

*** : p<0,001.

Tableau V

Sujets déclarant craindre pour eux-mêmes « pas mal » ou « beaucoup » les accidents selon qu'ils aient déclaré avoir pris un risque au cours des trente derniers jours (en pourcentage)

Craindre les accidents de	
Circulation (n=13 685)	
Risque : oui	7,0
Risque : non	6,3
Vie domestique (n=13 685)	
Risque : oui	6,9
Risque : non	6,7
Sport (n=13 685)	
Risque : oui	12,1***
Risque : non	5,6
École (n=1 970)	
Risque : oui	11,7
Risque : non	11,8
Travail (n=9 308)	
Risque : oui	7,7
Risque : non	6,9

*** : p<0,001.

fréquences est plus dispersée. Toutefois, la crainte des accidents de la circulation reste la crainte majeure exprimée par les jeunes. À ce titre, alors que l'enquête de 1997 indiquait que 43,6 % des jeunes craignaient ce type d'accident, ils sont un peu plus d'un sur deux (50,2 %) en 1999.

Les craintes qui concernent les accidents (sport et loisirs, travail, circulation, domestiques ou à l'école) sont, à l'inverse du constat établi parmi les adultes, plus fortement exprimées en 1999 qu'en 1997.

Les accidentés

La fréquence des accidents déclarés

La question posée concernait uniquement les accidents survenus au cours des douze derniers mois et suffisamment graves pour avoir entraîné une consultation chez un médecin ou une hospitalisation.

Sur l'ensemble des personnes de 12 à 75 ans interrogées, plus d'une personne sur dix (13,1 %) déclare avoir eu au moins un accident au cours des douze mois précédant l'enquête (Tableau VII). Au sein de ces victimes, un peu plus de 8 sur 10 ont eu un seul accident (Figure 1).

Parmi les grandes catégories d'accidents et pour l'ensemble des personnes interrogées, les accidents de sport et de loisirs sont les plus fréquemment cités (4,3 %), viennent ensuite ceux de la vie domestique (2,4 %), de voiture (1,0 %), enfin les autres types d'accidents — bagarres, agressions, etc. — (1,6 %).

La fréquence des accidents du travail s'élève à 3,5 %¹ et celle des accidents des deux-roues motorisés à 4,6 %².

1. La fréquence des accidents du travail a été calculée à partir de l'ensemble des personnes exerçant une activité professionnelle au moment de l'enquête ou étant en for-



Tableau VI

Évolution des craintes pour soi-même « pas mal » ou « beaucoup » des problèmes de santé ou maladies depuis 1992^{d, e}

	1992 (n = 2 099)	Adultes (de 18 à 75 ans) 1993 (n = 1 950)	1995 (n = 1 993)	1999 (n = 12 588)	Jeunes (de 12 à 17 ans) 1997 (n = 3 217)	1999 (n = 1097)
Les accidents de la circulation	66,9 (1)	67,9 (1)	69,1 (1)	63,8 (1)***	43,6 (1)	50,2 (1)***
Le cancer	56,9 (2)	58,9 (2)	63,2 (2)	57,3 (2)***	37,3 (4)	40,8 (3)*
Les maladies cardiaques	40,5 (3)	37,9 (3)	47,7 (3)	36,0 (3)***	24,6 (6)	25,3 (8)
Les maladies respiratoires	a	a	a	29,9	27,0 (5)	27,7 (7)
Les maladies liées au tabac	a	a	a	28,2	a	29,1
Le sida	29,2 (4)	30,4 (4)	33,1 (4)	22,9 (6)***	38,5 (3)	43,0 (2)**
Les accidents du travail ^b	24,5 (5)	24,0 (5)	30,6 (6)	25,1 (4)***	19,9 (8)	30,1 (6)*
La dépression	a	a	30,9 (5)	23,0 (5)***	19,1 (9)	17,6 (12)
Les accidents de la vie domestique	19,0 (6)	19,8 (6)	27,8 (7)	21,7 (7)***	16,5 (11)	18,9 (10)*
Les MST hors sida	17,6 (7)	18,8 (7)	23,8 (8)	16,0 (8)***	43,1 (2)	34,8 (4)***
Les accidents de sport et de loisirs	a	a	a	15,8	24,6 (6)	30,5 (5)***
Les accidents à l'école (hors sport) ^c	a	a	a	9,8	15,2 (12)	20,3 (9)***
La tuberculose	10,1 (9)	13,0 (8)	20,3 (9)	12,0 (9)***	17,9 (10)	16,6 (14)
Les maladies liées à l'alcool	11,0 (8)	11,2 (9)	16,1 (10)	10,8 (10)***	13,8 (14)	18,1 (11)***
Le suicide	7,0 (10)	7,3 (10)	12,6 (11)	8,3 (11)***	15,1 (13)	17,1 (13)

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

a. Question non posée dans ce Baromètre santé.

b. Question posée uniquement aux personnes exerçant un emploi ou étant en formation continue ou par alternance. Ne concerne pas les retraités, préretraités, les personnes en congé parental et au foyer.

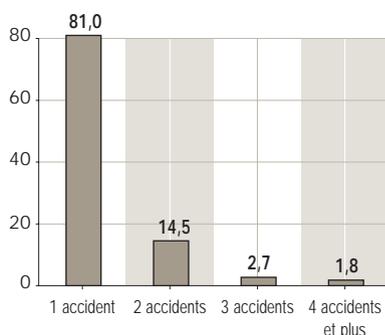
c. Question posée uniquement aux scolaires.

d. Les chiffres entre parenthèses indiquent la hiérarchisation des items.

e. Pondéré recensement 1990.

Figure 1

Répartition des accidents selon leur fréquence au cours des douze derniers mois (en pourcentage)



La proportion des hommes ayant déclaré avoir eu un accident ayant entraîné une consultation médicale s'élevé à 16,2 % vs 10,1 % parmi les femmes (p<0,001). On observe des différences par sexe selon le type d'accident : sont davantage masculins les accidents de sport et de loisirs (5,9 % pour les hommes vs 2,8 % pour les femmes ; p<0,001), du travail (respectivement 5,2 % vs 1,7 % ; p<0,001), ainsi que ceux liés à l'utilisation d'un deux-roues motorisé

mation si l'enquêté a plus de 30 ans, ou ayant exercé une profession.

2. La fréquence des accidents des deux-roues motorisés a été calculée à partir de l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir fait de la moto, mobylette ou scooter au cours des douze derniers mois.

Tableau VII

Types d'accident au cours des douze derniers mois selon le sexe (en pourcentage)

	Ensemble	Hommes	Femmes
Total accidents			
(n=13 685)	13,1	16,2	10,1***
Ensemble accidents de sport et de loisirs			
(n=13 685)	4,3	5,9	2,8***
Accidents de sport ou de loisirs, en dehors du vélo, du roller et du skate (n=13 685)	3,8	5,2	2,5***
Accidents de vélo ^a (n=7 377)	0,8	1,1	0,5**
Accidents de roller, patins à roulettes ^a (n=1 038)	1,2	1,9	0,5*
Accidents de skate ^a (n=138)	5,2	4,9	8,2
Accidents de moto, mobylette, scooter ^a (n=2 366)	4,6	5,9	2,0***
Accidents de voiture			
(n=13 685)	1,0	0,8	1,2
Accidents en tant que conducteur (n=12 588)	0,8	0,8	0,7
Accidents domestiques			
(n=13 685)	2,4	2,3	2,5
Accidents à l'école			
En dehors du sport ^b (n=1 971)	2,3	2,5	2,1
Accidents de travail ou d'atelier parmi les salariés^c			
(n=11 630)	3,5	5,2	1,7***
Autres types d'accidents			
Bagarres, agressions, etc. (n=13 685)	1,6	1,6	1,6

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

a. Question posée uniquement aux personnes ayant déclaré avoir pratiqué l'engin au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

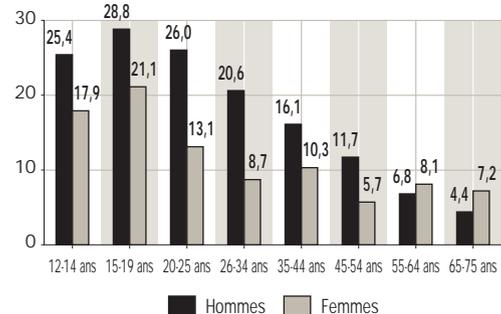
b. Question posée uniquement aux personnes scolarisées.

c. Question posée aux personnes ayant un emploi ou étant en formation continue ou en alternance, aux personnes déclarant avoir déjà travaillé (en retraite), aux personnes en processus d'insertion.

(respectivement 5,9 % vs 2,0 % ; p<0,001). En revanche, les accidents de voiture sont davantage féminins (1,2 % pour les femmes vs 0,8 % pour les hommes ; p<0,05) et il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les accidents de la vie domestique. Les jeunes âgés de moins de 26 ans sont davantage exposés aux accidents que les adultes (Figure 2). Ainsi, parmi les 12-14 ans et les 15-19 ans, respectivement 21,7 % et 25,2 % de ces jeunes déclarent avoir eu au moins un accident au cours des douze derniers mois *versus* moins d'un adulte sur dix après 45 ans (8,7 % pour les 45-54 ans, 7,5 % pour les 55-64 ans et 5,9 % pour les 65-75 ans ; p<0,001). Enfin,

Figure 2

Avoir eu au moins un accident au cours des douze derniers mois par âge et par sexe (en pourcentage)





Accidents

à partir de 55 ans, la fréquence des accidents devient plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes, mais la différence n'est significative qu'à partir de 65 ans ($p < 0,05$). Globalement, la baisse du pourcentage d'accidentés est progressive chez les hommes à partir de 19 ans, évolution qui n'est pas observée avec la même régularité pour les femmes.

Le nombre moyen d'accidents déclarés par victime s'élève à 1,3, sans différence significative entre les hommes (1,3) et les femmes (1,2). La différence est significative entre 20 et 25 ans (1,6 accident en moyenne pour les hommes vs 1,2 pour les femmes ; $p < 0,001$). Quel que soit l'âge, les hommes déclarent toujours plus d'accidents que les femmes, excepté entre 15 et 19 ans où la différence n'est pas significative (1,7 accident pour les filles vs 1,3 pour les garçons) (Figure 3). Le nombre moyen d'accidents déclaré varie aussi en fonction de l'âge. Parmi les jeunes de moins de 26 ans, le nombre moyen d'accidents ayant entraîné une consultation médicale ou une hospitalisation s'élève à 1,5, alors qu'il est de 1,2 pour les 26-34 ans et de 1,1 à partir de 35 ans ($p < 0,001$).

Le profil des accidentés

Les accidents touchent donc prioritairement les plus jeunes, puis diminuent avec l'âge. Ainsi, l'analyse de la population accidentée

selon la situation professionnelle (à partir de 18 ans) illustre ce constat puisque le pourcentage des accidentés parmi les étudiants et les personnes scolarisées s'élève à 21,0 %, alors que parmi les personnes retraitées, le pourcentage des accidentés n'est plus que de 6,4 % ($p < 0,001$).

Parmi les personnes déclarant être inactives, la proportion d'accidentés est de 7,7 %. Et parmi les personnes actives, quel que soit le secteur d'activité (privé, public, à son compte) ou bien encore au chômage, les proportions d'accidentés sont semblables ou proches (différence non significative) de celle établie sur l'ensemble des personnes de plus de 18 ans interrogées (11,8 %).

Selon les professions et catégories socio-professionnelles, 19,0 % des ouvriers déclarent avoir été victimes d'un accident ayant entraîné une consultation médicale vs 10,8 % parmi les employés ($p < 0,001$) et 10,6 % parmi la catégorie des cadres et professions libérales ($p < 0,001$).

Au sein des autres catégories professionnelles, 13,6 % des personnes appartenant aux catégories des agriculteurs et des artisans-commerçants-chefs d'entreprise déclarent avoir été victimes d'au moins un accident, et 12,4 % parmi les professions intermédiaires.

Accidents selon divers comportements de santé

Une première régression logistique intégrant le sexe, l'âge, la consommation d'alcool, les ivresses au cours de l'année et l'expérimentation du cannabis au cours de la vie permet d'identifier les facteurs statistiquement associés à la survenue d'un accident (Tableau VIII). Ce sont :

- le sexe et l'âge. Les résultats de la régression corroborent ceux présentés précédemment : les hommes ont une probabilité¹ plus forte d'avoir eu un accident que les femmes et les jeunes, notamment ceux âgés de

1. Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, on trouvera dans les chapitres une interprétation de l'odds ratio en terme de « risque », de « chance » ou de « probabilité » (cf. chapitre Présentation des termes statistiques).

Figure 3

Nombre moyen d'accidents par âge et sexe parmi les accidentés

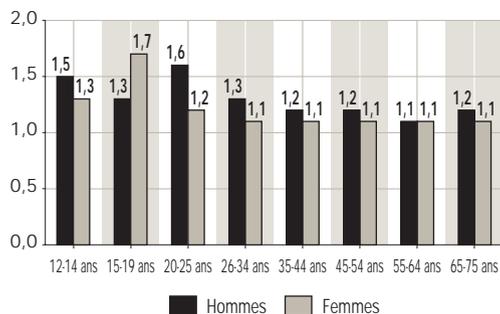


Tableau VIII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident parmi l'ensemble des personnes interrogées de 12 à 75 ans (n=13 685)

	OR ajusté	IC à 95 %
Âge		
12-14 ans	1	
15-19 ans	1,0	0,8-1,3
20-25 ans	0,7**	0,6-0,9
26-34 ans	0,5***	0,4-0,7
35-44 ans	0,5***	0,4-0,6
45-54 ans	0,3***	0,3-0,4
55-64 ans	0,3***	0,2-0,4
65-75 ans	0,2***	0,2-0,3
Sexe		
Homme	1	
Femme	0,6***	0,6-0,7
Ivresse		
Aucune ivresse	1	
Au moins une ivresse	1,3***	1,1-1,5
Cannabis		
Abstinent	1	
Expérimentateur ou consommateur	1,2**	1,1-1,4

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

Tableau IX

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident parmi l'ensemble des personnes interrogées (n=13 685)

	Hommes		Femmes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Âge				
12-14 ans	1		1	
15-19 ans	1,2	0,9-1,6	1,2	0,9-1,8
20-25 ans	1,0	0,7-1,4	0,7*	0,5-1,0
26-34 ans	0,7*	0,6-1,0	0,4***	0,3-0,6
35-44 ans	0,5***	0,4-0,7	0,5***	0,4-0,7
45-54 ans	0,4***	0,3-0,5	0,3***	0,2-0,4
55-64 ans	0,2***	0,1-0,3	0,4***	0,3-0,6
65-75 ans	0,1***	0,8-0,2	0,4***	0,2-0,5
Avoir fait une tentative de suicide				
Non	1		1	
Oui	1,8***	1,3-2,5	1,6**	1,2-2,1
Avoir pris des tranquillisants/somnifères				
Non	1		-	-
Oui	1,5***	1,2-1,9		
Avoir pris des antidépresseurs				
Non	-	-	1	
Oui	-	-	1,3*	1,0-1,7

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

15 à 19 ans, davantage que les personnes à partir de 20 ans. Le risque d'accident décroît régulièrement avec l'âge ;

- les ivresses (au moins une ivresse dans l'année). Les personnes dans ce cas ont significativement plus souvent déclaré avoir eu un accident que les autres (OR ajusté = 1,3 vs 1,0 ; p<0,001) ;
- l'expérimentation du cannabis. Les personnes qui déclarent avoir expérimenté au moins une fois au cours de leur vie du cannabis sont plus exposées au risque d'accident que les sujets abstinents (OR ajusté = 1,2 vs 1,0 ; p<0,01).

Une seconde régression logistique (Tableau IX) — intégrant les variables sexe, classes d'âge, avoir fait une tentative de suicide, avoir eu des pensées suicidaires, avoir pris des tranquillisants/somnifères et avoir pris

des antidépresseurs au cours de l'année écoulée — montre que la probabilité d'avoir eu un accident est plus élevée parmi :

- les personnes — hommes ou femmes — qui déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de l'année écoulée ;
- les hommes qui déclarent avoir pris des tranquillisants ou des somnifères ;
- les femmes qui déclarent avoir consommé des antidépresseurs.

Enfin, l'effet âge dans la probabilité de survenue des accidents est de nouveau retrouvé ici. Il se traduit par une baisse de la probabilité avec l'âge chez les hommes, alors que chez les femmes, la probabilité de survenue d'un accident baisse aussi avec l'âge mais de façon moins régulière. Les scores de qualité de vie apportent un éclairage supplémentaire au profil des ac-



cidentés. D'après cette évaluation (Tableau X), les personnes victimes d'au moins un accident au cours des douze derniers mois ayant entraîné une consultation médicale ou une hospitalisation, ne sont pas significativement en moins bonne santé générale que les autres (70,9 vs 71,2). Toutefois, en tenant compte du sexe, ce constat ne se vérifie pas chez les hommes. Ces derniers dé-

clarent une moins bonne santé générale (73,1 vs 74,7 ; $p < 0,01$) lorsqu'ils ont été victimes d'au moins un accident au cours de l'année. Pour les femmes, en revanche, il n'y a pas de différence significative.

Concernant les scores de santé physique, les résultats ont la même tendance puisque les hommes « accidentés » déclarent significativement une moins bonne santé physi-

Tableau X

Scores du profil de santé de Duke selon l'âge, le sexe et le fait d'avoir eu ou non un accident ayant entraîné une consultation médicale ou une hospitalisation

	Ensemble		Jeunes (12-25 ans)		Adultes (26-75 ans)	
	Au moins un accident	Aucun accident	Au moins un accident	Aucun accident	Au moins un accident	Aucun accident
Score de santé générale	70,9	71,2	72,0	73,1	70,1	70,7
Score de santé physique	71,3	72,3	75,0	77,8**	68,9	70,8*
Score de santé mentale	72,0	73,5*	70,4	71,6	72,9	74,0
Score de santé sociale	69,2	67,8**	70,4	69,9	68,4	67,2*
Score d'anxiété	33,7	31,4***	35,1	32,5*	32,7	31,1*
Score de dépression	30,3	28,1***	32,6	30,6	28,8	27,4
Score d'estime de soi	75,3	76,8**	74,0	75,0	76,2	77,2

	Ensemble hommes		Hommes (12-25 ans)		Hommes (26-75 ans)	
	Au moins un accident	Aucun accident	Au moins un accident	Aucun accident	Au moins un accident	Aucun accident
Score de santé générale	73,1	74,7**	74,0	76,8**	72,4	74,1**
Score de santé physique	74,5	77,6***	77,3	82,6***	72,6	76,2***
Score de santé mentale	75,2	78,1***	73,7	75,5	76,2	78,8**
Score de santé sociale	69,5	68,2	71,1	72,3	68,4	67,1
Score d'anxiété	31,6	27,7***	32,4	28,3**	31,1	27,6***
Score de dépression	27,4	23,0***	29,8	26,5*	25,8	22,1***
Score d'estime de soi	77,3	79,6***	76,5	79,0*	77,8	79,8*

	Ensemble femmes		Femmes (12-25 ans)		Femmes (26-75 ans)	
	Au moins un accident	Aucun accident	Au moins un accident	Aucun accident	Au moins un accident	Aucun accident
Score de santé générale	67,3	68,1	68,5	69,6	66,6	67,7
Score de santé physique	66,2	67,4	71,0	73,3	63,3	65,9*
Score de santé mentale	66,9	69,3*	65,0	67,9	68,1	69,7
Score de santé sociale	68,6	67,3	69,1	67,7	68,3	67,2
Score d'anxiété	36,8	34,7*	39,6	36,6	35,2	34,2
Score de dépression	34,7	32,7*	37,3	34,6	33,2	32,2
Score d'estime de soi	72,2	74,2*	69,7	71,3	73,7	74,9

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

que (74,6 vs 77,6 ; $p < 0,001$) et aussi quel que soit l'âge, alors que chez les femmes la différence est significative uniquement entre 26 et 75 ans (63,3 vs 65,9 ; $p < 0,05$). Alors que les scores sont moins bons chez les accidentés (pour les hommes comme pour les femmes et quel que soit l'âge) — en ce qui concerne la santé mentale, l'estime de soi, l'anxiété et la dépression —, les scores de santé sociale sont, en revanche, plus élevés parmi les victimes d'au moins un accident (69,2 vs 67,8 ; $p < 0,01$). Mais la différence n'est pas significative chez les femmes.

Au final, sur l'ensemble des résultats, les femmes victimes d'au moins un accident au cours de l'année écoulée sont significativement en moins bonne santé que les hommes quel que soit l'âge.

La conduite d'essai ou prise de risque a été abordée à travers les questions « *Au cours des trente derniers jours, avez-vous fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi ?* » et « *La dernière fois, qu'est-ce que c'était ?* ».

Au cours des trente derniers jours, 6,7 % des personnes interrogées déclarent avoir pris au moins un risque par plaisir ou par défi : les hommes plus que les femmes (9,6 % vs 3,9 % ; $p < 0,001$) et les plus jeunes — âgés de 12 à 25 ans — davantage que les plus âgés — de 26 à 75 ans — (12,3 % vs 5,0 % ; $p < 0,001$).

Les personnes qui déclarent avoir pris un risque au cours du dernier mois sont celles qui déclarent le plus avoir eu au moins un accident dans l'année :

- parmi les jeunes âgés de 12 à 25 ans qui déclarent avoir pris au moins un risque au cours du mois écoulé, 30,8 % déclarent avoir eu au moins un accident dans l'année vs 21,0 % parmi ceux qui déclarent ne pas avoir pris de risque ($p < 0,001$) ;
- parmi les adultes âgés de 26 à 75 ans, les pourcentages sont de 20,1 % vs 9,8 % ($p < 0,001$).

Après ajustement sur l'âge et le sexe (Tableau XI), la prise de risque demeure significativement associée à une fréquence d'accident plus importante (OR ajusté = 1,7).

Tableau XI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident parmi l'ensemble des personnes interrogées (n=13 685)

	OR ajusté	IC à 95 %
Âge		
12-14 ans	1	
15-19 ans	1,2	0,9-1,4
20-25 ans	0,8	0,7-1,0
26-34 ans	0,6***	0,5-0,8
35-44 ans	0,5***	0,4-0,7
45-54 ans	0,3***	0,3-0,4
55-64 ans	0,3***	0,2-0,4
65-75 ans	0,2***	0,2-0,3
Sexe		
Homme	1	
Femme	0,6***	0,6-0,7
Avoir pris au moins un risque au cours des trente derniers jours		
Non	1	
Oui	1,7***	1,4-2,0

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

Les spécificités par type d'accident

Les différences observées entre les hommes et les femmes restent vraies pour toutes les grandes catégories d'accidents ayant entraîné une consultation médicale. Alors que les personnes de sexe masculin sont en proportion plus nombreuses à déclarer des accidents de sport et de loisirs, de moto, mobylette, scooter et des accidents de travail ou d'atelier, l'inverse est observé pour les traumatismes domestiques à partir de 55 ans et de voiture où les femmes sont plus nombreuses à déclarer en être victimes (au cours de la dernière année) (Tableau VII).

Les accidents du travail

Parmi les personnes en activité ou ayant été en activité professionnelle au cours des douze mois précédents, 5,2 % des hommes



Accidents

et 1,7 % des femmes ont déclaré un accident du travail. Ce type d'accident représente 3,5 % de l'ensemble des accidents déclarés parmi la population en âge de travailler (Tableau VII).

Les plus jeunes hommes craignent plus ce type d'accident que les adultes ou que les femmes. Ils en sont aussi davantage victimes que leurs aînés (Tableau XII). Ainsi parmi les hommes, le risque d'accident du travail est plus élevé entre 20 et 25 ans (10,3 %), puis décline régulièrement avec l'âge (4,8 % entre 45 et 54 ans ; $p < 0,001$). Chez les femmes, les plus jeunes sont, comme pour les hommes, plus souvent victimes d'un accident du travail ayant entraîné une consultation médicale que les autres plus âgées (4,1 % entre 20 et 25 ans vs 0,9 % entre 45 et 54 ans ; $p < 0,001$). Et

bien qu'il existe une baisse globale du risque d'accident avec l'âge (comme pour les hommes), on note une légère reprise de la proportion d'accidentées entre 35 et 44 ans (3,1 %).

Selon les catégories professionnelles, 12,2 % des personnes appartenant à la catégorie des agriculteurs ont été victimes d'au moins un accident du travail, 10,3 % au sein de la catégorie des ouvriers. Ce sont aussi dans ces deux catégories professionnelles que ce type d'accident est le plus redouté. Les personnes de la catégorie des cadres et professions libérales sont celles qui déclarent le moins d'accidents du travail ayant entraîné une consultation médicale (1,3 %). Les artisans-commerçants-chefs d'entreprise (2,5 %), les employés (2,9 %) et les professions intermé-

Tableau XII

Répartition de la fréquence des accidents par âge et par sexe selon le type d'accident au cours des douze derniers mois (en pourcentage)

	12-14 ans	15-19 ans	20-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-75 ans
Hommes								
Ensemble des accidents de sport et de loisirs (n=6 027)***	14,0	15,0	13,3	6,6	4,7	2,6	1,0	0,3
Accidents de vélo ^a (n=3 739) ***	3,4	3,0	0,9	0,4	0,9	0,3	0,1	0,4
Accidents de moto, mobylette, scooter ^a (n=1 442)***	1,4	12,3	6,7	3,7	5,3	1,6	2,2	0,0
Accidents de voiture (n=6 027)**	0,4	0,3	2,2	1,1	0,9	0,5	0,4	0,5
Accidents de travail ou d'atelier ^b (n=5 206)***	-	3,2	10,3	8,7	6,7	4,8	1,2	0,2
Accidents domestiques (n=6 027)	3,3	1,6	1,5	2,9	2,3	2,3	2,6	1,7
Femmes								
Ensemble des accidents de sport et de loisirs (n=7 658)***	11,9	9,5	4,1	1,9	2,2	1,0	0,8	0,6
Accidents de vélo ^a (n=3 638)	1,1	0,5	1,1	0,2	0,2	0,1	-	1,6
Accidents de moto, mobylette, scooter ^a (n=924)**	1,5	5,2	1,3	0,4	0,2	-	-	-
Accidents de voiture (n=7 658)***	0,6	3,5	2,1	1,4	1,3	0,3	1,2	0,1
Accidents de travail ou d'atelier ^b (n=6 424)***	-	0,7	4,1	2,2	3,1	0,9	0,5	-
Accidents domestiques (n=7 658)*	1,8	2,2	1,0	2,4	2,6	2,4	3,9	3,4

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

a. Question posée uniquement aux personnes ayant déclaré avoir pratiqué l'engin au cours des douze derniers mois précédents l'enquête.

b. Question posée aux personnes ayant un emploi ou étant en formation continue ou en alternance, aux personnes déclarant avoir déjà travaillé en retraite, aux personnes en processus d'insertion.



diar es (3,5 %) ont des pourcentages intermédiaires.

Enfin, la proportion des accidents est plus faible parmi les travailleurs du secteur public (4,0 %) que parmi ceux travaillant dans le privé (5,5 % ; $p < 0,01$). En revanche, il n'y a pas de différences significatives entre les travailleurs du secteur public et ceux qui travaillent à leur compte (ils sont 5,4 % à avoir déclaré au moins un accident).

Les accidents de voiture

Parmi l'ensemble de la population interrogée, 1,0 % a été victime d'au moins un accident de voiture au cours de l'année écoulée, ayant nécessité une consultation médicale (Tableau VII). Pour les hommes comme pour les femmes, le risque d'accidents de voiture est plus élevé parmi les plus jeunes et décline avec l'âge, excepté parmi les femmes âgées de 55 à 64 ans (Tableau XII).

Chez les accidentés de voiture, près d'un tiers était passager au moment de l'accident (28,7 %). La fréquence des accidents de voiture est légèrement plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes sans que la différence soit significative (1,2 % vs 0,8 %) (Tableau VII), principalement à cause des traumatismes dont elles ont été victimes en tant que passagères (43,3 % vs 7,4 % pour les hommes ; $p < 0,001$) et, en particulier, lorsqu'elles sont jeunes. En effet, parmi elles, plus de la moitié a moins de 20 ans (53,2 % à entre 15 et 19 ans et 14,7 % à entre 20 et 25 ans).

Il est important de rappeler que les femmes craignent davantage ce type d'accident que les hommes.

Les accidents de la vie domestique

Les accidents de la vie domestique interviennent à la maison ou autour de celle-ci. Ils représentent 2,4 % de victimes parmi l'ensemble des personnes interrogées. Globalement, la fréquence des accidents domestiques n'est pas significativement plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (respectivement 2,5 % vs 2,3 %) (Tableau VII). L'écart entre les sexes en défaveur des femmes se creuse après 55 ans

(Tableau XII). En effet, la différence est significative entre 55 et 75 ans ($p < 0,05$).

Contrairement aux grandes catégories d'accidents étudiées plus haut, les différences par sexe selon l'âge sont moins importantes et sont significatives uniquement parmi les femmes plus âgées ($p < 0,05$). Ainsi, le risque d'être victime d'un accident domestique est plus élevé parmi ces dernières à partir de 55 ans (Figure 4).

Les accidents de sport et de loisirs

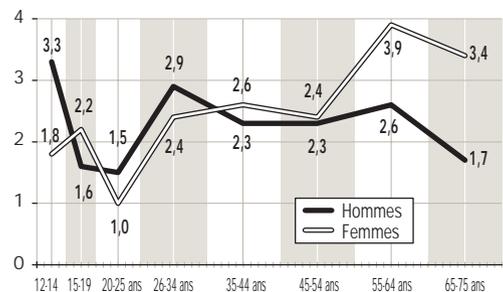
Les accidents de sport et de loisirs ayant entraîné une consultation médicale au cours des douze derniers mois constituent, pour l'ensemble des personnes interrogées, la première catégorie d'accident. La fréquence de ces accidents de sport parmi la population est importante puisqu'elle s'élève à 5,9 % pour les hommes et 2,8 % pour les femmes (Tableau VII).

Une des caractéristiques majeures de ces traumatismes est la décroissance constante du pourcentage de victimes avec l'âge pour les hommes comme pour les femmes (Figure 5). Ainsi, entre 12 et 19 ans, 12,6 % des jeunes déclarent avoir été victime d'un accident de sport ou de loisirs vs 3,1 % parmi les personnes âgées de 20 à 75 ans ($p < 0,001$).

La baisse des traumatismes dépend toutefois du type de sport pratiqué. Les accidents de vélo, par exemple, décroissent

Figure 4

Les accidents domestiques selon l'âge et le sexe (en pourcentage)





Accidents

avec l'âge mais persistent tout de même chez les adultes et augmentent de nouveau chez les sujets plus âgés, notamment parmi les femmes (Figure 6). La Figure 8 présente la pratique du vélo par classe d'âges et selon le type de vélo (VTT, BMX, vélo classique) : elle permet de voir que le vélo est pratiqué à tous les âges — VTT pour les plus jeunes, le vélo classique pour les plus âgés —, exposant ainsi l'ensemble de la population à l'accident (voir aussi ci-dessous la partie « Les attitudes face à la prévention : le port du casque dans la pratique du deux-roues motorisé... »).

Les accidents liés à l'utilisation des deux-roues à moteur

Un quart des hommes interrogés (24,4 %) et plus d'une femme sur dix (12,4 %) déclarent avoir fait de la moto, du scooter ou de la mobylette au cours des douze mois précédant l'enquête (Tableau XIII). Cette pratique du deux-roues motorisé est plus fréquente parmi les plus jeunes, chez les hommes comme chez les femmes, puis décline avec l'âge (les garçons entre 15 et 19 ans sont 60,4 % à avoir fait du deux-roues, les jeunes filles sont 47,9 % vs 36,1 % entre 20 et 25 ans parmi les hommes, et 21,8 % parmi les femmes) (Figure 7).

Parmi les individus qui ont déclaré avoir fait de la moto, de la mobylette ou du scooter, tous âges confondus, 5,9 % des hommes et 2,0 % des femmes déclarent avoir eu au moins un accident sur un deux-roues motorisé ($p < 0,001$) (Tableau VII). Mais les différences selon l'âge sont importantes et les fréquences des accidents sont plus élevées parmi les plus jeunes que parmi les plus âgés (Tableau XII) : les garçons de 15 à 19 ans qui ont pratiqué un deux-roues à moteur sont 12,3 % à avoir eu au moins un accident au cours de l'année écoulée, les jeunes filles sont en proportion deux fois moins nombreuses dans ce cas : 5,2 % ($p < 0,001$) (Figure 7). Entre 20 et 25 ans, 6,7 % des jeunes hommes déclarent avoir été victimes de ce type d'accident et 1,3 % parmi les jeunes femmes ($p < 0,01$).

Figure 5

Les accidents de sport et de loisirs selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

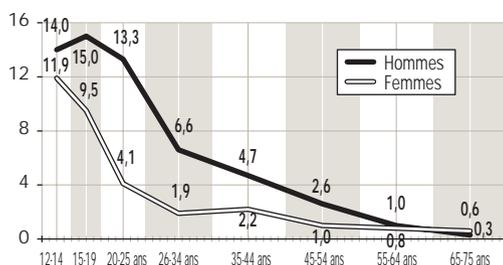


Figure 6

La pratique du vélo et la fréquence des accidents par âge et par sexe parmi les pratiquants (en pourcentage)

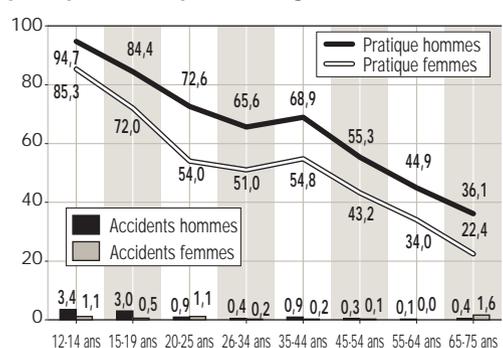
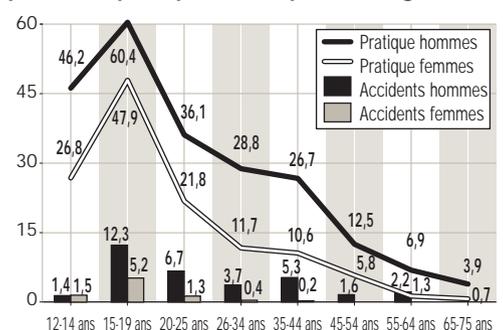


Figure 7

La pratique du deux-roues motorisé et la fréquence des accidents par âge et par sexe parmi les pratiquants (en pourcentage)



Les attitudes préventives : le port du casque

Une série de questions a été posée afin d'étudier les comportements de prévention (le port du casque) lors de l'utilisation d'un deux-roues motorisé (moto, mobylette ou scooter), d'un vélo (VTT, BMX ou vélo classique) et du roller (patin à roulettes, roller ou skate). En effet, les accidents de deux-roues (motorisés ou non) et d'engins à roulettes entraînent des blessures à la tête dans 30 % des cas [23, 24]. L'enquêteur devait répondre à la question : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait de la moto (mobylette, scooter), du vélo ou du roller ?* ». Si oui, la question suivante était : « *La dernière fois, avez-vous porté un casque ?* ».

Principales caractéristiques

Au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, 18,3 % des personnes interrogées ont déclaré avoir fait de la moto, de la mobylette ou du scooter, 55,2 % du vélo et 9,3 % du roller, patin à roulettes ou skate (Tableau XIII). Si l'on considère l'ensemble des personnes interrogées et quel que soit l'engin, les hommes sont proportionnellement toujours plus nombreux à déclarer pratiquer que les femmes. Ces fréquences sont plus élevées parmi les plus jeunes puis diminuent progressivement avec l'âge (en particulier pour le roller, patin à roulettes et skate). Le pourcentage d'utilisateurs de deux-roues motorisés ne varie pas de manière significative en fonction de la taille de l'agglomération. De même, pour le vélo, il n'y a pas de différence significative dans la pratique en fonction de la taille de l'agglomération. Toutefois, 58,2 % des habitants des communes rurales déclarent avoir fait du vélo vs 53,7 % en agglomération parisienne. À l'inverse, pour le roller, patin à roulettes et skate, plus la taille de l'agglomération est grande, plus les fréquences de la pratique sont élevées ($p < 0,001$) : 6,9 % des pratiquants vivent dans une commune rurale, 8,7 % dans une commune de moins de 20 000 habitants vs 12,5 % en agglomération parisienne ($p < 0,001$).

Tableau XIII

La pratique du deux-roues (motorisé ou non) et du roller, patin à roulettes, skate parmi l'ensemble des personnes interrogées selon le sexe, l'âge et la taille de l'agglomération (en pourcentage)

	Moto, mobylette, scooter	Vélo	Roller, patin à roulettes, skate	dont roller/patin
Ensemble (n=13 685)	18,3	55,2	9,3	8,0
Sexe	***	***	***	
Hommes (n=6 027)	24,4	62,3	10,5	8,0
Femmes (n=7 658)	12,4	48,4	8,1	7,9
Age	***	***	***	***
12-14 ans (n=522)	36,5	90,0	50,6	43,7
15-19 ans (n=929)	54,5	78,5	26,5	18,6
20-25 ans (n=1 314)	29,1	63,5	16,1	14,4
26-34 ans (n=2 823)	20,0	58,1	8,5	8,0
35-44 ans (n=2 564)	18,1	61,4	6,2	5,9
45-54 ans (n=2 189)	9,1	49,3	1,9	1,9
55-64 ans (n=1 734)	4,1	39,5	0,5	0,5
65-75 ans (n=1 610)	2,2	28,8	0,1	0,1
Taille de l'agglomération			***	***
Commune rurale (n=3 910)	19,5	58,2	6,9	5,5
Moins de 20 000 hab. (n=2 307)	17,9	55,8	8,7	7,3
De 20 000 à 100 000 hab. (n=1 746)	18,9	54,4	7,6	6,8
De 100 000 à 200 000 hab. (n=957)	18,5	54,2	9,6	7,9
200 000 hab. et plus (n=2 854)	18,2	53,4	11,0	9,5
Agglomération parisienne (n=1 819)	16,4	53,7	12,5	11,1

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

Parmi ceux qui déclarent avoir fait du vélo, une majorité (58,7 %) a pratiqué du VTT, plus d'une personne sur trois (39,5 %) du vélo classique et 1,8 % du BMX. En ce qui concerne les adeptes de la glisse urbaine, 85,7 % ont fait du roller ou du patin à roulettes et 14,3 % du skate.

L'analyse par âge et par sexe des adeptes du cyclisme selon le type de vélo — VTT, BMX, vélo classique — montre que leur uti-

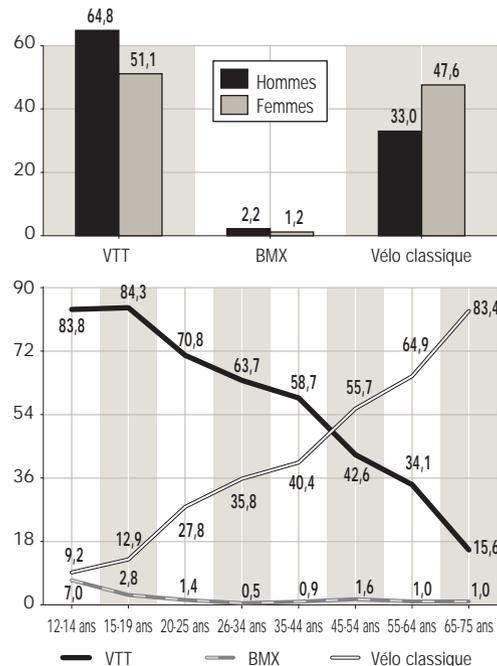


Accidents

lisation est bien spécifique (Figure 8). Ainsi, parmi les hommes qui ont fait du vélo, 64,8 % ont pratiqué du VTT, 33,0 % du vélo classique et 2,2 % du BMX. Parmi les femmes, 51,1 % ont fait du VTT, 47,6 % du vélo classique et 1,2 % du BMX. Les pourcentages de pratiquants de VTT (et du BMX) diminuent avec l'âge alors que ceux pour le vélo classique augmentent : parmi les adolescents âgés de 12-14 ans ayant fait du vélo, 83,8 % ont dit qu'il s'agissait d'un VTT et 9,2 % d'un vélo classique contre respectivement 34,1 % ($p < 0,001$) et 64,9 % ($p < 0,001$) pour les adultes de 55-64 ans. Parmi les adeptes de glisse urbaine, la quasi-totalité des femmes se consacre au roller ou patin à roulettes (97,1 % vs 2,9 % pour le skate), alors que 23,3 % des hommes déclarent avoir fait du skate. À tous les âges, les fréquences de la pratique du roller sont plus élevées que la pratique du skate.

Figure 8

La pratique du vélo selon le sexe, l'âge et le type de vélo (en pourcentage)



Prévention et accidents : le port du casque lors de la dernière sortie

Plus de neuf utilisateurs de deux-roues motorisés sur dix (92,1 %) ont déclaré avoir porté un casque lors de la dernière sortie, sans variation significative selon le sexe (Tableau XIV). En revanche, selon l'âge, les utilisateurs plus âgés (de 55 à 64 ans) sont

Tableau XIV

Le port du casque lors de la dernière sortie parmi les utilisateurs de deux-roues (motorisé ou non), de rollers, patins à roulettes et skate selon le sexe, l'âge et la taille de l'agglomération (en pourcentage)

	Moto, mobylette, scooter (n=2 366)	Vélo (n=7 377)	Roller, patin à roulettes, skate (n=1 178)
Ensemble	92,1	8,2	10,9
Sexe	***		
Hommes	92,2	11,4	12,2
Femmes	91,8	4,1	9,2
Âge	***		
12-14 ans	93,1	14,5	18,3
15-19 ans	91,1	7,8	5,6
20-25 ans	90,3	8,6	5,6
26-34 ans	93,3	8,7	11,3
35-44 ans	95,1	8,8	9,8
45-54 ans	91,2	6,6	15,3
55-64 ans	83,2	6,3	-
65-75 ans	89,1	2,9	a
Taille d'agglomération	***		
Communes rurales	91,1	7,8	12,0
Moins de 20 000 hab.	95,1	9,4	10,5
De 20 000 à 100 000 hab.	94,9	7,7	9,8
De 100 000 à 200 000 hab.	91,7	8,2	11,2
200 000 hab. et plus	90,2	9,9	10,9
Agglomération parisienne	90,4	5,3	10,9

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

a. Effectif trop faible.

en proportion significativement moins nombreux à avoir utilisé le casque que les plus jeunes âgés de 15 à 19 ans ($p < 0,05$).

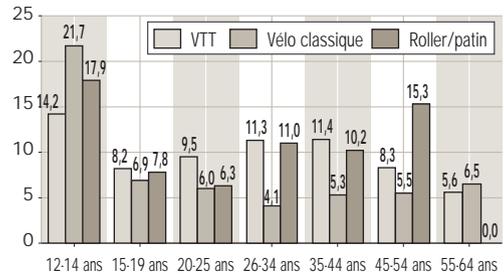
Les cyclistes ne sont que 8,2 % à s'être protégés, les hommes deux fois plus souvent que les femmes (11,4 % vs 4,1 % ; $p < 0,001$) ainsi que les plus jeunes (entre 12 et 14 ans, 14,5 % vs 2,9 % entre 65 et 75 ans ; $p < 0,001$). Enfin, les pourcentages de cyclistes habitant la province et déclarant avoir porté un casque sont significativement plus importants que les cyclistes vivant en l'agglomération parisienne ($p < 0,001$).

Parmi les adeptes de la glisse urbaine, 10,9 % (11,5 % en roller ou patin et 7,5 % en skate) ont porté un casque lors de la dernière sortie, sans différence significative selon le sexe (12,2 % vs 9,2 %), mais les plus jeunes (entre 12 et 14 ans) et les plus âgés (à partir de 45 ans) davantage qu'aux âges intermédiaires. Parmi ceux qui ont pratiqué du roller ou du patin uniquement, les hommes sont 13,8 % à s'être protégés, les femmes 9,2 % ($p < 0,05$).

Selon le type de vélo, les « VTTistes » sont 10,1 % à avoir utilisé le casque, les pratiquants de BMX 5,9 % et les autres cyclistes 5,4 %. Quel que soit le type de vélo, la fréquence du port du casque est plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes : pour le VTT, les hommes sont 12,5 % à déclarer avoir mis un casque vs 6,4 % parmi les femmes ($p < 0,001$) et pour le vélo classique, respectivement 9,5 % vs 1,8 % ($p < 0,001$).

Figure 9

Le port du casque lors de la dernière sortie parmi les pratiquants de vélo et du roller/patin par âge et type d'engin (en pourcentage)



Enfin, les fréquences d'utilisation du casque sont plus élevées parmi les très jeunes (de 12 à 14 ans) et baissent avec l'âge (Figure 9). Néanmoins, parmi les adultes, on observe une légère remontée des fréquences d'utilisation du casque chez les personnes âgées de 45 à 54 ans. Parmi les personnes âgées de 65 à 75 ans, les fréquences sont les suivantes : 3,8 % parmi celles qui ont fait du VTT ($n = 57$), 2,8 % parmi celles qui ont fait du vélo classique ($n = 378$). Enfin, en fonction de la taille de l'agglomération, les fréquences du port du casque sont plus faibles parmi les pratiquants vivant dans l'agglomération parisienne, excepté parmi les pratiquants de skate (Tableau XV).

Tableau XV

Le port du casque lors de la dernière sortie parmi les pratiquants de vélo et les adeptes de glisse urbaine selon le type d'engin et la taille de l'agglomération (en pourcentage)

	Communes rurales	Moins de 20 000 hab.	De 20 000 à 100 000 hab.	De 100 000 à 200 000 hab.	200 000 hab. et plus	Agglomération parisienne
Vélo						
VTT ($n=4 147$)	10,8	10,8	10,7	10,1	10,9	6,5
BMX ($n=112$)	0,0	12,1	4,9	8,4	13,9	0,0
Vélo classique ($n=3 107$)	4,0 ***	7,2	3,2 ***	5,7	8,2	3,6 *
Glisse urbaine						
Roller/patin ($n=1 038$)	13,3	11,7	10,9	12,9	12,0	9,5
Skate ($n=138$)	6,7	4,5	0,0	4,1	3,7	22,9

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



Accidents de vélo et de glisse urbaine

Les accidents de vélo sont abordés ici sans en distinguer le type. En effet, pour des questions d'effectifs, l'analyse n'a pu être effectuée par type de vélo. Parmi l'ensemble des cyclistes, 0,8 % a déclaré avoir eu au moins un accident ayant entraîné une consultation médicale au cours des douze derniers mois, les hommes plus que les femmes (1,1 % vs 0,5 % ; $p < 0,01$) et les jeunes âgés de 12 à 25 ans plus que les adultes à partir de 26 ans (1,7 % vs 0,4 % ; $p < 0,001$). Le casque, lors de la dernière sortie à vélo, a été porté par 30,0 % des victimes d'un accident de vélo alors qu'il n'a été utilisé que par 8,0 % des cyclistes n'ayant pas connu d'accident ($p < 0,001$). Quels que soient l'âge et le sexe, la fréquence du port du casque est significativement plus élevée parmi les victimes d'accidents de vélo.

Parmi les adeptes de la glisse urbaine, la fréquence des accidentés s'élève à 1,7 %, mais elle est significativement plus importante parmi les hommes que les femmes (2,6 % vs 0,7 % ; $p < 0,05$). En revanche, les

accidents de roller et de skate touchent autant les jeunes que les adultes (respectivement 1,9 % et 1,4 %). Contrairement aux victimes d'accidents de vélo, les victimes d'accidents de roller et de skate n'ont pas significativement plus porté le casque lors de leur dernière sortie que les pratiquants non accidentés (respectivement 13,9 % et 10,8 %).

Discussion

Les Français continuent d'exprimer une forte crainte vis-à-vis des accidents même si, pour la première fois depuis le lancement de cette enquête périodique, une diminution globale de cette perception est constatée [6]. En revanche, il existe une augmentation relativement forte de l'expression de ce type de sentiment chez les plus jeunes [7]. Au total, il est observé une tendance au nivellement du déclaratif de craintes entre les jeunes et les adultes.

Néanmoins, quelles que soient les enquêtes et la population étudiée (jeune ou

Annexe

Pourcentage de sujets interrogés déclarant craindre pour eux-mêmes « pas mal » ou « beaucoup » les problèmes ou maladies selon la crainte des accidents

	Guerre	Chômage	Risque nucléaire	Aliments transformés	Pollution de l'air	Pollution de l'eau	Complication vaccination	Nouvelles épidémies	Insécurité
Circulation									
Craindre	58,7***	62,3***	62,6***	68,3***	72,8***	63,8***	28,9***	59,8***	67,3***
vs	38,8	49,2	41,8	48,7	51,1	44,1	17,7	35,5	44,8
Vie domestique									
Craindre	67,4***	69,1***	67,9***	72,2***	78,8***	70,5***	37,5***	68,0***	74,1***
vs	46,9	54,5	51,3	57,9	60,9	52,6	21,3	46,0	54,7
Sport									
Craindre	58,9***	65,3***	61,5***	67,5***	75,1***	65,1***	33,3***	61,1***	65,4***
vs	49,6	55,8	53,4	59,6	62,5	54,6	22,9	48,5	57,5
École									
Craindre	65,5***	74,7*	56,0***	57,9**	65,9***	54,1***	42,2***	58,0***	66,7***
vs	43,1	67,2	40,6	49,5	55,9	40,0	21,0	40,7	47,0
Travail									
Craindre	62,3***	67,4***	67,6***	70,6***	76,2***	68,5***	37,0***	66,9***	68,7***
vs	45,4	51,8	52,6	60,6	64,3	56,4	22,0	47,0	55,6



adulte), il reste vérifié que la hiérarchie faite par les Français ne correspond pas à la réalité épidémiologique. Ceci est bien sûr vrai pour les accidents de sport et de loisirs qui sont les traumatismes les plus fréquents. C'est aussi vérifié pour les accidents domestiques qui, par définition, se passent dans la sphère privée et restent donc moins visibles et moins médiatisés que des événements survenant sur la voie publique et mettant en cause par exemple un véhicule à moteur.

Les perceptions des risques pour la santé varient selon l'âge, le sexe et la proximité ressentie du risque. L'écho médiatique de certaines affaires publiques joue très certainement un rôle non négligeable [8], ainsi que les conditions de vie de la population (importance du chômage, de la précarité, etc.). Pour cette dernière enquête, la baisse globale des craintes exprimées en 1999 pourrait peut-être s'expliquer par un contexte socio-économique plus favorable qu'auparavant, notamment après les années de crises économiques du début des années quatre-vingt-dix [9-11].

Toutefois, l'émergence de maladies liées à des évolutions environnementales (listériose, asthme, sang contaminé, amiante, etc.), la médiatisation importante du risque sanitaire et du même coup l'accroissement des débats sur la santé, ont (ré)éveillé de nouvelles inquiétudes individuelles comme collectives et mis en second plan des risques plus « anciens » comme le cancer, les accidents de la circulation ou la tuberculose. Ainsi, en 1999, les craintes liées aux problèmes environnementaux sont très importantes (cf. l'annexe ci-contre) et l'expression de ces peurs permet de donner des éléments de réponse quant à cette augmentation d'autres craintes davantage liées à l'actualité et véhiculées par les médias au dernier semestre 1999 [8, 12].

Par ailleurs, l'expression des craintes peut être liée à sa propre confrontation avec l'accident ou à une prise de risque récente. Ainsi, les personnes ayant déjà subi un traumatisme relativement marquant ou qui déclarent avoir pris un risque, disent plus sou-

vent que les autres redouter les accidents. Ce constat pose la question plus globale du rôle de l'expérimentation d'un événement de vie et de la crainte de sa répétition par rapport à une attitude à venir plus préventive. En d'autres termes, l'expérience de l'accident et la crainte de sa répétition ont-elles une influence sur une éventuelle posture de protection ?

L'expression des craintes peut être liée aussi à la nature anxieuse de la personne. Ainsi, l'analyse conjointe avec le profil de santé de Duke montre que les personnes qui sont plus anxieuses et plus déprimées que les autres, sont en proportion aussi plus nombreuses à déclarer craindre les accidents. L'accroissement de l'information sur certains risques (par exemple l'épidémie de fièvre aphteuse ou le risque sanitaire suite à la pollution de l'eau liée aux inondations) pourrait alors renforcer cette nature anxieuse relevée chez certains sujets et conduire à des comportements sans rapport avec l'exposition objective et personnelle à ces dangers spécifiques, souvent limités dans le temps et l'espace [8, 11, 12].

Une recherche expérimentale récente sur l'exposition aux risques a souligné que les individus étudiés exprimaient « un optimisme comparatif » par rapport aux maladies ou aux accidents. Cette attitude consiste à se projeter dans une situation avantageuse par rapport à autrui en estimant plus probable pour l'autre que pour soi la survenue de l'événement défavorable (accident ou maladie). Cet « optimisme comparatif » est très inégal selon la cible de la comparaison et les domaines du risque. Il s'observe principalement quand le rapprochement porte sur une cause abstraite plutôt que familière [13]. Dans ce Baromètre santé et par type d'accidents, les craintes sont corrélées aux risques objectifs de traumatisme. Ainsi, les femmes et les personnes âgées sont proportionnellement plus nombreuses à craindre les accidents domestiques. Les données ménage de l'Insee montrent aussi que ce sont ces deux catégories de populations qui passent le plus de



Accidents

temps dans leur maison et qui sont, de ce fait, davantage exposées à ce type d'accidents [14].

De la même façon que pour les précédents Baromètres santé adultes [1, 6, 15], les liens entre la crainte des accidents pour soi-même et la situation spécifique du statut de parents (surtout pour les mères d'enfants vivant à la maison) s'expliquent sans doute par le sentiment de forte responsabilité que les femmes ont dans notre société vis-à-vis de la sécurité quotidienne de leur enfant. Une étude qualitative réalisée auprès de parents de jeunes enfants et de futurs parents [16]¹ a souligné que globalement, il existait une bonne connaissance à propos des accidents domestiques et de leurs risques. Selon le sexe, il était constaté une approche différente dans la façon d'envisager l'apprentissage du risque. L'intérêt des hommes pour l'information en matière de prévention était plus réduit, tout comme le degré de connaissance du risque. Alors que les femmes déploient une démarche active d'information et de prévention vis-à-vis des accidents, les pères ont plutôt tendance à considérer que l'accident constitue une expérience positive de l'apprentissage du risque. De plus, cette étude a révélé que l'anxiété recouvrait de multiples craintes et que face à celles-ci, l'attitude des parents s'inscrivait dans un univers variant du fatalisme (impuissance face aux maladies graves, aux agressions et aux accidents causés par un tiers) à la responsabilité (les accidents domestiques peuvent être évités, de même que ceux qui se produisent dans la rue) [16]. Pour les accidents de travail, les craintes sont, elles aussi, corrélées de façon logique aux risques de traumatismes liés à la nature de l'activité professionnelle (de l'ouvrier au

cadre). Par exemple, les agriculteurs sont proportionnellement beaucoup plus nombreux que l'ensemble des autres catégories professionnelles à déclarer craindre les accidents du travail. Ce fort sentiment est sans doute lié au fait qu'un accident du travail peut être synonyme d'arrêt ou de ralentissement de l'exploitation (parfois familiale) et donc de baisse des revenus [17].

Les accidents de sport et de loisirs sont, quant à eux, davantage craints par les plus jeunes qui sont aussi plus nombreux à déclarer une pratique sportive². En outre, l'exposition au risque d'accident va dépendre du type de sport pratiqué et de l'intensité de cette activité (compétition ou loisirs) [18]. Si parmi les adultes, la peur des accidents de la circulation a légèrement diminué entre les deux dernières enquêtes barométriques (baisse de cinq points), elle a, en revanche, davantage progressé parmi les jeunes (hausse de près de sept points). Si cette hausse est vérifiée dans la prochaine enquête, elle pourrait révéler une prise de conscience du danger routier par les jeunes en rapport avec le fait que ce risque constitue chez les 15-24 ans la première cause de mortalité [2]. Il est à noter que la campagne de la Prévention routière intitulée *Le Carrefour*³ a été diffusée durant la même période que le terrain du Baromètre santé (dernier trimestre 1999). Une étude réalisée quelques mois après sur les codes culturels des jeunes de 11 à 30 ans, a souligné combien cette campagne a imprégné les esprits [19].

Les prises de risques observées viennent sans doute à la fois d'une méconnaissance des dangers, du plaisir des sensations fortes et d'une mise en jeu constante du corps [20, 21]. Les critères d'appréciation du risque sont aussi liés à l'imaginaire collectif plutôt qu'à une objectivité rationnelle. Même si le nombre de décès par accidents de la

1. Afin d'estimer et d'apprécier la connaissance des parents d'enfants de moins de 3 ans et futurs parents dans le domaine des accidents de la vie courante et en vue d'améliorer une brochure d'information, le CFES et la Cnamts ont confié la réalisation d'une étude qualitative à l'institut Ifop : 36 entretiens individuels semi-directifs ont été menés auprès de mères [24] et pères [12] répartis dans les villes de Lille, Tours, Dijon, Toulouse et Paris ; ces entretiens ont été complétés par trois groupes de parents.

2. Cf. chapitre Activité sportive et comportements de santé.

3. Cette campagne sur la prévention des accidents routiers, qui s'adresse aux jeunes, présentait pour la première fois en France des images-chocs sur les conséquences qu'un accident peut entraîner.



route chez les jeunes est important, la probabilité du risque pour chaque individu reste très faible et est envisagée dans une lointaine perspective [20, 21].

Comme pour la plupart des études sur les accidents, dans cette enquête, les hommes déclarent plus souvent que les femmes avoir été victimes d'accidents au cours des douze derniers mois : 13,1 % « d'accidentés » chez les 12-75 ans (au cours de la dernière année) représentent en population générale environ 6 millions d'accidents dont plus de 3,6 millions chez les hommes et plus de 2,3 millions chez les femmes. Le pourcentage de personnes accidentées varie selon l'âge et est le plus élevé chez les moins de 25 ans. Les sujets qui ont déclaré au moins un accident au cours des douze derniers mois sont aussi globalement plus nombreux à se dire en moins bonne santé. Toutefois, selon qu'il s'agit des hommes ou des femmes, les indicateurs permettant de juger de cet état de santé varient. Sur tout, le constat d'une moins bonne santé est plus marqué chez les femmes que chez les hommes.

Par type de traumatisme, on constate toujours [1] un pourcentage relativement important des accidents du travail. Les ouvriers en sont plus souvent victimes [22]. Par ailleurs, il existe une assez bonne cohérence entre les caractéristiques sociodémographiques des accidentés et les groupes à risques : les travailleurs du secteur primaire sont effectivement les plus exposés.

Si l'on s'intéresse aux accidents de voiture, les femmes sont davantage touchées par ce type d'accidents en raison des chocs dont elles ont été victimes en tant que passagères. Ce résultat est cohérent avec les chiffres de 1999 de la prévention routière, où sont évoqués la spécificité et la fréquence du « risque passager » en voiture [23].

Par ailleurs, les accidents liés aux deux-roues motorisés sont plus fréquents chez les jeunes que parmi les adultes. La pratique de ce moyen de transport est bien sûr

plus habituelle au sein de cette population. Cependant, les 20-25 ans sont relativement moins nombreux que les 15-19 ans à déclarer ce type d'accident. Trois facteurs pourraient expliquer cette prévalence plus faible parmi cette tranche d'âge :

- une moindre prise de risque aux âges adultes qu'à l'adolescence ;
- une meilleure maîtrise technique de l'engin avec la pratique ;
- une connaissance plus importante de la route et de ses dangers.

Les traumatismes de sport et de loisirs restent prépondérants, même si l'on constate une diminution continue de ce type d'accidents avec l'âge des interviewés. Cette évolution est à mettre principalement en relation avec une baisse de la pratique sportive au cours des années. Les jeunes sont en proportion non seulement plus nombreux à déclarer faire du sport, mais le type d'activité pratiquée, leur engagement physique (davantage de compétition, de performance, etc.) et leur prise de risque sont aussi plus importants. D'autres enquêtes ont pu montrer que les adolescents pratiquaient plus de sports de contact et collectifs [18]. En outre, deux autres facteurs exposent à l'accident :

- les transformations pubertaires ;
- l'accroissement des heures d'entraînement.

En matière de santé publique, les accidents de sport et de loisirs posent deux grands types de problèmes :

1. ils sont, en France, la cause principale des accidents (avec ceux de la circulation) chez les jeunes de moins de 26 ans. Ils s'inscrivent donc dans la problématique du rapport des adolescents avec la prise de risque et les conduites d'essai, en lien étroit avec une construction de la personnalité et de l'identité en devenir. L'accident n'est donc qu'un des aspects de comportements de santé qui peuvent être à risques : consommation d'alcool, de drogues illicites, relations sexuelles sans protection, etc. Cet âge de la vie se caractérise notamment par



la recherche de limites et par une notion relativement abstraite de la mort. La prise de risque peut donner à certains adolescents l'occasion de vérifier leur pouvoir sur leur corps et sur les choses. Il permet de construire son identité à travers cette confrontation [8, 19] ;

2. mais ces accidents ne touchent pas exclusivement les jeunes. L'émergence des accidents de loisirs survient dans un contexte de développement d'une culture des loisirs marquée notamment par l'essor de nouvelles pratiques sportives (la glisse par exemple), dans un contexte d'extension du temps libre (35 heures, augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, etc.). Les « sportifs de loisirs » (principalement adultes) se blessent globalement à cause d'une mauvaise préparation physique, d'un comportement inadapté à la pratique et en raison de l'usage d'un matériel parfois déficient. Ces facteurs sont d'autant plus préoccupants qu'à l'opposé du sport institutionnalisé, les activités de loisirs (qui représentent 60 % de l'activité sportive) sont peu encadrées.

Depuis deux ans, les campagnes de communication¹ sur la prévention de traumatismes liés à certaines activités, notamment les accidents de vélo, de roller ou patin à roulettes et de skateboard, mettent l'accent sur l'intérêt du port des protections. Cette protection permet de réduire efficacement la gravité des blessures à la tête. Elle est obligatoire pour les deux-roues motorisés mais n'est que recommandée pour le vélo, le roller, le patin à roulettes et le skate.

Quelle que soit la cause de la collision, la plupart des accidents relatifs à l'utilisation de ces moyens de transport ou de ces sports entraînent une chute, et la plupart des blessures qui en résultent sont liées à ce mécanisme — la tête étant alors souvent atteinte (dans plus de 30 % des cas) [24, 25].

Les résultats présentés ici montrent à quel point la pratique du vélo fédère un large public. La prévention des accidents liés à cette pratique doit donc être envisagée pour

tous, en tenant compte des différentes habitudes. En effet, les comportements de prévention varient en fonction du type de vélo utilisé. Ainsi, les « VTTistes » vont davantage se protéger que les pratiquants de vélo classique. Par ailleurs, quel que soit le vélo pratiqué, les plus jeunes se protègent davantage que leurs aînés.

Les adeptes du roller recouvrent aussi un large public. Le profil type du pratiquant de roller est le suivant : il est souvent très jeune, « femme », urbain et de milieu socio-économique plutôt favorisé [26]. En termes de comportements de prévention, un peu plus d'un pratiquant de roller ou patin sur dix a porté un casque lors de sa dernière sortie, plus parmi les hommes que les femmes. Trois profils se distinguent dans le port du casque en fonction de l'âge :

- les très jeunes (12-14 ans) sont proportionnellement les plus nombreux à avoir porté cette protection, ils sont aussi les principaux pratiquants de ce sport ;
- les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 25 ans) qui mettent peu le casque ;
- les adultes (à partir de 26 ans) parmi lesquels le port du casque pourrait être qualifié de très aléatoire, comme pour le vélo.

Au regard de ces résultats, il apparaît que le port du casque peut être motivé soit par :

- une objectivation plus grande d'un risque : les pratiquants de VTT ont plus souvent déclaré avoir porté un casque que ceux qui font une forme traditionnelle de vélo ;
- une démarche éducative motivée : le port du casque est plus habituel chez les plus jeunes, car il est probablement le reflet des mesures « sécuritaires » exigées des parents face à un sport perçu comme potentiellement à risques [13].

Néanmoins, et plus globalement, le casque est essentiellement utilisé lorsqu'il est obligatoire (92,3 % des usagers de deux-roues motorisés ont mis un casque à leur dernière sortie). Les bénéfices en terme de diminution de la gravité des accidents liée au port du casque protecteur ont été démontrés pour l'ensemble de ces moyens de déplacement (moto, vélo, roller, etc.).

1. Réalisées par le CFES, la Cnamts et d'autres partenaires.



Pour comprendre les obstacles au port de protections dans la pratique du roller, une étude a été menée auprès d'adeptes âgés de 15 à 35 ans [27]. Les résultats ont permis de montrer que les motivations à l'utilisation des protections (protège-poignets, coudières, genouillères, etc.) relevaient de l'appréciation personnelle du risque, mais aussi des représentations associées à la fois aux rollers et aux protections. Ainsi, les débutants se protègent tant qu'ils n'ont pas trouvé l'équilibre sur les rollers ou les patins et, à l'opposé, les adeptes de très bon niveau utilisent les protections pour pouvoir réaliser les figures (par exemple, utiliser les genouillères pour tourner sur ses genoux).

Par ailleurs, les symboles très forts et positifs (liberté et puissance du corps, appropriation de l'espace urbain, esprit communautaire, etc.) que véhicule le roller, s'opposent très fortement aux représentations négatives associées aux protections (entrave des mouvements, gêne physique, éléments extérieurs, inesthétisme, etc.). Ainsi, très vite, le pratiquant de roller adopte une stratégie d'évitement du risque (ne pas prendre les pentes, ne pas prendre trop de vitesse, etc.) pour pouvoir faire du roller sans les protections.

La formulation de la question posée dans cette enquête sur le port du casque suscite quelques limites dans l'interprétation :

- d'une part, demander si le casque est porté lors de la dernière sortie, alors que la pratique de ces engins est explorée sur les douze derniers mois, ne permet pas de dégager le profil des personnes qui se protègent systématiquement. En revanche, elle évite des réponses trop normatives par rapport aux préconisations. Tout au plus, on peut penser que les sujets qui déclarent avoir porté un casque à leur dernière sortie en portent plus fréquemment que les autres. En revanche, sur l'ensemble des répondants, le résultat sur le port du casque constitue un bon indicateur de la prévalence de cette pratique dans la population.
- d'autre part, la série de questions concerne davantage le port du casque que la

pratique d'un engin en tant que tel. Elle ne permet donc pas d'obtenir des résultats suivant le type de pratique. En effet, le vélo et le roller se font de différentes façons, dans un but de loisirs, d'activité sportive ou encore pour se déplacer. Certains sont adeptes réguliers, alors que d'autres ne les exercent qu'occasionnellement. Une analyse plus fine en fonction des différentes utilisations pourrait permettre d'interpréter ces résultats par sexe suivant l'hypothèse que les hommes et les femmes ne pratiquent pas de façon identique, ni avec les mêmes objectifs (loisirs ou sport). De même, selon l'usage (transport, sport ou loisirs), il y a très probablement des différences dans le port du casque (et autres protections).

Ces limites faites, il est aussi important de préciser que concernant le roller, la protection par le casque uniquement est insuffisante [28]. Les protège-poignets sont vivement recommandés, car ils évitent des conséquences du traumatisme le plus fréquent, c'est-à-dire celui des membres supérieurs lié à une chute. Cependant, les autres parties du corps peuvent être aussi atteintes. L'information sur la prévention doit donc être diversifiée en fonction des pratiquants et des risques qu'ils peuvent prendre [29].

Les médecins généralistes et les pédiatres peuvent jouer un rôle important dans la prévention des traumatismes chez les jeunes pratiquants lors des conseils qu'ils prodiguent aux parents au sujet des sports adaptés à leurs enfants [29]. Les entraîneurs et les enseignants d'éducation physique ont aussi un rôle à jouer dans la promotion des équipements et de leur utilisation, notamment à l'école [18].

Certaines populations, telles que les jeunes et les personnes âgées, ont des risques d'accidents supérieurs à la moyenne. Parmi eux, les accidents de sport et de loisirs — qui à l'heure actuelle touchent davantage les adolescents et les jeunes adultes — vont sans doute à l'avenir concerner une plus grande part de la population, du fait du développement d'une culture de loisirs et de l'augmentation du temps libre [30].



Conclusion

Le thème des accidents est pluridimensionnel. Chaque accident est la conséquence d'une attitude plus générale par rapport aux risques (adolescents) et par rapport au vieillissement (personnes âgées). C'est aussi un sujet intersectoriel. Il fait appel à des démarches éducatives, ainsi qu'à des aspects structureaux et organisationnels : mesures réglementaires et législatives, politique d'aménagement de la ville, d'équipements, etc. Ainsi, la prévention des accidents de sport et de loisirs nécessite d'associer à des actions d'information et de sensibilisation des publics concernés, une réglementation des produits pour des sports généralement fortement demandeurs d'équipements. Les dernières campagnes de communication¹ sur la pratique du roller et du vélo essaient d'associer l'information liée aux risques d'accidents, en fa-

1. Réalisées par le CFES, la Cnamts et d'autres partenaires.

vorisant l'accessibilité aux protections (notamment au port du casque), à une mobilisation autour de l'aménagement de l'environnement (par exemple en ville) et à une évolution de la réglementation (en particulier avec la Commission de sécurité des consommateurs et les ministères concernés). Les prochaines enquêtes permettront de mesurer les évolutions du comportement vis-à-vis du port du casque et d'autres protections qui paraissent encore des habitudes peu courantes.

Ainsi, les données présentées ici viennent compléter les autres sources d'information sur ce sujet. Elles donnent aussi des indications utiles afin de réaliser d'autres travaux pour les décideurs et ceux qui sont amenés à mettre en œuvre des programmes de santé publique. Les accidents constituent une des premières causes de mortalité évitable. Certaines approches préventives ont prouvé leur efficacité. Il est donc important de développer des actions ciblées afin de réduire ces traumatismes. C'est dans cette perspective que cette étude trouve tout son intérêt.

références bibliographiques

1. Baudier F., Janvrin M.-P. Accidents. In : Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P., Warszawski J. *Baromètre santé 93/94*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1995 : 19-37.
2. Service d'information sur les causes médicales de décès SC8-Inserm, Paris.
3. Thélot B., Darlot J.-P., Nectoux M., Isnard H. *Epidémiologie des accidents de sport et de loisirs chez les enfants et les adolescents*. La Santé de l'homme 2001 ; n° 354 : 21-3.
4. CFES. *Éléments d'évaluation du plan de communication 1997, 1998, 1999 -- Prévention des accidents de la vie courante*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques : 84 p.
5. CFES/Cnamts/DGS/Coac. *Accidents de la vie courante*. Vanves : CFES, coll. La santé en chiffres, 2000 : 32 p.
6. Arènes J., Guilbert P., Janvrin M.-P. Approche globale des attitudes et comportements de santé. In : Baudier F., Arènes J. (sous la dir.). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 34-64.
7. Baudier F., Janvrin M.-P. Accidents. In : Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. (sous la dir.). *Baromètre santé jeunes 97-98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 250-9.
8. Peretti-Watel P. *La société du risque*. Paris : La Découverte, coll. Repères, 2001 : 123 p.
9. Couvreur A. *L'achat-plaisir dope la consommation*. Consommation et Modes de vie, Crédoc, novembre 2000, n° 146.
10. Cases L. *La consommation des ménages en 1999 — La croissance toujours au rendez-vous*. Insee première, mai 2000, n° 715.



11. Mermet G. *Francoscopie 2001*. Paris : Larousse, 2000 : 440 p.
12. Got C. *Risquer sa peau avec l'amiante, le tabac, les vaches folles, l'alcool, les voitures, le sang, la pollution, la suralimentation, la sédentarité...* Paris : Bayard, 2001 : 374 p.
13. Meyer T., Delhomme P. *Quand chacun pense être moins exposé que les autres aux risques, mais plus réceptif aux messages de prévention pour la santé*. Revue de santé publique 2000 ; 12, n° 2 : 133-47.
14. Dumontier F., Pan Ké Shon J.-L. *En 13 ans, moins de temps contraints et plus de loisirs*. Insee première, Division Conditions de vie des ménages, octobre 1999, n° 675.
15. Baudier F., Janvrin M.-P. Accidents. In : Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir.). *Baromètre santé 92*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1994 : 24.
16. CFES/Ifop. *La prévention des accidents de la vie courante*. Document ronéotypé, 2000 : 142 p.
17. Bourdieu P. (sous la dir.). *La misère du monde*. Paris : Le seuil, coll. Libre examen, 1993 : 817-42.
18. 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.
19. Arènes J., Ferron C., Housseau B., Ramon A., Oddoux K. (coord.). *La communication sur la santé auprès des jeunes — Analyses et orientations stratégiques*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2000 : 75 p.
20. Esterle-Hedibel M. *La bande, le risque et l'accident*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1997 : 260 p.
21. Mullet E. *L'âge et la perception des risques*. Préventique-sécurité 1999 ; n° 47 : 41-5.
22. Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous la dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm, La Découverte – Recherches, 2000 : 301.
23. Prévention routière : www.preventionroutiere.asso.fr/chiffresjeunes.htm
24. Thompson R. S., Rivara F. P., Thompson D. C. *A case-control study of the effectiveness of bicycle safety helmets*. New Engl. J. Med. 1989 ; 320 (21) : 1361-7.
25. Lespine A., Derouich M., Marello E. *Les accidents de roller*. Traumatologie du sport 1999 ; 16 : 32-8.
26. Bourdessol H., Gautier A., Guilbert P., Arwidson P., Baudier F. *Pratique du roller et port du casque*. BEH 27 mars 2001 ; n° 13.
27. CFES/Adage. *Protections Roller*. Document ronéotypé, 2000 : 82 p.
28. La Commission de la sécurité des consommateurs. *Avis relatif à la pratique du patin à roulettes (roller quad), du patin en ligne (roller in line) et de la planche à roulettes (skateboard)*. Paris, novembre 2000.
29. Thévenod C., Lironi A., Le Coultre C. *Épidémiologie des traumatismes à in-line skate : état des connaissances*. Rev. Épidémiol. et Santé Publ. 2000 ; 48 : 271-80.
30. 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 (n° 3) : 283-98.







Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans

Colette Ménard, Arnaud Gautier

l'essentiel...

En matière de santé, les données épidémiologiques confirment un gradient d'inégalités fortes entre classes sociales. Si une part de la mortalité évitable est sensiblement liée aux comportements individuels et aux caractéristiques socio-démographiques, l'influence des conditions socio-économiques et des facteurs de précarisation est également de plus en plus avancée. Dans ce contexte, il est apparu intéressant d'analyser certains comportements de santé (perception de santé, qualité de vie et santé mentale, consommation de soins, vaccination, dépistage des cancers, consommation de produits psychoactifs) sous l'angle de l'influence de certains critères socio-économiques.

Les résultats présentés dans ce chapitre confirment et complètent les grandes tendances énoncées dans différents rapports, notamment ceux du Haut Comité de la santé publique, et dans les travaux de P. Aïach et D. Cèbe.

L'influence des conditions socio-économiques défavorables telles que le chômage se reflète indéniablement dans l'expression de la qualité de vie des interviewés et par certains comportements de santé (tentatives de suicide, augmenta-

tion de la fréquence de consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis).

Aux côtés de ces déterminants socio-économiques, les facteurs individuels et les trajectoires de vie tels que l'isolement ou les ruptures affectives sont en lien avec un mal-être, certaines craintes et des consommations plus importantes de tranquillisants, de somnifères ou d'antidépresseurs.

L'ensemble de ces résultats interroge le champ des stratégies à mettre en œuvre, tant dans le domaine de la recherche que dans celui de la promotion de la santé.



Avertissement

Ce chapitre traite d'une analyse transversale des comportements de santé de 18 à 75 ans sous l'angle des facteurs sociodémographiques et socio-économiques. En conséquence, les chiffres mentionnés dans ce chapitre ne peuvent être directement rapprochés de ceux cités dans les autres chapitres thématiques qui portent sur la population des 12-75 ans.

Au cours des dernières décennies, sous l'effet de l'accroissement des difficultés économiques et sociales, et de leurs conséquences, le thème des inégalités est devenu une préoccupation essentielle des observateurs et des décideurs politiques dans le domaine de la santé publique. Alors que les conditions de vie se sont globalement améliorées dans les trente dernières années, les inégalités sociales se sont accrues, contribuant à creuser l'écart entre les deux extrêmes de la population.

Pour ce qui concerne la santé, si l'état de la population s'est sensiblement amélioré en France au cours des quinze dernières années, plaçant celle-ci au premier rang de l'espérance de vie moyenne dans l'Union

européenne avec un score de 82,1 années pour les femmes, 74,2 années pour les hommes en 1997 [1], pour autant « *les gains n'ont pas profité de façon identique à l'ensemble des couches sociales* » [2].

Depuis les années soixante-dix, l'espérance de vie des cadres supérieurs était de 8 ans supérieure à celle des ouvriers à 35 ans et de 4,5 ans à 60 ans. Or, malgré l'amélioration globale du système de santé, la baisse de la mortalité a davantage bénéficié aux catégories du haut de l'échelle sociale (+2,3 ans d'espérance de vie en vingt ans pour les uns, contre +1,5 an pour les autres) [3].

Sur la période 1989-1991, la mortalité des hommes ouvriers (entre 25 et 64 ans) était 3 fois supérieure à celle des cadres supérieurs et professions libérales, et celle des ouvrières 1,5 fois supérieure à celle des femmes des catégories supérieures.

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



Au sein de la « mortalité prématurée », deux types d'indicateurs sont généralement retenus :

- la part de la mortalité « évitable » liée aux comportements à risques dont la fréquence peut être, en principe, diminuée par une action sur les comportements individuels ;
- la part de la mortalité évitable liée au système de soins dont la fréquence peut être diminuée par une meilleure prise en charge du système de soins [1].

Comme le souligne le récent rapport sur les inégalités sociales de santé de l'Inserm [4], l'étude des inégalités de santé peut revêtir deux approches complémentaires :

- la première, à dominante sociologique, permet d'appréhender les dimensions constitutives des inégalités sociales telles qu'elles sont perçues, vécues ;
- la seconde, à visée plus épidémiologique, amène à s'interroger sur le poids des facteurs socio-économiques agissant sur la santé.

Les « facteurs de précarisation » (de l'emploi, des ressources économiques, du logement, etc.) ont des effets considérables sur la santé, ainsi qu'en témoigne la synthèse du Haut Comité de la santé publique [5].

Le Baromètre santé offrant une richesse de questions relatives aux attitudes, opinions et comportements de santé, il nous a donc semblé intéressant de contribuer à l'éclairage des questions sur les inégalités sociales en présentant l'analyse de certaines questions suivant différents critères socio-économiques.

Compte tenu de la multiplicité des thèmes et de l'étendue de la population enquêtée, nous avons retenu de n'explorer que certaines thématiques de santé et ce, uniquement chez les 18-75 ans. Nous examinons successivement les domaines de :

1. la perception de la santé ;
2. la qualité de vie et la santé mentale ;
3. la consommation de soins, avec les aspects relatifs aux pratiques de vaccination et de dépistage des cancers ;
4. les consommations de substances psychoactives.

Méthodologie

Choix des variables

La mesure des inégalités est un thème complexe qui a fait l'objet de nombreux travaux. Nous renverrons sur ces questions à l'article d'A. Chenu dans l'ouvrage sur les inégalités sociales de santé [4] ou aux travaux de la Drees [6-8] et du Credes [9].

Nous retiendrons que, le plus souvent, le repérage de la situation sociale s'effectue par la catégorie socioprofessionnelle qui, bien qu'imparfaite, a le mérite d'offrir une combinaison synthétique de différents critères tels le niveau d'instruction, le niveau de revenu, la place dans la hiérarchie sociale. D'autres indicateurs tels que la position par rapport à l'emploi (par exemple : emploi stable, emploi précaire, chômage, insertion professionnelle, etc.), la stabilité/précarité des ressources, la stabilité/précarité des trajectoires affectives (séparation, divorce, solitude), le logement, sont également explorés.

Le Baromètre santé, tel qu'il existe actuellement, n'offre pas encore la possibilité de prendre en compte l'ensemble de ces indicateurs. Nous avons donc été amenés à retenir les variables suivantes :

- la catégorie socioprofessionnelle,
- la situation professionnelle,
- le niveau d'études,
- le revenu,
- les situations de vie et les situations de rupture affective.

La catégorie socioprofessionnelle de l'interviewé

La variable utilisée correspond à la variable synthétique en huit classes, communément utilisée par l'Insee. De façon à limiter les facteurs liés à l'âge et à apprécier spécifiquement l'influence de la catégorie socioprofessionnelle, nous aurions souhaité apporter des aménagements à cette classification en séparant les étudiants des inactifs et en reclassant les retraités dans leur dernière ca-



tégorie socioprofessionnelle, mais l'institut de sondage n'a pu procéder à cette reclassification.

La variable catégorie socioprofessionnelle se répartit dans l'échantillon de la manière suivante :

	Hommes	Femmes	Total
Agriculteurs	1,7 %	1,1 %	1,4 %
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3,4 %	1,0 %	2,2 %
Professions libérales, professeurs, cadres	13,5 %	7,1 %	10,2 %
Professions intermédiaires	16,1 %	15,1 %	15,5 %
Employés	9,5 %	28,3 %	19,1 %
Ouvriers	25,3 %	5,8 %	15,4 %
Retraités	21,4 %	18,8 %	20,1 %
Autres inactifs	9,1 %	22,8 %	16,1 %

Les proportions d'artisans-commerçants-chefs d'entreprise, de professions libérales-professeurs-cadres, sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes. Inversement, la part des femmes « employées » et « sans activité » est plus grande que celle des hommes. La part des agriculteurs, des artisans-commerçants-chefs d'entreprise, ainsi que les professions libérales-professeurs-cadres, augmente avec l'âge.

La situation professionnelle

La situation professionnelle a été appréhendée suivant deux classements :

Un premier découpage de la population en trois classes permettant de cerner la « vie active » :

- les personnes qui travaillent (personnes déclarant travailler et n'ayant pas déclaré être en même temps étudiantes) ;
- les personnes au chômage (être au chômage ou être inscrites à l'agence nationale pour l'emploi) ;
- enfin, les personnes inactives (retraités, étudiants, femmes en congé parental, personnes en invalidité).

La seconde variable en sept classes cher-

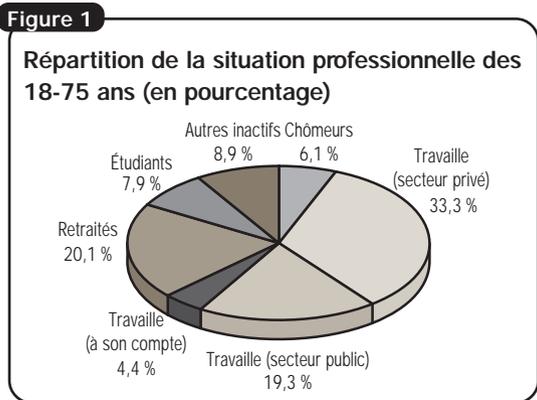
che à cerner le statut professionnel des individus et leur secteur d'activité. Parmi les inactifs, une séparation a été effectuée de manière à identifier les étudiants et les retraités des autres inactifs. La variable se répartit ainsi :

- les chômeurs (les effectifs n'ont pas permis d'étudier séparément les RMistes des non-RMistes),
- les salariés du secteur public,
- les salariés du secteur privé,
- les personnes exerçant une activité libérale,
- les retraités,
- les étudiants et les scolarisés,
- les autres inactifs.

Parmi les personnes âgées de 18 ans et plus de notre échantillon (Figure 1), 57,0 % travaillent, 6,1 % sont au chômage¹ et plus d'un tiers (36,9 %) sont inactives. Parmi les personnes qui déclarent exercer un emploi, 58,4 % le font en secteur privé, 33,8 % en secteur public et 7,8 % à leur compte. Le groupe des inactifs comprend, quant à lui, 54,6 % de retraités, 21,3 % d'écoliers ou d'étudiants et 24,1 % d'autres inactifs.

Les proportions de femmes au chômage, travaillant dans le secteur privé ou étant inactives sont significativement supérieures à celles des hommes. À l'inverse, la part des hommes travaillant dans le secteur privé ou à leur compte est plus importante que celle des femmes.

1. Les personnes au chômage représentent 9,6 % des personnes actives de l'échantillon.





L'âge est logiquement un facteur discriminant de la situation professionnelle (Figure 2) :

- 87,6 % des 18-19 ans sont des étudiants contre 40,1 % entre 20 et 25 ans ;
- la proportion de chômeurs est maximale pour les jeunes âgés de 20 à 25 ans (12,6 %) ;
- les retraités sont, pour la majorité, âgés de plus de 65 ans.

Le niveau d'études

Cette variable correspond au diplôme le plus élevé obtenu par l'interviewé. De façon à affiner les niveaux d'études, huit modalités ont été retenues :

- Aucun diplôme ou certificat d'études
- BEPC (fin d'études secondaires)
- CAP, BEP (filière professionnelle)
- Bac (général et technique) ou niveau bac
- Bac + 2
- Bac + 3 et 4
- Bac + 5 et plus
- Autres.

Parmi les 18-75 ans interrogés, plus d'une personne sur cinq (21,9 %) n'a pas de diplôme ou le certificat d'études, 26,2 % ont un CAP ou BEP, 8,4 % ont un diplôme « général » inférieur au bac, 16,2 % ont le bac ou le niveau, 9,1 % un bac + 2, 9,4 % un bac + 3 et + 4, 6,8 % un niveau bac + 5 ou plus et 2,0 % déclarent un autre diplôme. Les femmes, ainsi que les personnes les plus âgées, sont significativement moins diplômées que les hommes et les plus jeunes (Figure 3).

Le revenu par unité de consommation

Le revenu du ménage a été calculé de la manière suivante : pour chaque tranche de revenus, médiane de la somme des revenus des membres du ménage divisée par le nombre d'unités de consommation.

À partir du déclaratif de la somme totale déclarée des revenus nets par mois de toutes les personnes vivant dans le foyer (variable qui ne tient pas compte de la structure du ménage), nous avons appliqué l'échelle de l'OCDE (mieux adaptée aux normes de con-

Figure 2

Répartition de la situation professionnelle selon l'âge (en pourcentage)

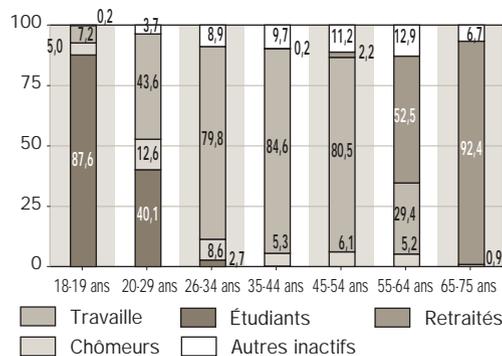
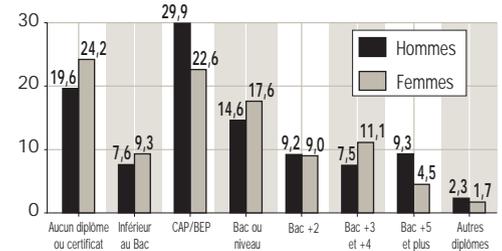


Figure 3

Diplôme le plus élevé selon le sexe (en pourcentage)



sommation actuelles que l'échelle d'Oxford) pour calculer le revenu par unité de consommation. Celle-ci attribue un poids de 1 pour le premier adulte, un poids de 0,5 pour chaque adulte supplémentaire et un poids de 0,3 pour chaque enfant (généralement pour les enfants de 14 ans et moins). Ne pouvant disposer de l'âge exact des enfants du foyer, tous les enfants ou frères et sœurs se sont vu attribuer un poids de 0,3, bien que leur âge ait pu être supérieur à 14 ans. Il convient donc de ne prendre cette variable que comme une approximation du nombre d'unités de consommation (UC), lequel procure une estimation de la charge pesant sur les revenus du ménage.



Pour chaque tranche de revenus, la médiane a par la suite été divisée par le nombre d'unités de consommation ; enfin, un regroupement a été effectué en trois classes :

- les personnes dont le revenu par UC est inférieur à 6 000 francs (35,0 %) ;
- celles se situant entre 6 000 et 10 000 francs (36,9 %) ;
- celles percevant des revenus d'au moins 10 000 francs (28,1 %).

La part des hommes déclarant pour leur ménage des revenus élevés est plus importante que celle des femmes (Figure 4). Par ailleurs, ce sont les personnes âgées de 45 à 54 ans qui sont proportionnellement les plus nombreuses à déclarer 10 000 francs ou plus par mois (Figure 5).

Les situations de vie et les situations de rupture

Nous avons choisi d'étudier les facteurs actuels et passés, liés aux situations de vie :

- situation actuelle : repérage du statut matrimonial actuel et vivre seul ou en couple ;
- situation passée : avoir eu une rupture (divorce ou veuvage).

• Situation matrimoniale actuelle (en trois classes) : l'échantillon se compose de la manière suivante : célibataires (29,3 %), mariés ou remariés (60,7 %) et veufs, divorcés ou séparés (10,0 %). La répartition selon le sexe

laisse apparaître que la proportion de femmes interrogées veuves ou divorcées est significativement plus élevée que celle des hommes (14,6 % vs 5,3 % ; $p < 0,001$).

- Vivre seul ou en couple : 72,0 % déclarent « vivre en couple » (avec un conjoint, petit ami, fiancé, concubin) et 28,0 % « vivre seul(e) » (non accompagné(e)). Les femmes sont proportionnellement moins en couple que les hommes ; elles ont par ailleurs

Figure 4

Revenus par unité de consommation selon le sexe (en pourcentage)

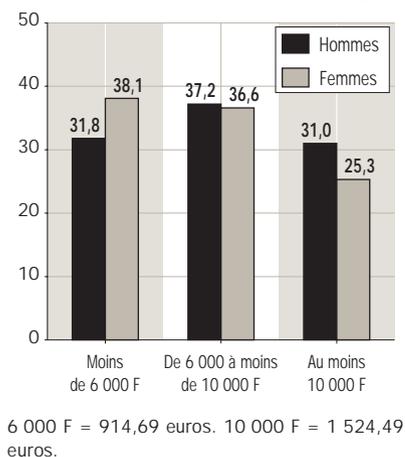
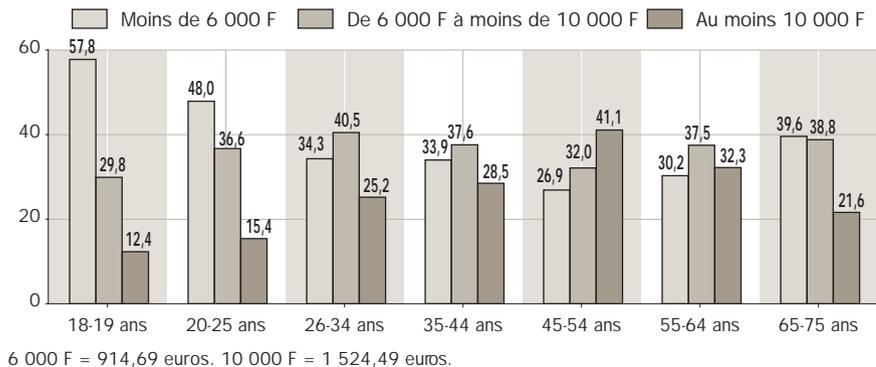


Figure 5

Revenus par unité de consommation selon l'âge (en pourcentage)





connu davantage de situations de rupture. La part des personnes vivant en couple est logiquement liée à l'âge (Figure 6). Parmi les personnes « seules », c'est-à-dire ne vivant pas en couple, il est possible de distinguer celles qui habitent avec une ou plusieurs autres personnes (parents, enfants, amis, grands-parents, etc.) représentant 16,8 % des 18-75 ans, de celles totalement isolées, c'est-à-dire déclarant ne vivre avec aucune personne (11,2 % de la population).

• Situation de rupture : les personnes ayant eu une rupture (veuvage, divorce ou séparation) sont 13,4 % dans l'échantillon. La proportion des femmes, ainsi que des personnes les plus âgées, est plus importante à être dans cette situation (Figure 7).

Analyse

Nous présenterons ci-après, de façon sélective, certains comportements de santé analysés à partir des variables précitées. Les liens existant entre les différentes variables, le sexe et l'âge nous obligent à être prudent quant aux éventuels facteurs de confusion qui pourraient exister. Seules les variables « ressortant » d'analyses multivariées (régressions logistiques) seront décrites. Des analyses complémentaires pourront être recherchées dans chacun des chapitres thématiques. Il est toutefois nécessaire de rappeler que les résultats exposés dans ce chapitre mettent en évidence des liens statistiques, mais ne permettent pas de conclure sur des relations de causalité.

Perception des risques et des maladies

Craintes de différents risques

Parmi différentes craintes évoquées¹, les 18-75 ans placent en priorité les risques liés

1. Risques liés à des mauvaises habitudes alimentaires, à la consommation d'aliments transformés ou pollués, le chômage, la guerre, le risque nucléaire, la pollution de l'eau, la pollution de l'air, les nouvelles épidémies, l'insécurité et le risque lié au vaccination.

Figure 6

Être en couple selon l'âge (en pourcentage)

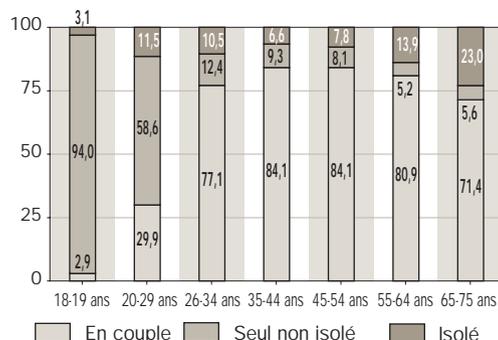
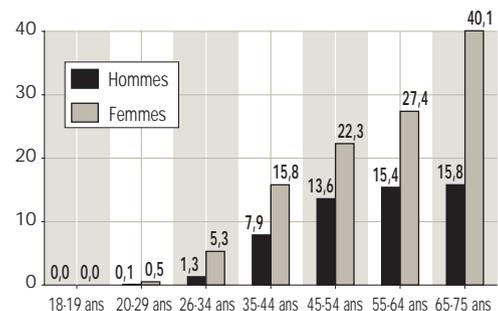


Figure 7

Situation de rupture selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



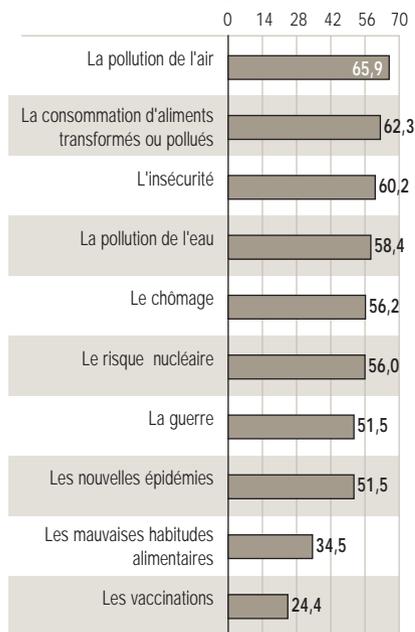
à l'environnement : pollution de l'air (65,9 %), risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués (62,3 %), pollution de l'eau (58,4 %), craintes de risques nucléaires (56,0 %) et insécurité (60,2 %). Le chômage arrive en 5^e position avec 56,2 % de craintes.

Si plus d'un Français sur deux déclare redouter les nouvelles épidémies (51,5 %), en revanche les risques liés aux mauvaises habitudes alimentaires (34,5 %) et aux vaccinations (24,4 %) font moins l'objet de craintes (Figure 8).

Parmi les 18-75 ans, la crainte des risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués est davantage ressentie par

Figure 8

Crainces pour soi-même des 18-75 ans (pas mal ou beaucoup, en pourcentage)



les femmes (63,8 % vs 60,8 % des hommes ; $p < 0,001$). Elle augmente sensiblement avec l'âge² ($p < 0,001$) et atteint son maximum (deux personnes sur trois : 66,2 %) chez les 45-54 ans (65,4 % pour les hommes vs 67,0 % chez les femmes ; différence non significative). Les personnes ayant connu des ruptures affectives manifestent un niveau de craintes plus élevé (66,0 % vs 61,8 % pour les autres ; $p < 0,001$), ce qui peut partiellement s'expliquer par l'importance des femmes dans cette catégorie mais qui peut aussi renvoyer à une sensibilité plus aiguë de ces personnes fragilisées dans leur trajectoire de vie face aux risques pour la santé. Par ailleurs, plus le niveau de revenus augmente, plus le

2. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

niveau de craintes déclarées est élevé (de 59,7 % pour la tranche 1 à 64,0 % pour la tranche 3 ; $p < 0,001$). L'absence de lien avec la variable niveau d'études invite à rejeter l'hypothèse de l'incidence du niveau d'éducation et conduit davantage à supposer que le niveau de revenus, en permettant d'accéder à des aliments sélectifs, peut être une variable déterminante.

Parmi les craintes liées à l'environnement (pollution de l'air, de l'eau), l'âge, la situation professionnelle et la catégorie sociale sont les trois principales variables discriminantes ($p < 0,001$). Les craintes relatives à la pollution de l'air augmentent significativement de 18 à 45 ans (57,7 % chez les 18-19 ans ; 68,3 % chez les 35-44 ans), puis décroissent jusqu'à 75 ans. Elles sont significativement plus élevées chez les professions intermédiaires, employés, ouvriers (respectivement 70,6 %, 68,9 % et 67,2 %) et chez les personnes au chômage (68,5 %). De la même façon, les craintes relatives à la pollution de l'eau sont en augmentation de 18 à 65 ans (44,8 % chez les 18-19 ans, 61,5 % chez les 55-64 ans ; $p < 0,001$) ; elles sont plus fréquentes chez les personnes au chômage (63,1 % vs 58,1 %), chez les ouvriers (61,5 %) et les employés (59,7 %). Il est possible que ces différences de craintes soient le reflet objectif du gradient social d'exposition aux risques (revenus, implantation géographique, habitat, salubrité, etc.). Toutefois, les conditions de vie n'expliquent probablement pas à elles seules les différences observées dans la perception des risques environnementaux. D'autres facteurs plus psychologiques ou culturels peuvent influencer sur cette perception. Ainsi, les préoccupations liées à la qualité de l'eau sont plus fréquentes parmi les personnes vivant en couple (59,9 % vs 54,6 % ; $p < 0,001$) ou ayant subi des ruptures (61,9 % vs 57,9 % pour les autres ; $p < 0,01$) : choix conditionné par la présence d'enfants ? Les agriculteurs expriment les craintes les plus faibles, que ce soit pour les risques liés à l'air (49,7 %) ou pour les risques liés à l'eau (49,2 %) : meilleure connaissance des risques ? Plus grande confiance



dans l'environnement ? Le Baromètre santé nutrition [10] confirme que le choix de consommer l'eau du robinet par rapport à l'eau minérale est effectivement plus fréquent en milieu rural qu'urbain. L'achat d'eau minérale est par ailleurs plus fréquent chez les hommes des catégories sociales favorisées (niveaux d'études et de revenus), alors que chez les femmes, aucune différence significative n'est constatée.

La crainte du chômage est une variable directement liée aux réalités économiques : les femmes manifestent davantage d'inquiétude que les hommes (58,7 % vs 53,4 % ; $p < 0,001$). La situation est particulièrement redoutée des ouvriers (66,9 %), des employés (61,7 %) et des personnes disposant de faibles revenus (68,4 % parmi les personnes de la tranche moins de 6 000 francs/UC vs 41,9 % pour ceux de la tranche la plus élevée). Le niveau d'études est aussi une variable discriminante ($p < 0,001$) ; pour autant, il faut attendre bac + 3 pour retrouver un certain degré de confiance face à l'emploi (60,9 % de craintes parmi les personnes disposant d'un CAP ou BEP ; 58,9 % pour celles ayant un diplôme inférieur au bac ; 53,9 % parmi les bac + 2 et 39,7 % parmi les bac + 3 et plus). L'âge reste un des principaux déterminants : les 18-25 ans ressentent les plus vives inquiétudes (74,6 % pour les 18-19 ans, 65,3 % pour les 20-25 ans), et plus d'un Français sur deux, jusqu'à 55 ans, continue de craindre une période de chômage. Parmi l'ensemble des 18-75 ans ayant un emploi, 51,8 % craignent le chômage.

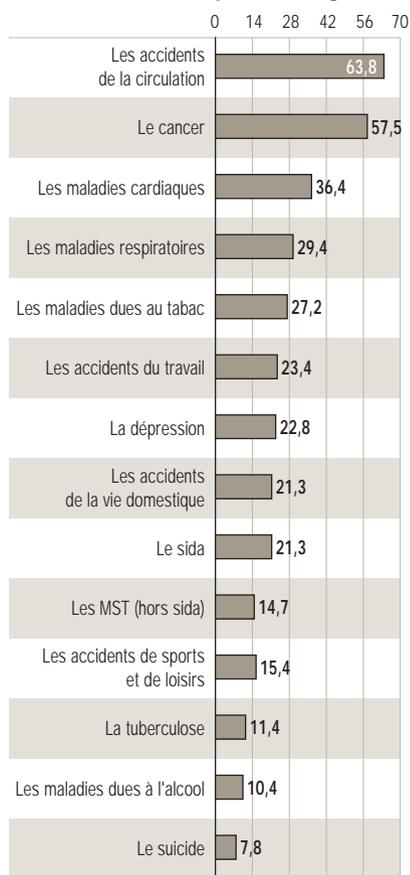
La crainte de nouvelles épidémies se retrouve très directement liée à l'âge (45,4 % chez les 18-19 ans, 51,8 % chez les 65-75 ans ; $p < 0,001$), au sexe (55,0 % chez les femmes vs 44,9 % chez les hommes ; $p < 0,001$) et aux niveaux d'études les moins élevés (56,8 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme, 55,7 % parmi les CAP-BEP, 38,7 % chez les bac + 5 ; $p < 0,001$).

Craintes des maladies

Concernant les craintes de certaines maladies (Figure 9), les 18-75 ans déclarent avant

Figure 9

Craintes des risques pour la santé des 18-75 ans (en pourcentage)



tout craindre personnellement les accidents de la circulation (63,8 %), le cancer (57,5 %), les maladies cardiaques (36,4 %), les maladies respiratoires (29,4 %), les maladies liées au tabac (27,2 %).

D'une façon générale, les craintes exprimées à l'égard des risques pour la santé sont en étroite relation avec les comportements de santé et/ou les situations de vie. L'effet de l'âge joue particulièrement pour les craintes liées au sida, les MST, les accidents du travail, de sport et de loisirs, plus fréquentes chez les jeunes (décroissance linéaire avec l'âge). Les femmes craignent



davantage le cancer (62,8 % vs 52,0 % des hommes ; $p < 0,001$), la dépression (29,0 % vs 16,4 % ; $p < 0,001$), le suicide (10,2 % vs 5,4 % ; $p < 0,001$), les accidents de la circulation (67,6 % vs 59,7 % ; $p < 0,001$), les accidents domestiques (24,6 % vs 17,8 % ; $p < 0,001$), la tuberculose (13,6 % vs 9,3 % ; $p < 0,001$).

Les hommes sont plus inquiets des maladies liées à l'alcool (11,3 % vs 9,6 % des femmes ; $p < 0,001$), des accidents du travail (28,8 % vs 18,0 % ; $p < 0,001$), des accidents de sport (18,0 % vs 12,9 % ; $p < 0,001$). Hormis les risques d'accidents, l'ensemble des craintes se trouvent significativement liées au niveau d'instruction et plus fréquentes en-deçà du niveau bac ($p < 0,001$). Quel que soit l'âge du répondant, la situation de couple favorise des craintes de cancer plus importantes (59,3 % vs 52,8 % des personnes seules ; $p < 0,001$), de même que la crainte de maladies cardiaques (37,8 % vs 32,5 % ; $p < 0,001$), des accidents de la circulation (64,8 % vs 60,9 % ; $p < 0,001$) et des accidents domestiques (22,3 % vs 18,9 % ; $p < 0,001$). À l'inverse, les craintes de dépression sont significativement plus importantes chez les personnes seules (25,5 % vs 21,7 % de celles qui vivent en couple ; $p < 0,001$) ; il en est de même des craintes personnelles de suicide (9,8 % des personnes seules vs 7,0 % des personnes vivant en couple ; $p < 0,001$).

Les situations de rupture (divorce, séparation) augmentent significativement les craintes de dépression (30,3 % vs 21,6 % ; $p < 0,001$) et la crainte d'accidents cardiaques (41,8 % vs 35,5 % ; $p < 0,001$).

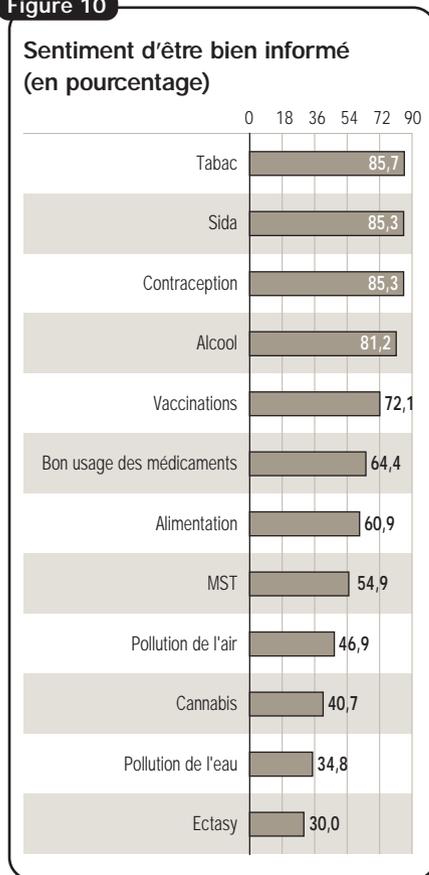
Degré d'information sur la santé

Les 18-75 ans s'estiment plutôt bien informés dans de nombreux domaines de la santé : tabac (85,7 %), sida (85,3 %), contraception (85,3 %), alcool (81,2 %), vaccinations (72,1 %). Le degré d'information déclaré est en étroite relation avec l'approche historique des différentes campagnes médiatiques. Certains domaines suscitent toutefois davantage d'attentes : l'usage du

cannabis ou de l'ecstasy, la pollution de l'air ou de l'eau, sujets sur lesquels les individus se sentent en majorité pas suffisamment informés (Figure 10).

Parmi les différentes variables sociodémographiques jouant sur ce degré d'information ressenti, le niveau d'instruction apparaît discriminant dans la plupart des situations. Hormis pour les vaccinations, l'alimentation, la pollution de l'air où le niveau d'études n'a statistiquement aucune incidence d'une façon générale (à l'exception de l'alcool où la relation n'est pas linéaire), plus le niveau de diplômes augmente, plus les personnes se déclarent bien informées ($p < 0,001$). On a souvent tendance à prendre cet indicateur pour démonstratif d'une inégalité du niveau

Figure 10





d'information et confirmer la nécessité de renforcer les connaissances des personnes ayant un niveau d'instruction plus modeste. Il est important d'être prudent dans ce type d'interprétation car :

- le degré d'information ressenti n'est pas forcément et « homothétiquement » l'expression d'informations objectives détenues. Comme toute opinion, la perception de son propre niveau d'information sur la santé reflète, au-delà du niveau des connaissances réelles, à la fois l'autosatisfaction concernant ses connaissances, l'intérêt personnel pour les questions de santé, l'ex-

pression rationnelle ou irrationnelle des craintes pour la santé et, en particulier, l'attention portée aux conséquences des prises de risques que l'on accepte ;

- l'influence des niveaux d'instruction et du degré d'information ressenti sur les comportements n'est pas nécessairement « mécanique ».

Lorsque l'on cherche à appréhender ces liaisons par des régressions logistiques sur différents comportements (consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, d'ecstasy ou attitude face à la vaccination) (Tableau I), on constate que seul le comportement ta-

Tableau I

Liaisons entre degré d'information, niveau d'instruction et différents comportements

	OR ajusté	IC à 95 %
Tabac : fumeur régulier		
Niveau de diplôme		
Aucun diplôme/ certificat études (n=2 729)	1	
< bac général (BEPC) (n=1 009)	1,1	0,9-1,2
< bac pro (CAP/BEP) (n=3 201)	0,9	0,8-1,0
Bac ou niveau bac (n=2 042)	0,9*	0,7-1,0
Bac + 2 (n=1 218)	0,6***	0,5-0,7
Bac + 3 et 4 (n=1 235)	0,7***	0,6-0,8
Bac + 5 (n=847)	0,5***	0,4-0,6

	OR ajusté	IC à 95 %
Degré d'information		
Très bien informé (n=4 508)	1	
Plutôt bien informé (n=6 063)	0,8***	0,7-0,8
Plutôt mal informé (n=1 140)	0,7***	0,6-0,9
Très mal informé (n=570)	0,8*	0,6-1,0

	OR ajusté	IC à 95 %
Tabac : envie d'arrêter		
Niveau de diplôme		
Aucun diplôme/ certificat études (n=695)	1	
< bac général (BEPC) (n=369)	1,1	0,8-1,4
< bac pro (CAP/BEP) (n=1 271)	0,9	0,7-1,1
Bac ou niveau Bac (n=842)	0,8*	0,6-1,0
Bac + 2 (n=457)	0,8*	0,6-1,0
Bac + 3 et 4 (n=466)	0,6***	0,5-0,8
Bac + 5 (n=279)	0,5***	0,4-0,6

	OR ajusté	IC à 95 %
Tabac : envie d'arrêter (suite)		
Degré d'information		
Très bien informé (n=1 708)	1	
Plutôt bien informé (n=2 124)	0,9	0,8-1,0
Plutôt mal informé (n=361)	1,2	0,9-1,5
Très mal informé (n=186)	1,6**	1,1-2,3

	OR ajusté	IC à 95 %
Cannabis		
Degré d'information		
Très bien informé (n=1 474)	1	
Plutôt bien informé (n=3 571)	0,8*	0,6-1,0
Plutôt mal informé (n=4 545)	0,4***	0,3-0,5
Très mal informé (n=2 693)	0,4***	0,3-0,5

	OR ajusté	IC à 95 %
Ecstasy		
Degré d'information		
Très bien informé (n=975)	1	
Plutôt bien informé (n=2 723)	0,6	0,3-1,3
Plutôt mal informé (n=4 758)	0,2***	0,1-0,4
Très mal informé (n=3 431)	0,6	0,3-1,1

	OR ajusté	IC à 95 %
Opinion favorable sur la vaccination		
Degré d'information		
Très bien informé (n=3 281)	1	
Plutôt bien informé (n=5 636)	0,9	0,7-1,0
Plutôt mal informé (n=2 813)	0,5***	0,4-0,6
Très mal informé (n=817)	0,2***	0,2-0,3

OR suivant une régression logistique intégrant l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le degré d'information.



bagique est sensible à l'effet du diplôme (le risque¹ d'être fumeur diminuant au-delà du baccalauréat ; $p < 0,001$). Les liaisons entre degré d'information et comportements posent question : le degré d'information perçue est-il déterminant du comportement ou le comportement est-il déterminant du degré d'information ? Sur la vaccination, les personnes qui se déclarent les mieux informées sont les plus favorables à la vaccination. Dans le domaine des consommations de substances psychoactives, les personnes qui se déclarent les mieux informées sont plus fréquemment consommatrices de tabac ou de cannabis ou d'ecstasy : plus grande attention à l'information sur les conséquences de ses pratiques ou « désir de légitimation » de ses comportements ? On le voit, il est difficile d'interpréter l'influence des niveaux d'instruction ou d'information sur les attitudes et les comportements.

Qualité de vie et santé mentale

Profil de santé de Duke

Depuis une vingtaine d'années, les chercheurs ont mis au point un certain nombre d'instruments permettant d'explorer la santé perçue et la qualité de vie ressentie par les sujets. Plusieurs peuvent être cités : le questionnaire Short-form 36 (SF 36) [11], l'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham (ISPN) [12], l'EuroQol [13], le *Sickness Impact Profile* (SIP), le profil de santé de Duke [14], le Whoqol 100 de l'OMS [15], le VSP-A chez les adolescents [16]. Les Baromètres santé ont choisi d'appréhender la mesure de la qualité de vie par le profil de l'échelle de Duke en raison de sa facilité d'administration (temps de passation de 5 à 10 minutes) compte tenu de la méthodologie du recueil des données et de ses propriétés dûment validées. La cohérence interne de ce test adapté au contexte culturel français, s'est révélée acceptable dans toutes ses dimen-

sions hormis la dimension sociale [14]. Cet instrument comporte 17 questions qui, combinées entre elles, permettent d'obtenir différents scores de santé : santé physique, santé mentale, santé sociale, estime de soi, santé perçue, douleur, anxiété, dépression. Chaque item est coté de 0 à 2 sur une échelle ordinale à trois modalités et chaque dimension est la somme des items qui la composent. Les scores de santé sont normalisés de 0 à 100, le score de santé le meilleur (qualité de vie optimale) étant 100. Les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité et de douleur sont, quant à eux, évalués en sens inverse, les scores optimaux prenant la valeur 0. Le score de « santé générale » est obtenu en additionnant les dimensions physique, mentale et sociale (*Tableau II*).

Quels que soient les indices, les hommes affichent des scores de qualité de vie significativement supérieurs à ceux des femmes (*Figure 11*).

L'âge joue comme facteur discriminant, mais de façon différente selon les scores de santé observés (*Tableau III*). Il faut garder en mémoire que dans ce type d'enquête transversale, il est impossible de distinguer l'effet âge de l'effet génération.

Les scores de santé physique et de santé perçue diminuent progressivement avec l'âge ($p < 0,001$) et s'accompagnent d'une augmentation de la douleur ressentie ($p < 0,001$). Le score de santé sociale décroît en fonction de l'âge chez les hommes jusqu'à 54 ans ; il augmente légèrement chez les 55-75 ans.

Les scores de dépression et d'anxiété sont maximaux chez les jeunes générations de 18-25 ans et se réduisent avec l'avance en âge ($p < 0,001$). Pour autant, ils connaissent certaines petites fluctuations telles une légère augmentation du score d'anxiété chez les hommes de 26-34 ans et les femmes de 45-54 ans, une sensible augmentation du score de dépression chez les femmes entre 45-55 ans.

Le score de santé mentale n'est pas en relation linéaire avec l'âge : chez les hommes, ce score est en nette amélioration avec

1. Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, on trouvera dans les chapitres une interprétation de l'odds ratio en terme de « risque », de « chance » ou de « probabilité » (cf. chapitre Présentation des termes statistiques).



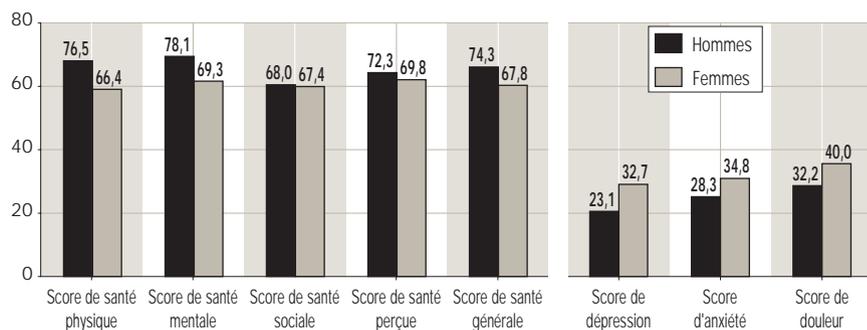
Tableau II

Ventilation des items du profil de santé de Duke selon les différentes dimensions

Items	Dimensions
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	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 de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7. Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
8. Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
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 vite 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 des amis	Sociale
16. Vous avez eu des activités de groupes ou 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 11

Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon le sexe



l'avance en âge, avec toutefois une légère baisse autour de 45-54 ans. Chez les femmes, les 26-44 ans présentent les meilleurs scores de santé mentale, scores qui diminuent ensuite de 45 à 65 ans, en raison vraisemblablement de l'augmentation des symptômes dépressifs des femmes à cette période.

Le score de santé générale, qui synthétise l'ensemble des scores (santé physique,

mentale, sociale) est, quant à lui, en décroissance linéaire avec l'âge pour chacun des deux sexes (Figure 12).

Parmi les déterminants de la qualité de vie, l'analyse multivariée montre, qu'après ajustement des facteurs sociodémographiques, les facteurs socio-économiques, situation professionnelle, PCS, niveau de revenus, niveau d'études, jouent de façon discriminante sur les différentes dimensions de la



Tableau III

Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon l'âge et le sexe

	Score de santé physique ▲	Score de santé mentale ▲	Score de santé sociale ▲	Score de santé générale ▲	Score de santé perçue ▲	Score de dépression ▼	Score d'anxiété ▼	Score de douleur ▼
Hommes	***	***	***	***	***	***	***	***
18-19 ans (n=161)	79,8	74,7	71,0	75,2	83,2	29,3	30,6	24,2
20-25 ans (n=583)	81,3	76,3	72,7	76,8	83,4	25,2	29,7	23,3
26-34 ans (n=1 261)	78,4	79,0	69,1	75,5	80,6	23,6	30,1	26,7
35-44 ans (n=1 163)	77,4	78,4	68,2	74,7	77,9	22,1	29,2	31,2
45-54 ans (n=976)	76,5	77,1	65,2	72,9	74,5	23,1	28,7	31,4
55-64 ans (n=742)	74,0	78,4	66,5	73,0	68,7	22,5	26,9	37,9
65-75 ans (n=602)	70,4	80,2	67,5	72,8	62,6	20,9	23,6	39,1
Femmes	***	***	***	***	***	***	***	***
18-19 ans (n=193)	68,5	64,1	67,6	66,7	70,1	39,5	41,4	36,2
20-25 ans (n=731)	71,8	69,1	68,0	69,7	73,0	33,8	37,1	30,8
26-34 ans (n=1 562)	69,9	70,6	68,2	69,6	75,5	31,7	35,9	34,3
35-44 ans (n=1 401)	68,5	70,4	68,3	69,1	73,5	31,7	34,4	36,7
45-54 ans (n=1 213)	66,4	69,1	66,3	67,3	70,0	32,3	35,0	41,4
55-64 ans (n=992)	62,2	67,5	66,6	65,5	63,8	34,2	34,0	47,9
65-75 ans (n=1 008)	57,9	69,3	66,8	64,8	59,3	32,5	31,5	50,8

*** p<0,001.

▲ : plus le score est élevé, plus la santé estimée est bonne.

▼ : plus le score est élevé, plus la santé estimée est mauvaise.

santé. La situation professionnelle apparaît comme prépondérante sur la qualité de vie (Tableau IV).

Quels que soient les indices, les personnes au chômage présentent des scores de qualité de vie significativement moins bons que les personnes disposant d'un emploi. Parmi les actifs, les travailleurs indépendants, les professions libérales affichent les meilleurs indices de qualité de vie (seul le score social est davantage élevé pour les personnes travaillant dans le secteur public). Suivant les PCS, les employés présentent dans l'ensemble les scores les moins bons ; les ouvriers le score de santé sociale le plus bas. De façon liée aux situations professionnelles et à l'emploi, les scores de qualité de vie, quels qu'ils soient, se retrouvent significativement liés aux revenus, les scores les moins bons se retrouvant parmi les revenus les plus faibles (moins de 6 000 francs/UC) (p<0,001). Parmi les chômeurs, la situation

de bas revenus a une incidence significative sur les scores de santé mentale, d'anxiété (p<0,05) et sur les scores de santé sociale et de santé générale (p<0,001).

Si les étudiants affichent un excellent niveau

Figure 12

Score de santé générale des 18-75 ans selon le sexe et l'âge

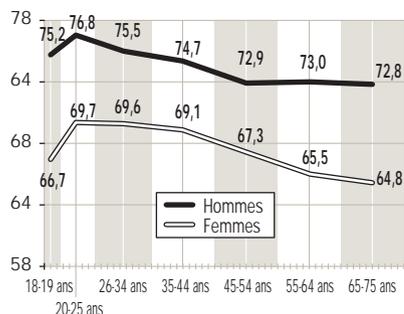


Tableau IV

Scores de qualité de vie des 18-75 selon la situation professionnelle et les revenus

	Score de santé physique ▲	Score de santé mentale ▲	Score de santé sociale ▲	Score de santé générale ▲	Score de santé perçue ▲	Score de dépression ▼	Score d'anxiété ▼
Situation professionnelle	***	***	***	***	***	***	***
Chômeurs (n=827)	71,4	68,0	66,5	68,7	71,0	32,5	33,0
Personnes ayant un emploi (n=7 280)	73,9	75,3	67,8	72,4	76,1	26,2	31,6
Étudiants scolarisés (n=886)	75,5	70,5	71,6	72,5	80,0	32,9	35,3
Retraités (n=2 477)	66,1	74,9	67,2	69,5	62,9	26,5	27,9
Revenus^a	***	***	***	***	***	***	***
Moins de 6 000 F (n=4 238)	68,5	70,9	65,3	68,3	69,7	31,3	32,9
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=4 451)	72,2	74,1	67,9	71,5	72,9	27,3	31,3
Au moins 10 000 F (n=3 166)	74,1	76,3	70,7	73,8	75,7	24,6	30,6
Revenus parmi les chômeurs/UC^a		*	***	***			*
Moins de 6 000 F (n=511)	70,6	66,2	64,4	67,1	71,2	33,9	33,8
De 6 000 F à moins de 10 000 F (n=196)	72,9	68,9	69,9	70,6	71,9	32,2	31,8
Au moins 10 000 F (n=71)	73,9	73,9	73,1	73,6	74,6	26,8	30,1

* p<0,05. *** p<0,001.

▲ : plus le score est élevé, plus la santé estimée est bonne.

▼ : plus le score est élevé, plus la santé estimée est mauvaise.

a. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

général de santé, les scores d'anxiété et de dépression demeurent, en revanche, très proches de ceux des personnes au chômage. Ce résultat confirme le poids des craintes liées au chômage précédemment évoquées chez les 18-25 ans. Les scores de qualité de vie sont d'autant plus bas que le niveau d'études est faible (sans qualification ou inférieur au bac) ; la situation d'anxiété étant toutefois maximale au niveau « baccalauréat ».

Les retraités, quant à eux, présentent en raison de leur âge un score de santé physique plus bas ; en revanche, ils affichent un excellent score de santé mentale lié à un score d'anxiété lui-même bas¹.

La qualité de vie se retrouve également sensiblement liée aux situations de vie : les

personnes ayant vécu une séparation affective (divorce, veuvage) présentent des scores significativement moins élevés que les sujets n'ayant pas connu ce type de rupture. De même, les scores de qualité de vie sont significativement plus bas chez les personnes vivant seules que chez les personnes vivant en couple (Tableau V).

Travail, satisfaction professionnelle et pénibilité

Dans l'ensemble, les 18-75 ans s'estiment plutôt satisfaits de l'exercice de leur profession (87,7 %). La satisfaction professionnelle est diversement partagée par les catégories socioprofessionnelles (p<0,001) et significativement liée aux conditions de ressources (p<0,001) ou d'employabilité (p<0,001). Les cadres (92,1 %), les artisans (90,6 %) et les professions intermédiaires expriment le plus grand satisfecit ; les

1. Cf. chapitre Santé des personnes âgées de 60 à 75 ans.



Tableau V

Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon les situations de vie

	Score de santé physique ▲	Score de santé mentale ▲	Score de santé sociale ▲	Score de santé générale ▲	Score de dépression ▼	Score d'anxiété ▼	Score de douleur ▼
Situation de rupture	***	***	***	***	***	***	***
A vécu une situation de rupture (n=2 185)	64,2	69,5	63,7	65,8	32,2	33,6	43,5
N'a pas vécu de rupture (n=10 403)	72,5	74,3	68,4	71,8	27,3	31,3	34,5
Situation de vie actuelle	***	***	***	***	***	***	***
Vit en couple (n=8 086)	71,6	74,8	68,3	71,6	26,8	30,9	36,0
Ne vit pas en couple (n=4 502)	70,8	70,6	66,2	69,2	31,2	33,6	35,0
mais :							
Vit avec une autre personne (n=1 822)	73,0	70,8	67,5	70,5	31,4	34,0	32,3
Vit isolé (n=2 680)	67,4	70,3	64,2	67,4	30,9	33,1	39,1

*** p<0,001.

▲ : plus le score est élevé, plus la santé estimée est bonne.

▼ : plus le score est élevé, plus la santé estimée est mauvaise.

employés et ouvriers sont, en revanche, les moins satisfaits (respectivement 86,2 % et 83,5 %). De façon liée, cette opinion est nuancée suivant les revenus (de 83,2 % pour la tranche la plus basse à 91,8 % pour la tranche la plus élevée).

La pénibilité du travail au plan nerveux (par laquelle nous évaluons le stress) est ressentie par 7 personnes sur 10, la pénibilité physique par 1 personne sur 2. Les cadres et les professions intermédiaires présentent les pourcentages les plus élevés de fatigue nerveuse professionnelle ; les agriculteurs et les ouvriers les pourcentages les plus importants de pénibilité physique. Les artisans-commerçants, quant à eux, expriment une pénibilité au dessus de la moyenne dans les deux cas (Figure 13).

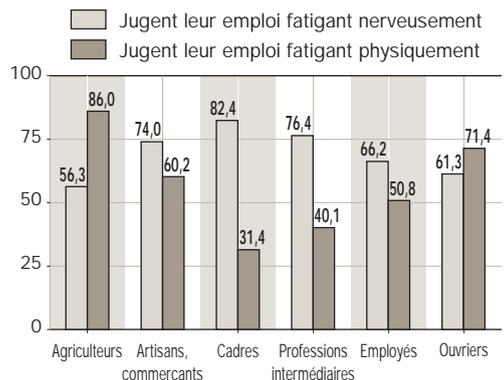
Corrélativement, la fatigue nerveuse se retrouve significativement liée aux revenus les plus élevés (79,2 % pour la tranche 3 vs 62,0 % pour la tranche 1 ; p<0,001), la pénibilité physique aux revenus les plus bas (65,1 % pour la tranche 1 vs 39,0 % pour la tranche 3 ; p<0,001).

Le stress ressenti s'accroît également de façon linéaire avec l'âge et atteint son

maximum chez les 45-54 ans (73,7 % ; p<0,001) ; la pénibilité physique quant à elle, se retrouve significativement liée au niveau de formation (69,3 % pour les personnes ne disposant d'aucun diplôme, 30,2 % chez les bac + 5 ; p<0,001).

Figure 13

Stress et pénibilité physique selon les professions et catégories socioprofessionnelles chez les 18-75 ans (en pourcentage)





Expression de douleur morale et douleur physique

L'expression de la douleur est certes un indicateur subjectif très personnel. Pour autant, déclarée sur les douze derniers mois, celle-ci reflète un état de mal-être dont les conditions peuvent être conséquentes au plan de la santé. Les femmes déclarent significativement plus souvent ressentir des douleurs physiques que les hommes (31,8 % vs 26,1 %, ; $p < 0,001$) et/ou des douleurs morales (8,2 % vs 4,0 % pour les hommes ; $p < 0,001$). Parmi les variables significatives issues des régressions logistiques, l'âge augmente linéairement le ressenti des douleurs physiques ($p < 0,05$), mais ce sont les conditions économiques et sociales qui semblent les plus déterminantes : précarité des revenus (moins de 6 000 francs/UC ; $p < 0,001$), situations de rupture ($p < 0,001$) ont une influence significative quant à l'expression des douleurs physiques ; situation professionnelle ($p < 0,001$) et solitude dans la vie ont une incidence sur l'expression de douleurs morales¹ :

- 31,1 % des revenus les plus bas expriment des douleurs physiques vs 26,9 % des revenus les plus élevés ; de même 34,4 % des personnes ayant connu une situation de séparation vs 28,2 % de ceux n'ayant pas connu ce type d'événement ;
- 9,3 % des personnes au chômage déclarent souffrir de douleurs morales (5,1 % des personnes ayant un emploi). Elles sont 10,2 % parmi les personnes seules (4,5 % parmi les personnes vivant en couple).

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Parmi les 18-75 ans, 7,8 % déclarent craindre personnellement (pas mal ou beaucoup) le suicide ; 10,2 % des femmes et 5,4 % des hommes ($p < 0,001$). Les craintes du suicide se retrouvent significativement plus élevées chez les agriculteurs (14,5 %) et les employés (10,1 % ;

$p < 0,001$), parmi les personnes ayant un niveau d'études inférieur au bac ($p < 0,001$) et de façon liée parmi les personnes ayant de faibles revenus (10,6 % parmi les revenus inférieurs à moins de 6 000 francs/UC vs 4,2 % parmi les revenus supérieurs ou égaux à 10 000 francs/UC ; $p < 0,001$). L'expression de ces craintes est à mettre en parallèle avec les idées suicidaires et les tentatives de suicide (TS) :

- 7,1 % des femmes vs 4,7 % des hommes ($p < 0,001$) déclarent des pensées suicidaires au cours de la dernière année ; 7,9 % vs 3,5 % des hommes ($p < 0,001$) avoir effectué une tentative de suicide au cours de leur vie ;
- à tous les âges, les femmes manifestent davantage ce type de comportement que les hommes. Pour les femmes, les pensées suicidaires prédominent chez les 18-19 ans (12,0 %) et les tentatives de suicide chez les 35-44 ans (9,8 %). Chez les hommes, les deux pics coïncident autour de 26-34 ans.

Idées suicidaires et tentatives de suicide se retrouvent significativement liées à la solitude et/ou à des situations de rupture affective. La fréquence de ces épisodes est approximativement multipliée par deux, aussi bien chez les hommes que chez les femmes :

- 9,5 % des personnes vivant seules (vs 4,5 % de celles vivant en couple) déclarent des idées suicidaires ($p < 0,001$) ; 8,4 % (vs 4,8 % des personnes vivant en couple) déclarent une tentative de suicide au cours de leur vie ($p < 0,001$) ;
- 10,3 % des personnes divorcées (vs 5,2 % des personnes n'ayant pas connu de rupture ; $p < 0,001$) déclarent des pensées suicidaires, 12,9 % (vs 4,7 % des personnes non confrontées à des situations de rupture ; $p < 0,001$) avoir effectué une tentative de suicide dans leur vie.

L'incidence du chômage se retrouve également fortement liée avec le fait d'avoir déclaré une tentative de suicide : 10,8 % des chômeurs vs 5,6 % des personnes ayant un emploi déclarent une tentative de suicide.

1. Cf. également le chapitre Douleur.



Consommation de soins, pratique de vaccination et dépistage des cancers

Consultation de certains professionnels de santé

Quel que soit le sexe ou l'âge, le recours aux différents professionnels de santé est très fréquent parmi les 18-75 ans : 85,1 % des personnes interrogées déclarent avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois ; 58,5 % affirment être allé voir un dentiste, 27,6 % un autre médecin, 6,4 % un homéopathe, 4,6 % un psychiatre, psychanalyste ou psychologue et 62,2 % des femmes déclarent avoir consulté un gynécologue.

Des différences apparaissent selon le niveau de diplôme obtenu : les plus diplômés (bac + 5 et plus) ont significativement moins consulté de médecins généralistes, mais sont proportionnellement plus nombreux à être allé chez un médecin homéopathe, chez un dentiste, chez un gynécologue ou encore chez un autre médecin au cours des douze derniers mois précédant l'enquête (Figure 14).

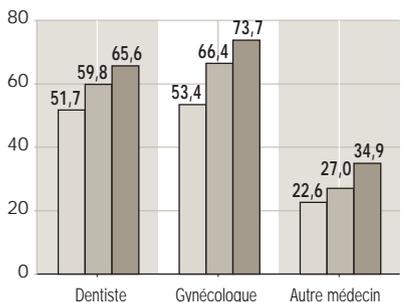
Les niveaux de revenus sont discriminants pour les visites de spécialistes tels le gynécologue, le dentiste et, dans une moindre mesure, pour le recours à un homéopathe. La proportion de consultants est ainsi plus

élevée pour les personnes disposant de plus forts revenus (Figure 15).

La proportion de consultants de psychiatre, psychanalyste ou psychologue varie selon la situation professionnelle de l'interviewé : les personnes au chômage déclarent plus fréquemment que les autres en avoir consulté (7,7 % vs 4,4 % ; $p < 0,001$). De même, les personnes ayant connu une rup-

Figure 15

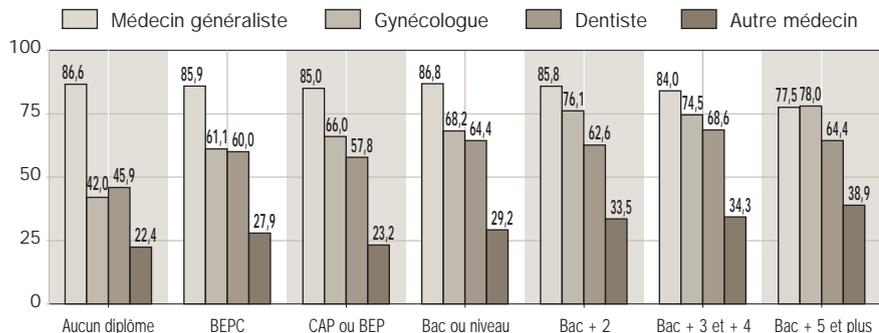
Consultation de certains professionnels de santé selon le revenu par unité de consommation (en pourcentage)



6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

Figure 14

Consultation de certains professionnels de santé selon le niveau de diplôme (en pourcentage)





ture affective ont davantage eu recours à ce type de spécialistes : 7,1 % vs 4,1 % pour les personnes vivant en couple ($p < 0,001$). Cet indicateur est à mettre en relation avec l'incidence des facteurs chômage, solitude, séparations, précédemment évoqués sur la dépression, les douleurs morales, les pensées suicidaires, les tentatives de suicide. Le fait d'être en couple favorise les visites de gynécologues pour les femmes : 66,7 % des femmes vivant en couple ont consulté un gynécologue au cours des douze derniers mois vs 52,1 % des femmes seules ($p < 0,001$). La différence est encore plus prononcée lorsque les femmes ne vivant pas en couple sont totalement « isolées » (aucune autre personne au foyer) : seulement 46,4 % ont rendu visite à un gynécologue vs 56,2 % des femmes non en couple mais ne vivant pas seules ($p < 0,001$).

Consommation de certains médicaments

La consommation de médicaments a été étudiée à partir de trois types de produits : les antidépresseurs (9,3 % des 18-75 ans en ont consommé au cours des douze derniers mois), les tranquillisants et somnifères (16,1 %) et, enfin, les produits « dopants » visant à améliorer les performances physiques ou intellectuelles (5,9 %).

La consommation de telles substances varie significativement selon la situation de vie des personnes interrogées. Les personnes ayant connu une situation de rupture affective ont une consommation de somnifères et tranquillisants plus importante : 26,3 % d'entre elles vs 14,0 % des autres ont consommé au cours des douze derniers mois ($p < 0,001$) et plus d'une sur cinq 20,8 % (vs 9,8 %) au cours des trente derniers jours ($p < 0,001$). De même, les consommations de tranquillisants, somnifères, antidépresseurs sont significativement plus importantes chez les personnes isolées (Tableau VI). Le niveau d'instruction apparaît comme un facteur discriminant de la consommation des médicaments psychoactifs étudiés. Les plus diplômés prenant significativement moins d'antidépresseurs, mais plus de pro-

Tableau VI

Prise de certains médicaments psychotropes chez les 18-75 ans (en pourcentage)

	Antidépresseurs (année)	Tranquillisants ou somnifères (année)	Stimulants physiques ou intellectuels (année)
Vie de couple et isolement			
En couple (n=8 086)	8,4	15,6	4,8
Non en couple mais pas seul (n=1 822)	10,3	13,2	8,6
Isolé (n=2 680)	13,7***	23,8***	9,0***
Niveau de diplôme			
Aucun ou certificat d'études (n=2 758)	12,1	21,0	4,1
BEPC (n=1 012)	11,5	18,0	5,7
CAP ou BEP (n=3 212)	9,5	14,3	3,7
Bac ou niveau (n=2 045)	8,3	14,6	7,3
Bac + 2 (n=1 219)	7,4	12,6	9,0
Bac + 3 et + 4 (n=1 236)	6,7	13,5	9,2
Bac + 5 et plus (n=848)	5,0***	16,3***	8,5***

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

duits améliorant les performances physiques ou intellectuelles. La prise de tranquillisants ou de somnifères est, quant à elle, plus élevée pour les « extrêmes », c'est-à-dire autant pour les personnes faiblement que fortement diplômées.

Vaccination

Si des différences apparaissent selon le sexe et l'âge concernant l'information, la pratique vaccinale ou le fait d'être favorable aux vaccinations, les caractéristiques socio-économiques des individus ne sont, quant à elles, pas très discriminantes : l'utilité et l'efficacité que la majorité de la population reconnaît à cette pratique (91,5 % de la population favorable aux vaccinations en général) expliquent en partie ce constat. On peut cependant noter une proportion plus importante de personnes défavorables à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole suivant l'augmentation du niveau d'instruction scolaire (Figure 16). Par ailleurs, la connaissance de la pratique d'une deuxième dose rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants de 3 à 6 ans est, chez les femmes, dif-



férente selon le diplôme obtenu : 46,2 % des femmes n'ayant pas de diplôme ou le certificat d'études primaires déclarent être informées de cette vaccination vs 61,9 % parmi les plus diplômées.

Dépistage des cancers

La lutte contre le cancer peut passer non seulement par la prévention, l'éducation du patient, mais aussi par le dépistage. Celui-ci n'est pas proposé systématiquement à l'ensemble des patients. Les recommandations des experts concernant le dépistage de trois cancers (du sein, du col de l'utérus et colorectal) diffèrent, en effet, selon l'âge. Actuellement, la mammographie doit être pratiquée tous les deux ans sur la population féminine de 50 à 74 ans et le frottis tous les trois ans sur les femmes de 20 à 65 ans. Le dépistage du cancer du côlon doit, quant à lui, se faire tous les deux ans et ce, sur toute la population (hommes et femmes) à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans. Il sera donc observé, dans cette partie, la pratique des différents dépistages sur les populations concernées au cours des deux dernières années pour la mammographie et le test Hémocult II®, et au cours des trois dernières années pour le frottis. Les caractéristiques socio-économiques des personnes, contrairement à l'âge, ne sont pas très discriminantes de la pratique de dé-

pistage. Elles ne sont liées ni à la pratique des mammographies (concernant au cours des deux dernières années 50,9 % des femmes), ni à celle d'un dépistage du cancer colorectal (7,6 % de l'ensemble des 50-74 ans).

En revanche, la proportion de femmes de 20 à 65 ans ayant eu un frottis au cours des trois dernières années varie significativement selon le niveau de revenus et le fait de vivre en couple. Les femmes disposant des revenus les plus élevés déclarent plus que les autres avoir bénéficié d'un frottis au cours des années 1997, 1998 et 1999. Par ailleurs, les femmes vivant en couple (conjoint, petit ami, fiancé) se sont fait plus largement dépister (85,2 % vs 68,9 % pour les femmes « seules » ; $p < 0,001$) (Tableau VII).

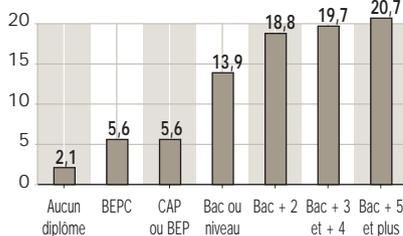
Consommation de substances psychoactives

Le tabac

La consommation de tabac concernant régulièrement 29,6 % et occasionnellement 4,6 % des 18-75 ans, diffère significativement selon le sexe et l'âge, mais aussi selon certaines variables socio-économiques.

Figure 16

Se déclarer défavorable à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole selon le niveau d'instruction scolaire (en pourcentage)



Base : personnes de 18 à 75 ans se déclarant plutôt pas ou pas du tout favorables aux vaccinations.

Tableau VII

Dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années chez les femmes de 20 à 65 ans selon les revenus par unité de consommation (en pourcentage)

Frottis (n=5 703)	
Parmi les 20-39 ans	
Moins de 6 000 F	75,7
De 6 000 à moins de 10 000 F	89,1
Au moins 10 000 F	91,2***
Parmi les 40-65 ans	
Moins de 6 000 F	71,6
De 6 000 à moins de 10 000 F	80,6
Au moins 10 000 F	83,7***

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

6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.



Si le pourcentage de fumeurs ne varie pas significativement selon le niveau de revenu, en revanche, le diplôme, la situation professionnelle et la catégorie socioprofessionnelle sont des variables discriminantes du statut tabagique. Ainsi, le « risque » d'être fumeur régulier est plus important pour les moins diplômés, pour les personnes au chômage, ainsi que pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (Tableau VIII). Les situations de vie telles que le fait de ne pas être en couple ou d'avoir subi une rup-

ture (divorce ou veuvage) « augmentent » également la probabilité de fumer.

Par ailleurs, les quantités de tabac consommées varient de manière significative selon les caractéristiques socio-économiques des individus. Les personnes au chômage fument, en moyenne, plus de cigarettes que les personnes qui travaillent et les inactifs : 14,0 cigarettes quotidiennes vs respectivement 13,0 et 11,2 ($p < 0,001$). Plus le niveau de diplôme augmente, plus le nombre de cigarettes diminue (Figure 17). Enfin, les per-

Tableau VIII

Odds ratios bruts et ajustés de variables socio-économiques sur le fait d'être fumeur régulier

	OR brut	IC à 95 %	OR ajusté ^a	IC à 95 %
Situation de rupture				
Non (n=10 403)	1		1	
Rupture (n=2 185)	1,0	0,9-1,1	1,7***	1,5-2,0
Être en couple				
En couple (n=8 086)	1		1	
Seul (n=4 502)	1,4***	1,3-1,5	1,3***	1,2-1,5
Situation professionnelle				
Inactif (n=4 481)	1		1	
Travaille (n=7 280)	1,8***	1,7-2,0	1,0	0,9-1,2
Au chômage (n=827)	2,4***	2,1-2,8	1,5***	1,3-1,6
Niveau de diplôme				
Aucun/certificat d'études (n=2 758)	1		1	
BEPC (n=1 012)	1,5***	1,3-1,8	1,1	0,9-1,2
CAP/BEP (n=3 212)	1,6***	1,5-1,8	0,9	0,8-1,0
Bac ou niveau bac (n=2 045)	1,7***	1,5-1,9	0,9*	0,7-1,0
Bac + 2 (n=1 219)	1,3***	1,1-1,6	0,6***	0,5-0,7
Bac + 3 et + 4 (n=1 236)	1,3**	1,1-1,5	0,7***	0,6-0,8
Bac + 5 et plus (n=848)	1,0	0,8-1,2	0,5***	0,4-0,6
Profession et catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteurs (n=187)	1		1	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=249)	3,3***	2,1-5,3	3,3***	2,0-5,3
Professions libérales (n=1 259)	2,0***	1,3-3,1	1,8**	1,2-2,8
Professions intermédiaires (n=2 063)	2,4***	1,6-3,7	2,1**	1,4-3,2
Employés (n=2 576)	2,8***	1,9-4,3	2,7***	1,8-4,1
Ouvriers (n=1 851)	3,5***	3,3-5,3	2,8***	1,8-4,2
Retraités (n=2 480)	0,8	0,5-1,2	2,2***	1,4-3,4
Autres, sans activité (n=1 923)	2,3***	1,5-3,5	2,2***	1,4-3,4

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

a. Odds ratio ajusté sur le sexe et l'âge.



sonnes ayant eu une rupture au cours de leur vie fument davantage que les autres (15,4 vs 12,2 ; $p < 0,001$).

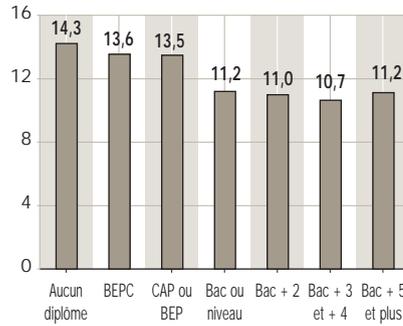
Si le niveau de revenu n'apparaît pas comme une variable discriminante du statut tabagique ou du nombre de cigarettes fumées quotidiennement, il joue pourtant significativement sur l'envie d'arrêter de fumer. Parmi les personnes disposant des revenus les plus bas (moins de 6 000 francs/UC), 64,6 % affirment vouloir cesser de fumer vs 53,5 % parmi ceux ayant au moins 10 000 francs/UC ($p < 0,001$). Le désir d'arrêt est, en outre, plus important parmi les personnes qui ont connu une rupture dans leur vie (64,8 %) que pour les autres (57,4 %) ($p < 0,01$).

L'alcool

Parmi les 18-75 ans, plus d'une personne sur cinq (21,5 %) déclarent consommer de l'alcool quotidiennement : les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes (31,2 % vs 12,3 % ; $p < 0,001$), ainsi que les personnes les plus âgées : près d'une sur deux (48,0 %) parmi les 65-75 ans. Cette consommation de boissons alcooliques,

Figure 17

Nombre de cigarettes fumées quotidiennement selon le niveau d'instruction scolaire (en pourcentage)



si elle n'est pas liée au revenu ou au niveau d'instruction scolaire, varie significativement, d'une part, selon la catégorie socioprofessionnelle et, d'autre part, selon le fait d'être en couple ou non (Tableau IX).

La moyenne des verres bus la veille de l'interview parmi les consommateurs est de 2,5. Ce nombre diffère selon la PCS et la situation

Tableau IX

Odds ratios bruts et ajustés de variables socio-économiques sur la consommation quotidienne d'alcool des 18-75 ans

	OR brut	IC à 95 %	OR ajusté ^a	IC à 95 %
Être en couple				
Seul (n=4 502)	1		1	
En couple (n=8 086)	2,3***	2,1-2,6	1,3***	1,2-1,5
Profession et catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteurs (n=187)	1		1	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=249)	0,9	0,6-1,3	0,7	0,4-1,1
Professions libérales (n=1 259)	0,4***	0,3-0,6	0,4***	0,3-0,6
Professions intermédiaires (n=2 063)	0,3***	0,2-0,4	0,4***	0,3-0,6
Employés (n=2 576)	0,2***	0,1-0,3	0,4***	0,3-0,6
Ouvriers (n=1 851)	0,5***	0,4-0,7	0,6**	0,4-0,8
Retraités (n=2 480)	1,6**	1,1-2,2	0,7*	0,4-0,9
Autres, sans activité (n=1 923)	0,2***	0,2-0,3	0,6*	0,4-0,9

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

a. Odds ratio ajusté sur le sexe et l'âge.



professionnelle : les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les personnes au chômage, déclarent un nombre moyen plus important que les autres (respectivement 3,3 et 3,0 verres bus).

La prévalence de l'ivresse dans l'année est peu différente selon les caractéristiques économiques des individus ; seul le fait d'être en couple est un facteur discriminant du nombre d'états d'ivresse connus dans l'année : les personnes vivant seules déclarent en moyenne 1,5 ivresse contre 0,4 parmi les personnes en couple. En revanche, si l'on s'intéresse aux ivresses répétées (plus de trois ivresses au cours de l'année), celles-ci sont plus fréquentes parmi les ménages les plus aisés.

Le cannabis

Près de deux personnes sur cinq (40,7 %) de 18 à 75 ans affirment être bien informées sur le cannabis et 62,8 % disent que c'est dangereux pour la santé d'en fumer dès le premier essai. Cette perception de l'usage de ce produit est très différente selon le sexe, l'âge et le fait d'être consommateur ou non (61,0 % des consommateurs réguliers se déclarent bien informés sur le produit vs 37,5 % parmi les non-consommateurs ; $p < 0,001$). Le niveau d'instruction diffère également significativement et ce, quel que soit le sexe, l'âge ou la consommation : les personnes les plus diplômées considérant globalement moins que les autres que le cannabis est dangereux lors de l'expérimentation et se sentant mieux informées (Figure 18).

21,2 % des 18-75 ans disent avoir déjà consommé du cannabis au cours de la vie. Des différences importantes apparaissent selon le sexe et l'âge, mais également selon le profil socio-économiques des individus (Tableau X). L'expérimentation de cannabis apparaît plus importante parmi les personnes ayant subi une rupture, les personnes vivant seules, celles disposant des plus hauts revenus, mais aussi parmi les artisans, commerçants, chefs d'entreprise, les professions libérales, professeurs et cadres

et les personnes plus généralement diplômées.

Cependant, la consommation répétée et régulière de ce produit (au moins dix fois au cours des douze derniers mois), qui concerne 3,4 % de l'ensemble des 18-75 ans (mais 14,7 % des 18-25 ans), ne varie pas significativement selon l'ensemble des variables socio-économiques, comme pour l'expérimentation. Seuls le niveau de diplôme et la situation professionnelle apparaissent comme des déterminants de l'usage au moins répété de cannabis (cf. chapitre Drogues illicites : pratiques et attitudes).

Comportements de santé et cumul des précarités

Quelques-unes des variables socio-économiques utilisées pour ce chapitre laissent apparaître des groupes plus « fragilisés » que d'autres : précarité professionnelle avec le chômage, précarité financière pour les personnes dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 6 000 francs ou encore précarité « affective » pour les personnes isolées ou ayant connu une rupture.

Une variable cumulant ces trois types de précarité et prenant donc les valeurs 0, 1, 2 ou 3 a été étudiée, afin de voir si les comportements de santé différaient suivant

Figure 18

Perception du cannabis selon le niveau d'instruction (en pourcentage)

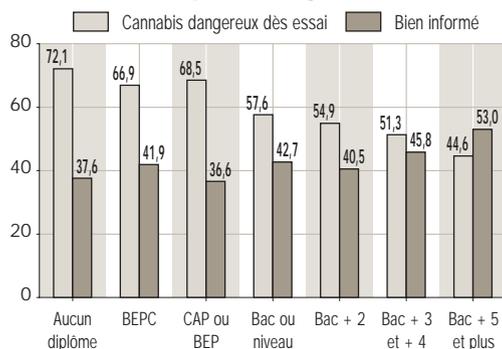




Tableau X

Expérimentation de cannabis chez les 18-75 ans et variables socio-économiques

	%	OR ajusté ^a	IC à 95 %
Sexe			
Femmes (n=7 100)	14,6	1	
Hommes (n=5 488)	28,2	2,9***	2,5-3,3
Âge			
18-19 ans (n=354)	45,1	1	
20-25 ans (n=1 314)	44,8	0,9	0,6-1,2
26-34 ans (n=2 823)	37,1	0,7	0,5-1,0
35-44 ans (n=2 564)	25,1	0,4***	0,3-0,6
45-54 ans (n=2 189)	9,8	0,1***	0,1-0,2
55-64 ans (n=1 734)	4,0	0,1***	0,0-0,1
65-75 ans (n=1 610)	2,5	0,0***	0,0-0,1
Situation de rupture			
Non (n=10 403)	22,5	1	
Rupture (n=2 185)	13,3	1,6***	1,3-1,9
Être en couple			
En couple (n=8 086)	17,6	1	
Seul (n=4 502)	30,7	1,3***	1,2-1,5
Revenu mensuel du ménage/UC^b			
Moins de 6 000 F (n=4 238)	19,6	1	
De 6 000 à moins de 10 000 F (n=4 451)	21,5	1,1	1,0-1,3
Au moins 10 000 F (n=3 166)	24,4	1,3***	1,1-1,5
Situation professionnelle			
Travaille (n=7 280)	25,1	1	
Au chômage (n=827)	28,0	1,4**	1,1-1,7
Inactif (n=4 481)	14,1	1,1	0,8-1,4
Niveau de diplôme			
Aucun/certificat d'études (n=2 758)	6,1	1	
BEPC (n=1 012)	19,8	2,1***	1,6-2,7
CAP/BEP (n=3 212)	18,4	1,4**	1,2-1,7
Bac ou niveau bac (n=2 045)	31,3	2,5***	2,1-3,2
Bac + 2 (n=1 219)	31,0	2,0***	1,6-2,6
Bac + 3 et + 4 (n=1 236)	30,9	2,8***	2,1-3,5
Bac + 5 et plus (n=848)	32,8	2,3***	1,7-3,0
Profession et catégorie socioprofessionnelle			
Agriculteurs (n=187)	7,6	1	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=249)	29,2	4,9***	2,4-9,7
Professions libérales (n=1 259)	34,2	4,0***	2,1-7,6
Professions intermédiaires (n=2 063)	28,1	3,1***	1,6-5,8
Employés (n=2 576)	20,7	3,0**	1,6-5,6
Ouvriers (n=1 851)	24,9	2,7***	1,4-5,1
Retraités (n=2 480)	3,0	2,1	1,0-4,8
Autres, sans activité (n=1 923)	26,4	2,6***	1,3-5,3

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

a. Odds ratio issu d'une régression logistique intégrant le sexe, l'âge et l'ensemble des variables décrites dans le tableau.

b. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.



l'augmentation des difficultés socio-économiques.

Parmi les 18-75 ans, plus de la moitié (53,2 %) ne déclarent aucune précarité telle que définie, 36,4 % une seule, 9,5 % deux et 0,9 % présente les trois précarités étudiées. Les femmes seraient plus « fragilisées » que les hommes ; elles sont 49,0 % à n'avoir pas de précarité (au sens défini précédemment) vs 57,7 % chez les hommes ($p < 0,001$).

Quelle que soit la dimension de qualité de vie considérée, la santé estimée baisse avec l'augmentation du nombre de précarités (Tableau XI).

Les personnes cumulant les trois types de précarité déclarent significativement plus que les autres avoir pensé au suicide au cours

des douze derniers mois (17,0 % vs 4,8 % pour aucune précarité ; $p < 0,001$) et avoir effectué une tentative de suicide au cours de la vie (27,4 % vs 4,0 % ; $p < 0,001$).

Par ailleurs, ce cumul est statistiquement lié à la prise de produits psychotropes ; que ce soient les antidépresseurs, les tranquillisants ou somnifères, ou encore le tabac ou le cannabis, le pourcentage de consommateurs est deux à trois fois plus élevé parmi les plus « fragilisés » (Tableau XII).

Si la fréquence de la consommation quotidienne d'alcool ne se trouve pas affectée par le cumul des facteurs de précarité, en revanche les quantités d'alcool bues la veille augmentent significativement à partir de trois précarités (3,7 vs 2,5 ; $p < 0,01$).

Tableau XI

Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon le nombre de précarités

	Score de santé physique ▲	Score de santé mentale ▲	Score de santé sociale ▲	Score de santé générale ▲	Score de santé perçue ▲	Score de dépression ▼	Score d'anxiété ▼	Score de douleur ▼
Nombre de précarités	***	***	***	***	***	***	***	***
0 (n=5 853)	73,5	75,6	69,7	73,0	74,6	30,8	25,8	33,4
1 (n=4 910)	70,0	72,8	66,1	69,7	70,9	31,9	29,2	37,5
2 (n=1 635)	65,6	66,8	63,5	65,3	67,3	34,8	34,6	40,8
3 (n=190)	61,6	60,2	60,4	60,8	65,9	39,3	40,4	47,0

*** $p < 0,001$.

▲ : plus le score est élevé, plus la santé estimée est bonne.

▼ : plus le score est élevé, plus la santé estimée est mauvaise.

Tableau XII

Consommation de produits psychoactifs selon le nombre de précarités (en pourcentage)

	Anti-dépresseurs (année) ***	Tranquillisants (année) ***	Tranquillisants (régulier) ***	Tabac (régulier) ***	Cannabis (régulier/répété) **	Alcool (quotidien) ***	Nombre de verres (veille) **
Nombre de précarités	***	***	***	***	**	***	**
0 (n=5 853)	7,3	14,8	7,5	27,5	3,1	22,9	2,5
1 (n=4 910)	10,6	16,2	9,7	30,5	3,5	20,7	2,5
2 (n=1 635)	14,0	22,3	15,1	34,7	4,6	17,9	2,6
3 (n=190)	22,6	25,2	17,0	54,7	8,5	13,3	3,7

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.



Discussion

L'analyse transversale de certains comportements de santé sous l'angle des critères socio-économiques confirme et apporte un éclairage quantitatif sur les grandes tendances énoncées par différents rapports.

Les préoccupations de santé déclarées par les Français en 1999 sont en concordance avec la hiérarchie des thèmes relevée par les enquêtes du Credoc [17] ou de l'IPSN [18] : alimentation et pollution font partie, comme en 1997 et 1992, des craintes prioritaires des Français. Si la crainte du chômage semble moins importante qu'en 1997, peut-être en partie avec les espoirs de la relance économique connus fin 1999, le sentiment de vulnérabilité reste toutefois sensiblement accru parmi les groupes sociaux les plus touchés par les réalités économiques : les femmes, les jeunes de 18-25 ans, les ouvriers, employés.

Les conséquences des situations économiques et des conditions de travail transparaissent sur la qualité de vie exprimée par les sujets.

L'expression de la satisfaction professionnelle, tout en étant bonne dans son ensemble, est sensiblement moindre chez les employés et ouvriers, et les personnes disposant de faibles revenus. Les indicateurs élevés de stress chez les cadres et les professions intermédiaires, et de pénibilité physique ressentie par les ouvriers et les agriculteurs sont à l'image des résultats des dernières enquêtes sur les conditions de travail [19]. Celles-ci font en effet état, entre 1991 et 1998, d'une augmentation générale des facteurs de pénibilité mentale et psychologique, alors même que les pénibilités physiques n'ont pas régressé [20, 21]. Une des explications à l'augmentation des indicateurs de charge mentale semble résider dans l'intensification des rythmes de travail, intensification repérée non seulement dans les enquêtes françaises, mais aussi dans les enquêtes européennes [21]. Or, si les liens entre charge mentale et santé restent encore ambivalents, les consé-

quences de ces nouvelles formes d'organisation du travail sont d'autant plus dommageables que certains individus, notamment ouvriers, employés, cumulent ces deux handicaps et voient réduire parallèlement leur marge d'initiative ou d'autonomie [22, 23]. Comme le soulignent S. Volkoff et A. Thébaud-Mony, les répercussions de ces nouvelles contraintes au plan de la santé sont d'autant plus importantes qu'elles sont appelées à s'étendre à l'avenir. « *La combinaison entre difficultés dans le travail, troubles de santé et risques pour l'emploi, compromet pour une part croissante de la population salariée les possibilités de compenser les déséquilibres, s'ils surviennent. Les inégalités de santé en lien avec le travail s'établissent ainsi tout au long des parcours professionnels* » [24].

Les facteurs d'insécurité du travail, la précarité des revenus, le chômage se reflètent indéniablement sur les craintes exprimées par les Français et les indices de qualité de vie :

- les scores de dépression et d'anxiété sont maximaux chez les jeunes générations 18-25 ans ;
- quels que soient les indices, santé perçue, score de santé physique, mentale ou sociale, les personnes au chômage présentent des scores significativement inférieurs aux personnes disposant d'un emploi. Les mêmes effets sont constatés suivant la situation liée aux disparités de revenus. Or, comme on le sait, la santé perçue, les valeurs et les besoins ressentis par les sujets, déterminent en grande partie les attitudes face à la prévention [17, 25], la demande de soins et la compliance à l'égard des traitements [26].

Corroborant les nombreuses enquêtes menées sur l'impact du chômage sur la qualité de vie [26], les données présentées ici mettent en évidence les conséquences de ce facteur sur les comportements de santé, notamment les tentatives de suicide. On observe également une augmentation de la fréquence des consommations de substances psychoactives (consommations de tabac, d'alcool, de cannabis).

Aux côtés des déterminants socio-économi-



ques, les poids des facteurs individuels et psychologiques, l'incidence des trajectoires de vie (ruptures, isolement) se trouvent totalement confirmés. Craintes, mal-être, souffrance psychique sont un premier témoignage de ces processus de fragilisation ; consommation de somnifères, tranquillisants, antidépresseurs un second témoin et les passages à l'acte, tentatives de suicide, les conséquences ultimes de « *l'enchaînement causal [possible] des facteurs de précarisation* » [5].

Comme le souligne le rapport du Haut Comité de la santé publique, « *les trajectoires des individus s'infléchissent dès lors qu'une fragilisation dure et se cumule avec d'autres fragilités* » [5]. L'hypothèse de P. Aiach et D. Cèbe, selon laquelle « *le cumul des handicaps et facteurs de risques est multiplié pour ceux qui sont dans une situation affective et professionnelle défavorable* » est validée [27].

L'ensemble de ces résultats interroge le champ des stratégies à mettre en œuvre, tant dans le domaine de la recherche que dans celui de la promotion de la santé.

Au plan de la recherche, il est nécessaire, comme le préconisent les responsables du rapport sur les inégalités sociales de santé [4], de pouvoir avancer dans la réflexion sur l'articulation entre les facteurs socio-économiques et les inégalités de santé en ayant une appréhension à la fois plus précise des situations sociales et des situations personnelles (instruments de repérage social à affiner) et une vision plus dynamique des phénomènes de précarisation (antériorité des événements et vision prospective). Des études longitudinales et des études qualitatives seraient également nécessaires pour compléter la compréhension des inégalités en terme de processus (pas seulement en terme d'état).

Au plan de l'action, il est indéniable que les politiques publiques ne peuvent prétendre réduire les inégalités de santé sans œuvrer conjointement sur une politique de l'emploi sur l'amélioration de la stabilité professionnelle et des conditions de travail, et sur l'amélioration des conditions de vie et de lo-

gement. La promotion de la santé doit s'intégrer dans une approche globale.

Si, comme le soulignent L. Dessaint et C. Fournier, les conditions d'une égalité des droits dans l'accès aux soins semblent aujourd'hui plus satisfaisantes (développement des équipements hospitaliers, qualité des prestations, meilleure couverture géographique, couverture médicale universelle) ; en revanche, l'accès à la prévention et l'éducation pour la santé restent encore très inégalement répartis [28]. Les inégalités structurelles (économiques, sociales, d'éducation) ne déterminent pas la même réceptivité et les mêmes attitudes en matière de gestion de son capital santé [17, 25, 26]. Les programmes d'éducation pour la santé se doivent de prendre en compte cette dimension culturelle des disparités sociales et veiller à toucher les publics les plus fragiles. Ces orientations constituent aujourd'hui l'une des priorités des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie. L'étude qualitative de la Sofres sur les attentes des catégories populaires en matière de communication sur la santé¹, apporte des éléments intéressants sur les effets induits du rapport au corps et à la santé, et l'utilisation des registres de communication [29].

Au-delà des recommandations pragmatiques que dégage l'étude, nous retiendrons les conseils éthiques qui sont soulignés en référence aux travaux du sociologue A. Erhenberg [30].

Face aux exigences contemporaines de la société (rapidité, efficacité, demande croissante de prise d'initiative et de responsabilité), l'individu est de plus en plus confronté à la difficulté à faire face à de telles demandes et au sentiment « *d'inachèvement* » qui en résulte (« *d'où la fatigue d'être soi* »). Les enjeux de santé publique et de responsabilisation en matière de santé sont des exigences supplémentaires. Les ressorts pour assumer une telle demande sont soumis à des variabilités individuelles, mais égale-

1. Effectuée à la demande du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)



ment à des disparités sociales. Aussi, l'éducation pour la santé auprès des catégories populaires se doit, plus qu'auprès de toute autre population, d'être vigilante à ne pas creuser le « sentiment d'échec » et, par voie de conséquence, la notion de fatalisme. Prendre en compte les spécificités de ces populations sans pour autant les stigmatiser, tel est l'enjeu difficile à réaliser.

L'impact des actions d'éducation pour la santé passe par le renforcement des compétences psychosociales : sentiment d'estime de soi, gestion de ses émotions, capacité d'autonomie, prise de décision.

En matière d'évaluation, ces suggestions plaident pour une plus grande utilisation des échelles de qualité de vie en France, tant dans le domaine clinique que dans celui de la recherche en sociologie ou en psycholo-

gie sociale [26], ainsi qu'un affinement des enquêtes qualitatives. Les inégalités sont aujourd'hui renforcées par les capacités individuelles d'adaptation ou d'inadaptation des individus à une société de plus en plus rapide et de moins en moins sécurisante. « On assiste aujourd'hui à une diversification croissante des trajectoires individuelles. Les nouvelles inégalités ne sont plus simplement des inégalités de structure entre groupes sociaux mais sont également présentes à l'intérieur même de chaque groupe social. Il y a là un défi lancé aux sciences sociales : trouver les instruments adaptés pour éclairer ce nouveau type d'inégalités » [31]. Pierre Rosenvallon conclut à la nécessité d'une « compréhension biographique du social ».

références bibliographiques

1. Haut Comité de la santé publique. *La Santé en France 1994-1998*. Paris : La Documentation française, 1998 : 309 p.
2. Badeyan G. *État de santé de la population en France : un bilan contrasté*. Solidarité santé 1997 ; 2 : 7-18.
3. Haut Comité de la santé publique. *Rapport général : la santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994 : 333 p.
4. Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous la dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte/Inserm Recherches, 2000 : 448 p.
5. Haut Comité de la santé publique/ministère de l'Emploi et de la Solidarité/secrétariat d'État à la Santé. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, 1998 ; 285 p.
6. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees). *Définir les inégalités. Des principes de justice à leur représentation sociale*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, coll. Ouvrages de la MiRe, juin 2000 : 188 p.
7. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees). *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, coll. Ouvrages de la MiRe, juin 2000 : 222 p.
8. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (Drees). *Réduire les inégalités. Quel rôle pour la protection sociale ?* Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, coll. Ouvrages de la MiRe, juin 2000 : 183 p.
9. Lecomte T., Mizrahi A., et al. *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux*. Solidarité santé 1997 ; 2 : 65-75.
10. Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.-P., Michaud C. *Baromètre santé nutrition adultes 1996*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1996 : 174 p.
11. Leplège A., Mesbah M., Marquis P. *Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie : le MOS SF-36 (version 1. 1.)*. Rev. Épidémiol. et Santé pub. 1995 ; 43 : 371-9.



12. Bucquet D., Condon S., Ritchie K. *The French version of the Nottingham Health Profile: a comparison of item weights with those of the source version.* Soc. Sci. Med. 1990 ; 30 : 829-35.
13. EuroQol Group. *EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life.* Health Policy 1990 ; 16 : 199-208.
14. Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J. M., Bouchet, Briçon S. *Profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé.* Santé publique 1997 ; 9^e année, n° 1 : 35-44.
15. Le Whoqol 100 de l'OMS. Voir sites Internet : www.who.int ; www.quimed.org
16. Auquier P., Siméoni M. C., San Marco J.-L. *Les adolescents partenaires des acteurs de santé. Apport de la mesure de la qualité de vie.* Sénat, 22 mars 2001 ; 6.
17. Quéau (Le) P., Olm C. *La perception de la santé en France.* Paris : Credoc, coll. des rapports, 1998 ; n° 185 : 134 p.
18. Bonnefous S., Brenot J., Richard V. *Perception des risques et de la sécurité.* IPSN, rapport d'étude, juin 1996.
19. Dares. *Les conditions de travail en enquêtes, résultats des enquêtes sur les conditions de travail de 1978, 1984 et 1991.* Document d'études, n° 29.
20. Cézard M., Hamon-Cholet S. *Efforts et risques au travail en 1998.* Premières synthèses. Dares, 1999 ; n° 27. 1.
21. Hamon-Cholet S., Rougerie C. *La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés.* Économie et statistique 2000 ; 339-40 : 243-55.
22. Gollac M., Volkoff S. *Les conditions au travail.* Paris : La Découverte, coll. Repères, 2000 : 80-1.
23. Menahem G. *Intensification du travail et santé : la balance entre plus d'efficacité et plus d'inégalités : XX^{es} journées de l'AES.* Toulouse : L'Harmattan, 2000.
24. Volkoff S., Thébaud-Mony A. *Santé au travail : l'inégalité des parcours.* In : *Les inégalités sociales de santé.* La Découverte/Inserm Recherches, 2000 : 349-61.
25. Le Quéau P., Olm C. *La construction sociale de la perception de la santé.* ADSP 1999 ; n° 4-5 : 297-319.
26. Retel-Rude N., Inonescu A., Leplège A. *Qualité de vie liée à la santé des personnes en situation de chômage : revue de la littérature.* Journal d'économie médicale 1998 ; 16 (4-5) : 297-319.
27. Aiach P., Cèbe D. *Les inégalités sociales de santé.* La Recherche 1994 ; 25 : 100-9.
28. Dessaint L., Fournier C. *Égalité des droits, égalité des changes : l'accès aux soins.* Rev. fr. aff. Soc. 1998 ; 4 : 43-56.
29. CFES. *Inégalités sociales et communication en santé : les attentes des catégories populaires.* Vanves : CFES, doc. de travail, 2000 : 93 p.
30. Erhenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société.* Paris : Odile Jacob, 1998 : 318 p.
31. Rosenvallon P. *Du statut social aux trajectoires de vie.* In : *Inégalités sociales, au-delà des idées reçues.* Sciences Humaines 1997 ; 72 : 32-3.







La santé des personnes âgées de 60 à 75 ans

Christiane Dressen, Hélène Perrin

l'essentiel en quelques chiffres...

Santé physique et consommation de soins

Les personnes âgées de 60 à 75 ans disent beaucoup plus fréquemment que leurs cadets de 45-59 ans souffrir de problèmes de santé physique. Elles sont près d'une sur deux à déclarer avoir une maladie chronique *versus* un tiers seulement parmi les 45-59 ans. 22,0 % disent souffrir d'un handicap physique, alors que c'est le cas de 16,5 % des 45-59 ans. Les difficultés motrices rencontrées dans les actes du quotidien, telles que la montée d'un escalier, sont aussi plus fréquentes chez les 60-75 ans. En revanche, ils ne se plaignent pas plus que leurs cadets de douleurs physiques difficiles à supporter. Plus de 9 personnes sur 10 de 60 à 75 ans ont eu recours à un médecin généraliste pendant l'année, alors que c'est le cas de 8 personnes sur 10 parmi les 45-59 ans. La consultation du dentiste est, en revanche, moins fréquente. De même, pour les femmes, le recours à des professionnels de la santé mentale est nettement moins fréquent. Seules 3,1 % des femmes de 60 à 75 ans en ont consulté un dans l'année, alors que le double (6,6 %) l'a fait parmi les 45-59 ans. Les personnes âgées, quel que soit le sexe, sont néanmoins de plus

fréquents consommateurs de tranquillisants ou de somnifères que leurs cadets.

Qualité de vie

Les 60-75 ans ne déclarent pas plus de problèmes de sommeil que les 45-59 ans. Ce résultat doit néanmoins être considéré avec prudence compte tenu de leur plus grande consommation de somnifères. Les déclarations relatives à leur nutrition révèlent une plus grande régularité dans les prises alimentaires. Les hommes comme les femmes sautent moins fréquemment le petit déjeuner et le déjeuner que les 45-59 ans. Ils pratiquent un sport aussi fréquemment que les 45-59 ans. Cependant, lorsque l'on analyse la pratique sportive au sein des 60-75 ans, il s'avère que la fréquence de celle-ci diminue nettement avec l'âge, les 70-75 ans étant 24,6 % à avoir fait du sport au cours de la semaine précédant l'enquête, alors que 39,1 % des 60-64 ans en ont fait.

La perception par les 69-75 ans de leur état de santé considérée dans toutes ses dimensions, est globalement moins bonne que pour les 45-59 ans. Cependant, une analyse différenciée par sexe montre que les hommes déclarent au contraire une meilleure santé générale.

Les deux sexes se rejoignent, en revanche, au niveau de la perception de leur état de santé physique : une certaine dégradation est ressentie pour les individus de 60 à 75 ans par rapport à ceux de 45-59 ans, mais une meilleure santé mentale et sociale est déclarée par les plus âgés. L'accroissement du score de Duke de santé mentale est plus net parmi les hommes que parmi les femmes de 60 à 75 ans qui, par ailleurs, ont un niveau de satisfaction par rapport à leur santé mentale plus faible que les hommes. Les personnes de 60 à 75 ans ont également tendance à déclarer un niveau d'anxiété et de dépression

moins élevé que leurs cadets de 45-59 ans. Cette plus grande qualité de vie au niveau de la santé mentale se retrouve dans les déclarations relatives aux pensées suicidaires. 6,3 % des individus de 45 à 59 ans ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, alors qu'ils ne sont plus que 4,3 % parmi les 60-75 ans à y avoir songé. Lorsque l'on analyse les pensées suicidaires selon le sexe, cette différence n'apparaît que pour les femmes dont 4,9 % des 60-75 ans ont pensé au suicide *versus* 7,8 % parmi les 45-59 ans.



Les spécificités des individus de 60 à 75 ans en matière de santé et au niveau du mode de vie (passage de la vie active à la retraite, vie sociale et qualité de vie qui s'en trouvent modifiées) en font un groupe d'intérêt privilégié dans le cadre de cet ouvrage sur les comportements, attitudes et opinions de santé. Si l'accroissement des problèmes de santé avec l'âge est un fait pour certains individus, la sortie de la vie active peut entraîner des améliorations de la santé considérée au sens large du terme. La disponibilité en temps, la disparition d'éventuels facteurs nocifs à l'état de santé, liés au monde du travail, tels que le stress, des tâches physiques pénibles, etc., sont autant d'éléments susceptibles d'être bénéfiques à la santé des 60-75 ans.

Par ailleurs, le vieillissement de la population accroît le poids de cette tranche d'âge et cette tendance devrait s'accroître dans les années à venir.

Au dernier recensement de 1999, les personnes de 60 à 74 ans représentaient 13,6 % de la population générale (soit pratiquement 8 millions) et celles de 75 ans et plus 7,7 % de la population (4,5 millions) [1]. La part des plus de 60 ans est de plus en plus importante

dans la population, puisque leur proportion est passée de 12,7 % en 1901 à 16 % en 1946, 18,4 % en 1975 et 21,4 % en 1999 [2]. Depuis la deuxième moitié du ^{xx}e siècle, cette augmentation provient essentiellement de la tranche des 75 ans et plus. Selon des projections démographiques de l'Insee à l'horizon 2020, les personnes de plus de 60 ans représenteront 27 % de la population et celles de plus de 75 ans 9,5 % [2].

Les aspects médicaux [3, 4], psychologiques [5], mais aussi économiques [6, 7] et sociaux [8-10] liés à la santé des sujets âgés ont fait l'objet de nombreux écrits dans la littérature. L'objectif de ce chapitre n'est cependant pas de traiter de toutes les dimensions qui doivent être prises en compte dans la mise en place d'une politique de santé. Il est plutôt de dresser un tableau de la santé physique, sociale et mentale des personnes âgées, telle qu'elles la déclarent, afin d'avoir une connaissance plus précise de leur état de santé au sens large, connaissance préalable à toute action de santé publique menée en direction de cette tranche d'âge.

Nous avons fait le choix, pour cette étude, de nous limiter aux 60-75 ans pour deux raisons principales. Le type d'enquête utilisé, par téléphone et à domicile, ne permet pas d'interroger les personnes résidant en institution et rend difficile l'interview de sujets ayant des difficultés physiques et éventuellement malentendants. Or, la proportion de

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



personnes résidant en maison de retraite ou en services de soins de longue durée augmente sensiblement avec l'âge au-delà de 75 ans et la dépendance croît fortement avec l'âge après 80 ans [2]. Au contraire, entre 60 et 75 ans, les incapacités sévères concernent peu d'individus et la très grande majorité des personnes vit chez elle et est autonome.

Par ailleurs, nous avons aussi choisi, contrairement à ce qui avait été fait dans le Baromètre santé adultes 95/96, de ne pas détailler les comportements de santé des 60-75 ans, notamment en ce qui concerne la consommation de tabac et d'alcool, dans la mesure où ceux-ci sont déjà traités dans les chapitres consacrés à ces thèmes.

Dans ce chapitre, seront tout d'abord présentées quelques caractéristiques sociodémographiques générales (sexe, âge, situation matrimoniale, revenu) des 60-75 ans comparés aux 45-59 ans, tranche d'âge d'une étendue de quinze ans également et plus homogène que l'ensemble des individus de moins de 60 ans. Certains éléments liés à la santé physique des personnes âgées seront ensuite mis en perspective. Les problèmes de santé physique ayant tendance à croître avec l'âge, le recours aux soins s'en trouve probablement modifié, ce qui nous conduira, dans un troisième temps, à analyser la consommation de soins des 60-75 ans. Une analyse de leur qualité de vie, portant à la fois sur des aspects physiques (sommeil, nutrition, pratique du sport), sociaux (relations sociales) et liés à la santé mentale (anxiété, dépression, pensées suicidaires) conclura le chapitre.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques de la population des 60-75 ans

Le *Tableau I* présente une description rapide de quelques caractéristiques sociodémographiques des individus de 60-75 ans, comparées à celles des 45-59 ans.

Tableau I

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des 60-75 ans comparé à celui des 45-59 ans (en pourcentage)

	45-59 ans (n=3 046)	60-75 ans (n=2 487)
Sexe*^a		
Hommes	50,8	47,5
Femmes	49,2	52,5
Situation matrimoniale actuelle***^a		
Célibataire	7,9	5,5
Marié(e) pour la 1 ^{re} fois	73,8	67,1
Remarié(e) après un divorce	5,4	3,6
Remarié(e) après un veuvage	0,5	0,8
Veuf(ve)	3,3	16,7
Divorcé(e) ou séparé(e)	9,0	6,1
Revenu mensuel du ménage/UC***^{a, b}		
Moins de 6 000 F	24,1	37,8
De 6 000 F à moins de 10 000 F	33,4	38,4
Au moins 10 000 F	42,5	23,8

* : p<0,05. *** : p<0,001. Chi² de Pearson.

a. Test de la répartition parmi les 45-59 ans vs les 60-75 ans.

b. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

Les 60 à 75 ans constituent 19,8 % de l'échantillon des 18-75 ans. Ils comptent légèrement plus de femmes que d'hommes (52,5 % vs 47,5 % respectivement ; p<0,05). La répartition hommes/femmes est légèrement moins équilibrée que celle observée parmi les 45-59 ans.

La situation matrimoniale varie de façon significative entre les deux périodes, avec une augmentation très nette de la part des veufs parmi les individus de l'échantillon (16,7 % des 60-75 ans vs 3,3 % des 45-59 ans). Du fait de l'espérance de vie plus élevée des femmes par rapport aux hommes, le veuvage est plus fréquent parmi les femmes (26,1 %) que parmi les hommes (6,4 %). Une différence significative apparaît également au niveau de la répartition des revenus entre les deux classes d'âge, ceci au détriment des 60-75 ans. En effet, la part de

ceux possédant un revenu mensuel par unité de consommation (UC)¹ inférieur à 6 000 francs augmente, alors que celle des individus touchant au moins 10 000 francs diminue.

Les individus de 60-75 ans présentent ainsi des spécificités au niveau de certaines caractéristiques socio-économiques déterminantes, qui peuvent avoir une influence sur les comportements de santé (influence du veuvage sur la santé mentale par exemple [11]). Quelques critères de santé physique sont à présent analysés, afin de voir si les 60-75 ans ont, sur ce point également, des caractéristiques particulières.

Quelques problèmes de santé physique

L'objectif ici n'est pas de dresser une liste exhaustive de toutes les maladies et symptômes pouvant toucher les personnes âgées, mais de présenter des problèmes de santé dont la personne souffre au quotidien

1. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

(maladie chronique, handicap physique, difficultés dans les déplacements, douleur difficile à supporter).

Les 60-75 ans déclarent, pour tous les éléments de santé physique que nous avons analysés, davantage de difficultés que les 45-59 ans. Ainsi, ils sont en proportion plus nombreux à souffrir d'une maladie chronique. Près d'une personne sur deux de 60 à 75 ans (46,9 % des hommes et 45,9 % des femmes) déclare en avoir une, alors que moins d'une sur trois en souffre parmi les 45-59 ans ($p < 0,001$) (Tableau II). Par ailleurs, plus les individus sont âgés, plus ils sont atteints par ce type de maladie. Les principales pathologies chroniques déclarées sont présentées dans le Tableau III.

Les 60-75 ans souffrent aussi davantage de handicaps physiques que leurs cadets (21,8 % vs 16,5 % ; $p < 0,001$). Un homme sur cinq déclare un handicap contre un peu moins d'un sur six parmi les 45-59 ans. Ces proportions sont légèrement supérieures pour les femmes, puisque 22,6 % de celles de 60-75 ans déclarent avoir un handicap physique alors qu'elles sont seulement 17,0 % parmi les 45-59 ans ($p < 0,001$).

Dans le même sens, des difficultés motri-

Tableau II

Quelques problèmes de santé physique selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	Avoir une maladie chronique	Avoir un handicap physique	Avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter	Avoir beaucoup de difficultés à monter les escaliers
Hommes^a	***	**		***
45-59 ans (n=1 350)	26,5	16,1	27,1	3,4
60-75 ans (n=970)	46,9	20,9	27,1	4,8
60-64 ans (n=368)	43,8	21,3	27,6	2,5
65-69 ans (n=324)	48,1	19,5	24,4	3,6
70-75 ans (n=278)	48,8	22,1	29,8	8,6
Femmes^a	***	***	*	***
45-59 ans (n=1 696)	31,4	17,0	31,4	4,1
60-75 ans (n=1 517)	45,9	22,6	35,7	8,4
60-64 ans (n=509)	42,2	23,3	32,7	6,8
65-69 ans (n=507)	45,9	18,4	36,8	6,3
70-75 ans (n=501)	49,2	26,8	37,1	12,2

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

a. Test de répartition des 45-59 ans vs les 60-75 ans.



Tableau III

**Principales maladies chroniques
déclarées par les 60-75 ans
(en pourcentage)**

	45-59 ans (n=3 046)	60-75 ans (n=2 487)
Hypertension	5,8	10,3***
Diabète	2,2	6,1***
Maladie cardiaque	1,6	5,7***
Cholestérol	3,1	4,8**
Asthme	2,3	3,3*
Cancer	0,6	1,6**

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

ces, se traduisant par le fait d'avoir du mal à monter les escaliers, touchent davantage les 60-75 ans que les 45-59 ans. De façon très nette, cette tendance semble s'accroître¹ à partir de 70 ans : pour les femmes, la proportion de celles de 70 à 75 ans déclarant de telles difficultés est presque deux fois plus élevée que parmi les sexagénaires et, pour les hommes de 70 à 75 ans, elle est trois fois plus élevée que pour les 60-64 ans et plus du double de celle des 65-69 ans.

En ce qui concerne la douleur, en revanche, les 60-75 ans, tout sexe confondu, ne semblent pas être confrontés à une douleur physique intense plus fréquemment que les 45-59 ans. Ils sont 34,2 % vs 32,1 % parmi les 45-59 ans, mais la différence n'est pas significative.

Cependant, lorsque l'on analyse la question selon le sexe, une différence entre les deux tranches d'âge apparaît pour les femmes. Celles de 60-75 ans déclarent davantage que celles de 45-59 ans avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter. Parmi les hommes, aucune différence significative entre les deux tranches d'âge n'apparaît. Les problèmes de santé physique des 60-75 ans ont très certainement une influence sur leur consommation médicale.

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

Pour étudier cet aspect, une analyse de la consommation de soins et de médicaments est présentée dans ce qui suit.

Consommation de soins et de médicaments

Sont analysés ici, par âge et par sexe, la proportion d'individus ayant consulté au moins une fois dans l'année un généraliste ou un spécialiste et le nombre moyen de consultations chez ces différents professionnels de santé.

Une consommation de soins plus importante parmi les plus âgés s'observe pour la consultation de médecins généralistes. En effet, 90,6 % des hommes de 60 à 75 ans en ont consulté un au moins une fois dans l'année, alors que c'est le cas de seulement 77,6 % des 45-59 ans (p<0,001) (Tableau IV). Avec une différence moins marquée, la fréquence des femmes de 60-75 ans ayant vu un généraliste dans l'année (91,5 %) est plus élevée que pour les 45-59 ans (87,1 % ; p<0,001). De plus, le nombre moyen annuel de consultations est plus élevé pour les 60-75 ans, quel que soit le sexe.

De façon peut-être surprenante, on n'observe pas de différence significative au niveau du recours à la kinésithérapie entre les 45-59 ans et les 60-75 ans. Cependant, pour les individus ayant suivi des séances de kinésithérapie, le nombre moyen de consultations par an est plus élevé pour les individus les plus âgés. Il est en effet de 12,2 pour les hommes, de 60-75 ans contre 10,7 pour ceux de 45-59 ans et, pour les femmes, de 15,9 pour les 60-75 ans contre 12,9 pour les 45-59 ans. En revanche, la fréquentation du dentiste au cours des douze derniers mois est proportionnellement moins élevée parmi les 60-75 ans.

Un autre résultat intéressant concerne la consultation de professionnels de la santé mentale (psychiatre, psychanalyste ou psychologue). S'il ne ressort aucune différence significative entre la consommation des hommes de 45-59 ans et celle des 60-75 ans, il n'en est pas de même pour les femmes. Un moindre recours à ce type de

Tableau IV

Consommation de soins au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge

	Médecin généraliste		Kinésithérapeute		Dentiste		Professionnel de la santé mentale	
	%	nbre de fois	%	nbre de fois	%	nbre de fois	%	nbre de fois
Hommes	***	***	***	***	***	***	***	***
45-59 ans (n=1 350)	77,6	4,2	15,3	10,7	54,3	3,1	3,5	14,5
60-75 ans (n=970)	90,6	5,3	16,4	12,2	46,0	2,7	2,1	6,3
60-64 ans (n=368)	87,3	4,8	19,2	14,1	53,0	2,4	2,5	14,3
65-69 ans (n=324)	94,6	5,4	14,8	12,2	45,6	2,6	1,9	1,7
70-75 ans (n=278)	89,2	5,9	15,5	9,7	39,1	3,0	1,9	1,1
Femmes	***	***	***	***	***	***	***	***
45-59 ans (n=1 696)	87,1	4,8	20,2	12,5	63,7	3,17	6,6	11,1
60-75 ans (n=1 517)	91,5	6,1	22,9	15,9	52,9	3,19	3,1	7,5
60-64 ans (n=509)	89,7	5,8	21,6	15,5	52,6	3,1	2,6	10,4
65-69 ans (n=507)	91,4	6,0	23,5	14,8	59,7	2,8	3,4	4,5
70-75 ans (n=501)	93,2	6,6	23,5	17,4	45,5	3,7	1,4	6,9

*** : p<0,001. Chi² de Pearson ou test de Student.

professionnels est observé parmi les femmes les plus âgées. De plus, quel que soit le sexe, le nombre moyen de consultations par an diminue avec l'âge¹. Ces résultats qui pourraient aller dans le sens d'une meilleure santé mentale des personnes âgées doivent néanmoins être analysés au vu des chiffres sur la consommation d'antidépresseurs, de tranquillisants et de somnifères.

Aucune différence significative entre les 45-59 ans et les 60-75 ans n'est observée en ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs et ce, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. On peut noter, par ailleurs, au sein de chaque tranche d'âge, une consommation plus importante des femmes par rapport aux hommes (p<0,01) (Tableau V).

Une différence significative entre les 45-59 ans et les 60-75 ans apparaît, en revanche, au niveau de la consommation de tranquillisants ou de somnifères. Parmi les hommes, 17,2 % des 60 à 75 ans y ont recours

vs 13,2 % des 45-59 ans. La proportion des femmes consommatrices de ces médicaments passe de 24,7 % parmi les 45-59 ans à 28,4 % parmi les 60-75 ans

Tableau V

Consommation de médicaments selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	Antidépresseurs		Tranquillisants ou somnifères	
	Au cours de l'année	Au cours des douze derniers mois	Régulièrement au cours des trente derniers jours	
Hommes		*	***	
45-59 ans (n=1 350)	7,8	13,2	7,0	
60-75 ans (n=970)	7,2	17,2	12,4	
60-64 ans (n=368)	7,5	16,0	10,8	
65-69 ans (n=324)	7,8	16,2	11,6	
70-75 ans (n=278)	6,2	19,8	15,2	
Femmes		*	***	
45-59 ans (n=1 696)	15,1	24,7	15,2	
60-75 ans (n=1 517)	13,9	28,4	23,0	
60-64 ans (n=509)	15,6	23,5	19,9	
65-69 ans (n=507)	14,8	30,3	25,0	
70-75 ans (n=501)	11,3	30,5	23,5	

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

1. Les chiffres relatifs au nombre de consultations par an chez des professionnels de la santé mentale dans les tranches d'âge 60-64 ans, 65-69 ans et 70-75 ans sont à considérer avec prudence dans la mesure où le nombre d'observations est très faible : 23 pour les hommes et 47 pour les femmes.



($p < 0,05$). Comme pour les antidépresseurs, on note une surconsommation des femmes par rapport aux hommes, quelle que soit la tranche d'âge considérée ($p < 0,01$).

Qualité de vie

La qualité de vie des personnes âgées est appréhendée à la fois par des informations relatives au sommeil, à la nutrition, à la pratique d'un sport et par des scores de santé dits « scores de Duke ». Ces derniers sont construits par combinaison des résultats à 17 questions relatives à la qualité de vie des individus au niveau physique, mental et social. Le score de santé générale est un score global qui regroupe ces trois dimensions (cf. chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans). Des informations sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide chez les 60-75 ans sont aussi présentées afin d'affiner l'analyse du score de santé mentale.

Les problèmes de sommeil ne semblent pas, d'après les déclarations des individus interrogés, plus importants parmi les 60-75 ans. En effet, aucune différence significative n'apparaît entre les 45-59 ans et les

60-75 ans (Tableau VI). Cependant, la plus grande consommation de tranquillisants ou de somnifères dans cette tranche d'âge, constatée plus haut, est susceptible de masquer d'éventuelles difficultés à ce niveau.

Ici encore, une différence significative selon le sexe est à noter. Dans les deux tranches d'âge considérées (45-59 ans et 60-75 ans), la part de femmes déclarant des problèmes de sommeil est deux fois plus élevée que celle des hommes.

Les résultats concernant la nutrition s'avèrent plutôt inattendus. La littérature, en effet, souligne souvent une mauvaise nutrition engendrée par certains problèmes physiques dont souffrent les personnes âgées (modification du goût, perte d'appétit [12], problèmes de dentition, de déglutition). Or ici, les résultats vont au contraire dans le sens d'une plus grande régularité dans les prises alimentaires des personnes âgées qui déclarent moins souvent sauter de repas que leurs cadets. La proportion d'hommes de 60 à 75 ans qui ne prennent pas de petit déjeuner (8,9 %) est deux fois moins élevée que parmi les 45-59 ans (18,8 % ; $p < 0,001$). Le saut du petit déjeuner est

Tableau VI

Sommeil, sport et nutrition selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	Avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours	Avoir fait du sport au cours des sept derniers jours	Avoir sauté un repas au cours des sept derniers jours		
			Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner
Hommes			***	***	
45-59 ans (n=1 350)	9,2	34,2	18,8	11,6	6,2
60-75 ans (n=970)	9,5	35,0	8,9	4,0	6,2
60-64 ans (n=368)	9,8	41,4	10,3	5,5	4,1
65-69 ans (n=324)	7,9	37,3	9,1	2,3	7,7
70-75 ans (n=278)	11,1	25,3	7,2	4,7	6,5
Femmes			**	***	
45-59 ans (n=1 696)	19,5	32,9	13,2	13,8	8,1
60-75 ans (n=1 517)	19,2	29,7	9,1	5,4	7,5
60-64 ans (n=509)	19,9	36,9	10,1	7,2	9,2
65-69 ans (n=507)	18,9	29,0	8,7	5,1	7,1
70-75 ans (n=501)	18,8	24,0	8,6	4,3	6,5

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

aussi nettement moins fréquent pour les femmes âgées puisqu'elles sont seulement 9,1 % à ne pas l'avoir pris (au moins une fois) au cours des sept derniers jours parmi les 60-75 ans vs 13,2 % parmi les 45-59 ans ($p<0,01$). On voit également que ce phénomène s'accroît avec l'âge puisque l'observation des chiffres par tranches de cinq ans montre que ces proportions tendent à décroître de façon linéaire.

La même différence entre les 45-59 ans et les 60-75 ans est observée en ce qui concerne le déjeuner : les hommes et les femmes plus âgés sautent moins ce repas que les plus jeunes. En revanche, on n'observe pas de différence significative selon l'âge au niveau du dîner.

De façon globale, les 60-75 ans ne semblent pas faire moins de sport que les 45-59 ans. Cependant, une analyse au sein des 60-75 ans montre que la pratique d'un sport diminue de façon significative ($p<0,001$) avec l'âge, les 60-64 ans étant 39,1 % à en faire, les 65-69 ans, 32,9 % et les 70-75 ans, 24,6 %.

Le score de santé générale passe de 69,8 pour les 45-59 ans à 69,0 pour les 60-75 ans, tout sexe confondu, la différence étant significative ($p<0,001$). Considérée de façon globale, la santé des 60-75 ans apparaît moins bonne que celle des 45-59 ans. Cependant, lorsque l'on analyse cette variable selon le sexe, une différence ressort puisque la tendance d'une moins bonne santé générale parmi les 60-75 ans est observée pour les femmes seulement, alors que l'inverse se produit pour les hommes. Ce résultat d'une meilleure perception, par les hommes les plus âgés, de leur santé générale est à relier aux différences par sexe observées lorsque l'on analyse séparément les scores de santé physique, mentale et sociale. En effet, la qualité de vie, dans sa dimension physique, décroît aussi bien pour les hommes que pour les femmes de 60-75 ans relativement à ceux de 45-59 ans, mais la décroissance est plus importante pour les femmes (-5,8 points) que pour les hommes (-4,4 points) (Tableau VII). De plus, cet effet est accentué par l'évolu-

Tableau VII

Scores de Duke selon le sexe et l'âge

	Santé générale	Santé physique	Santé mentale	Santé sociale
Hommes	***	***	***	***
45-59 ans (n=1 350)	72,8	75,9	77,2	65,5
60-75 ans (n=970)	73,0	71,5	80,0	67,2
	***	***	***	***
60-64 ans (n=368)	73,3	73,7	79,7	66,6
65-69 ans (n=324)	74,0	73,5	80,1	68,0
70-75 ans (n=278)	71,2	66,5	80,4	66,8
Femmes	***	***	***	***
45-59 ans (n=1 696)	66,6	65,2	68,5	66,1
60-75 ans (n=1 517)	65,2	59,4	69,0	67,1
	***	***	***	***
60-64 ans (n=509)	66,3	62,8	68,3	67,6
65-69 ans (n=507)	65,3	60,5	68,5	66,4
70-75 ans (n=501)	64,2	54,9	70,2	67,4

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

tion des scores de santé mentale et sociale, plus favorable aux hommes qu'aux femmes. Contrairement à la santé physique, la santé dans ses dimensions mentale et sociale semble meilleure parmi les plus âgés. Le score de santé mentale passe, en effet, de 72,9 pour les 45-59 ans à 74,3 pour les 60-75 ans et celui de santé sociale de 65,8 à 67,1 respectivement. Cet accroissement est plus net pour les hommes que pour les femmes (+2,8 points contre +0,5 point pour la santé mentale et +2,2 points contre +1 point pour la santé sociale) ce qui, comme nous l'avons signalé, explique en partie le meilleur score de santé générale des hommes.

Cette amélioration, quel que soit le sexe, du score global de santé mentale après 60 ans se retrouve au niveau des scores d'anxiété et de dépression. Leur valeur diminue, ce qui est le signe d'une amélioration perçue de la qualité de vie à ce niveau. Ainsi, le score d'anxiété passe de 28,5 pour les hommes de 45-59 ans à 24,1 ($p<0,001$) pour ceux de 60-75 ans et, pour les femmes, respectivement de 35,1 à 31,7 ($p<0,001$). Le score de dépression décroît de 23,1 à 21,2 ($p<0,001$) pour les hommes



et de 33,1 à 32,6 pour les femmes. L'observation de ces différents indicateurs révèle donc que les individus de 60-75 ans ont une meilleure perception de leur santé mentale que les 45-59 ans.

Un autre point intéressant est celui de la différence très nette, selon le sexe, des niveaux des scores de santé physique et mentale. Les femmes ont une perception beaucoup plus négative que les hommes de ces deux aspects de leur qualité de vie. En revanche, la dimension sociale ne fait pas l'objet d'une telle discrimination par sexe. Quelle que soit la tranche d'âge considérée, les différences de score de santé sociale entre les deux sexes ne sont pas significatives.

La constatation d'une meilleure santé mentale perçue des individus de plus de 60 ans par rapport à ceux de 45-59 ans peut surprendre au vu de la littérature sur le suicide des personnes âgées. On sait, en effet, que le taux de suicide augmente fortement avec l'âge [10], si bien que l'on pourrait s'attendre à une santé mentale moins bonne pour les 60-75 ans. L'analyse des pensées suicidaires selon l'âge et le sexe présentée ci-dessous apporte un élément d'information supplémentaire sur ce point.

Les données relatives aux pensées suicidaires au cours de l'année précédant l'enquête vont dans le même sens que le score de Duke de santé mentale : les personnes âgées déclarent une meilleure santé mentale que les adultes plus jeunes. Le pourcentage de pensées suicidaires passe, en effet, de 6,3 % pour les 45-59 ans à 4,3 % parmi les 60-75 ans ($p < 0,01$) (Tableau VIII). Une différence entre les sexes apparaît puisque pour les hommes, la différence n'est pas significative alors qu'elle l'est pour les femmes. Elles sont 7,8 % parmi les 45-59 ans à avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année, alors que c'est le cas pour seulement 4,9 % des femmes de 60-75 ans. La proportion des femmes ayant eu des pensées suicidaires est deux fois moins élevée parmi les 70-75 ans que parmi les 60-64 ans, alors qu'elle est quasiment identique pour les hommes à ces deux âges de la vie (respectivement 3,3 % vs 4,9 %).

Tableau VIII

Pensées suicidaires selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

Hommes	
45-59 ans (n=1 350)	4,8
60-75 ans (n=970)	3,6
60-64 ans (n=368)	4,9
65-69 ans (n=324)	2,7
70-75 ans (n=278)	3,3
Femmes	
	**
45-59 ans (n=1 696)	7,8
60-75 ans (n=1 517)	4,9
	*
60-64 ans (n=509)	7,4
65-69 ans (n=507)	4,1
70-75 ans (n=501)	3,5
Total	
	**
45-59 ans (n=3 046)	6,3
60-75 ans (n=2 487)	4,3

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

Discussion

Les analyses qui comparent les comportements de santé des 45-59 ans aux 60-75 ans doivent se faire en gardant à l'esprit qu'il n'est pas possible, dans ce type d'enquête transversale, d'isoler la part des différences dues au vieillissement (*effet âge*) de celle due à des différences générationnelles.

Santé physique et consommation de soins

Phénomène assez prévisible, il ressort de l'analyse comparative que les 60-75 ans ont une moins bonne santé physique que les 45-59 ans selon des critères tels que avoir une maladie chronique, un handicap physique et des difficultés à monter les escaliers. Quel que soit le sexe, les individus les plus âgés déclarent davantage de difficultés sur ces différents points. De même, le score de Duke dans sa dimension physique est plus faible pour les 60-75 ans que pour les 45-

59 ans, ce qui traduit une moindre qualité de vie à ce niveau. Ils déclarent également plus souvent des douleurs physiques intenses au cours des douze derniers mois (cf. chapitre Douleur).

Ces problèmes de santé physique entraînent une consommation plus élevée de certains soins médicaux. C'est le cas des consultations d'un médecin généraliste qui sont plus importantes en fréquence et en nombre, pour les hommes comme pour les femmes, parmi les 60-75 ans. D'autres soins, en revanche, sont moins utilisés du fait certainement d'une évolution des besoins avec l'âge. Il s'agit, par exemple, des consultations chez un dentiste, probablement rendues moins nécessaires par la plus grande utilisation de prothèses dentaires dans cette tranche d'âge. Une culture curative différente pour cette génération peut aussi être à l'origine d'une moindre consommation de certains types de soins comme le recours à des professionnels de la santé mentale.

Santé mentale

Si la moins bonne santé physique des 60-75 ans était un phénomène assez attendu, il n'en est pas de même en ce qui concerne les résultats sur la santé mentale. Selon les données de l'enquête et quel que soit le sexe, celle-ci paraît meilleure chez les 60-75 ans que chez les 45-59 ans, comme en témoigne le score de Duke relatif à la santé mentale plus élevé. Dans le même sens, le score de dépression est moindre parmi les 60-75 ans. Enfin, on constate pour les femmes des proportions de pensées suicidaires au cours de l'année moins élevées parmi les 60-75 ans.

Cette observation plutôt contraire aux idées reçues donne une note assez optimiste sur la qualité de vie des individus à ces âges de la vie. Une hypothèse, parmi d'autres, peut être émise pour tenter d'expliquer cette relative meilleure santé mentale. S'il apparaît de plus en plus évident que le monde du travail génère parfois un stress pouvant affecter la santé mentale de certains individus (cf. chapitre Inégalités et comportements de

santé des 18-75 ans ou chapitre Douleur), la cessation de l'activité peut, par conséquent, supprimer ce facteur de stress et améliorer la santé mentale. Il n'est pas dit, bien entendu, que la retraite ne crée pas d'autres difficultés pouvant avoir des répercussions sur la santé mentale de certaines personnes. Cependant, selon les résultats présentés, il semblerait que ces effets négatifs de l'arrêt de l'activité puissent être assez bien compensés par d'autres effets plus profitables à la santé mentale. Ce résultat peut paraître surprenant dans la mesure où est observée, par ailleurs, une prévalence de la dépression plus élevée chez les personnes âgées [13], ainsi qu'une mortalité par suicide souvent soulignée [10]. Cette apparente contradiction n'en est pas nécessairement une, car il peut s'agir plutôt d'une coexistence de deux groupes de personnes ayant des trajectoires de vie différentes (perception de l'arrêt de l'activité professionnelle, ressources financières et vie affective différentes). Par ailleurs, les données présentées reposent sur des déclarations des individus et non sur des symptômes constatés par un médecin, ce qui peut être à l'origine de cette différence. De plus, la consommation de tranquillisants ou de somnifères significativement plus élevée parmi les 60-75 ans, peut modérer l'optimisme de ces résultats. Il est possible que la mesure de la santé mentale soit compliquée du fait de cette consommation d'anxiolytiques.

Une spécificité des femmes doit être relevée en ce qui concerne leur perception des dimensions physique et mentale de leur qualité de vie. Elles en ont une image nettement moins bonne que les hommes. Cet écart est peut-être lié aux représentations du sens commun qui voudraient que l'homme fasse moins état de ses faiblesses et de ses difficultés que les femmes.

Autres éléments de la qualité de vie

Les résultats qui portent sur la qualité de vie sociale sont également assez positifs. Le



score de santé sociale est meilleur parmi les 60-75 ans que parmi les 45-59 ans, ce qui va à l'encontre de l'image d'un isolement croissant au cours de la vieillesse. Cet aspect apparaissait déjà dans le Baromètre santé 95/96 selon lequel les 60-75 ans ne se déclaraient pas particulièrement isolés socialement.

Par ailleurs, d'autres éléments donnent une image assez positive de la qualité de vie des 60-75 ans. Ainsi, en matière de nutrition, ils semblent avoir des comportements plus favorables à la santé que ne le font les 45-59 ans. Ils sautent, en effet, moins de repas que ces derniers. Ici encore, on peut supposer que l'arrêt de l'activité, par le surcroît de temps libre qu'il donne aux individus, leur permet de consacrer davantage de temps à la préparation et à la consommation de nourriture, mais il peut aussi s'agir de pratiques culturelles différentes selon les générations concernées.

Enfin, la pratique d'un sport au cours des sept derniers jours n'est pas significativement inférieure chez les 60-75 ans que chez les 45-59 ans. En revanche, au sein des 60-75 ans, la proportion des sportifs diminue nettement avec l'âge mais est encore assez élevée.

Conclusion

Les résultats décrits dans ce chapitre donnent une vision plutôt positive de la santé des personnes de 60 à 75 ans, considérée de façon globale. Certes, il apparaît de façon assez nette que leur santé physique est moins bonne que celle des 45-59 ans, ce qui est, dans le fond, assez inéluctable mais la santé mentale et sociale est présentée, par les personnes elles-mêmes, comme plus favorable que celle des 45-59 ans. Ce phénomène, assez surprenant, peut être interprété comme le résultat d'un changement de vie lié à l'arrêt de l'activité, générant un surplus de temps libre et une réduction des pressions liées au monde du travail. Il doit aussi sans doute être relativisé, du fait

d'une certaine réticence des personnes âgées à reconnaître leurs difficultés de santé et à s'attacher surtout aux aspects positifs de leur existence. Cette tendance était, en effet, ressortie de l'enquête qualitative sur les codes culturels et de communication des 60-85 ans réalisée en 1999 à la demande du CFES et de la Cnamts [14]. Les seniors disaient préférer que l'on ne s'attarde pas à leurs problèmes de santé dans les campagnes de communication, mais que l'on considère plutôt leur bien-être. Les personnes âgées semblent donc tenir à donner une image assez favorable d'elles-mêmes et nos résultats doivent être lus en tenant compte de ce prisme déformant. Par ailleurs, la forte consommation de tranquillisants et de somnifères parmi les 60-75 ans peut, dans le même sens, être révélatrice d'une certaine détresse qui ne ressort pas des déclarations des individus. Cet élément doit être pris en considération dans la lecture des résultats sur les scores de santé mentale.

La santé mentale ressentie au final, avec ou sans prise de médicaments, peut, d'un certain point de vue, être considérée comme l'élément le plus important. Elle est, comme la qualité de vie sociale, meilleure à ces âges et semble compenser, en quelque sorte, l'éventuelle dégradation de l'état de santé physique. L'esquisse de la vie des individus de 60-75 ans, tracée à partir de ces données, présente ainsi un bilan de l'état de santé globale de ces individus assez équilibré.



références bibliographiques

1. Recensement de la population 1999, Insee.
2. Badeyan G., Colin C. *Les personnes âgées dans les années quatre-vingt-dix : perspectives démographiques, santé et modes d'accueil*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Échanges Santé Social 2000 ; n° 99 : 11-6.
3. Dubuisson F., Gardeur P. *Maladie d'Alzheimer et autres démences*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Échanges Santé Social 2000 ; n° 99 : 39-43.
4. Constans T. *La malnutrition des personnes âgées*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Échanges Santé Social 2000 ; n° 99 : 17-20.
5. Ribes G. *De l'inconsolable à la veuve joyeuse*. *Gérontologie et société* 2000 ; n° 95 : 87-98.
6. Borrel C. *La prestation spécifique dépendance au 30 juin 1999*. ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Échanges Santé Social 2000 ; n° 99 : 83-7.
7. Riogaud A. S., Bayle C., Forette F., Buteau L., Fagnani F. *Les patients atteints d'Alzheimer à domicile : coût et retentissement de la maladie*. *Gérontologie* 2000 ; 3 (115) : 17-23.
8. *Le veuvage*. *Gérontologie et société* 2000 ; n° 95.
9. *La maltraitance*. *Gérontologie et société* 2000 ; n° 92.
10. Andrian J. *Suicide des personnes âgées. La fin de vie*. *Gérontologie et société* 1999 ; n° 90 : 49-68.
11. Xavier T. *Mortel veuvage. Risques de mortalité et causes médicales de décès aux divers moments du veuvage*. *Gérontologie et société* 2000 ; n° 95.
12. Abramovici C. *Le goût de la vie. Alimentation et nutrition*. *Gérontologie et société* 1997 ; n° 83 : 83-7.
13. Léger J.-M., Paulin S. *La prévalence de la dépression augmente considérablement après 65 ans*. *La revue du praticien – Médecine générale* 1998 ; n° 405.
14. Ipsos-Insight Marketing. *Étude sur la communication en direction des 66-85 ans*. CFES, décembre 1999 : 94 p.

Liste des tableaux et figures

Présentation des termes statistiques

Tableau I	Répartition et nombre d'interviews réalisées quotidiennement	18
Tableau II	Structure de l'échantillon observé et obtenu après pondération et redressement selon certaines caractéristiques	20
Tableau III	Illustration du Chi ² de Pearson. Tableaux observé et attendu de la comparaison de la pratique d'un sport au cours des sept derniers jours selon le sexe ..	23

Activité sportive et comportements de santé

Tableau I	Pratique sportive au cours des sept derniers jours selon des variables socio-démographiques	34
Tableau II	Les sports les plus cités selon le sexe, l'âge et la profession des pratiquants	36
Tableau III	Les motivations à la pratique selon le sexe, l'âge et la profession des sportifs	37
Tableau IV	Prévalence du tabagisme selon le sexe et la durée de la pratique sportive	37
Tableau V	Prévalence du tabagisme régulier selon le sexe et la durée de la pratique sportive	38

Tableau VI	Quantité moyenne de tabac consommée par jour selon le sexe et la durée de la pratique sportive	38
Tableau VII	Test de Fagerström selon le sexe et la durée de la pratique sportive	39
Tableau VIII	Consommation d'alcool au moins hebdomadaire au cours des douze derniers mois selon le sexe et la durée de la pratique sportive	39
Tableau IX	Consommation quotidienne d'alcool au cours des sept derniers jours selon le sexe et la durée de la pratique sportive	39
Tableau X	Risque d'alcoolodépendance (d'après le test Deta) selon le sexe et la durée de la pratique sportive	39
Tableau XI	Nombre de verres d'alcool consommés et ivresse selon le sexe et la durée de la pratique sportive	40
Tableau XII	Expérimentation du cannabis au cours de la vie selon le sexe et la durée de la pratique sportive	40
Tableau XIII	Consommation répétée ou régulière de cannabis au cours de l'année selon le sexe et la durée de la pratique sportive	40

Tableau XIV	Avoir déjà fait un mélange alcool et cannabis selon le sexe et la durée de la pratique sportive . 41	Tableau II	Modèle final de trois régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination chez les personnes âgées de 15 ans et plus 61
Tableau XVa	Avoir déjà abandonné ses activités à cause d'une drogue selon le sexe et la durée de la pratique sportive 41	Tableau III	Facteurs associés au fait d'être bien informé sur les vaccinations 62
Tableau XVb	Avoir déjà connu un échec dans sa tentative d'arrêt de consommation d'une drogue selon le sexe et la durée de la pratique sportive 41	Tableau IV	Décision de la dernière vaccination pour les jeunes âgés de 12 à 19 ans 64
Tableau XVc	Avoir déjà consommé quotidiennement ou presque une drogue pendant au moins deux semaines selon le sexe et la durée de la pratique sportive 41	Tableau V	Décision de la dernière vaccination pour les 20-54 ans et les 55-75 ans 65
Tableau XVI	Violence subie ou agie au cours des douze derniers mois selon le sexe et la durée de la pratique sportive 42	Tableau VI	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir effectué une vaccination au cours des dix dernières années chez les 20-75 ans 66
Tableau XVII	Accident, douleur difficile à supporter et prise de risque au cours des douze derniers mois selon le sexe et la durée de la pratique sportive 43	Tableau VII	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir effectué une vaccination au cours des dix dernières années chez les 20-75 ans 67
Tableau XVIII	... Opinion sur la vaccination en général et dépistage des cancers selon le sexe et la durée de la pratique sportive 44	Tableau VIII	Motifs de non-vaccination et de refus du vaccin rougeole-oreillons-rubéole par la famille pour des enfants âgés de 1 à 6 ans et de 7 à 15 ans 68
Tableau XIX	Indicateurs de souffrance psychologique selon le sexe et la durée de la pratique sportive 45	Tableau IX	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de ne pas avoir fait vacciner son enfant âgé de 1 à 6 ans par la vaccination rougeole-oreillons-rubéole 69
Figure 1	Pratique sportive au cours des sept derniers jours selon le sexe et l'âge 33	Tableau X	Évolution de l'adhésion des parents à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole pour des enfants âgés de 1 à 6 ans depuis 1993 69
Figure 2	Motivation à la pratique sportive selon la durée de la pratique . 35		
Vaccination : opinions et pratiques			
Tableau I	Opinion défavorable à la vaccination en général chez des personnes âgées de 15 ans et plus 60		

Tableau XI	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de ne pas avoir fait vacciner son enfant âgé de 7 à 15 ans par la vaccination rougeole-oreillons-rubéole.....	70
Figure 1	Opinion défavorable à la vaccination selon l'âge	58
Figure 2	Nature des vaccins pour lesquels les personnes de 15 ans et plus sont défavorables	62
Figure 3	Nature des vaccins pour lesquels les personnes sont défavorables en fonction de l'âge	62
Figure 4	Les dernières vaccinations en date déclarées chez les 12-19 ans	64
Figure 5	Décision de la dernière vaccination chez les 12-19 ans. Évolution 1997-1999	64
Figure 6	Les dernières vaccinations déclarées chez les 20-54 ans et les 55-75 ans	65

Tabac

Tableau I	Prévalence du tabagisme selon la structure familiale	83
Tableau II	Prévalence du tabagisme actuel des 12-25 ans par sexe et selon quelques variables sociodémographiques	83
Tableau III	Prévalence du tabagisme actuel parmi les 12-25 ans selon différentes variables liées au mode de vie	84
Tableau IV	Modèle final de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la prévalence tabagique	85
Tableau V	Prévalence du tabagisme actuel selon les principales caractéristiques sociodémographiques	91

Tableau VI	Modèle final de deux régressions logistiques où la variable dépendante est la prévalence tabagique	91
Tableau VII	Prévalence du tabagisme actuel parmi les 26-75 ans selon différentes variables liées au mode de vie	93
Tableau VIII	Modèle final de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le tabagisme actuel parmi les 26-75 ans ..	93
Tableau IX	Statut tabagique des femmes de 15 à 54 ans qui prennent la pilule	95
Tableau X	Motivations des arrêts d'au moins une semaine selon le statut tabagique	98
Tableau XI	Modélisation des scores de santé physique et mentale en fonction de l'âge et du statut tabagique	106
Tableau XII	La gêne associée à la fumée des autres selon le statut tabagique	109
Tableau XIII	La gêne associée à la fumée des autres selon l'âge et le statut tabagique	109
Tableau XIV	Résultats comparés du Baromètre santé 2000 et du cumul d'enquêtes téléphoniques par quotas	113
Figure 1	Prévalence du tabagisme déclaré, selon l'âge et le sexe	81
Figure 2	Prévalence du tabagisme régulier déclaré, selon l'âge et le sexe	81
Figure 3	Statut tabagique déclaré par les 12-25 ans	81
Figure 4	Prévalence du tabagisme déclaré par des 12-25 ans, selon le sexe	82
Figure 5	Prévalence tabagique déclarée par les jeunes scolarisés et non scolarisés, selon l'âge...	82

Figure 6	Nombre moyen de cigarettes consommées parmi les fumeurs réguliers, selon l'âge et le sexe 86	Figure 20	Fumeurs réguliers déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, selon les quantités de cigarettes consommées 100
Figure 7	Prévalence du tabagisme déclaré, selon le sexe et l'âge 88	Figure 21	Fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, selon l'âge 100
Figure 8	Proportion d'hommes fumeurs dans les années quatre-vingt-dix 89	Figure 22	Fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, selon le sexe et le niveau d'études 100
Figure 9	Proportion de femmes fumeuses dans les années quatre-vingt-dix 89	Figure 23	Fumeurs qui déclarent projeter d'arrêter de fumer, selon les délais envisagés et les quantités de cigarettes fumées quotidiennement 101
Figure 10	Âge de la première cigarette et du début de l'usage régulier pour les hommes selon les années de naissance 90	Figure 24	Aide du médecin envisagée par les fumeurs qui déclarent projeter d'arrêter, selon leur degré de dépendance 102
Figure 11	Âge de la première cigarette et du début de l'usage régulier pour les femmes selon les années de naissance 90	Figure 25	Fumeurs de 18-75 ans déclarant avoir envie d'arrêter de fumer, selon le sexe 103
Figure 12	Pourcentage de personnes déclarant fumer du tabac à rouler selon l'âge 95	Figure 26	Score de santé physique selon le statut tabagique, par âge et sexe 104
Figure 13	Pourcentage de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans 96	Figure 27	Score moyen de santé perçue selon le statut tabagique, par âge et sexe 104
Figure 14	Consommation de cigarettes par jour parmi les fumeurs réguliers de 15-75 ans 96	Figure 28	Score moyen d'estime de soi selon le statut tabagique, par âge et sexe 105
Figure 15	Ventes annuelles de cigarettes. Unités par habitant de 15 à 75 ans 96	Figure 29	Score moyen d'anxiété selon le statut tabagique, par âge et sexe 105
Figure 16	Nombre d'arrêts d'au moins une semaine parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans 97	Figure 30	Fumeurs et non-fumeurs qui déclarent se sentir très bien informés sur le tabac selon leur âge 107
Figure 17	Nombre d'arrêts d'au moins une semaine parmi les fumeurs réguliers selon leur âge 98	Figure 31	Craintes des maladies dues au tabac, selon le statut tabagique 107
Figure 18	Durée moyenne de la plus longue tentative d'arrêt parmi les fumeurs et anciens fumeurs de 15 à 75 ans 98	Figure 32	Seuil de dangerosité du tabagisme (en nombre de cigarettes par jour) tel que perçu par les individus, selon leur statut tabagique 108
Figure 19	Fumeurs et anciens fumeurs qui déclarent avoir déjà arrêté de fumer durant au moins une semaine, selon l'âge et la motivation 99		

Figure 33 Gène associée à la fumée des autres, selon le nombre de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs 109

Figure 34 Adultes de 18 à 75 ans se déclarant gênés par la fumée des autres 111

Figure 35 Respect des zones non-fumeurs selon les lieux 111

Figure 36 Individus estimant que les zones non-fumeurs sont bien respectées sur leur lieu de travail 111

Figure 37 Individus de 18 ans et plus déclarant qu'il leur arrive de fumer dans les zones non-fumeurs 114

Alcool

Tableau I Modèle logistique où la variable dépendante est la consommation quotidienne d'alcool au cours de l'année chez les 20-75 ans 129

Tableau II Modèle logistique où la variable dépendante est la consommation hebdomadaire ou quotidienne chez les 15-19 ans 130

Tableau III Modèle logistique où la variable dépendante est la consommation hebdomadaire ou quotidienne chez les 15-19 ans scolarisés 130

Tableau IV Modèle logistique final où la variable dépendante est la consommation au moins hebdomadaire chez les 15-19 ans 131

Tableau V Modèle logistique final où la variable dépendante est la consommation plutôt que l'abstinence chez les 15-19 ans 131

Tableau VI Nombre moyen de verres d'alcool bus la veille selon différentes variables 136

Tableau VII Modèle logistique final où la variable dépendante est le dépassement du seuil de consommation à risque la veille chez les hommes et les femmes de 20 à 75 ans 138

Tableau VIII Modèle logistique où la variable dépendante est la déclaration d'ivresses répétées au cours de l'année parmi les buveurs de 15-19 ans 142

Tableau IX Modèle logistique où la variable dépendante est la déclaration d'ivresses répétées parmi les 20-75 ans 143

Tableau X Principaux facteurs associés à un test Deta positif 145

Tableau XI Modèle logistique final où la variable dépendante est « avoir un test Deta positif » parmi les buveurs de 20-75 ans 146

Tableau XII Lien entre le test Deta et le profil de santé de Duke 146

Tableau XIII Principaux facteurs associés à l'abstinence chez les 15-19 ans 147

Tableau XIV Modèle logistique où la variable dépendante est l'abstinence chez les adultes 149

Figure 1 Répartition des différents types de consommateurs au cours de l'année et parmi les 12-75 ans 126

Figure 2 Consommation de boissons alcooliques au cours des douze derniers mois selon la fréquence des prises et l'âge 127

Figure 3 Proportion de consommateurs quotidiens et hebdomadaires d'alcool au cours des douze derniers mois, par sexe et âge 127

Figure 4 Proportion de consommateurs hebdomadaires ou quotidiens d'alcool au cours des douze derniers mois, par sexe et âge 128

Figure 5	Consommation quotidienne des différents types de boissons alcooliques au cours des douze derniers mois, par tranche d'âge 132	Figure 18	Prévalence de la consommation quotidienne d'autres alcools selon le sexe et les régions 151
Figure 6	Consommation au moins hebdomadaire d'alcool au cours de l'année 133	Figure 19	Quantité d'alcool bue au cours des sept derniers jours selon le sexe et les régions 151
Figure 7	Fréquence des consommations d'alcool au cours de la dernière semaine par type d'alcool 135	Figure 20	Prévalence de l'ivresse parmi les buveurs selon le sexe et les régions 151
Figure 8	Nombre moyen de verres bus la veille au cours de la dernière semaine, selon le sexe et l'âge 135	Figure 21	Dépendance potentielle à l'alcool selon le sexe et les régions 151
Figure 9	Nombre moyen de verres d'alcool bus selon le jour de la semaine 139	Figure 22	Abstinence au cours de la vie selon le sexe et les régions 152
Figure 10	Nombre moyen de verres d'alcool consommés par les hommes durant le week-end, selon l'âge 139	Figure 23	Mortalité par cirrhose selon la région et le sexe 153
Figure 11	Nombre moyen de verres d'alcool consommés par les femmes durant le week-end, selon l'âge 139	Figure 24	Nombre de recours aux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CAA) pour 10 000 habitants de 20 à 75 ans... 153
Figure 12	Nombre moyen d'ivresses au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge 140	Pensées suicidaires et tentatives de suicide	
Figure 13	Prévalence de l'ivresse (au moins une ivresse déclarée) au cours des douze derniers mois en fonction du type de consommation 140	Tableau I	Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon le statut matrimonial et le fait d'avoir des enfants 167
Figure 14	Consommation quotidienne tous alcools confondus selon le sexe et les régions 149	Tableau II	Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et vie en couple 168
Figure 15	Consommation quotidienne de vin selon le sexe et les régions 149	Tableau III	Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon le statut professionnel 168
Figure 16	Consommation quotidienne de bière selon le sexe et les régions 149	Tableau IV	Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle de l'interviewé(e) 169
Figure 17	Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool fort selon le sexe et les régions 150	Tableau V	Pensées suicidaires et scores de santé 170
		Tableau VI	Pensées suicidaires, perception du corps et conduites alimentaires perturbées 171
		Tableau VII	Pensées suicidaires et prise de risque au cours des douze derniers mois 172

Tableau VIII Pensées suicidaires et consommation de substances psychoactives : OR ajustés sur l'âge, le statut matrimonial, le fait d'avoir un enfant, la situation professionnelle et le revenu mensuel par unité de consommation pour les 18-75 ans uniquement 173

Tableau IX Avoir parlé à quelqu'un de ses pensées suicidaires selon le sexe et l'âge 174

Tableau X Tentative de suicide au cours de la vie selon le statut matrimonial et le fait d'avoir des enfants 176

Tableau XI Tentative de suicide au cours de la vie et vie en couple ... 176

Tableau XII Tentative de suicide au cours de la vie selon la situation professionnelle 177

Tableau XIII Tentative de suicide au cours de la vie selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle de l'interviewé(e) 178

Tableau XIV Nombre de tentatives de suicide selon le sexe et l'âge du suicidant 178

Tableau XV Avoir été à l'hôpital après la dernière tentative de suicide selon le sexe et l'âge du suicidant 179

Tableau XVI Avoir été suivi par un médecin ou un professionnel de la santé mentale après la dernière tentative de suicide selon le sexe et l'âge du suicidant .. 179

Figure 1 Évolution du taux de suicide selon le sexe de 1985 à 1998 (pour 100 000) 165

Figure 2 Proportion des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge 167

Figure 3 Interlocuteur après la tentative de suicide selon le sexe 174

Figure 4 Proportion des personnes ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie selon le sexe et l'âge 175

Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés

Tableau I Résultat d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir pris un risque par défi ou plaisir au cours des trente derniers jours 194

Tableau II Résultat de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups 195

Tableau III Violence physique selon la structure familiale parmi les garçons de 21 ans ou moins 195

Tableau IV Violence physique selon la structure familiale parmi les filles de 21 ans ou moins 195

Tableau V Résultat d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups au cours des douze derniers mois 196

Tableau VI Résultat de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups 197

Tableau VII Prévalence des violences sexuelles envers les femmes selon l'âge d'occurrence, d'après l'ACSF 1992, l'Enveff 2000 et le Baromètre santé 2000... 198

Tableau VIII Corrélations entre les comportements agressifs, risqués, les consommations de drogues, les tentatives de suicide, les atteintes sexuelles et les scores anxiodépressifs 200

Tableau IX	Corrélations entre les comportements agressifs, risqués, les consommations de drogues, les tentatives de suicide, les atteintes sexuelles et les scores anxiodépressifs 202
Figure 1	Personnes ayant été frappées physiquement au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge 192
Figure 2	Personnes ayant frappé quelqu'un au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge 192
Figure 3	Personnes ayant pris un risque par plaisir ou défi au cours des trente derniers jours, selon le sexe et l'âge 192
Figure 4	Analyse des réponses aux items de l'échelle de Duke : 1 ^{er} plan factoriel 194

Activité sexuelle, contraception, maladies sexuellement transmissibles

Tableau I	Proportion de personnes ayant eu au moins un rapport sexuel au cours de la vie 213
Tableau II	Proportion de personnes ayant utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel selon l'âge au moment de l'enquête 213
Tableau III	Proportion d'utilisation de préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon la date de ce rapport 214
Tableau IV	Proportion de personnes qui n'utilisent pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif parmi celles potentiellement concernées par la contraception 215
Tableau V	Méthodes employées par les personnes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen contraceptif, selon le sexe 216

Tableau VI	Caractéristiques associées à l'absence de contraception systématique ou à l'usage d'une contraception liée à l'acte chez les femmes potentiellement concernées par une contraception 217
Tableau VII	Méthodes employées par les personnes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen contraceptif, selon le statut de vie en couple 218
Tableau VIII	Caractéristiques associées au recours à la pilule du lendemain dans la vie ou au recours à l'IVG dans la vie chez les femmes sexuellement actives 219
Tableau IX	Circonstances de diagnostic et de prise en charge de la dernière MST diagnostiquée (hors mycose et VIH) selon le sexe 224
Tableau X	Circonstances de diagnostic et de prise en charge de la dernière MST diagnostiquée (hors mycose et VIH) selon le type de MST déclarée 225
Tableau XI	Niveau d'information et de crainte des MST et du sida perçu au moment de l'enquête, selon l'existence ou non d'un antécédent de MST (hors mycose ou VIH) dans les dix ans 226
Tableau XII	Information des partenaires lors de la dernière MST diagnostiquée (hors mycose ou VIH) selon les caractéristiques individuelles et le type de partenaire 228
Tableau XIII	Information des partenaires lors de la dernière MST diagnostiquée (hors mycose) selon les modalités de prise en charge au moment du diagnostic 229
Tableau XIV	Proportion de personnes sexuellement actives ayant réalisé un test de VIH au cours des douze derniers mois ... 229

Tableau XV Proportion de personnes sexuellement actives ayant réalisé un test de dépistage du VHC au cours de la vie 229

Figure 1 Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel 213

Figure 2 Types de MST rapportées dans les dix dernières années 222

Figure 3 Incidence cumulée des antécédents de certaines MST dans les cinq dernières années selon l'âge et le sexe chez les personnes sexuellement actives 223

Drogues illicites : pratiques et attitudes

Tableau I Expérimentation et âge moyen d'initiation par produit 240

Tableau II Quelques caractéristiques sociodémographiques des expérimentateurs de drogues illicites parmi les 15-25 ans 244

Tableau III Usage de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les expérimentateurs de drogues illicites, pour les 15-25 ans 245

Tableau IV Évolution des expérimentations de drogues illicites au cours des années quatre-vingt-dix, parmi les 18-25 ans 245

Tableau V Quelques caractéristiques sociodémographiques des expérimentateurs de drogues illicites parmi les 26-44 ans 246

Tableau VI Usage de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les expérimentateurs de drogues illicites, pour les 26-44 ans 247

Tableau VII Évolution des expérimentations de drogues illicites au cours des années quatre-vingt-dix, parmi les 26-44 ans 247

Tableau VIII Proportion d'expérimentateurs dont le premier usage se situe avant 20 ans, pour les 15-25 ans et les 26-44 ans 249

Tableau IX Structure de la poly-expérimentation de substances illicites parmi les 15-44 ans 250

Tableau X Prévalence des « mélanges » parmi les expérimentateurs de drogues illicites de 15 à 44 ans 251

Tableau XI Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les 15-44 ans et expérimentations associées 251

Tableau XII Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les 15-44 ans et expérimentations associées 252

Tableau XIII Prévalence des mélanges parmi les polyconsommateurs répétés 252

Tableau XIV Proportions d'usagers au cours de l'année parmi les 15-25 ans et les 26-44 ans 253

Tableau XV Typologie des usagers de cannabis parmi les 15-44 ans 253

Tableau XVI Comparaison des anciens fumeurs et des fumeurs de cannabis au cours de l'année parmi les 15-44 ans 255

Tableau XVII Quelques caractéristiques sociodémographiques des usagers répétés et réguliers de cannabis parmi les 15-44 ans 255

Tableau XVIII ... Comparaison des consommateurs répétés et réguliers de cannabis, et des autres parmi les 15-44 ans 257

Tableau XIX	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la consommation au moins répétée parmi les expérimentateurs de cannabis, en fonction du profil sociodémographique.....	257
Tableau XX	Usage de produits illicites au cours de l'année et scores de santé pour les 15-25 ans.....	258
Tableau XXI	Modélisation de divers scores de santé (régression linéaire) en fonction de l'âge, du sexe et des usages de produits psychoactifs licites et illicites, pour les 15-25 ans.....	259
Tableau XXII...	Usage de cannabis au cours de l'année et scores de santé pour les 26-44 ans.....	259
Tableau XXIII ..	Modélisation de divers scores de santé (régression linéaire) en fonction de l'âge, du sexe et des usages de produits psychoactifs licites et illicites pour les 26-44 ans.....	260
Tableau XXIV ..	Prévalence de l'usage de produits illicites (cannabis ou autre) au cours de l'année et mode de vie pour les 15-25 ans.....	261
Tableau XXV	Prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année et mode de vie pour les 26-44 ans.....	261
Tableau XXVI ..	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est l'usage de cannabis au cours de l'année.....	262
Tableau XXVII .	Proportion d'enquêtés se déclarant d'accord avec l'autorisation de la consommation de cannabis ou d'héroïne, selon le profil socio-démographique et la familiarité avec le cannabis.....	265
Tableau XXVIII .	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir une opinion favorable à l'autorisation de la consommation de cannabis.....	266
Figure 1	Expérimentation de cannabis selon l'âge et le sexe.....	240
Figure 2	Expérimentation d'autres drogues illicites selon l'âge.....	241
Figure 3	Usage récent de médicaments psychoactifs chez les 18-75 ans selon le sexe et l'âge.....	242
Figure 4	Consommation régulière de somnifères ou de tranquillisants chez les 18-75 ans selon le sexe et l'âge.....	242
Figure 5	Produits pour améliorer les performances au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge.....	243
Figure 6	Âge à l'expérimentation du cannabis selon le sexe et l'âge.....	248
Figure 7	Évolution de la prévalence de l'usage de cannabis jusqu'à 25 ans, reconstituée pour quatre générations nées entre 1955 et 1973.....	249
Figure 8	Âge et proposition de drogues illicites entre 15 et 75 ans selon le sexe.....	263
Figure 9	Rapport entre proposition et expérimentation de cannabis selon le sexe et l'âge.....	264
Figure 10	Opinions à l'égard des législations sur l'usage de cannabis et d'héroïne.....	265
Figure 11	Comparaison Baromètre santé-Espad pour la prévalence de l'expérimentation de cannabis selon le sexe et l'âge pour les 15-19 ans scolarisés.....	268
Figure 12	Évolution de la proportion d'usagers de cannabis au cours de la vie dans les années quatre-vingt-dix parmi les 18-44 ans.....	269

Figure 13 Évolution des interpellations pour usage de stupéfiants au cours des années quatre-vingt-dix 270

Figure 14 Évolution au cours des années quatre-vingt-dix de la prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année parmi les adultes de divers pays européens 271

Figure 15 Proportion d'usagers de cannabis, d'amphétamines et de cocaïne au cours de l'année parmi les 15-39 ans de divers pays européens 273

Douleur

Tableau I	Déclaration de douleur selon le sexe de l'enquêteur et de la personne enquêtée 283	Tableau VII	Régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré une douleur morale ou physique difficile à supporter au cours des douze derniers mois 301
Tableau II	Proportion de douleur et surdéclaration féminine de la douleur selon douze maladies chroniques et trois handicaps 288	Tableau VIII	Indices à âges comparables de la souffrance morale des femmes et des hommes selon le mode de vie conjugale et la position vis-à-vis de la profession 305
Tableau III	Fréquences des différents motifs de recours aux soins parmi les personnes en situation de précarité (enquête Credes) rapportées aux fréquences en population générale 290	Tableau IX	Indices à âges comparables de la souffrance physique des femmes et des hommes selon le mode de vie conjugale et la position vis-à-vis de la profession 306
Tableau IV	Régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré une douleur morale difficile à supporter au cours des douze derniers mois 296	Figure 1	La souffrance selon le sexe : la surdéclaration féminine de la douleur 281
Tableau V	Régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré une douleur physique difficile à supporter au cours des douze derniers mois 297	Figure 2	Déclaration de douleur selon le sexe et l'âge de l'enquêteur 284
Tableau VI	Régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré une douleur morale difficile à supporter au cours des douze derniers mois 298	Figure 3	Douleur physique selon le sexe et l'âge 284
		Figure 4	Douleur morale selon le sexe et l'âge 284
		Figure 5	Taux de surdéclaration féminine de la souffrance morale ou physique 285
		Figure 6	Douleur physique selon le nombre de maladies et le handicap 287
		Figure 7	Douleur morale selon le nombre de maladies et le handicap 287
		Figure 8	Douleur physique selon le sexe et le nombre de consultations de médecins généralistes dans l'année 289
		Figure 9	Douleur morale selon le sexe et le nombre de consultations de médecins généralistes dans l'année 289
		Figure 10	Douleur insupportable parmi les personnes en situation de précarité selon le sexe et les problèmes familiaux connus avant 18 ans 292

Figure 11	Douleur selon le sexe et le revenu mensuel par unité de consommation 293
Figure 12	Douleur selon le sexe et la satisfaction dans la profession 293
Figure 13	Douleur selon le sexe et le cumul des dimensions de la précarité 294
Figure 14	Douleur selon le sexe et le degré de pratique religieuse 302

Consommation de soins et de médicaments

Tableau I	Consultation d'un médecin généraliste (au moins une) au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques 315
Tableau II	Consultation d'un chirurgien dentiste (au moins une) au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques 315
Tableau III	Consultation d'un professionnel de la santé mentale (au moins une) au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques 316
Tableau IV	Consultation d'un gynécologue ou obstétricien (au moins une) au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques 318
Tableau V	Consommation de médicaments antidépresseurs au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques 319
Tableau VI	Consommation de médicaments tranquillisants et de somnifères au cours des douze derniers mois selon des variables sociodémographiques 320

Tableau VII	Avoir reçu des conseils de son médecin lors de la dernière consultation dans différents domaines selon le sexe et l'âge 321
Figure 1	Nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste selon le sexe et l'âge parmi les consultants 314
Figure 2	Nombre moyen de consultations chez un dentiste selon le sexe et l'âge parmi les consultants 317
Figure 3	Nombre moyen de consultations chez un professionnel de la santé mentale selon le sexe et l'âge parmi les consultants 317
Figure 4	Nombre moyen de consultations chez un gynécologue ou un obstétricien selon l'âge 318
Figure 5	Les motifs de changement de médecin généraliste 321

Dépistage des cancers

Tableau I	Craintes individuelles des maladies chez les 12-75 ans 333
Tableau II	Craintes individuelles des maladies parmi les 18 ans et plus. Évolution 1992-1999 334
Tableau III	Année de la dernière réalisation d'une mammographie pour les femmes de 18 à 75 ans 336
Tableau IV	Avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années pour des femmes de 50 à 69 ans selon différentes variables 337
Tableau V	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'une mammographie au cours des deux dernières années pour des femmes âgées de 50 à 69 ans 338

Tableau VI	Réalisation de mammographies au cours de la vie et au cours des trois dernières années. Évolution 1992-1999 339
Tableau VII	Évolution de la prescription de mammographies 339
Tableau VIII	Avoir passé un frottis dans les trois dernières années pour des femmes de 20 à 65 ans selon différentes variables 342
Tableau IX	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'un frottis de dépistage dans les trois dernières années pour des femmes âgées de 20 à 65 ans 343
Tableau X	Réalisation d'un frottis. Évolution 1992-1999 344
Tableau XI	Avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum chez des personnes de 40 ans et plus selon différentes variables 348
Tableau XII	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum chez des personnes de 40 et plus 349
Figure 1	Crainte du cancer selon l'âge 333
Figure 2	Mammographie au cours de la vie selon l'âge 336
Figure 3	Mammographie au cours des deux dernières années 338
Figure 4	Proportion de femmes âgées de 20 à 74 ans ayant passé un frottis au cours des trois ans selon l'âge 341
Figure 5	Taux de dépistage du cancer du côlon et du rectum selon l'âge 347

Accidents

Tableau I	Proportion de sujets déclarant craindre pour eux-mêmes « pas mal » ou « beaucoup » les problèmes ou les maladies suivants, selon le sexe et l'âge 363
Tableau II	Craindre pour soi-même « pas mal » ou « beaucoup » les problèmes ou maladies, selon plusieurs variables sociodémographiques 364
Tableau III	Scores du profil de santé de Duke parmi l'ensemble des personnes interrogées selon la crainte (« pas mal » et « beaucoup ») des accidents pour soi-même 366
Tableau IV	Proportion des sujets déclarant craindre pour eux-mêmes « pas mal » ou « beaucoup » les accidents selon qu'ils aient eu un accident au cours des douze derniers mois 367
Tableau V	Sujets déclarant craindre pour eux-mêmes « pas mal » ou « beaucoup » les accidents selon qu'ils aient déclaré avoir pris un risque au cours des trente derniers jours 367
Tableau VI	Évolution des craintes pour soi-même « pas mal » ou « beaucoup » des problèmes de santé ou maladies depuis 1992 .. 368
Tableau VII	Types d'accident au cours des douze derniers mois selon le sexe 369
Tableau VIII	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident parmi l'ensemble des personnes interrogées de 12 à 75 ans 371
Tableau IX	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident parmi l'ensemble des personnes interrogées 371

Tableau X	Scores du profil de santé de Duke selon l'âge, le sexe et le fait d'avoir eu ou non un accident ayant entraîné une consultation médicale 372
Tableau XI	Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'un accident parmi l'ensemble des personnes interrogées 373
Tableau XII	Répartition de la fréquence des accidents par âge et par sexe selon le type d'accident au cours des douze derniers mois 374
Tableau XIII	La pratique du deux-roues (motorisé ou non) et du roller, patin à roulettes, skate parmi l'ensemble des personnes interrogées selon le sexe, l'âge et la taille de l'agglomération 377
Tableau XIV	Le port du casque lors de la dernière sortie parmi les utilisateurs de deux-roues (motorisé ou non), de roller, patin à roulettes et skate selon le sexe, l'âge et la taille de l'agglomération 378
Tableau XV	Le port du casque lors de la dernière sortie parmi les pratiquants de vélo et les adeptes de glisse urbaine selon le type d'engin et la taille de l'agglomération 379
Figure 1	Répartition des accidents selon leur fréquence au cours des douze derniers mois 368
Figure 2	Avoir eu au moins un accident au cours des douze derniers mois par âge et par sexe ... 369
Figure 3	Nombre moyen d'accidents par âge et sexe parmi les accidentés 370
Figure 4	Les accidents domestiques selon l'âge et le sexe 375
Figure 5	Les accidents de sport et de loisirs selon l'âge et le sexe 376
Figure 6	La pratique du vélo et la fréquence des accidents par âge et par sexe parmi les pratiquants 376
Figure 7	La pratique du deux-roues motorisé et la fréquence des accidents par âge et par sexe parmi les pratiquants 376
Figure 8	La pratique du vélo selon le sexe, l'âge et le type de vélo 378
Figure 9	Le port du casque lors de la dernière sortie parmi les pratiquants de vélo et du roller/patin par âge et type d'engin 379
Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans	
Tableau I	Liaisons entre degré d'information, niveau d'instruction et différents comportements .. 402
Tableau II	Ventilation des items du profil de santé de Duke selon les différentes dimensions 404
Tableau III	Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon l'âge et le sexe 405
Tableau IV	Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon la situation professionnelle et les revenus 406
Tableau V	Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon les situations de vie 407
Tableau VI	Prise de certains médicaments psychotropes chez les 18-75 ans 410
Tableau VII	Dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années chez les femmes de 20 à 65 ans selon les revenus par unité de consommation 411
Tableau VIII	Odds ratios bruts et ajustés de variables socio-économiques sur le fait d'être fumeur régulier 412

Tableau IX	Odds ratios bruts et ajustés de variables socio-économiques sur la consommation quotidienne d'alcool des 18-75 ans.....	413
Tableau X	Expérimentation de cannabis chez les 18-75 ans et variables socio-économiques	415
Tableau XI	Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon le nombre de précarités	416
Tableau XII	Consommation de produits psychoactifs selon le nombre de précarités	416
Figure 1	Répartition de la situation professionnelle des 18-75 ans.....	395
Figure 2	Répartition de la situation professionnelle selon l'âge	396
Figure 3	Diplôme le plus élevé selon le sexe	396
Figure 4	Revenus par unité de consommation selon le sexe	397
Figure 5	Revenus par unité de consommation selon l'âge	397
Figure 6	Être en couple selon l'âge ..	398
Figure 7	Situation de rupture selon le sexe et l'âge	398
Figure 8	Craintes pour soi-même des 18-75 ans.....	399
Figure 9	Craintes des risques pour la santé des 18-75 ans	400
Figure 10	Sentiment d'être bien informé.....	401
Figure 11	Scores de qualité de vie des 18-75 ans selon le sexe.....	404
Figure 12	Score de santé générale des 18-75 ans selon le sexe et l'âge	405
Figure 13	Stress et pénibilité physique selon les professions et catégories socioprofessionnelles chez les 18-75 ans	407
Figure 14	Consultation de certains professionnels de santé selon le niveau de diplôme	409
Figure 15	Consultation de certains professionnels de santé selon le revenu par unité de consommation	409
Figure 16	Se déclarer défavorable à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole selon le niveau d'instruction scolaire	411
Figure 17	Nombre de cigarettes fumées quotidiennement selon le niveau d'instruction scolaire	413
Figure 18	Perception du cannabis selon le niveau d'instruction.....	414

La santé des personnes âgées de 60 à 75 ans

Tableau I	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des 60-75 ans comparé à celui des 45-59 ans.....	428
Tableau II	Quelques problèmes de santé physique selon le sexe et l'âge	429
Tableau III	Principales maladies chroniques déclarées par les 60-75 ans	430
Tableau IV	Consommation de soins au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge	431
Tableau V	Consommation de médicaments selon le sexe et l'âge.....	431
Tableau VI	Sommeil, sport et nutrition selon le sexe et l'âge.....	432
Tableau VII	Scores de Duke selon le sexe et l'âge	433
Tableau VIII	Pensées suicidaires selon le sexe et l'âge	434







contents

- 29 Page of french chapter
- 461 Page of english summary

19

Presentation of statistical terms

Definition of the main statistical tools used in the different chapters: χ^2 , odds ratio, logistic regression, variance analysis. The structure of the sample is also presented, as well as some references to epidemiological works. For an in-depth description of the methodology used in the survey, the "Method" volume of the Health Barometer 2000 should be consulted.

Arnaud Gautier, Philippe Guilbert



29

Sports activity and health behaviour

Description of the sports activity of the population over the previous seven days: duration and type of sport. Sports activity is analyzed using other health determinants such as alcohol and tobacco consumption, violence committed and received, risk-taking, accidents etc. Another aspect concerns the reasons given for taking part in sport.

Philippe Guilbert, Brice Lefèvre



55

Vaccination: opinions and practices

The aim here was to gather knowledge on the opinion of the population on the principle of vaccination, trends in opinion in recent years and vaccination practices using the date of the most recent vaccination. Part of this chapter deals more specifically with the measles, mumps and rubella vaccination: its use, reasons for non-vaccination and knowledge of the existence of a second dose.

Valérie Guagliardo, Julien Barnier, Michel Rotily



77

Tobacco

Survey of smoking behaviour and trends in smoking behaviour since 1992: prevalence, quantity, dependence, compliance with the Evin Law (which includes legislation on non-smoking areas) etc. This work is supplemented by an analysis of attempts to give up smoking, studying the frequency of attempts and the main reasons for them. A geographical presentation of the results can be compared to the map showing cigarette sales.

Karina Oddoux, Patrick Peretti-Watel, François Baudier



123

Alcohol

The consumption of alcohol is detailed per beverage and according to frequency: daily drinkers, non-drinkers, quantities consumed at the weekend, etc. An estimate of dependence is made using the Deta clinical test, as well as an analysis of alcohol consumption per region. Comparisons are made with other data sources.

Stéphane Legleye, Colette Ménard, François Baudier, Olivier Le Nezet





163

Suicidal thoughts and suicide attempts

465

Analysis of the prevalence of suicidal thoughts during the last twelve months using socio-demographic and economic determinants (family structure, employment situation, etc.), quality of life indicators (the Duke health score) and events in the lives of individuals. Suicide attempts made during life are also described, as well as the medical care provided after an attempt.

Philippe Guilbert, Xavier Pommereau, Bertrand Coustou



189

Fighting, risk taking and sexual violence

465

Description of the acts of violence committed or received and risk taking, considering the specific differences between men and women. The analysis is also carried out in terms of age. An estimate of the prevalence of sexual abuse during life and comparisons with main national surveys on this topic are also carried out.

Hugues Lagrange



209

Sexual activity, contraception, sexually transmitted diseases

465

Sexual practices in the 15-49 age group, and trends concerning condom use, methods of contraception, and use of the emergency contraceptive pill or termination of pregnancy during life. Certain socio-demographic factors were taken into account, such as level of education and marital status. The prevalence of the most common sexually transmitted diseases, and, where appropriate, methods of informing partners are also studied.

Josiane Warszawski, Nathalie Bajos



237

Illegal drugs: practices and attitudes

466

Broad presentation of behaviour in relation to cannabis consumption in the population as a whole: experimentation, repeated or regular use, problematic use, and the major trends since the early 1990s. The reasons for use and for discontinuing use are given. An analysis of the situation in France in comparison to other European countries, and of the use of other illegal drugs (cocaine, heroine, LSD, ecstasy, etc.) complete this chapter.

François Beck, Stéphane Legleye, Patrick Peretti-Watel



279

Pain

468

Analysis of responses of men and women depending on the type of physical or mental pain suffered by the respondent, or other factors. An analysis of the perceptions of individuals is made in terms of a number of factors: illness, disability, life events, accumulation of instability factors, etc.

Georges Menahem





311

Use of health care and medicines

468

Use of the main health professionals (general practitioner, psychologist, psychoanalyst, psychiatrist, physiotherapist, gynaecologist) according to gender, age, marital status, chronic illness and physical disability. Taking anti-depressants and tranquilizers or sleeping pills is the subject of the second part of the chapter, which ends with an analysis of the advice received from doctors relating to physical exercise, smoking, everyday accidents, nutrition, and the correct use of medicines.

Pierre Arwidson, Philippe Guilbert



329

Cancer screening

469

Trends in the screening practices for breast cancer, cervical cancer and colorectal cancer in the population as a whole. The analysis of these habits has taken into account the regularity of screening according to the latest recommendations and different socio-demographic and economic variables.

François Eisinger, Valérie Guagliardo, Claire Julian-Reynier, Jean-Paul Moatti



359

Accidents

471

Evaluation of the extent of sport, work, traffic, and domestic accidents. Trends relating to fear of these accidents are measured in relation to other health risks. An estimate of the number of accidents according to the population groups and the frequency of helmet wearing (at the time of the most recent use) among people who take part in roller-skating and skateboarding or people who ride mountain bikes, standard bicycles and motorcycles is also carried out.

Helène Bourdessol, Marie-Pierre Janvrin, François Baudier



391

Health behaviour in the 18-75 age group

472

Health behaviour from the point of view of socio-demographic and economic determinants: monthly household income, level of education, occupation and socio-economic category, marital status, etc. An indicator of instability accumulation is also used.

Colette Ménard, Arnaud Gautier



425

Health in the 60-75 age group

472

Comparison of the answers for the 60-75 year age bracket with those of the 45-59 age group for several health determinants or indicators: quality of life scale, use of health care, sleeping difficulties, sport activities. The results are presented per five-year age band: 60-64, 65-69 and 70-75.

Christiane Dressen, Hélène Perrin



439

List of tables and diagrams

Tables and diagrams per chapter.



The main points in a few figures...

Sports activity and health behaviour

Philippe Guilbert, Brice Lefèvre

Nearly one in two people (42.4%) had taken part in a sports activity in the last seven days, with a higher proportion of men than women (46.9% compared to 38.0%). Men had also taken part in intensive sport (more than 8 hours) more frequently: 13.2% compared to 6.4%. Among those who had played sport, 86.1% had taken part in at least one individual sport in the last seven days and 24.4% in at least one team sport. Walking (in a broad sense) and football were the two activities mentioned most often.

Enjoyment, health, and meeting friends were the three principal reasons given for playing sport, with a difference between men and women as regards enjoyment (74.9% compared to 67.5% among those who had played sport). Men and women gave two different reasons for playing sport: men were more interested in playing sport to win (10.7% compared to 3.9%), whereas women were more likely to play sport in order to lose weight (18.6% compared to 10.8%). The trends were perceptible according to age: older people were more

likely to mention health as a reason for playing sport.

There were fewer smokers (regular or irregular) and a smaller proportion of heavy smokers among men who took part in sport. By contrast, as regards daily alcohol consumption, the results differed very little in terms of the duration of the sporting activity. Similar results were apparent in relation to cannabis experimentation and consumption. Acts of violence, whatever their circumstances, were reported more often among those who practise sport; the same applied to risk taking.

Vaccination: opinions and practices

**Valérie Guagliardo,
Julien Barnier, Michel Rotily**

Opinions

More than 9 in 10 French people (91.7%) aged between 15 and 75 said they were in favour of vaccination. There were significant differences according to age: the older the person, the more they were opposed to vaccination (17.4% in the 70-75 age group compared to 4.6% in the 15-19 age group). In a multi-varied analysis, certain factors



were significantly related to an unfavourable opinion of vaccination: considering medicines to be drugs, having consulted a homeopath or an acupuncturist during the last twelve months, fear of the risks connected with vaccinations, and not having consulted a general practitioner during the year. Among those who had an unfavourable opinion of vaccination (less than one person in ten, or 8.3%), 21.9% were opposed to all vaccines, 23.7% were opposed to the influenza vaccine, and 23.6% to the hepatitis B vaccine. Among the 12 health topics given, vaccination came fifth in terms of respondents feeling well informed, with nearly three in four people saying so (72.1%). When questioned regarding general or health fears, 12.1% of French people said they were afraid of the risk of tuberculosis, and 24.7% were afraid of the risks associated with vaccinations. Young people aged between 12 and 14 and women were proportionally more afraid of these risks.

Most recent vaccination

More than nine out of ten people aged between 12 and 75 said they had been vaccinated during the last ten years (91.2%) and almost three quarters (73.1%) during the last five years. Analyses carried out according to age showed that 96.1% of young people aged between 12 and 19 had received a vaccine during the last five years and 42.9% did not know which illness they had been vaccinated against. The vaccines most often mentioned in this age group were the hepatitis B vaccine (29.3%), the diphtheria, tetanus and polio vaccine (DTP, 10.7%) and lastly the tetanus vaccine (3.1%). The decision concerning the latter vaccine was usually made by the parents (42.4%). 90% of those aged between 20 and 75 said they had had at least one vaccination during the last ten years and 75.0% could remember the exact date of their most recent vaccination. Only 0.3% said they had never been vaccinated. Tetanus was the vaccine most frequently mentioned by adults, followed by hepatitis B for those aged between 20 and 54 and the influenza

vaccine for those in the 55-75 age group. Half of those surveyed said that they had made the decision to have the influenza vaccine themselves.

Measles, Mumps and Rubella vaccine

86.0% of parents of children aged between 1 and 6 said they had had at least one of their children vaccinated with the measles-mumps-rubella vaccine. More than two-thirds (69.4%) of the families who had not had this vaccination were intending to have it. Among those who had not had at least one of their children vaccinated, and do not intend to do so (3.7% of those surveyed), 32.7% had refused this vaccine against the advice of their doctor. The main reason given for this refusal by parents of children aged between 1 and 6 should be the benign nature of measles, mumps, and rubella. 86.8% of parents of children aged between 7 and 15 said they had had at least one of their children vaccinated and 84.1% had had all their children systematically vaccinated. The fear of complications was the most frequent reason given for not having vaccinations (28.7%). With respect to recommendations for a second vaccine dose, among those with children aged between 7 and 15, 40.7% had heard of this recommendation, 57.4% were not aware of it, and 1.9% did not have an opinion. Among parents of children aged between 3 and 6, 23.2% said that all of their children had received this second dose and 61.4% intended their children to have it.

Tobacco

Karina Oddoux, Patrick Peretti-Watel, François Baudier

33.1% of individuals aged between 12 and 75 said that they smoked, if only occasionally, with a large disparity in terms of age and gender: 36.7% of young people aged between 12 and 25 and 32.2% of the 26-75 age group.



In the 12-25 age group, the prevalence of cigarette smoking was 36.8% for boys and 36.5% for girls, although this difference is not statistically significant. Young people aged between 12 and 25 who said that they smoked regularly (29.9%) smoked an average of 10.2 cigarettes per day, with these quantities increasing rapidly during adolescence. 21.9% of regular smokers showed signs of average dependence and 5.2% signs of high dependence, according to Fagerström's mini-test.

No significant differences were recorded between the 97/98 Health Barometer and the Health Barometer 2000 for 12-19 year-olds as a whole. By contrast, the prevalence of smoking among girls has increased. A comparison of the data of the three Health barometers for the 18-25 age group shows a significant fall in the prevalence of smoking.

32.7% of adults aged between 26 and 75 said that they smoked, if only occasionally, and 27.7% were regular smokers. Among regular smokers, 33.4% showed signs of average dependence and 16.4% signs of high dependence.

Since the early 1990s, a downward trend in the prevalence of smoking has been noted among men, whilst the number of women smokers has increased.

Over half of smokers (58.7%) said that they wanted to stop smoking, irrespective of gender. Occasional smokers were less likely to say this than regular smokers, whose desire to give up increased, the more cigarettes they smoked per day. The same was true for the most heavily dependent smokers. Among young people and adults, giving up smoking was envisaged in some indeterminate point in the future.

59.5% of smokers and former smokers aged 15 and over said they had given up smoking for at least a week. Regular smokers (excluding former smokers) said they had stopped an average of 8.6 times for at least a week. This average figure conceals sharp variations between individuals. 73.8% of attempts to give up lasted for less than a year, most often less than a month.

The reasons given by smokers and former smokers for giving up for at least a week were varied. Most often mentioned were "an awareness of the consequences of smoking" (20.4%), the fear of becoming ill (14.9%) and the birth of a child (13.4%). The price of cigarettes was given as a reason by 10.3% of the people surveyed, and doctor's advice by 0.7%.

Generally speaking, the health scores of people who said they smoked were not as good as those of non-smokers, for both men and women. Their physical health, perceived health and self-esteem scores were lower than those of non-smokers, and their anxiety scores were higher.

Over time, smokers said that they smoked in non-smoking areas less and less frequently, especially at work, in restaurants and in bars. However, 71.2% of those surveyed said that they were bothered by other people's smoke (37.6% "very bothered" and 33.6% "a little bothered"). The various Health Barometers carried out since the beginning of the 1990s show that it is increasingly common for people to say that they are "very bothered" by other people's smoke.

Alcohol

**Stéphane Legleye, Colette Ménard,
François Baudier, Olivier Le Nezet**

Alcohol consumption is still one of the major determinants of public health in France. In this context, the Health Barometer 2000 sought to pay particular attention to gaining knowledge of the profile of different alcohol drinkers. Only 3.5% of those aged between 12 and 75 said they had never drunk alcohol (2.4% of those between 20 and 75). However, consumption differed widely according to gender and age.

Generally speaking, men drink much more than women, and the frequency of alcohol consumption shows up contrasts between the generations. Thus, among 12-75 year-



olds, 19.3% said they had drunk alcohol every day during the last twelve months, men almost three times more than women (27.8% compared to 11.2%). Daily alcohol consumption is a generational phenomenon, as although virtually non-existent in the 12-25 age group, it increases sharply with age: 64.9% of men and 33.1% of women between 60 and 75 said they drank alcohol every day. Weekly consumption (at least once a week during the last twelve months) is more common in the younger generations, being the primary method of consumption for the 20-44 age group (around 60% of men and 40% of women).

Beverages

Of all alcoholic beverages, wine is drunk most frequently by those aged between 12 and 75. 17.5% of the population drinks wine every day, compared to 2.6% for beer and less than 1% for spirits and other alcoholic drinks. These different beverages are consumed in different ways: wine is drunk daily, especially by adults, whereas beer and spirits are drunk on a weekly basis, mainly by young people, and other alcoholic drinks (cider, shandy, champagne, etc) are drunk much less frequently. Beer is mostly drunk by men, whereas spirits and other alcoholic drinks do not show much gender difference (owing to the relative infrequency of their consumption). Wine comes between these two, but is still drunk more by men than women.

Quantities consumed

Among men, the average number of alcoholic drinks consumed on the day before the survey was 2.9. The largest quantities were reported by the 20-25 age group, and those aged between 55 and 64 (3.3 and 3.2 respectively). The average number of alcoholic drinks consumed by women on the day before the survey was 1.7, with 15-25 year-olds consuming the largest quantities (2.0). Among men, unlike women, quantities varied markedly according to the frequency of consumption: 3.3 for daily drinkers, 2.7 for weekly drinkers and 2.0 for monthly drinkers.

Drunkenness

15.8% of those who had drunk alcohol during the year reported at least one instance of drunkenness during this period, men three times more often than women (23.1% compared to 8.3%). This varied significantly according to age, with the peak in the 15-25 age group. Therefore, although the average number of instances of drunkenness reported during the year was 4.4 (5.0 for men and 2.8 for women) it peaked among 20-25 year-olds, (7.4 instances of intoxication among men, and 3.4 among women), an age where daily consumption is very rare.

"At risk" consumption

8.6% of those aged between 12 and 75 could be (or may have been) potentially dependent on alcohol according to the Deta test, i.e., around 4 million people. This risk of dependence was three times higher in men than in women (13.3% compared to 4.0%), at a maximum between 45 and 54, and more likely to involve daily alcohol drinkers.

Socio-economic profiles of drinkers

The relation between the indicators studied and the employment situation, level of education and household income were variable at comparable ages and between the sexes. Daily consumption over the last twelve months was slightly more frequent among people with a lower level of education or income and among farmers, self-employed tradespeople or company directors. By contrast, repeated instances of intoxication (more than three during the year) or potential alcohol dependence measured by the Deta test was more frequent among those on higher incomes. Moreover, the fact that this potential dependence is more frequent among the self-employed and the unemployed shows that standard of living is not the only variable that should be taken into account.

Regional factors

The Health Barometer 2000 highlighted different levels of alcohol consumption accord-



ing to geography with respect to the main indicators, firstly between the East and West of France, (a higher incidence of intoxication in the West) and the North and South (daily consumption was more frequent in the South of France).

Suicidal thoughts and suicide attempts

Philippe Guilbert, Xavier Pommereau, Bertrand Coustou

In 1999, 7.3% of women and 4.4% of men had thought about suicide during the last twelve months. The age data for women fluctuated a fair amount, with the highest proportion of those having suicidal thoughts to be found in the 15-19 age group (12.0%), whereas, for men, the proportions appeared to be more similar in terms of age.

Suicide attempts made during life are mainly analysed according to socio-demographic variables and supplemented by a description of the most recent suicide attempt (notably in terms of medical follow-up). 7.7% of women and 3.3% of men said they had attempted suicide during their life. The highest percentages for women were found in the 35-64 age group (9-10%), whereas among men, young adults were more likely to attempt suicide; around 4.6% in the 20-44 age group.

The figures given in this chapter do not allow us to establish a "standard profile" of the candidate for suicide, but they do provide a certain number of vulnerability indicators, such as a feeling of unhappiness and a desire to break away among those contemplating suicide. Being able to recognise this unhappiness and this desire to break away is the first step in the prevention of suicide, so that those suffering from it can be assisted to express their feelings clearly and understand the meaning of them.

Fighting, risk taking, sexual violence

Hugues Lagrange

Fighting, risk taking as a challenge or for enjoyment, and sexual violence are discussed here in relation to other experiences or acts involving risks to health.

For boys, fighting is a way of asserting themselves, the corollary of which is sexuality, more than flirting. By contrast, fighting in girls is sometimes part of a conflictual cycle, but is more often a response to unilateral aggression; it is not related to sexual experience or having a partner, rather the opposite. Parental strictness tends to reinforce disobedience and involvement in adolescents' fights.

Among adults, for both sexes, aggressive behaviour lessens with age, and is strongly related to receiving aggression, this behaviour is connected to an anxio-depressive state in men, but not in women.

In mature adults of 45 and over, risk taking for challenge and suicide attempts are not only not evident in the same subjects, but those who do not take risks for challenge are in fact more likely to attempt suicide.

Sexual violence is perceived as non-symmetrical violence and so is not part of an agonist relationship. It is therefore preferable that it is not placed in the same category as non-sexual aggression and victimisation.

Sexual activity, contraception, sexually transmitted diseases

Josiane Warszawski, Nathalie Bajos

The proportion of condom use during first sexual relations increased markedly and steadily between 1987 and 1995, reaching a high level (86.1%) between 1995 and



1999. This increase was recorded for both sexes, irrespective of the age when sexual relations took place. Condom use appeared to be more frequent when sexual relations took place at an early age.

The great majority of women with a potential need for birth control were using a contraceptive method to avoid pregnancy at the time of the survey (93.5%). The pill was the main method used (59.9%), with a maximum number of users between the ages of 20 and 25 (85.9%). The intra-uterine device (IUD) was the second choice, but was rare among women under 25. Contraception used at the time of sexual intercourse was not as popular, mainly involving condoms (12.8%). However, among younger women (15-19), one in five used condoms as a method of birth control. Men used condoms more often than women, twice as often among those under 25. However, this difference only concerned those not living with a partner.

Use of the emergency contraceptive pill was relatively rare, reported by 9% of sexually active women. Slightly less than one woman in five reported having had a termination of pregnancy (18.6%). There was a significant link between use of the emergency contraceptive pill and termination.

A low proportion of sexually active people reported a history of sexually transmitted diseases (STD). The cumulative incidence of bacterial and parasitical (curable) (excluding mycosis) and viral (excluding HIV) STDs over 10 years was 1.2% in men and 2.1% in women. A large number of STDs pass unnoticed without active screening. The rates given here are best estimations of the frequency of those that were diagnosed, where the diagnosis was understood and remembered. Less than 10% of these STDs were diagnosed in a public health organisation. Women rarely gave the fact of having been warned by a sexual partner as a reason for consulting medical help, while this reason was three times as common for men. This difference on gender lines was also apparent in information given about regular partners at the time of diagnosis: women were three times more likely to give this information,

while men seemed less concerned by the possible consequences of a STD. The analysis of these results, when compared to epidemiological monitoring data for France, tends to support the idea that there is a lack of screening for some STDs in France, which is particularly disadvantageous for women.

Illegal drugs: practices and attitudes

François Beck, Stéphane Legleye, Patrick Peretti-Watel

Experimentation with illegal drugs

In 1999, cannabis was by far the illegal drug most commonly experimented with in France: one in five French people aged between 15 and 75 had taken it at least once in their life. This prevalence is considerably higher than those recorded for other illegal drugs: less than 3% for inhaled substances (glues, solvents, etc) 1-2% for LSD, amphetamines and cocaine and less than 1% for other substances (ecstasy and heroin). These levels of use, always higher among men than women, also depend to a great extent on the age of the respondent: four in ten people aged between 15 and 34 had used cannabis at some point in their lives, compared to one in ten in the 35-75 age group. Illegal drug use in general was most prevalent between the ages of 20 and 25 but, apart from cannabis, it was still low: in this age group, 6% used inhaled substances, 3% LSD and ecstasy, and less than 3% the other substances.

Among all 18-25 year-olds and 26-44 year-olds, age groups common to the three Health Barometers carried out in 1992, 1995 and 1999, the trends recorded during the 1990s highlight the growing spread of cannabis (use of which almost doubled between 1992 and 1999), whereas no significant increase was recorded for the other substances.



Profile of illegal drug users

Only users aged between 15 and 44 can be studied in detail, owing to the fact that illegal drug use is rare after the age of 45. Between 15 and 25, the majority of users are male, irrespective of the substance involved (two-thirds for cannabis and inhaled substances, and three-quarters for ecstasy). These users are also typified by their high alcohol and tobacco consumption. Between 26 and 44, there is an over-representation of men and people living in large cities among illegal drug users. In this age group, the users are younger than average and usually live alone. They are also more likely to be unemployed, or on low incomes, with the notable exception of cannabis users, who appear to be more socially integrated. As in the 15-25 age group, 26-44 year-olds who have used illegal drugs are notable for their high tobacco and alcohol consumption.

Multiple use of illegal drugs

"Multiple use" of illegal substances refers to those who have tried several illegal substances during their life, not necessarily at the same time. "Mixing" these substances, on the other hand, means taking them at the same time (generally in order to increase or counter-balance the psychoactive effects). Although almost all users of illegal drugs have taken cannabis, users of cannabis or inhaled substances rarely experiment with other substances, unlike those who use other illegal drugs or take psychotropic medicines as drugs.

A little more than half of cannabis or inhaled substance users had already mixed substances, with this figure reaching or exceeding three-quarters for other illegal drugs.

Diversity of cannabis use in the 15-44 age group

There are five different categories of users in this age group:

- abstainers (66% of respondents: have never taken cannabis);
- former users (21%: have taken cannabis but not in the last twelve months);

- occasional users (6%: have taken cannabis between one and nine times during the year);
- repeated users (4%: have taken cannabis at least ten times during the year, but less than ten times during the last thirty days);
- regular users (3%: have taken cannabis at least ten times in the last thirty days).

Illegal drugs, health and lifestyle

In the 15-44 age group, the use of illegal drugs during the year (cannabis only in the 26-44 age group) seemed to be related to worse health, which is measured in various ways on the Duke scale. Above all, use was related to low self-esteem and high anxiety. However, this relationship, from which a causal link cannot be concluded, is less marked than that recorded between health and signs of alcohol or tobacco dependence.

Those in the 15-44 age group who had taken cannabis during the year were typified by more disrupted eating habits (they skipped meals more frequently) a more active social life (they went out more and mixed more with others).

Opinions and attitudes regarding illegal drugs

Among 15-75 year-olds, 35% had been offered cannabis compared to 5% for amphetamines and cocaine. Men had been offered drugs more often than women, and adolescents more often than adults. Among 20-25 year-olds, 82% of men and 56% of women had been offered drugs. By comparing offers of drugs and use of drugs, it is possible to assess the likelihood of acceptance of using cannabis. For men this was around 60% in the 15-44 age group compared to 50% for women.

With respect to legislation on illegal drugs, almost all of the respondents were against the legalisation of heroin, and three-quarters were similarly hostile to the legalization of cannabis. 62% of the respondents thought that cannabis was immediately harmful.



Pain

Georges Menahem

A large section of the population has recently suffered pain that was difficult to bear (32.3%). This chapter aims to highlight the sections of the population that suffer from pain most often, and the determinants associated with this. Women reported experiencing pain more often than men (1.3 times more). They said they suffered pain "several times a year", 1.4 times more than their male counterparts. Although they only reported suffering "physical pain" 1.2 times more often than men, their experience of "mental pain" was twice as frequent, and 2.8 times more frequent for pain that was both physical and mental. The main findings from the analysis of the different types of pain are as follows.

The probability of experiencing mental pain is greater when the situation of the people involved becomes more difficult (for example unemployment or an accumulation of instability factors). The subjective tendency to experience pain may differ, according to the situation in which they find themselves, which leads to a certain type of behaviour and which allows or inhibits various methods of expression.

However, this explanatory pattern loses its significance in the context of physical pain, because of the determining role played by health. The higher subjective tendency of women to experience physical pain is related to their sensitivity and the closer attention they pay to their body and its multiple symptoms. It is therefore more appropriate here to consider an interpretation in terms of an accumulation of factors and determinants: the more attention a person pays to their body and its symptoms and appearance, the more likely this person is to be alone, vulnerable and have difficulties relating to others, and, at the same time, have a tendency to experience the consequences of their dissatisfaction with work in their body.

Use of health care and medicines

Pierre Arwidson, Philippe Guilbert

Nearly 9 in 10 women and 8 in 10 men had seen a general practitioner during the year preceding the survey. Women had seen a GP on average slightly more often than men (nearly five times compared to four). The average number of consultations per year, among those who had seen a doctor, increased with age. 12-14 year-olds had seen a doctor two to three times during the year, whilst the 55-65 age group had seen a doctor five to six times. Those with chronic illnesses or a physical disability had seen a GP on average every two months.

Slightly more than one person in two said that they had visited a dentist during the last twelve months, women more often than men. The proportion of those who had seen a dentist during the year was higher for those with a higher income per unit of consumption. The average number of visits made was higher in the 12-14 age group than in other age groups. Women who go to the dentist do so more often than men (3.5 times on average compared to 3.1).

Around 5% of those interviewed had consulted a psychiatrist during the last 12 months, predominantly women (5.8% compared to 3.5% for men). Consulting a psychiatrist was related to an emotional breakup (adjusted odds-ratio (OR) = 1.8), suicidal thoughts (adjusted OR = 5.0) and suicide attempts (adjusted OR = 3.0). Consulting a psychiatrist was also related to unemployment (7.7% compared to 4.4% for those in work), living in a city, especially the Paris region, and suffering from a chronic illness. On average, visits were monthly. The annual number of psychiatric consultations was higher for those with a chronic illness, in work, on a high income, and living in the Paris region.

57% of women aged between 12 and 75 had seen a gynaecologist in the last twelve



months, on average twice during the year, those under 35 more often than those over 35. Consulting a gynaecologist was related to being in work, on a high income, a high level of education and living in the Paris region. Nearly three-quarters of women on the highest incomes, or in work, had consulted a gynaecologist, compared to less than half of those on the lowest incomes, and only two-thirds of unemployed women.

One woman in ten and one man in twenty had taken an anti-depressant during the last twelve months. Taking anti-depressants was related to being over 35, having an income below 6,000 francs per consumption unit (CU) or a chronic illness. Taking anti-depressants was closely related to suicidal thoughts during the year (adjusted OR = 6.8) and suicide attempts made during life (adjusted OR = 2.5). By contrast, in this survey, taking anti-depressants was not related to experiencing an emotional break-up.

The proportion of users of tranquilizers and sleeping pills was twice as high as the proportion of users of antidepressants. Nearly one woman in five and one man in ten had taken tranquilizers and sleeping pills at least once in the last twelve months. This was related to being over 35, having an income of over 10,000 francs per CU, and suffering from a chronic illness. Taking tranquilizers was related to the existence of suicidal thoughts during the year (adjusted OR = 4.2) and suicide attempts made during life (adjusted OR = 2.1). A link with the presence of an emotional break-up was also found (adjusted OR = 1.3). In 80.0% of cases, the tranquilizers and sleeping pills had been prescribed by a health professional, whereas 20% of cases were self-medicated. Men had received preventative advice during their most recent consultation more often than women, relating to physical exercise (21.6% compared to 17.6%), everyday accidents (9.6% compared to 7.9%) and smoking (25.1% compared to 18.6%). Women had received advice during their most recent consultation regarding the correct use of medicines more often than men (33.4% compared to 15.3%). Receiving pre-

ventative advice during the most recent consultation was related to being over 65. The main reasons that may make interviewees change GP were a diagnostic error (around 40%), followed by moving house (around 20%). Feeling that the doctor was a bad listener could be a reason for changing GP, especially among women (16.8% compared to 9.4%). Lack of preventative advice was only given as a reason for changing doctor by 2.4% of women and 1.8% of men.

Cancer screening

**François Eisinger,
Valérie Guagliardo,
Claire Julian-Reynier,
Jean-Paul Moatti**

Every year in France, cancer is responsible for the deaths of more than 89,000 men and 58,000 women. Judging by these figures, the fight against cancer is a priority. There are three possible approaches: improving curative care, primary prevention, aimed at preventing the appearance of the disease, and screening, to show up a disease before the person affected by it has noticed any symptoms.

Setting up a screening programme must take into account the convergence of medical, economic and human criteria. Medically, it is not possible to screen all cancers (all localizations) effectively. Economically, although a screening programme may be considered effective the local authority may not have the financial resources to carry out all potential programmes. Lastly, accessibility to tests, their acceptance, and the participation and support of those concerned is essential. These latter factors will be particularly analysed in this document.

For more than ten years, cancer screening has been a major concern of French health authorities. After a test and/or experimentation phase, which was promoted in particular by the French organisation for pub-



lic health insurance, the Ministry for Health, upon presentation of the National Programme for the fight against cancer in February 2000, announced generalised screening for certain cancers.

The information provided by this Health Barometer focuses on the three cancers currently recognised as suitable for screening: breast cancer via mammography, cervical cancer via smear testing and colorectal cancer via examination of blood in stools.

Screening for breast cancer via mammography

In the sample as a whole, 57.2% of women had had at least one mammography in their life: 74.0% in the 40-49 age group, and 90.5% in the 50-69 age group. However, only 54.0% of the women in this age group had had their most recent mammography within the last two years.

The factors that were involved in women having mammographies included the following: had a smear test within the last three years, consulted a gynaecologist within the last twelve months, been screened for cancer of the colon and the rectum, consulted a general practitioner during the last year, living in an area with organised screening and lastly, a fear of cancer.

An analysis of the surveys carried out in 1992 and 1995 confirms a significant increase in the proportion of women aged between 50 and 69 who had had a mammography within the last three years. This marked increase, especially between 1992 (less than 50%) and 1999 (nearly 75%) is very encouraging. This increase can be explained partly by the increase in the number of women (x 2) invited to take part in an organised programme.

Cervical cancer screening

84.7% of the 7100 women surveyed aged between 18 and 75 said they had had a smear test during their life. On a closer analysis of the last three years, nearly three-quarters (74.6%) of the respondents said they had had a smear test. However, here

again, these average figures conceal a varied situation, especially in terms of age. The rate of smear tests among women aged between 25 and 50 was high and fairly constant at around 85%, regardless of age. After the age of 55 (i.e. post menopause) the proportion of women regularly monitored fell sharply to 65.5% for 60-64 year olds, a period of life where screening should be carried out as frequently as for younger women.

Looking specifically at women aged between 20 and 65, the variables associated with having a smear test within the last three years were as follows: under 50, living in a couple, already had a mammography, visited an acupuncturist or an homeopath in the last twelve months, a monthly income of more than 6000 francs per consumption unit, in favour of vaccination, in work, alcohol drinkers, taken tranquilizers or sleeping pills during the last twelve months.

Screening for colorectal cancer

Among all those over 40, 19.9% had already been screened for cancer of the colon and the rectum via the examination of blood in stools. As with the other examinations, age had a considerable impact on screening practice where a combined age and generational effect was involved.

The factors involved in having colorectal cancer screening were as follows: male, over 50, unemployed or inactive, alcohol drinkers, been screened for hepatitis C, had a chronic illness, suffered from severe pain in the last twelve months, and lastly, had a lower general physical health score. The fact that the test is more common among the unemployed is paradoxical, considering that people whose situation could be described as "unstable" are usually low users of screening facilities. The impact of the health testing centres run by the French public health insurance organisation can probably be seen here. They are currently the main influencers for screening tests, and their purpose is to give priority to those in unstable situations.



Accidents

**Hélène Bourdessol,
Marie-Pierre Janvrin,
François Baudier**

This chapter discusses the problem of accidents, of any nature, occurring during the past year among persons aged between 12 and 75, and the fears associated with them. In connection with the problem of accidents, and taking into account the emergence of new leisure activities, the Health Barometer 2000 is particularly interested in sports such as rollerblading, roller-skating and skateboarding, as well as bicycles (mountain bikes, BMX, and standard bikes) and motorised 2-wheel vehicles and in the preventative behaviour of helmet wearing.

Perception of the risk of accidents

Traffic accidents remain the major fear among French people, irrespective of age or gender. Other types of accident (work, domestic accidents, sport and leisure accidents, accidents at school) take 7th, 9th, 10th and 12th places respectively among the risks and illnesses mentioned. The people who fear accidents most are those who have most often been victims of them. With the exception of work, sport or leisure accidents, proportionally more women are afraid of being involved in an accident.

Frequency of accidents

13.1% of people aged between 12 and 75 said they had been victims of at least one accident during the last twelve months, which resulted in an appointment with a doctor or hospitalization. Eight out of ten people hurt in accidents had reported an accident. Up to the age of 54, men were proportionally more likely to have an accident than women; beyond this age, more women reported having accidents. The young are particularly at risk from accidents; around one person in five under 26

was a victim of an accident during the past year. The frequency of accidents then decreased steadily with age.

The average number of accidents per victim was 1.3 but, as with the frequency of accidents, the average number of accidents decreased with age.

Types of accidents

Among those surveyed, sports or leisure injuries occurring during the past year were mentioned most often (4.3%), followed by domestic accidents (2.4%), and car accidents (1.0%).

Among those people potentially at risk from work accidents and accidents on motorised 2-wheel vehicles, 3.5% of them had had the former and 4.6% the latter.

Accidents in the home affected all ages of the population, whereas young people were more likely to be victims of other types of injuries.

Profile of accident victim

The frequency of accidents is often related to alcohol intoxication and cannabis consumption and also to use of tranquilizers or sleeping pills in men and anti-depressants in women. According to Duke's profile scores, accident victims are often in worse health than those who do not have accidents, women more so than men. Lastly, risk-taking remains associated with accidents.

Motorised 2-wheel vehicles, bicycles and roller sports

18.3% of the people surveyed had ridden motorcycles, mopeds or scooters, and 55.2% bicycles (mountain bikes, BMW or standard bikes) whilst 9.3% had used rollerblades, roller-skates, or skateboards. Mountain bikes were used more than standard bicycles, but this depended on age, with younger people preferring mountain bikes and older people standard bicycles.

Whereas there was no difference between different sizes of conurbation in the use of motorised 2-wheel vehicles and bicycles, roller sports were primarily confined to cities.



Wearing helmets

Among those who had ridden a motor cycle, moped, or scooter, 92.1% had worn a helmet on the most recent occasion, compared to 8.2% of those who had ridden bicycles and 10.7% of those who had taken part in roller-blading, roller skating and skateboarding.

Health behaviour in the 18-75 age group

Colette Ménard, Arnaud Gautier

The epidemiological data for health confirms a gradient of high inequality between social classes. Although preventable death is partly significantly related to individual behaviour and socio-demographic characteristics, the influence of socio-economic conditions and instability factors is also increasingly being suggested as a cause. In this context, it was appropriate to analyse certain types of health behaviour (perception of health, quality of life and mental health, use of health care, vaccination, cancer screening, consumption of psychoactive products) from the point of view of a number of socio-economic criteria.

The results presented in this chapter confirm and complement the broad trends seen in various reports, in particular those of the French High Committee on Public Health and in the works of P. Aiach and D. Cèbe.

The influence of unfavorable socio-economic factors such as unemployment is undeniably reflected in the way interviewees expressed their quality of life, and, for some, their health behavior (suicide attempts, increase in frequency of tobacco, alcohol or cannabis consumption).

Besides these socio-economic determinants, individual factors and personal circumstances such as loneliness or emotional break-ups are related to unhappiness, certain fears and higher consump-

tion of tranquilizers, sleeping pills or anti-depressants.

All the results raise questions concerning the strategies to be implemented, in the areas of both research and health promotion.

Health in the 60-75 age group

Christiane Dressen, H el ene Perrin

Physical health and use of health care

People aged between 60 and 75 reported suffering from physical health problems much more frequently than those aged between 45 and 59. Nearly one in two reported having a chronic illness, compared to only one-third in the 45-59 age group. 22.0% said that they suffered from a physical disability, compared to only 16.5% of 45-59 year-olds. Motor difficulties experienced during daily activities such as climbing stairs were also more frequent in the 60-75 age group. However, they did not actually complain of physical pain any more than those in the younger age bracket.

More than nine in ten people aged between 60 and 75 had seen a general practitioner during the year, compared to only eight in ten people in the 45-59 age group. By contrast, the older age group had visited the dentist less often. Similarly, women in the older age group had consulted a mental health professional much less frequently. Only 3.1% of those aged between 60 and 75 had seen a mental health professional during the year, whereas this figure was double (6.6%) in the 45-59 age group. However, old people of either gender had used tranquilizers and sleeping pills more frequently than those in the younger age bracket.

Quality of life

The 60-75 age group did not report more



sleeping difficulties than those in the 45-59 age group. However, this result must be treated cautiously given their higher consumption of sleeping pills. The information given on nutrition demonstrates that older people eat more regularly. Both men and women skip breakfast and lunch less frequently than those aged between 45 and 59. They take part in sport as frequently as the 45-59 year-olds. However, an analysis of sports activity in the 60-75 age group shows that frequency decreases markedly with age. Only 24.6% of those aged between 70 and 75 had taken part in a sport in the week preceding the survey, compared to 39.1% of those aged between 60 and 64. The perception of their health among those in the 69-75 age group was overall worse, in all aspects, than those in the 45-59 age group. However, a gender-differentiated analysis shows that men actually reported better general health. However, both men and women had a similar perception of their general physical health: those aged be-

tween 60 and 75 had noticed a certain deterioration compared to those aged between 45-59. By contrast, the older age group reported better mental and social health. The increase in the Duke score was more marked in men than in women aged between 60 and 75. Women were also less satisfied with their mental health than men. Those aged between 60 and 75 also tended to report a lower level of anxiety and depression than the 45-59 age group. This greater quality of life in terms of mental health can be seen in the statements relating to suicidal thoughts. 6.3% of individuals aged between 45 and 59 had had suicidal thoughts during the twelve months prior to the survey, compared to only 4.3% of those in the 60-75 age group. When suicidal thoughts are analysed according to gender, this difference only appears in relation to women, with 4.9% of the 60-75 age group having had suicidal thoughts compared to 7.8% of those in the 45-59 age group.

Le Baromètre santé 2000 décrit les comportements, attitudes, connaissances et opinions des 12-75 ans en matière de santé. Au total, 13 685 personnes ont répondu à un questionnaire multithématique. L'objet de cette étude est de présenter les résultats de ce sondage représentatif, de mesurer des évolutions, de comprendre les déterminants, mais aussi d'induire des réflexions et des discussions. Le découpage en quatorze chapitres forme une approche détaillée de nombreux déterminants de la santé : la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, l'activité sportive, la vaccination, les prises de risques sexuels, etc.

Les analyses portent également sur des indicateurs de santé comme la santé perçue, la qualité de vie mais aussi les violences subies ou les pensées suicidaires.

Cet ouvrage s'adresse à tous les acteurs et décideurs de santé publique qui souhaitent approfondir leurs connaissances sur la santé de la population, telle que celle-ci la déclare et la perçoit.



l'Assurance Maladie
sécurité sociale



**OBSERVATOIRE FRANÇAIS
DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES**



2, rue Auguste-Comte
BP 51
92174 Vanves cedex
France
cfes@cfes.sante.fr

