

Sous la direction de
PHILIPPE GUILBERT
ARNAUD GAUTIER

Baromètre santé 2005

Premiers résultats

éditions
inpes

Baromètre santé 2005

Premiers résultats

Baromètre santé 2005

Premiers résultats

Sous la direction de
PHILIPPE GUILBERT
ARNAUD GAUTIER

Préface de
PHILIPPE LAMOUREUX



Direction de la collection **Philippe Lamoureux**
Secrétariat d'édition **Marie-Frédérique Cormand**

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

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de
cette enquête sous réserve de la mention des sources.

ISBN 2-908444-93-3

Cette étude a été réalisée par

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

En partenariat avec

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

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

Le ministère de la Santé et des Solidarités (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)

Le comité de pilotage de l'enquête

Pierre Arwidson, INPES

François Baudier, Urcam

François Beck, OFDT

Hélène Escalon, INPES

Christine Ferron, INPES

Arnaud Gautier, INPES

Philippe Guilbert, INPES (coordination)

Stéphane Legleye, OFDT

Stanislas Spilka, OFDT

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

Les auteurs

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

François Beck, statisticien, responsable du pôle

Études en population générale à l'OFDT

Hélène Bourdessol, socio-démographe, chargée d'études et de recherche à l'INPES

Laurène Courouve, statisticienne, stagiaire à l'INPES

Judith Cytrynowicz, politologue, chargée

d'études et de recherche à l'INPES

Hélène Escalon, économiste, coordinatrice

du Baromètre santé nutrition à l'INPES

Arnaud Gautier, biostatisticien, coordinateur du

Baromètre santé professionnels de santé à l'INPES

Philippe Guilbert, économètre, chef de département à l'INPES

Béatrice Lamboy, psychologue, expert

en promotion de la santé à l'INPES

Stéphane Legleye, statisticien, chargé d'études à l'OFDT

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

Nathalie Lydié, géo-démographe, chargée d'études et de recherche à l'INPES

Sandra Nahon, statisticienne, chargée d'études

et de recherche à l'INPES

Stéphanie Pin, sociologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

Tania Rosilio, DEA de philosophie, chargée d'études

et de recherche à l'INPES

Jean-Louis Wilquin, diplômé de l'Essec, chargé d'études

et de recherche à l'INPES

Remerciements

Pour leur aide et leurs conseils lors de l'élaboration de l'enquête et du questionnaire

Gérard Badeyan, HCSP

Nathalie Bajos, Inserm/Ined

Bernard Basset, DGS

Nathalie Beltzer, ORS Ile-de-France

Marie-Christine Bournot, ORS Pays de la Loire

Chantal Cases, Drees

Jean-François Collin, Université de santé publique, Nancy

Jean-Michel Costes, OFDT

Thomas Coutrot, Dares

Corinne Delamaire, INPES

Anne Doussin, Irdes

Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France

Jean-Baptiste Herbert, Drees

Marie-Pierre Janvrin-Pouchain, FNMF

Danielle Julien, Université du Québec à Montréal

Gary King, Université de Penn State, Pensylvanie

Viviane Kovess, MGEN

Nadège Larochette, DGS

Alain Leplège, Université d'Amiens, IHPST (Paris I)

Dominique Martin, DGS

Nicole Matet, DGS

Pascal Melihan-Cheinin, DGS

Georges Menahem, Irdes

Jean-Michel Oppert, Université Pierre et Marie Curie, département de nutrition, Hôtel-Dieu, Paris

Patrick Peretti-Watel, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Benoît Riandey, Ined

Corinne Régnard, INPES

Anne Sizaret, INPES

Anne Tallec, ORS Pays de la Loire

Bertrand Thélot, InVS

Alain Trugeon, ORS Picardie

Anne Vuillemin, Université Henri-Poincaré, Nancy I

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité

Stéphane Marder, **Mathilde Sanglier**, **Catherine Vayssières**, **Anne Billet** et les enquêteurs de l'institut Atoo, ainsi qu'Élisabeth Giudicelli (OCRD) qui a pris en charge la surveillance du terrain de l'enquête.

Préface

Au fil des années, les différents Baromètres santé du Comité français d'éducation pour la santé, puis de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, se sont imposés comme l'outil de référence de la mesure des comportements, connaissances, croyances et attitudes de nos concitoyens en matière de santé.

Les premiers résultats du Baromètre santé 2005 population générale que nous publions cette année portent, pour la première fois, sur un échantillon représentatif de 30 000 personnes. La taille de cet échantillon permettra, je l'espère, d'accompagner utilement la régionalisation des politiques de santé publique organisée par la loi du 9 août 2004. De surcroît, l'intérêt de cette enquête réside également dans les nouveaux thèmes abordés : la dépression ou encore la pratique de l'activité physique. Enfin, la stabilité de la majeure partie du questionnaire permet une analyse de l'évolution des comportements de santé des Français au fil des générations. De ce fait, les Baromètres santé participent à l'évaluation des politiques de prévention et d'éducation pour la santé.

L'étude des chiffres 2004-2005 permet de faire apparaître des évolutions de comportement favorables (par exemple en matière de prévalence tabagique, de consommation quotidienne d'alcool, de dépistage du cancer ou encore de prévention des accidents de la vie courante). Elle amène également à souligner les zones d'ombre ; celles où nos comportements restent à améliorer (en particulier s'agissant de l'usage du cannabis, de la consommation d'alcool

excessive, des actes de violence, du dépistage du VIH, de nos opinions et de notre pratique en matière de vaccination).

Les enquêtes barométriques permettent rarement de mettre en exergue des bouleversements spectaculaires tant les évolutions de comportement s'inscrivent dans la durée. Elles révèlent, par contre, des tendances persistantes.

Il est un point sur lequel il me semble toutefois indispensable d'attirer l'attention : l'existence d'une spécificité masculine. L'absence d'amélioration de la proportion de consommateurs masculins fortement dépendants de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites), alors même que le nombre total d'usagers est en régression ; la persistance de comportements moins favorables à la santé que ceux des femmes dans d'autres domaines (nutrition, violence, accidents) doivent conduire à construire des modes d'intervention spécifiques tenant compte du « genre ».

Par ailleurs, il convient de garder à l'esprit que les progrès accomplis depuis cinq ans en matière de prévention et d'éducation pour la santé ont induit des bénéfices de santé inégalement répartis. Les populations les plus vulnérables ont proportionnellement moins bénéficié des avancées réalisées que la moyenne des Français. De ce point de vue, efficience et équité ne vont pas nécessairement d'amble. La question de la réduction des inégalités de santé se trouve donc désormais placée au cœur des politiques de promotion de la santé.

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'INPES

Sommaire

- 15 | Introduction et méthode**
Philippe Guilbert
- 19 | Perception de la santé et qualité de vie**
Arnaud Gautier, Stéphanie Pin, Laurene Courouve
- 29 | Tabagisme : le recul se confirme**
Jean-Louis Wilquin
- 39 | Alcoolisation, un phénomène complexe**
Stéphane Legleye, Tania Rosilio, Sandra Nahon
- 49 | Usages de drogues illicites**
François Beck, Judith Cytrynowicz
- 59 | La pratique d'activités physiques chez les adultes**
Hélène Escalon
- 69 | Les troubles dépressifs et leur prise en charge**
Béatrice Lamboy
- 77 | Les actes de violence physique**
Christophe Léon, Béatrice Lamboy
- 85 | Vaccination : un geste à conforter**
François Baudier, Christophe Léon
- 93 | Dépistage des cancers : des pratiques encore très diversifiées**
François Baudier
- 103 | Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse**
Nathalie Lydié, Christophe Léon
- 109 | Sexualité, IST et dépistage du VIH**
Nathalie Lydié, Christophe Léon
- 119 | Les accidents de la vie courante et leurs victimes**
Hélène Bourdessol
- 131 | Questionnaire**

Introduction et méthode

PHILIPPE GUILBERT

Réalisé pour la première fois en 1992, le Baromètre santé est une enquête nationale qui concerne la population générale âgée de 12 à 75 ans et les professionnels de santé (médecins généralistes et pharmaciens d'officine). Chaque enquête donne lieu à une publication de résultats sous la forme de rapports d'enquête dont la liste des références figure à la fin de cet ouvrage. Outre ce premier rapport d'enquête, un second ouvrage est prévu pour le début de l'année 2007, qui présentera les résultats de façon approfondie.

Les données présentées dans cet ouvrage sont issues de la 5^e édition du Baromètre santé, enquête sur les comportements de santé de la population française. L'objectif est d'étudier les principaux comportements, attitudes, perceptions qui sont liés à des degrés divers à l'état de santé actuel et futur des personnes interrogées : consommation de tabac, d'alcool, usages de drogues illicites, vaccination, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, santé mentale, qualité de vie, etc.

Répétées régulièrement au cours du temps, ces enquêtes permettent de suivre les évolutions des comportements de santé au regard des programmes de santé publique (mesure législative, campagne de prévention, programme d'éducation, etc.) et de faire des hypothèses sur l'impact de ces politiques de prévention.

Prenons un exemple. Durant l'intervalle de temps qui a séparé les deux dernières enquêtes, de 2000 à 2005, de nombreuses campagnes de prévention du tabagisme ont été réalisées — en télévision, en 2002 : « *Vous n'avalerez pas ce que vous fumez* », en 2004 : « *Le tabac, rien ne peut l'arrêter à part vous* » et « *Lorsque l'on fume à côté d'un non-fumeur, il fume aussi* » — et plusieurs mesures législatives ont vu le jour : augmentation du prix du tabac, suppression des trains fumeurs, etc. L'hypothèse peut être faite que lorsque le niveau d'un indicateur, comme la prévalence tabagique, se modifie rapidement au cours du temps, c'est en partie le reflet de l'action (législative et préventive) des diffé-

rents outils mis en place par les pouvoirs publics. Autrement dit, on fait l'hypothèse que les comportements de santé obéissent à un certain nombre de déterminants sur lesquels il est possible d'agir. Pour poursuivre avec notre exemple : les individus fument (*comportement*) car le prix des cigarettes est abordable (*déterminant*), car ils n'ont pas suffisamment conscience des dangers du tabagisme (*déterminant*), etc. On perçoit donc assez rapidement la difficulté de cerner les déterminants pour chaque comportement de santé tant il est facile d'en imaginer un nombre presque infini.

ÉCHANTILLONNAGE

Pour ce volet 2005 en population générale, les interviews ont été réalisées par téléphone après un tirage au sort de la personne à interroger. Le tirage au sort s'est fait tout d'abord au niveau de la base de sondage, c'est-à-dire au niveau de la liste des numéros de téléphone d'où seront issus les ménages contactés. Pour interroger 30 514 personnes, les interviews ont d'abord été réparties entre ménages équipés d'une ligne fixe (87,5 %) et ménages équipés uniquement d'un téléphone portable (12,5 %). Quel que soit son équipement téléphonique (listes blanche, orange, rouge ou portable), une seule personne participait à l'enquête au sein du foyer. La personne choisie était celle dont l'anniversaire à venir était le plus proche.

LES LIGNES FIXES

Cela concerne les ménages ayant un téléphone filaire (y compris les ménages ayant en plus un téléphone portable) dont le numéro est dans l'annuaire (liste blanche), sur liste rouge ou sur liste orange. Comme il n'existait pas de possibilité d'utiliser une base de sondage comprenant des

Une autre utilisation de ce type d'enquête consiste à essayer de mieux définir les populations ou les domaines d'intervention. En particulier, essayer de répondre à des questions du type : faut-il agir en priorité auprès des jeunes, des femmes, des hommes ? Pour répondre à ce double objectif, évaluation globale et meilleure définition des objectifs de politique de santé publique, l'INPES, avec le soutien de ses partenaires, a élaboré ce système d'enquêtes qui utilise une méthodologie précise.

numéros inscrits sur liste rouge, l'institut de sondage (Atooo) a sélectionné une liste de numéros de téléphone selon un tirage aléatoire (listes blanche et orange uniquement), dont le dernier chiffre a été modifié en ajoutant 1 (exemple : 01 12 34 56 78 est devenu 01 12 34 56 79) afin de constituer une seconde liste tout aussi aléatoire que la première, mais qui était susceptible de comporter des numéros sur liste rouge de par le mode d'attribution de ces numéros par France Télécom. Cette nouvelle liste a fait l'objet d'une recherche de coordonnées par le biais de l'annuaire inversé, permettant ainsi d'identifier près de 70 % des numéros incrémentés. Les ménages ainsi identifiés ont reçu une lettre-annonce présentant l'intérêt de l'enquête et cherchant à motiver leur participation. Les 30 %, environ, de numéros incrémentés qui n'ont pas été identifiés par l'annuaire inversé correspondaient à des numéros sur liste rouge, à des numéros non attribués ou à des numéros internes d'entreprise. L'institut de sondage a donc appelé tous les numéros sans savoir *a priori* où aboutissait l'appel. Les personnes qui le souhaitent et dont le numéro de téléphone était sur liste rouge pouvaient

recevoir avant l'interview une copie de la lettre-annonce qui était envoyée aux personnes sur liste blanche.

LES PORTABLES EXCLUSIFS

Les trois préfixes des numéros de téléphone attribués par les trois opérateurs nationaux ont été utilisés, en respectant leur impor-

tance en termes de parts de marchés. La fin des numéros a ensuite été générée de façon aléatoire. Seuls les numéros correspondant à des ménages uniquement équipés d'un portable pouvaient participer à l'enquête et, en raison du mode de passation, la durée du questionnaire a été écourtée à quinze minutes.

LE TERRAIN D'ENQUÊTE

L'enquête s'est déroulée du 14 octobre 2004 au 12 février 2005, tous les jours de la semaine sauf le dimanche, de 16 heures à 21 heures (de 10 heures à 18 heures le samedi). Une société de surveillance (Organisme de conformité du recueil des données, OCRD) était présente tous les jours afin de vérifier la bonne passation du questionnaire et la régularité de la procédure de sélection des personnes à interroger.

Les différents taux de refus observés à la fin de l'enquête montrent une légère progression par rapport à 1999 ; en particulier pour le taux d'abandon, probablement en raison de la durée du questionnaire — quarante

minutes en moyenne pour les appels sur téléphones fixes et dix-sept minutes sur les mobiles [tableau I].

Le **tableau II** (*page suivante*) décrit la structure de l'échantillon selon le sexe, l'âge, la taille de l'agglomération de résidence et la région d'habitat, avant et après la pondération.

Enfin, comme cela avait été le cas en 2000, plusieurs régions ont réalisé une enquête reprenant le même questionnaire (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Lorraine, Poitou-Charentes, Ile-de-France).

TABEAU I

Taux de refus et d'abandon selon le type de liste du numéro de téléphone

	Listes blanche/orange	Liste rouge
Taux de refus ménage	27,0 %	37,8 %
Taux de refus individu	5,2 %	7,3 %
Taux d'abandon	7,5 %	9,6 %

TABLEAU II

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

	n = 30 514		n = 13 685	
	Brut 2005	Pondéré et redressé* 2005	Brut 2000	Pondéré et redressé* 2000
Sexe				
Hommes	43,2	49,3	44,0	49,3
Femmes	56,8	50,7	56,0	50,7
Âge				
12-14 ans	3,6	5,0	3,8	5,0
15-19 ans	7,1	8,5	6,8	8,5
20-25 ans	10,2	9,7	9,6	9,7
26-34 ans	18,3	16,5	20,6	16,5
35-44 ans	18,3	18,5	18,7	18,5
45-54 ans	16,1	17,7	16,0	17,7
55-64 ans	14,8	11,8	12,7	11,8
65-75 ans	11,6	12,3	11,8	12,3
Taille d'agglomération				
Commune rurale	25,9	24,2	28,6	24,4
Moins de 20 000 hab.	17,5	16,6	16,8	16,8
De 20 000 à 100 000 hab.	13,3	13,3	12,8	13,4
De 100 000 à 200 000 hab.	5,8	5,5	7,0	5,6
200 000 hab. et plus	23,8	23,0	20,8	23,2
Agglomération parisienne	12,8	16,5	13,3	16,0
Non renseignée	0,9	0,9	0,7	0,6
Région				
Alsace	3,0	3,4	3,4	4,7
Aquitaine	5,5	4,8	5,3	5,0
Auvergne	2,5	2,3	2,7	2,6
Bourgogne	2,9	3,1	2,8	2,8
Bretagne	6,0	5,2	5,9	3,6
Centre	3,7	4,1	4,2	4,1
Champagne-Ardenne	1,8	2,1	2,4	2,5
Corse	0,4	0,4	0,5	0,5
Franche-Comté	2,0	2,1	2,4	2,9
Ile-de-France	14,5	18,7	15,3	18,7
Languedoc-Roussillon	4,7	4,1	3,8	3,7
Limousin	1,4	1,1	1,4	1,2
Pays de la Loire	6,1	5,3	6,3	3,8
Lorraine	2,9	3,3	4,3	5,6
Midi-Pyrénées	5,1	4,5	4,6	4,3
Nord-Pas-de-Calais	7,3	6,7	6,8	6,8
Haute-Normandie	2,5	2,9	3,0	3,2
Basse-Normandie	2,2	2,3	2,6	2,3
Picardie	2,9	3,1	2,8	2,9
Poitou-Charentes	3,2	2,7	2,8	1,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,1	7,4	7,0	7,8
Rhône-Alpes	10,4	9,5	9,6	9,3
Non renseignée	0,9	0,9	0,1	0,2

a. Le redressement est réalisé à partir des données du recensement 1999 de l'Insee et la pondération prend en compte le nombre de personnes éligibles dans le foyer.

Perception de la santé et qualité de vie

ARNAUD GAUTIER
STÉPHANIE PIN
LAURÈNE COUROUVE

CONTEXTE

Les comportements de santé et les attitudes préventives des individus sont influencés non seulement par les risques objectifs, leur état de santé, mais également par leurs représentations de la maladie et de la santé [1, 2]. Selon les modèles et les théories [3], les perceptions de la santé et des risques constituent une des facettes du cadre psychosocial avec lequel les individus pensent leur santé, reçoivent les informations dans ce champ et décident ou non d'infléchir leurs comportements. S'il existe des enquêtes spécifiques et adaptées à l'étude des représentations sociales, mêlant techniques qualitatives et quantitatives [4], le Baromètre santé permet d'approcher différents aspects particuliers et complémentaires.

Le premier d'entre eux concerne la perception de certains risques sanitaires, dont la hiérarchisation ne correspond pas toujours à celle qui les classe selon leur probabilité

d'occurrence ou à la gravité de leurs conséquences : ainsi, chaque année, les maladies cardio-vasculaires sont responsables de plus de 30 % des décès en France, soit plus de 150 000 personnes¹. De même, les accidents de la vie courante sont la cause chaque année de près de 20 000 décès². Pourtant, ce sont toujours les accidents de la route qui inquiètent le plus avec 5 232 tués sur les routes en 2004³. L'évaluation des risques par la population générale répond donc parfois à d'autres critères moins quantitatifs [5] : le danger est-il contrôlable, connu, immédiat, concerne-t-il l'ensemble de la population, etc. ?

Le sexe et l'âge des individus sont ainsi des déterminants de la hiérarchisation des

1. SC8 - Inserm — Service d'information sur les causes médicales de décès.

2. 19 569 décès en 1999.

3. Observatoire national interministériel de sécurité routière. Les grandes données de l'accidentologie en 2004, caractéristiques et causes des accidents de la route. Mai 2005.

craintes, mais l'influence des médias, des campagnes d'information et de prévention, ou encore l'influence du contexte politique et social du pays sont tout aussi décisifs dans la création des opinions.

L'enquête a, par ailleurs, exploré la manière dont les Français perçoivent leur qualité de vie, mesurée dans ses multiples dimensions. Il existe en effet un hiatus possible entre l'état

de santé objectif (présence ou absence de douleur, de pathologies) et sa perception par l'individu [2]. La connaissance de ces perceptions subjectives, de leurs relations avec les états de santé ou les comportements favorables ou défavorables, permet de mettre en évidence les dimensions importantes pour les individus, les différences entre groupes sociaux et d'anticiper les changements. Dans

LES QUESTIONS DU PROFIL DE SANTÉ DE DUKE

Le score de santé de Duke permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus à partir des dix-sept items du questionnaire. Le tableau ci-dessous présente les questions posées dans le cadre du test de Duke.

	Question	Dimension
Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas...		
1	Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, dépression
3	Au fond, je suis bien portant(e)	Santé perçue
4	Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5	J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6	Je suis content(e) de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7	Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview...		
8	Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours...		
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12	Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13	Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14	Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15	Vous avez rencontré des parents ou amis	Sociale
16	Vous vous êtes retrouvés avec des gens de votre famille qui n'habitent pas avec vous ou avec des copains en dehors de l'école (version pour les moins de 18 ans) Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites (version pour les 18 ans et plus)	Sociale
Est-ce qu'au cours des huit derniers jours...		
17	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

En combinant ces paramètres entre eux, plusieurs domaines peuvent être explorés. La santé physique, mentale et sociale sont les trois principales dimensions étudiées qui, associées, produisent le score de santé générale. S'ajoutent à cela des indices pour évaluer l'anxiété, la douleur, la dépression, l'estime de soi et l'incapacité. Les scores calculés vont de 0 à 100, 100 étant le score optimal de qualité de vie sauf pour les scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité, où le rapport est inversé.

une optique plus évaluative, l'analyse de la relation entre l'adoption d'un comportement ou l'introduction d'un traitement et la perception subjective de la santé est une manière de mesurer l'impact de cette intervention en ne se limitant plus aux seuls symptômes physiques [6]. Les perceptions subjectives de la santé sont de plus en plus mises en évidence dans la politique de santé, comme l'illustre l'inscription dans la loi de santé publique d'août 2004 d'un Plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques [7].

La qualité de vie est, en effet, une notion récente qui a l'ambition d'intégrer ces aspects subjectifs et donc d'élargir l'appréhension de la santé [6]. La qualité de vie est définie, selon l'Organisation mondiale de la santé, comme « *la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations.* » [8]. Les déterminants de la qualité de vie sont multiples : « *c'est un concept très large*

influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement » [8].

Pour la mesure des perceptions subjectives de la santé et de la qualité de vie, de nombreux indicateurs sont désormais couramment utilisés dans le domaine de la recherche et de l'évaluation en santé. La santé perçue est souvent mesurée à partir d'une unique question (dans le Baromètre santé : « *Au fond, je suis bien portant. Pensez-vous que cela soit tout à fait, à peu près, ou pas votre cas ?* »), qui est corrélée avec de nombreux états de santé « objectifs » — pathologies, incapacités par exemple — actuels et futurs. En revanche, pour la qualité de vie [9], les indicateurs utilisés prennent la forme de batteries de questions regroupées en grandes dimensions visant chacune un aspect de la qualité de vie (santé physique, santé psychologique, santé sociale, etc.). Le Baromètre santé utilise le profil de santé de Duke pour évaluer la qualité de vie (voir encadré)⁴.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les accidents de la circulation (58,1 %) et le cancer (54,9 %) sont toujours les principales craintes des Français âgés de 12 à 75 ans, et ce malgré une baisse significative depuis 2000. Une diminution est par ailleurs observée concernant les craintes face au sida (20,4 %), maladie qui se retrouve, avec les autres IST et les maladies dues à l'alcool, parmi les risques les moins redoutés. Les Français déclarent être bien informés sur le tabac (91,8 %), l'alcool (87,2 %), le sida (85,5 %) ou encore la contraception (84,2 %) ; en revanche, ils se sentent majoritairement mal informés concernant les thèmes environnementaux tels que la pollution de l'eau ou de l'air.

La majorité des personnes déclarent être « *tout à fait* » ou « *à peu près* » bien portantes (88,7 %). Les hommes obtiennent un meilleur score de qualité de vie que les femmes dans tous les domaines étudiés, à l'exception de la santé mentale. Depuis 2000, une diminution du score de santé générale est observée parmi les 15-19 ans, alors qu'une augmentation de ce score est observée parmi les femmes de 55 à 75 ans.

4. Cette année, les personnes âgées ont également répondu au questionnaire WHOQOL. Les résultats feront l'objet d'une publication ultérieure.

RÉSULTATS

PERCEPTION DES RISQUES ET DES MALADIES

Principale crainte des Français : les accidents de la circulation

Parmi une liste de différents risques et maladies, les accidents de la circulation constituent, comme en 2000, la crainte majeure des Français âgés de 12 à 75 ans. En 2005, plus d'une personne sur deux (58,1 %) déclare les craindre « *pas mal* » ou « *beaucoup* ».

De manière identique, une majorité de personnes (54,9 %) craint également pour elle-même le cancer. Ces principales craintes ont néanmoins diminué depuis 2000 [tableau I].

Le troisième risque le plus redouté est la consommation d'aliments pollués, qui, malgré une diminution spectaculaire de près de vingt points en cinq ans, est citée par plus de deux personnes sur cinq. Une baisse similaire est retrouvée concernant la crainte de nouvelles épidémies exprimée par 27,6 % des personnes interrogés (contre 51,1 % en 2000).

La diminution de la crainte face au sida observée entre 1995 et 2000 parmi les 18-75 ans se poursuit entre 2000 et 2005 parmi les 12-75 ans : un individu sur cinq déclare en 2005 le craindre ; cette maladie se retrouve ainsi parmi les risques les moins craints, en compagnie des autres IST et des maladies liées à l'alcool (respectivement 18,1 % et 12,7 %).

Les femmes, plus sensibles aux risques sanitaires

D'une manière générale, les femmes ont des craintes plus marquées que les hommes [figure 1]. Elles sont notamment plus nombreuses en proportion à déclarer craindre les accidents de la circulation (62,4 % vs 53,7 % ; $p < 0,001$), le cancer (60,0 % vs 49,6 % ; $p < 0,001$), ou encore la maladie d'Alzheimer (41,4 % vs 31,2 % ; $p < 0,001$).

Pour certaines maladies, aucune différence significative selon le sexe n'est observée : c'est le cas pour celles en rapport avec la sexualité (sida, IST), ainsi que pour les maladies

TABEAU I

Évolution des pourcentages de personnes âgées de 12 à 75 ans déclarant craindre « *pas mal* » ou « *beaucoup* » différents risques ou maladies entre 2000 et 2005

	2000	2005	Différence
Accidents de la circulation	62,5	58,1	***
Cancer	56,0	54,9	*
Consommation d'aliments pollués ou transformés	61,2	42,7	***
Maladies cardiaques	35,3	36,7	**
Maladie d'Alzheimer	—	36,3	—
Maladies dues au tabac	27,4	28,3	ns
Les nouvelles épidémies	51,1	27,6	***
Les accidents domestiques	21,1	24,8	***
Sida	23,6	20,4	***
IST (hors sida)	16,8	18,1	**
Maladies dues à l'alcool	11,2	12,7	***

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

cardiaques. À l'inverse, les craintes sont proportionnellement plus répandues parmi les hommes pour l'ensemble des maladies liées à la consommation de produits psychoactifs tels que le tabac (29,5 % *vs* 27,2 % pour les femmes ; $p<0,001$) ou l'alcool (15,3 % *vs* 10,1 % ; $p<0,001$).

Rationalité des craintes selon l'âge

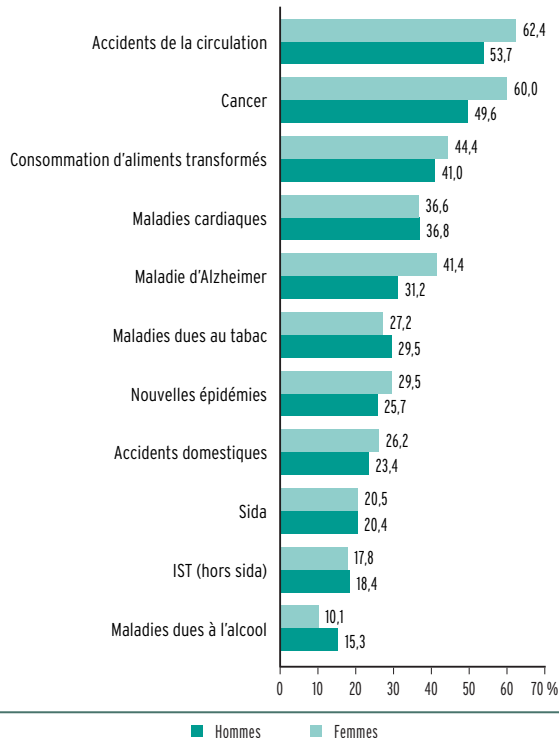
Les plus jeunes sont sensibilisés, d'une part, aux maladies dues à la consommation de produits psychoactifs tels que le tabac (38,4 % des 12-25 ans déclarent les craindre «*pas mal*» ou «*beaucoup*» *vs* 25,3 % des

26-75 ans ; $p<0,001$) ou l'alcool (18,4 % *vs* 10,9 % ; $p<0,001$) et, d'autre part, aux risques liés à la sexualité (37,6 % des jeunes de 12 à 25 ans craignent le sida et 36,0 % les autres IST *vs* 15,3 % et 12,7 % parmi le reste de la population ; $p<0,001$).

Les personnes les plus âgées craignent, quant à elles, davantage les maladies cardiaques, les risques liés à la consommation d'aliments pollués ou transformés, mais surtout la maladie d'Alzheimer qui constitue, avec le cancer, les craintes les plus importantes des personnes âgées de 65 à 75 ans avant même les accidents de la circulation (respectivement 52,0 % et 51,7 %).

FIGURE 1

Pourcentages de personnes âgées de 12 à 75 ans déclarant craindre «*pas mal*» ou «*beaucoup*» différents risques ou maladies, selon le sexe



INFORMATION SUR LES GRANDS THÈMES SANITAIRES

Pour la plupart des thèmes proposés, la majorité des personnes de 12 à 75 ans interrogées se déclare bien informée. C'est particulièrement le cas concernant le tabac ou l'alcool [tableau II], thèmes pour lesquels neuf personnes sur dix environ se déclarent « *plutôt* » ou « *très bien* » informées et pour lesquels une augmentation significative est constatée depuis 2000 (de 6 à 7 points en moyenne). Une augmentation est par ailleurs observée concernant l'autre thème lié à la consommation de produits psychoactifs, le cannabis : la proportion de personnes bien informées sur ce produit est passée de 41,6 % à 56,3 % en cinq ans.

Les autres thèmes pour lesquels les Français affirment être tout particulièrement bien informés sont le sida (85,5 %), la contraception (84,2 %) et le cancer (70,9 %).

À l'inverse, les personnes affirment être mal informées vis-à-vis des thèmes environnementaux : 56,4 % se sentent « *plutôt mal* » ou « *très mal* » informées sur la pollution de l'air et, malgré une diminution depuis 2000,

62,8 % affirment être mal informées sur la pollution de l'eau.

Les femmes se déclarent mieux informées que les hommes sur l'ensemble des thèmes de santé proposés et ce, plus particulièrement sur la contraception (87,9 % *vs* 80,4 % ; $p < 0,001$), les IST en dehors du sida (62,8 % *vs* 59,9 % ; $p < 0,001$), la vaccination (68,7 % *vs* 64,0 % ; $p < 0,001$), l'alimentation (65,4 % *vs* 59,3 % ; $p < 0,001$), la dépression (49,0 % *vs* 39,2 % ; $p < 0,001$) ou encore le cancer (72,8 % *vs* 68,9 % ; $p < 0,001$). Les hommes, en revanche, déclarent significativement être mieux informés dans le domaine du cannabis (58,3 % *vs* 54,4 % ; $p < 0,001$) ainsi que sur la pollution de l'air et de l'eau (respectivement 44,4 % et 37,5 % *vs* 42,1 % et 36,1 % chez les femmes ; $p < 0,001$ et $p < 0,05$).

QUALITÉ DE VIE

Un état de santé jugé moins bon qu'en 2000

La majorité des personnes (88,7 %) ont une bonne perception de leur santé, même si le pourcentage d'individus se déclarant « *tout*

TABLEAU II

Évolution des pourcentages de personnes âgées de 12 à 75 ans déclarant se sentir « *bien* » ou « *très bien* » informées entre 2000 et 2005

	2000	2005	Différence
Tabac	86,1	91,8	***
Alcool	81,1	87,2	***
Sida	85,4	85,5	ns
Contraception	82,9	84,2	***
Cancer	—	70,9	—
Vaccination	72,1	66,4	***
Alimentation	62,2	62,4	ns
IST (en dehors du sida)	55,1	61,4	***
Cannabis	41,6	56,3	***
Dépression	—	44,2	—
Pollution de l'air	47,7	43,2	***
Pollution de l'eau	34,7	36,8	***

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

à fait bien» portants et «à peu près» bien portants a diminué entre 2000 (90,3 %) et 2005.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir cette appréciation positive (89,2 % vs 88,1 %, $p<0,001$), la différence entre sexes s'étant toutefois réduite depuis la dernière enquête. Ce jugement décroît légèrement avec l'âge (86,6 % après 65 ans). Cependant, la catégorie pour laquelle la santé perçue est la plus mauvaise demeure celle des jeunes de 15 à 19 ans (84,8 %).

Une meilleure qualité de vie perçue pour les hommes

D'une manière générale, les hommes obtiennent des scores de qualité de vie supérieurs à ceux des femmes [figure 2]. Ainsi, les hommes, tous âges confondus, atteignent le score de 74,1 sur 100 pour l'indice de santé générale qui correspond à la fusion des scores de santé physique, mentale et sociale, contre 68,5 sur 100 pour les femmes ($p<0,001$). Les différences les plus marquées se rapportent à la santé

physique où le score moyen des hommes approche 77 sur 100, soit 9 points de plus que les femmes.

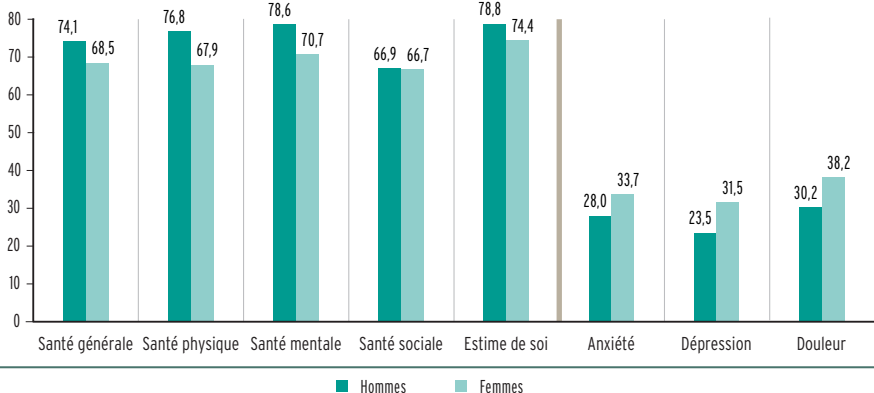
Enfin, mais de façon moins nette, les femmes perçoivent leur niveau d'anxiété, de dépression et de douleur plus négativement que les hommes.

Un bilan par âge plus contrasté

L'âge influence la perception de sa qualité de vie, mais l'effet est différent selon les dimensions considérées. On constate, en effet, avec l'avance en âge, une péjoration dans la perception de la santé physique, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la douleur. Cet effet est également marqué pour l'indice de santé générale. La différence la plus nette entre classes d'âge concerne la santé physique : si les 12-14 ans obtiennent un score de 79,1 pour cette dimension, le score tourne autour de 70 entre 45 et 64 ans pour atteindre 66,2 chez les plus âgés. Par contre, on observe la tendance inverse pour le score de santé mentale où les personnes entre 65 et 75 ans obtiennent le score moyen le plus élevé (77,4).

FIGURE 2

Scores de qualité de vie de Duke parmi les Français âgés de 12 à 75 ans, selon le sexe



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

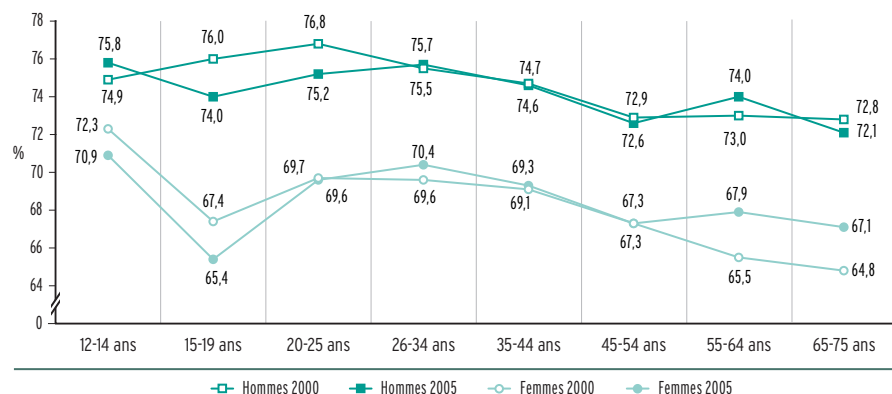
Des évolutions qui concernent les jeunes et les femmes âgées

De façon générale, on ne constate que peu d'évolutions dans la perception de la qualité

de vie entre l'enquête de 2000 et celle de 2005 [figure 3]. Les seules différences significatives concernent les 15-19 ans et les femmes entre 55 et 75 ans. On assiste, pour le premier groupe, à une diminution du score de santé générale entre 2000 et 2005, qui passe de 71,9 à 70. En revanche, les femmes entre 55 et 75 ans obtiennent en 2005 des scores de qualité de vie supérieurs à ceux obtenus lors de la dernière enquête. Cette évolution traduit principalement une amélioration significative dans la perception de leur santé mentale : ainsi, alors que pour cette dimension le score était de 67,5 pour les femmes de 55 à 65 ans et de 69,3 pour les femmes de 65-75 ans, il atteint respectivement 72,4 et 74,0 en 2005.

FIGURE 3

Scores de santé générale parmi les Français âgés de 12 à 75 ans, selon l'âge en 2000 et 2005



DISCUSSION

D'une manière générale, les craintes évoquées par les Français et notamment les trois principales d'entre elles — accidents de la circulation, cancer, consommation de produits pollués ou transformés — ont diminué de manière significative entre 2000 et 2005. Pouvant être le reflet d'une moindre médiatisation — traduisant ainsi une « peur circonstancielle » — ou au contraire liée au fait que le thème est affiché comme priorité nationale — pour lequel les mesures politiques adoptées se sont accompagnées d'effets immédiats sur les risques réels (plus d'un tiers de tués en moins sur les routes françaises entre les deux enquêtes⁵) —, cette baisse peut être par ailleurs l'expression d'une meilleure information. En effet, le lien entre information et crainte s'observe dans cette enquête quelle que soit la maladie (IST, cancer, maladies dues au tabac ou à l'alcool, etc.) et va dans le sens d'une diminution de la crainte avec l'augmentation du niveau d'information. Or, depuis 2000, dans l'ensemble des sujets proposés et plus particulièrement pour lesquels des campagnes d'information nationale ont été réalisées (tabac, alcool, cannabis par exemple), le sentiment d'être bien informé a augmenté significativement. À l'inverse, les thèmes les moins abordés, tels que la dépression, sont ceux pour lesquels les personnes se déclarent le plus mal informées. Parmi ceux-ci, se trouvent également les thèmes environnementaux (pollution de l'eau et de l'air), sujets pour lesquels les risques encourus sont davantage subis que volontaires, individuellement incontrôlables et dont les conséquences, souvent inconnues, s'observent généralement à long terme.

En cohérence avec les enquêtes précédentes, les individus évaluent positivement leur santé et leur qualité de vie, quelles que soient les dimensions considérées. Le sexe et l'âge influencent significativement ces percep-

tions. Les femmes tendent ainsi à avoir une appréciation plus négative de leur santé sur toutes les dimensions considérées à l'exception de la santé sociale. De façon générale, et sur de nombreux indicateurs tant physiques que mentaux, l'état de santé « objectif » des femmes tend à être plus mauvais que celui des hommes ; les femmes consultent également plus souvent leur médecin que les hommes. Cette situation peut s'expliquer par une plus grande vulnérabilité physique des femmes, par une confrontation plus fréquente à des facteurs stressants et à des conflits ; mais elle doit aussi être vue comme l'expression de représentations de la santé et de la maladie différentes entre hommes et femmes, intégrant les rôles sociaux attendus pour chaque sexe [10, 11].

Quant aux personnes âgées, le Baromètre santé montre qu'elles apprécient de façon plus nuancée que les plus jeunes leur santé physique et sociale : même s'il demeure difficile de trancher entre un effet d'âge ou de génération, ce contraste est à mettre en relation avec le déclin de leurs capacités physiques, l'apparition de pathologies ou de douleurs, les changements dans leur vie professionnelle et sociale [10, 12]. Par contre, et contrairement à l'image encore vivace du vieillard déprimé, leurs scores de santé mentale sont plus élevés que chez leurs cadets. Le bien-être psychologique serait modulé en grande partie par les événements de vie qui peuvent être, pour certains d'entre eux, moins fréquents avec l'avance en âge (stress professionnel, déménagements, difficultés financières) ; l'adaptation des individus âgés au vieillissement et la comparaison avec des contemporains peuvent également expliquer ce relatif optimisme des personnes âgées sur leur santé mentale [12, 13].

5. 7 918 tués en 1999 contre 5 232 en 2004.

Enfin, on observe peu d'évolutions entre 2000 et 2005, ce qui traduit une certaine stabilité dans la façon dont les hommes et les femmes, ainsi que les différentes classes d'âge considérées, évaluent leur qualité de vie. Les quelques différences constatées (sur la santé auto-évaluée, sur le score de qualité de vie générale chez les jeunes de 15 à 19 ans et chez les femmes âgées) doivent faire l'objet d'analyses plus approfondies pour être interprétées. En effet, les déterminants de la

qualité de vie sont nombreux et ne peuvent se réduire à une prise en compte des effets d'âge et de sexe : l'impact des maladies chroniques, de facteurs psychosociaux (stress, estime de soi), de comportements de santé ou socio-économiques (catégorie socio-professionnelle, relations sociales, situation maritale) modulent de façon sensible la perception que l'on peut avoir de sa qualité de vie et de sa santé, et peuvent fournir des pistes pour expliquer les différences observées.

Bibliographie

- [1] Herzlich C.
Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale.
Paris : École des hautes études en sciences sociales, 1992 : 210 p.
- [2] Adam P., Herzlich C., de Singly F. (sous la dir.).
Sociologie de la maladie et de la médecine.
Paris : A. Colin, 2005 : 127 p.
- [3] Guibert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.-C., Arwidson P., Janvrin M.-P.
Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode.
Vanves, CFES, coll. Baromètres, 2001 : 22-6.
- [4] Abric J.-C.
Pratiques sociales et représentations.
Paris : Puf, coll. Psychologie sociale, 2003 : 253 p.
- [5] Peretti-Watel P.
La société du risque.
Paris : La Découverte, coll. Repères, Paris, 2001 : 124 p.
- [6] Bruchon-Schweitzer M.
Santé, bien-être et qualité de vie (chap. 3).
In : *Psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2002 : 43-84.
- [7] Direction générale de la Santé.
Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes - Santé publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels.
Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2004 : 118 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/qualite_maladies_chroniques/actes.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [8] Nutbeam D.
Glossaire de la promotion de la santé.
Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 1999 : 36 p.
En ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [9] Leplège A.
Les mesures de la qualité de vie.
Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, n° 3506, 1999 : 128 p.
- [10] Schulze C., Welters L.
L'incidence de l'âge et du sexe sur la conception de la santé.
In : Flick U. *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*. Paris : L'Harmattan, 1992 : 85-106.
- [11] Hunt K., Macintyre S.
Genre et inégalités sociales en santé (chap. 23).
In : Fassin D., Granjean H., Kaminski M., et al. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 363-75.
- [12] Coudin G., Paicheler G.
Santé et vieillissement : approche psychosociale
(voir plus particulièrement chapitre IV : « Conceptions et pratiques de santé et de maladie » et chapitre V : « L'ajustement au déclin et à la maladie »).
Paris : Armand Colin, coll. Cursus, 2002 : 176 p.
- [13] Beaufils B.
Qualité de vie et bien-être en psychologie.
Gérontologie et société 1996 ; n° 78 : 39-50.

Tabagisme : le recul se confirme

JEAN-LOUIS WILQUIN

CONTEXTE

Avec plus de 66 000 décès annuels directement ou indirectement imputables à son usage (dont les neuf dixièmes pour des hommes), le tabac reste la première cause de mortalité évitable en France [1].

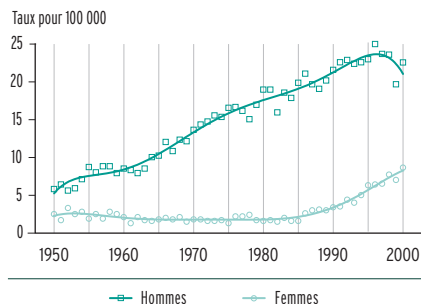
De 1960 à 2000, la consommation de tabac a certes très nettement diminué chez les hommes de 15 ans et plus (de 57 % de fumeurs réguliers à 33 %), mais elle a progressé chez les femmes (de 11 % de fumeuses régulières à 21 %). Chez les hommes, la baisse de la consommation commence à porter ses fruits puisque la courbe de mortalité par cancer du poumon chez les 40-44 ans décroît à partir de 1997; chez les femmes, par contre, cette courbe est en pleine croissance (de 2 pour 100 000 en 1960 à 8 pour 100 000 en 2000) [figure 1].

Grâce à une chute de prévalence de dix points entre 1999 et 2003, les jeunes Français ont abandonné le groupe de tête des pays européens pour se placer dans la moyenne [2, 3].

L'inscription de la lutte contre le tabagisme dans le plan cancer en 2003 a conduit à la mise en place de mesures législatives et réglementaires : hausses des prix fortes et répétées jusqu'en janvier 2004, interdiction de vente aux moins de 16 ans, apposition de

FIGURE 1

Évolution de la mortalité par cancer du poumon entre 40 et 44 ans en France



Source : [1].

nouveaux avertissements sanitaires sur les emballages, interdiction totale de fumer dans les TGV, etc.

Simultanément, plusieurs campagnes de prévention (INPES, Comité national contre le tabagisme – CNCT) ont adopté des formes résolument « choc » de type anglo-saxon pour dénoncer les méfaits du tabagisme sur la santé, tandis que d'autres ont entamé une information forte sur le tabagisme passif. La promotion de la ligne d'aide à l'arrêt Tabac Info Service a également fait l'objet de campagnes.

D'après les statistiques fournies par Altadis, les ventes de cigarettes en France sont passées de 83,7 milliards d'unités en 1999 à 55 milliards en 2004 (-34 %), tandis que celles de cigares et cigarillos passaient de 1,7 à 1,9 milliard d'unités (+12 %). Les ventes de tabac à rouler sont passées pour leur part de 5 581 tonnes en 2000 à 6 970 en 2004 (+25 %). On assiste donc à un phénomène de substitution partielle entre produits dérivés du tabac.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

La consommation de tabac continue sa décroissance : chez les 12-75 ans, la proportion de ceux qui déclarent fumer « *ne serait-ce que de temps en temps* » est passée de 33,1 % en 2000 à 29,9 % en 2005.

Les plus fortes baisses sont observées pour les deux cibles prioritaires retenues par le Plan cancer : pour les femmes, de 29,8 % en 2000 à 26,5 % en 2005 (une femme sur dix a arrêté et/ou n'a pas commencé) ; et pour les plus jeunes (garçons et filles de 12 à 15 ans), de 14,4 % en 2000 à 8,6 % en 2005 (correspondant à des expérimentations moins fréquentes plutôt qu'à des arrêts).

Outre un recul général du tabagisme, la part des consommateurs quotidiens (au moins une cigarette par jour) parmi les fumeurs baisse au profit des usagers occasionnels (en particulier chez les 14-15 ans).

Parmi les fumeurs actuels, six sur dix ont envie d'arrêter (autant qu'en 2000). L'arrêt volontaire radical demeure de loin le moyen le plus souvent envisagé, même si les patchs anti-tabac sont plus souvent cités qu'en 2000. La proportion de 12-75 ans qui se déclare gênée par la fumée des autres reste stable (sept personnes sur dix).

RÉSULTATS

LA CONSOMMATION DE TABAC

La proportion de personnes âgées de 12 à 75 ans qui déclarent fumer « *ne serait-ce que de temps en temps* » est passée de 33,1 % en 2000 à 29,9 % en 2005, soit une baisse de près de 10 % ($p < 0,001$) [figure 2].

Chez les femmes, cette proportion est passée de 29,8 % en 2000 à 26,6 % en 2005, tandis que chez les hommes, elle est passée de 36,5 % à 33,3 %. Chez les femmes de 25 à

35 ans, la baisse de prévalence est nettement plus forte parmi celles qui sont enceintes que parmi celles qui ne le sont pas.

Mais c'est à l'adolescence que la baisse est la plus forte : chez les 12-15 ans, 14,4 % de fumeurs en 2000 pour 8,6 % en 2005 ; et chez les 16-19 ans, 43,9 % de fumeurs en 2000 pour 34,2 % en 2005. Par contre, on ne note aucune diminution chez les 45-54 ans (la génération qui a eu 20 ans dans les années soixante-dix) : 29,3 % en 2000 à 30,9 % en 2005.

Parmi les non-fumeurs, la proportion de ceux qui n'ont jamais fumé augmente, tout particulièrement parmi les hommes (54,7 % vs 49,6 % en 2000; $p < 0,001$).

Chez les hommes, par rapport à 2000, la baisse maximale est enregistrée à 18-19 ans [figure 3]. La baisse du tabagisme est significative à tous les âges, hormis pour les 20-25 ans et les 45-64 ans. Chez les femmes, depuis 2000, la baisse de prévalence est nettement plus forte que chez les hommes entre 14 et 19 ans, mais n'est plus significative à partir de 35 ans [figure 4].

En 2000, entre 12 et 17 ans, le tabagisme était plus répandu chez les filles que chez les garçons (respectivement 26,4 % et 20,9 %; $p < 0,05$). En 2005, cette différence s'estompe : 16,7 % chez les filles *versus* 15,6 % chez les garçons (ns). Comme en 2000, les comportements se rejoignent chez les 18-19 ans, puis les hommes sont plus nombreux à fumer que les femmes pour toutes les tranches d'âge.

Sur l'ensemble des fumeurs de 12-75 ans, la part des fumeurs réguliers est passée de 85,4 % à 83,4 % ($p < 0,05$). La baisse la plus spectaculaire est observée chez les 14-15 ans où les fumeurs réguliers ne représentent plus que 49,2 % des fumeurs *versus* 68,7 % en 2000 ($p < 0,05$) [figure 5].

LE TYPE DE TABAC CONSOMMÉ

Parmi les fumeurs, la proportion de fumeurs de cigarettes manufacturées et/ou roulées est restée inchangée (95,1 % en 2005 vs 94,6 % en 2000; ns). En revanche, la part relative

FIGURE 2

Évolution de la répartition de la population des 12-75 ans, selon le statut tabagique en 2000 et en 2005

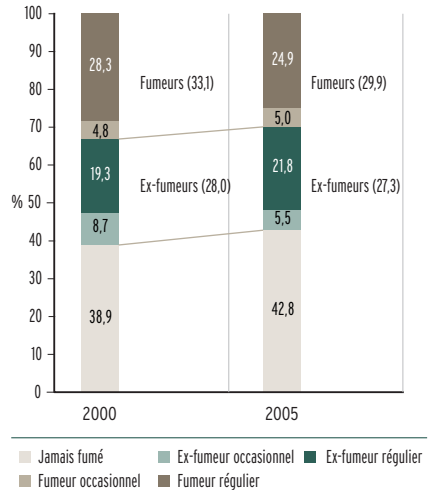


FIGURE 3

Prévalence chez les hommes en 2000 et 2005, selon l'âge

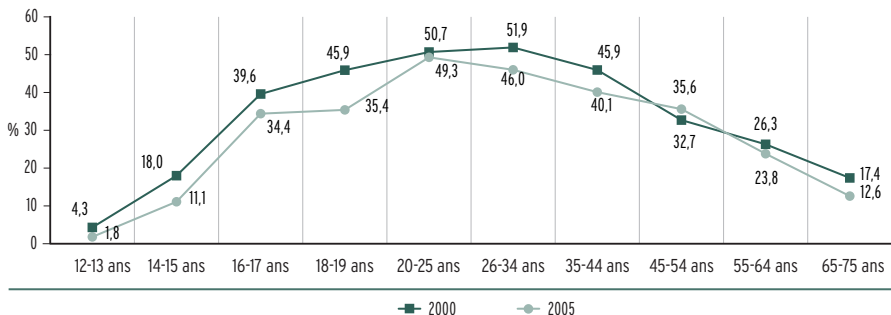


FIGURE 4

Prévalence chez les femmes en 2000 et 2005, selon l'âge

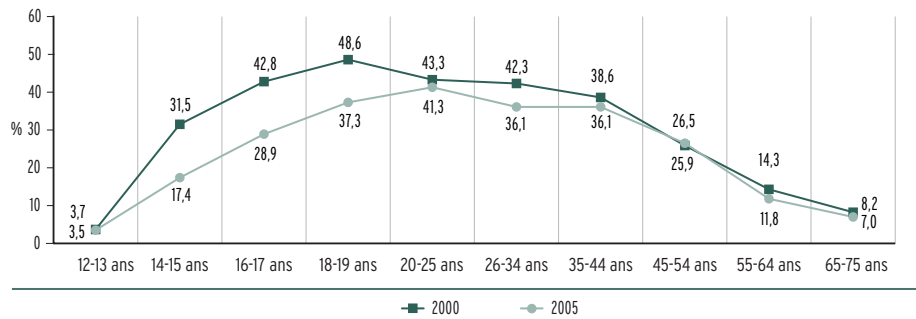
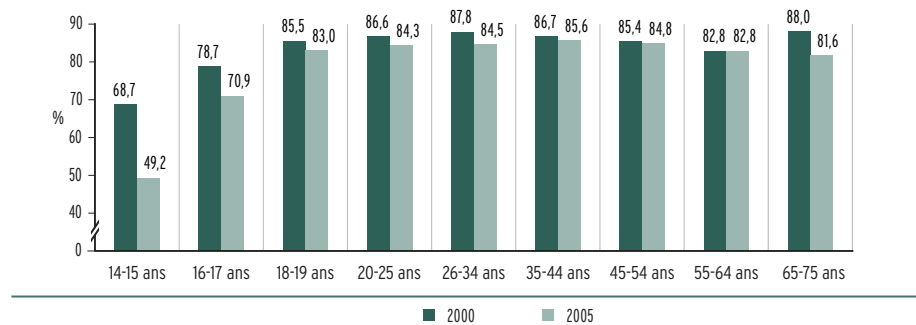


FIGURE 5

Évolution de la part des fumeurs réguliers parmi les fumeurs, selon l'âge



de chacun de ces deux produits a évolué au profit du tabac à rouler [tableau I].

Concernant les autres produits dérivés du tabac, le tabac à chiquer n'est pratiquement pas consommé en France (0,2 % des fumeurs) et les fumeurs de pipe sont très minoritaires : 2,5 % en 2005 vs 3,2 % en 2000. Le nombre de consommateurs de cigares et/ou cigarillos est resté stable (13,3 % des fumeurs en 2000, 13,9 % en 2005; ns). Ces deux produits, ainsi que la pipe, sont presque uniquement fumés par les hommes : les cigarillos sont fumés par

15,2 % des fumeurs et 2,3 % des fumeuses en 2005; les cigares par 15,5 % des fumeurs et 1,1 % des fumeuses; la pipe par 4,1 % des fumeurs et 0,5 % des fumeuses.

LES QUANTITÉS CONSOMMÉES¹

La consommation de tabac quotidienne moyenne chez les fumeurs réguliers est supérieure en 2005 à ce qu'elle était en 2000,

1. Il s'agit d'équivalent cigarettes incluant la consommation de cigare et de pipe.

TABLEAU I

Évolution de la répartition des fumeurs de cigarettes, selon le type de cigarettes

	2000	2005
Cigarettes manufacturées uniquement	81,6	76,1
Cigarettes roulées uniquement	4,0	7,7
Cigarettes manufacturées et roulées	14,4	16,2

Base 100 % = fumeurs de cigarettes manufacturées et/ou roulées.

d'une cigarette par jour : 14,8 cigarettes *versus* 13,9.

Cela est dû au fait que, au sein des fumeurs réguliers, c'est le nombre des petits consommateurs (de 1 à 5 cigarettes) qui a le plus fortement diminué [figure 6], augmentant mécaniquement la quantité moyenne consommée par l'ensemble des fumeurs réguliers restants. Cela suggère que l'arrêt du tabagisme est plus fréquent parmi les « petits fumeurs », qui sont aussi les moins dépendants.

L'ARRÊT DU TABAC

75,0 % des fumeurs réguliers ont déjà arrêté de fumer durant au moins une semaine (76,1 % en 2000). En moyenne, ils l'ont fait 3,2 fois (comme en 2000).

Le prix est spontanément cité comme l'une des raisons d'arrêt par 26,8 % des fumeurs

qui ont arrêté depuis janvier 2004 (c'est-à-dire après les dernières fortes augmentations de prix), alors qu'il ne l'est que par 10,2 % de ceux qui se sont arrêtés avant 2004 (et par seulement 7,6 % des ex-fumeurs lors de l'enquête 2000). Du même coup, la part relative de la lassitude vis-à-vis du tabac (lassitude, saturation, odeur, se défaire de la dépendance) est passée de 30,1 % en 2000 à 19,1 % en 2005, tandis que l'aspect « santé » (peur de la maladie, prise de conscience des conséquences pour la santé) a reculé de 49,7 % à 41,6 %.

Parmi les fumeurs, 59,9 % ont envie d'arrêter (58,7 % en 2000). Un tiers (34,6 %) de ces « fumeurs dissonants » répond « oui » à la question « Avez-vous un projet précis d'arrêter de fumer ? », le plus souvent dans le mois à venir (41,3 %), mais une fois sur cinq (19,5 %) dans un avenir non déter-

FIGURE 6

Répartition des fumeurs réguliers, selon le nombre de cigarettes fumées quotidiennement



miné. Les proportions de fumeurs dissonants qui projettent d'arrêter seuls (68,5 %) ou avec l'aide d'un médecin (29,5 %) n'ont pas varié par rapport à 2000. L'arrêt volontaire radical reste le moyen majoritairement envisagé (pour 50,8 % des fumeurs, comme en 2000) ; les patches anti-tabac gagnent 6 points comme moyen envisagé (de 18,5 % à 24,7 %), au détriment de l'arrêt radical par réduction progressive (de 29,1 % à 23,3 %).

Parmi les fumeurs de cigarettes manufacturées et/ou roulées, l'envie d'arrêter est en

2005 comme en 2000 d'autant plus fréquente que la consommation quotidienne est élevée, avec toutefois un palier qui commence à se dessiner à partir de plus de dix cigarettes par jour [figure 7].

LE RESPECT DES ZONES NON-FUMEURS

Globalement, la proportion de 12-75 ans qui se disent gênés par la fumée des autres a très légèrement augmenté par

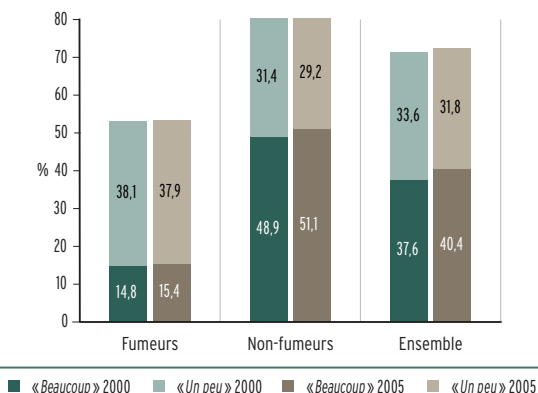
FIGURE 7

Évolution du pourcentage de fumeurs déclarant avoir envie de s'arrêter de fumer, selon leur consommation tabagique quotidienne



FIGURE 8

Personnes se déclarant « beaucoup » et « un peu » gênées par la fumée des autres, selon le statut tabagique, en 2000 et 2005



rapport à 2000 : 72,2 % vs 71,2 % ($p < 0,05$). Cependant, la proportion de ceux se déclarant « *beaucoup* » gênés a crû au détriment de ceux se déclarant « *moyennement* » gênés. Ce sont bien sûr toujours les non-fumeurs qui se déclarent plus souvent gênés (80,3 % vs 53,3 % ; $p < 0,001$) [figure 8].

Les femmes restent plus nombreuses que les hommes à être gênées par la fumée des autres, que ce soit parmi les fumeurs (58,1 % vs 49,2 % ; $p < 0,001$) ou parmi les non-fumeurs (84,3 % vs 75,8 % ; $p < 0,001$).

Globalement, les pourcentages de fumeurs déclarant respecter les zones non-fumeurs n'ont que très peu évolué depuis 2000, la meilleure progression se situant sur le lieu de travail (de 83,6 % à 87,7 %) [figure 9].

Les hôpitaux et le lieu de travail sont les sites où le respect des zones non-fumeurs est le mieux ressenti [figure 10]. Globalement, les non-fumeurs trouvent moins souvent que les fumeurs que les zones sont bien respectées, la seule exception étant pour les établissements d'enseignement. Si les fumeurs

FIGURE 9

Fumeurs déclarant respecter les zones non-fumeurs en 2000 et 2005

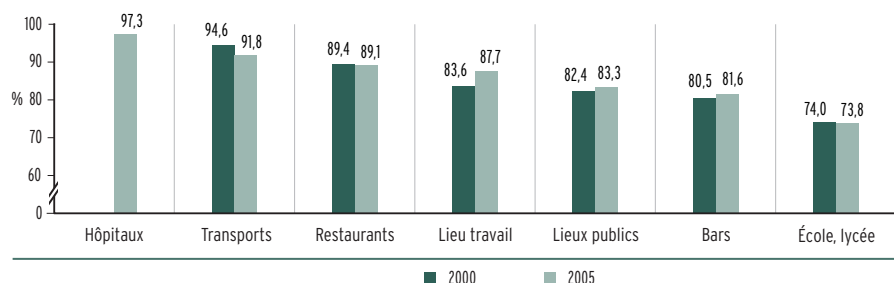
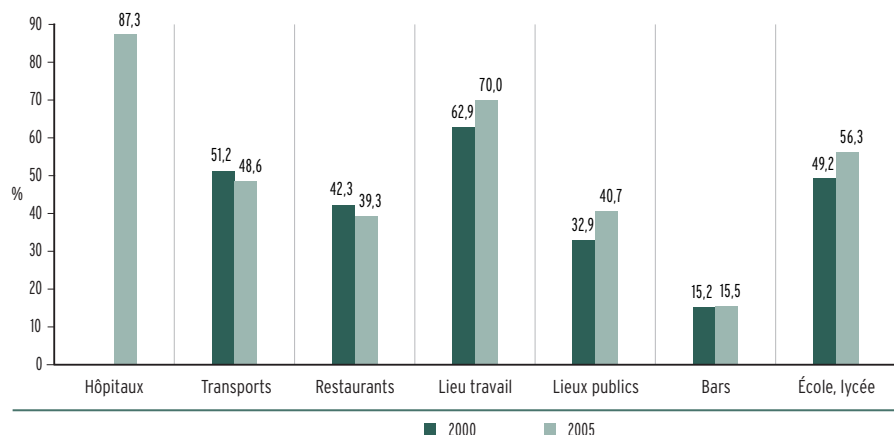


FIGURE 10

Perception du respect des zones non-fumeurs dans différents lieux en 2000 et 2005



sont plus nombreux en 2005 qu'en 2000 à déclarer respecter les zones non-fumeurs sur le lieu de travail, la perception du respect de ces zones croît également, chez les non-fumeurs (+ 7,6 points) comme chez les

fumeurs (+ 6,9 points). Les non-fumeurs sont cependant encore moins nombreux qu'en 2000 à trouver les zones bien respectées dans les restaurants (35,2 % vs 40,4 %) et les bars (12,3 % vs 13,1 %).

DISCUSSION

Les données de cette enquête montrent clairement une baisse de la prévalence du tabagisme déclaré par rapport en 2000. On observe toutefois une stagnation de cette prévalence par rapport aux résultats d'une

étude réalisée par l'INPES fin 2003 (voir encadré).

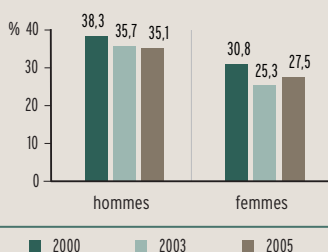
Un tel phénomène a déjà été constaté en France : une forte hausse des prix suscite très rapidement une baisse de la consommation,

L'ÉVOLUTION DES PRÉVALENCES ENTRE 2000 ET 2005

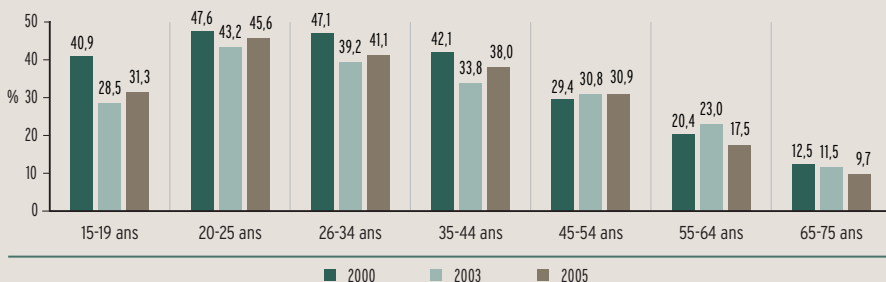
La succession de hausses de prix fortes et répétées de 2003 a constitué une opportunité unique d'évaluer les effets immédiats des augmentations sur la prévalence du tabagisme. Une enquête de même méthodologie que le Baromètre santé a été réalisée par l'INPES en novembre-décembre 2003

auprès d'un échantillon de 3 085 personnes âgées de 15 à 75 ans (les jeunes de 12 à 14 ans n'ont donc pas été interrogés dans cette enquête). Elle a mis en évidence une baisse de 12 % de la prévalence par rapport à 2000 (de 34,5 % à 30,4 %).

Évolution de la prévalence tabagique entre 2000 et 2005 parmi les 15-75 ans



Évolution de la prévalence tabagique entre 2000 et 2005 selon l'âge



mais cette baisse cesse ensuite, et peut être suivie d'une reprise de la consommation si la hausse des prix ne se répète pas à intervalles réguliers. Par ailleurs, il est inquiétant qu'en 2005 l'arrêt du tabagisme soit moins souvent motivé qu'en 2000 par la lassitude vis-à-vis du tabac (moins 11 points) et des préoccupations liées à la santé (moins 8 points), ces raisons renvoyant *a priori* à une prise de conscience durable et non à une contrainte budgétaire conjoncturelle due aux hausses de prix. Le développement de la consommation de tabac à rouler constitue un autre motif d'inquiétude dans la mesure où les risques pour la santé sont encore plus importants qu'avec les cigarettes manufacturées.

Le décalage constaté entre la baisse de la prévalence déclarée et la baisse des ventes (moins 34 % par rapport à 2000) incite en outre à étudier de plus près le poids et l'importance des achats transfrontaliers et de la contrebande, de façon à approcher plus finement les évolutions de la consommation de tabac.

On retiendra cependant quelques résultats particulièrement encourageants : la baisse très importante du tabagisme parmi les femmes enceintes, ainsi que chez les jeunes de 14 à 19 ans, et spécialement pour les filles de cette tranche d'âge qui courent des risques spécifiques (par exemple une augmentation des risques cardio-vasculaires liée à l'utilisation de la pilule).

Bibliographie

- [1] Hill C., Laplanche A.
Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques.
BEH 2003 ; 22-23 : 98-100.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22_23/beh_22_23_2003.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [2] Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., et al.
The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), 2004 : 436 p.
- [3] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 99 France European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Tome 2.
Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002 : 225 p.
En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/pro/etudes/espad99_t2.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]

Alcoolisation, un phénomène complexe

STÉPHANE LEGLEYE

TANIA ROSILIO

SANDRA NAHON

CONTEXTE

La consommation d'alcool en France diminue régulièrement depuis plusieurs décennies [1]. Si l'on se réfère aux données de vente de boissons alcoolisées, la consommation moyenne d'alcool pur par habitant est passée de 10,3 litres en 2002 à 9,3 litres en 2003 [2]. Cette diminution est particulièrement nette pour les ventes de vin, qui ont décliné de 14 % entre 2002 et 2003.

En 2005, cette baisse de la consommation s'inscrit dans un contexte où la lutte contre les usages à problème a reçu le renfort d'une politique volontariste en matière de sécurité routière et de la mise en place du Plan cancer, deux chantiers présidentiels déclarés prioritaires pour la période 2002-2007.

En outre, la loi relative à la politique de santé publique datant du 9 août 2004 prévoit plusieurs mesures de renforcement de la législation de lutte contre l'alcoolisme¹, ainsi qu'une série de dispositions visant à intensifier l'information sur les risques induits par la

consommation d'alcool durant la grossesse. Ces dernières mesures concordent, quant à elles, avec la définition d'une politique d'amélioration des conditions de vie des handicapés et de lutte contre le handicap — l'alcoolisation fœtale représentant pour sa part la première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant [3].

Ce sont là divers éléments qui concourent à replacer la question de l'alcool au centre du débat public et à intensifier la prise de conscience collective sur les risques sociaux et sanitaires d'une consommation excessive. La loi du 9 août 2004 a également proposé que soit étudiée l'organisation d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme.

1. Cette loi prévoit l'élargissement du nombre d'associations pouvant ester en justice, la compétence donnée aux agents de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes pour contrôler la légalité des publicités pour l'alcool, ainsi qu'une fiscalité dissuasive pour les « prémix ».

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool poursuit, pour 2004-2008, son objectif de diminution de la consommation moyenne d'alcool par habitant [4]. Pour atteindre cet objectif, les mesures de santé publique et les dispositions législatives devront sans doute s'appuyer sur un travail de réflexion portant sur les normes de l'usage d'alcool en France. Cet effort doit porter sur les représentations sociales positives liées à l'alcool, encore très largement perçu comme un produit de consommation banal plutôt que comme un psychotrope. Mais il doit également interroger le tabou, la difficulté de dialogue qui entoure le problème de l'alcool dès lors qu'il est question d'un usage problématique voire d'une dépendance au produit.

Or, de toute évidence, l'alcool continue à avoir un impact considérable sur la santé

publique en France. Sa consommation excessive est à l'origine de 14 % des décès masculins (1 homme sur 7) et de 3 % des décès féminins, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité évitable [5]. À l'échelle européenne, la France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool, de 30 % supérieure à la moyenne européenne.

Dans ce contexte, les résultats du Baromètre santé 2005 étayent le constat d'une évolution des comportements des Français vis-à-vis de l'alcool : la réduction de la consommation s'accompagne d'un changement des modes de consommation. Ces observations constituent un premier jalon dans la compréhension du phénomène d'alcoolisation en France, qu'il faut pouvoir appréhender dans toute sa complexité pour poursuivre une politique de santé publique efficace dans le domaine.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

En 2005, 84,8 % des Français interrogés âgés de 12 à 75 ans déclarent avoir consommé au moins une boisson alcoolisée au cours de l'année. La consommation d'alcool reste plus fréquente chez les hommes : si 13,7 % des Français disent en avoir consommé tous les jours, les hommes sont presque trois fois plus nombreux dans ce cas que les femmes (20,3 % vs 7,3 %). L'écart entre les sexes est aussi très marqué en termes de quantités bues : les hommes qui déclarent consommer de l'alcool ont bu en moyenne 2,6 verres dans la journée lors de la dernière consommation, contre 1,8 verre pour les femmes.

Le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée : parmi les individus ayant consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, 77,2 % ont bu du vin au moins une fois dans l'année, tandis que 56,2 % ont bu un alcool fort et 53,2 % de la bière. Le vin est aussi la boisson la plus

consommée quotidiennement : 12,7 % des consommateurs de l'année en ont bu tous les jours, contre 2 % pour la bière et 0,8 % pour les alcools forts.

Plus d'une personne interrogée sur sept (14,4 %) déclare avoir été ivre au cours des douze derniers mois, ce comportement étant nettement plus fréquent parmi les hommes et les jeunes générations.

Selon le test Deta², 9,4 % de la population (13,8 % des hommes et 5,0 % des femmes de 12 à 75 ans) présenteraient des signes d'usage potentiellement problématique.

2. « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? », « Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ? », « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? », « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? ». À partir de deux réponses positives, le risque de consommation excessive et/ou d'une éventuelle alcoolodépendance passée(s) ou présente(s) est jugé élevé.

Le second indicateur d'usage à problème est le test Audit Court, dont les résultats détaillés seront présentés à l'occasion d'une prochaine publication.

La consommation d'alcool a diminué en France depuis la dernière enquête réalisée en 2000, aussi bien la consommation quotidienne que les quantités déclarées ; toute-

fois, les proportions d'individus ayant été ivres au cours de l'année ou ayant potentiellement un usage problématique d'alcool sont restées stables.

RÉSULTATS

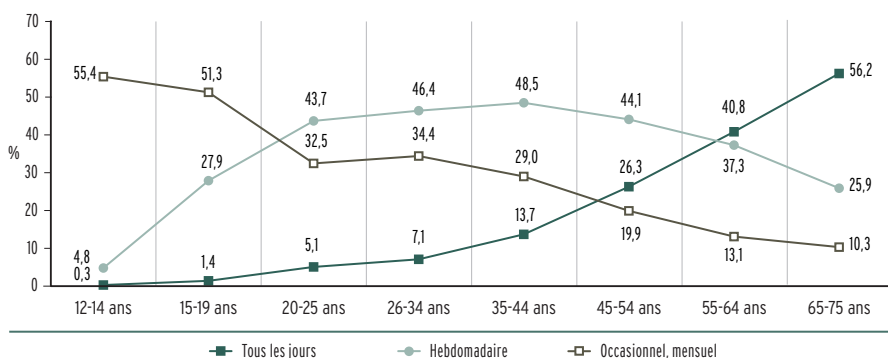
L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée dans la population française : seules 8,4 % des personnes de 12-75 ans interrogées disent n'en avoir jamais bu de leur vie, même sous forme de boissons peu alcoolisées comme les cidres, les panachés, etc. Cette proportion s'élève à 15,2 % s'agissant de la consommation d'alcool au cours des douze derniers mois. D'une façon générale, c'est la consommation mensuelle ou occasionnelle d'alcool qui domine puisque 38,4 % des personnes interrogées disent en avoir bu moins d'une fois par semaine en moyenne au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, un tiers (32,7 %) déclare en avoir bu au moins une fois par

semaine, et près d'une personne sur sept (13,7 %) dit l'avoir fait quotidiennement.

Hommes et femmes se distinguent nettement quant à leurs déclarations, et ce d'autant plus que les fréquences de consommation déclarées sont importantes. Ainsi, la proportion de buveurs quotidiens est presque trois fois plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes (20,3 % vs 7,3 %, $p < 0,001$) et les hommes sont presque deux fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine (21,7 % vs 11,8 %, $p < 0,001$). Au contraire, les proportions de « petits buveurs » sont plus élevées parmi les femmes, et il en va de même pour la proportion d'abstinents déclarés au cours

FIGURE 1

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



Parmi les « consommateurs hebdomadaires », ont été regroupées les personnes ayant consommé, au cours de l'année, de l'alcool une à plusieurs fois par semaine. La catégorie « consommations occasionnelles ou mensuelles » regroupe les personnes ayant consommé moins d'une fois par semaine en moyenne au cours de l'année.

de l'année (17,2 % parmi les femmes vs 13,0 % parmi les hommes).

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

QUANTITÉS BUES

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

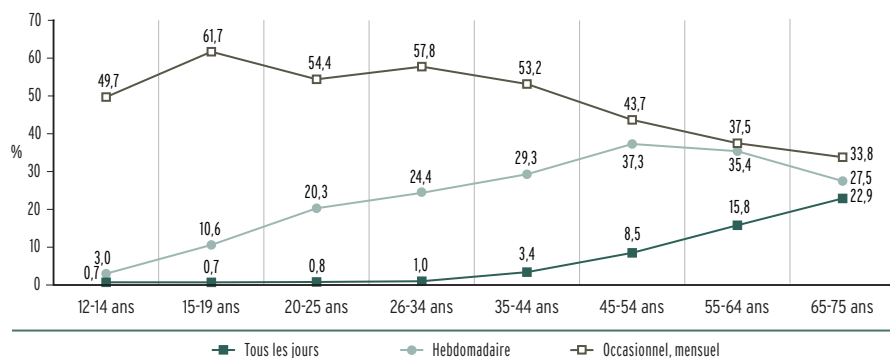
MODES DE CONSOMMATION

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

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

FIGURE 2

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



dernier jour de consommation (vs 3,1 verres en moyenne pour les femmes; $p < 0,001$) [figure 5].

LES BOISSONS LES PLUS CONSOMMÉES

Le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée par les Français : 77,2 % des

personnes interrogées en ont bu au moins une fois au cours des douze derniers mois ; 28,8 % en ont bu une fois par semaine ou plus et 12,7 % déclarent en consommer tous les jours. Viennent ensuite les alcools forts : plus de la moitié (56,2 %) des personnes interrogées en ont consommé au cours de l'année, mais de manière beaucoup moins régulière que le vin puisque seuls

FIGURE 3

Nombre moyen de verres bus dans la journée lors de la dernière consommation, selon l'âge et le sexe

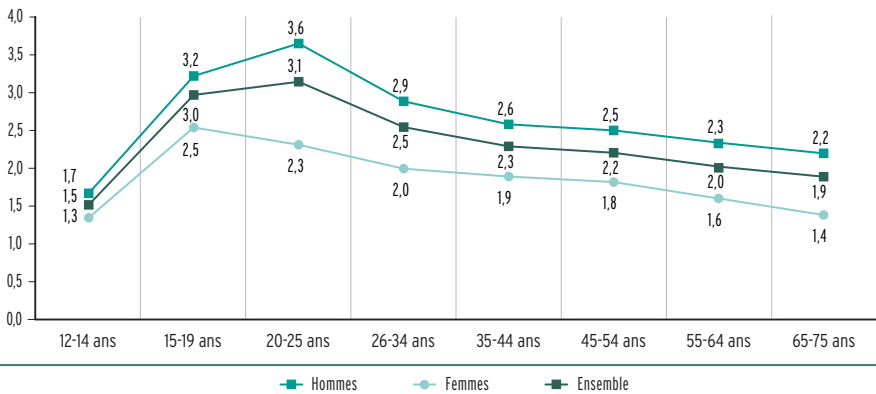


FIGURE 4

Nombre moyen de verres bus lors de la dernière consommation de la semaine, selon le sexe

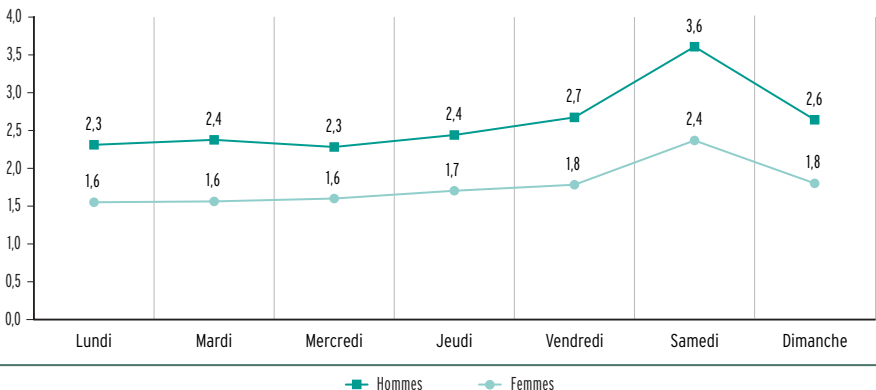
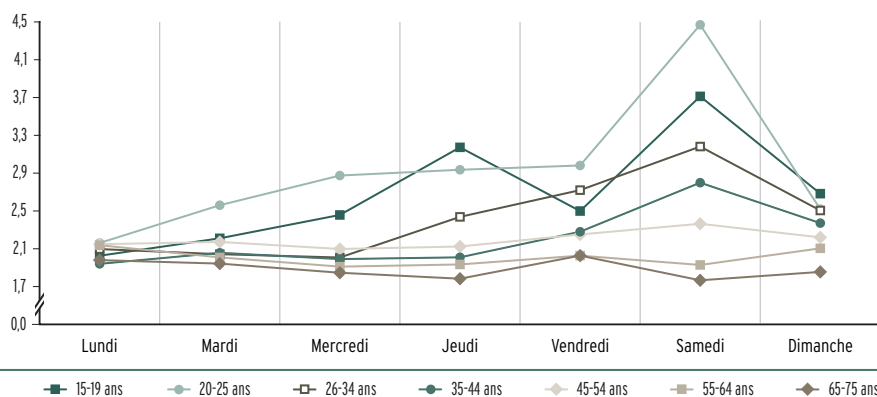


FIGURE 5

Nombre moyen de verres d'alcool bus lors de la dernière consommation de la semaine, selon l'âge



15,7 % en ont consommé au moins une fois par semaine et 0,8 % tous les jours. La consommation de bière est du même ordre, avec toutefois une proportion nettement supérieure de buveurs quotidiens (2,0 %). Enfin, si plus des trois quarts des interviewés (73,8 %) disent avoir bu un autre alcool (type cidre, champagne, liqueur) au cours de l'année, leur consommation quotidienne reste très marginale, deux fois moins répandue que celle des alcools forts (0,4 %).

Les préférences pour les boissons varient avec l'âge et le sexe : si le vin et dans une moindre mesure les autres alcools (cidres, liqueurs, etc.) sont les boissons des générations âgées, la bière et les alcools forts sont celles des 20-25 ans.

LES CONSOMMATIONS À PROBLÈMES

En 2005, une question permet de documenter les consommations intensives d'alcool, à savoir le cumul de six verres et plus au cours d'une même occasion de boire. Ce type de comportement n'est pas rare puisqu'un

tiers des personnes interrogées en déclare au moins un épisode au cours de l'année écoulée, 14,0 % au moins un par mois. Là encore, les déclarations varient avec le sexe et l'âge, les hommes jeunes étant particulièrement concernés. Près de la moitié des hommes (48,1 %) rapportent un tel épisode au cours de l'année, 22,3 % au moins un par mois, contre respectivement 19,2 % et 5,9 % pour les femmes. Ces proportions culminent à 20-25 ans : 60,6 % des hommes de cette tranche d'âge en déclarent au moins un par an, 34,7 % au moins un par mois, contre 30,2 % et 10,4 % parmi les femmes [figure 6].

De la même façon, 9,8 % des hommes et 4,0 % des femmes disent avoir bu au point de ne plus se souvenir de ce qu'ils avaient fait la veille au moins une fois au cours de l'année écoulée ($p < 0,001$).

Très répandue parmi les hommes (67,0 % d'entre eux disent avoir déjà été ivres au cours de leur vie vs 35,3 % des femmes, $p < 0,001$), l'ivresse alcoolique est surtout le fait des jeunes générations. Ainsi, si globalement 14,4 % des personnes interrogées disent avoir été ivres au cours des douze

derniers mois, cette proportion est trois fois plus élevée parmi les hommes que les femmes (21,6 % vs 7,5 %, $p < 0,001$) et elle culmine à 48,3 % parmi les hommes de 20-25 ans, (contre un maximum de 20,1 % atteint entre 20 et 25 ans pour les femmes), pour décroître ensuite pour toutes les générations plus âgées [figure 7]. Ainsi, les jeunes sont peu nombreux à consommer de l'alcool quotidiennement, mais leurs

consommations les mènent plus souvent à l'ivresse que celles des plus âgés.

L'enquête Baromètre santé permet de repérer les personnes présentant un risque d'usage problématique d'alcool à travers deux indicateurs. Le premier, le test Deta, montre que 9,4 % des personnes de 12 à 75 ans présenteraient une consommation à risque, les hommes étant près de trois fois plus concernés que les femmes (13,8 % vs

FIGURE 6

Proportion de consommateurs d'au moins six verres au cours d'une même occasion, les douze derniers mois, selon l'âge et le sexe

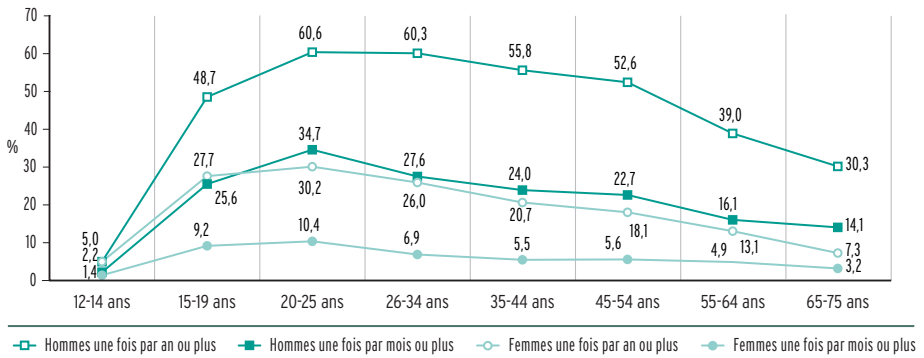
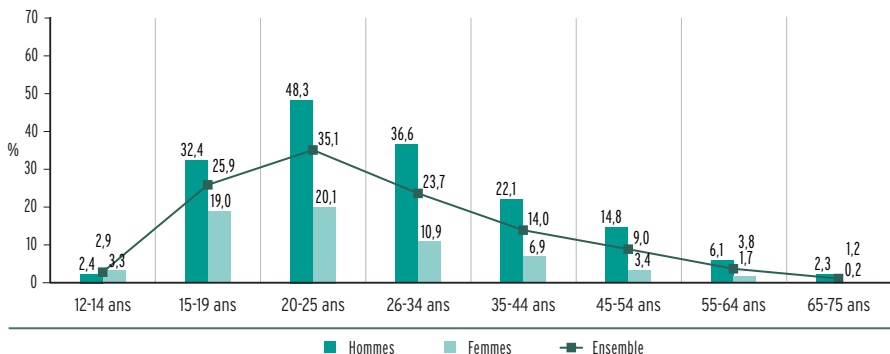


FIGURE 7

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



5,0 %, $p < 0,001$). Ce risque est rare parmi les jeunes et les plus âgés (6,5 % parmi les 15-19 ans et 7,4 % au sein des plus de 65 ans), et à peu près uniformément réparti pour les tranches d'âge plus élevées (10 à 11 % tous sexes confondus). Le calcul du score au test Deta porte sur la vie : il est donc possible d'être positif sans avoir consommé d'alcool au cours des douze derniers mois (ce qui est le cas de 6,4 % des abstinents au cours de l'année), mais il existe un lien fort entre la fréquence de consommation et le résultat du test. Ainsi, 19,4 % des buveurs quotidiens sont positifs au Deta, ainsi que 17,4 % des personnes consommant de l'alcool plusieurs fois par semaine, 7,0 %

des consommateurs hebdomadaires (une occasion de boire par semaine) et 3,6 % des individus buvant de l'alcool une à plusieurs fois par mois ($p < 0,001$).

Le second indicateur est le test Audit-C, calculé à partir des fréquences d'usage sur l'année de la quantité moyenne bue jour de consommation et de la fréquence de consommation d'au moins six verres en une occasion. Selon cet indicateur, 0,9 % de la population (1,7 % des hommes et 0,2 % des femmes) présenterait un risque élevé de dépendance alcoolique, tandis que 7,9 % (13,5 % des hommes et 2,5 % des femmes) présenteraient un risque élevé d'alcoolisation chronique.

DISCUSSION

BAISSE DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE MARQUÉE CHEZ LES HOMMES DEPUIS DIX ANS

L'usage quotidien d'alcool au cours des douze derniers mois est en régression depuis 2000 : 19,3 % des 12-75 ans déclaraient alors boire de l'alcool tous les jours de l'année contre 13,7 % en 2005 ($p < 0,001$). Cette évolution est surtout sensible parmi les plus de 35 ans : elle atteint 5 points pour les 35-44 ans ($p < 0,001$), 11 points pour les 45-54 ans et les 55-65 ans ($p < 0,001$) et 9 points pour les plus de 65 ans ($p < 0,001$).

Dans la mesure où les niveaux masculins sont nettement plus élevés, la baisse observée entre 2000 et 2005 est plus « impressionnante » en population masculine, mais proportionnellement plus importante chez les femmes : ainsi, la proportion d'hommes buveurs quotidiens est passée de 27,8 % à 20,3 %, tandis que celle des femmes a diminué de 4 points (11,2 % vs 7,3 % ; $p < 0,001$). Le nombre de consommateurs quotidiens a donc diminué de 27 % chez les hommes et de plus de 34 % chez les femmes.

DIMINUTION DES QUANTITÉS DÉCLARÉES

Les quantités moyennes bues la veille semblent légèrement orientées à la baisse chez les hommes : en 2000, elles atteignaient 2,9 verres pour les hommes et 1,7 pour les femmes, alors qu'elles s'élèvent à 2,7 ($p < 0,001$) et 1,8 en 2005.

Parmi toutes les boissons alcoolisées, c'est la consommation de vin qui a proportionnellement le plus diminué entre 2000 et 2005. Cette baisse s'explique notamment par l'évolution des modes de consommation des Français au détriment de la consommation quotidienne : or, dans la tradition française, le vin est la boisson du quotidien par excellence, très largement consommée au cours des repas.

STABILITÉ DE L'IVRESSE ALCOOLIQUE ET DES RISQUES D'USAGE PROBLÉMATIQUE

La fréquence d'usage et, dans une moindre mesure, les quantités moyennes déclara-

rées ont diminué depuis 2000. Les modes de consommation ont évolué en conséquence, au profit de consommations plus occasionnelles. Mais les usages problématiques d'alcool ne sont eux, en revanche, pas orientés à la baisse.

On observe, d'une part, une stabilité de l'ivresse alcoolique : en 2000 comme en 2005, la proportion de 12-75 ans déclarant une ivresse au cours des douze derniers mois est légèrement supérieure à 14 %. D'autre part, la proportion de buveurs à risque selon le Deta n'a globalement pas diminué : elle reste aux alentours de 9 % des 12-75 ans entre 2000 et 2005 (respectivement 8,6 % et 9,4 %, la différence étant significative au seuil 0,05, mais probablement peu porteuse de sens). En revanche, si cette stabilité est nette pour les hommes, (13,3 % en 2000 vs 13,8 %, en 2005 ; $p > 0,05$), elle semble masquer une légère augmentation pour les femmes (4,0 % vs 5,0 % ; $p < 0,01$).

Bibliographie

- [1] Besson D.
Boissons alcoolisées : quarante ans de baisse de consommation.
Insee Première, 2004, 966 : 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP966.pdf
[Dernière consultation 13/01/2006]
- [2] **World Drink Trends 2005.**
Oxford : World advertising research center, 2005 : 184 p.
- [3] Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Alcool : effets sur la santé.
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 360 p.
En ligne : [http://infodoc.inserm.fr/bdc/ThemAlcoolPubli.nsf/\(\\$WWWDocsByRemoteUNID\)/RemoteUNID_4cecbc37572a01dcci256e5200386404?OpenDocument](http://infodoc.inserm.fr/bdc/ThemAlcoolPubli.nsf/($WWWDocsByRemoteUNID)/RemoteUNID_4cecbc37572a01dcci256e5200386404?OpenDocument)
[Dernière consultation 13/01/2006]
- [4] **Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008.**
Paris : La Documentation française, coll. Rapports officiels, 2004 : 128 p.
En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir_plus/plan_quinquennal/plan_quinquennal_home.html
[Dernière consultation 13/01/2006]
- [5] Michel E., Jouglia E.
La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998.
Études et résultats (Dress), 2002, 153 : 1-8.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er153.pdf>
[Dernière consultation 13/01/2006]

Usages de drogues illicites

FRANÇOIS BECK
JUDITH CYTRYNOWICZ

CONTEXTE

Les drogues illicites rassemblent une grande diversité de produits, aux modes de consommation et aux effets psychoactifs variables, dont les conséquences sanitaires et sociales sont très différentes. Les niveaux d'usage de ces différentes substances, ainsi que leurs évolutions récentes peuvent être appréhendés grâce aux enquêtes représentatives en population générale menées en France depuis une quinzaine d'années. Ce sont ces études, au premier rang desquelles le Baromètre santé, qui ont permis de mettre au jour la diffusion du cannabis au cours des années quatre-vingt-dix [1]. Au cours de cette période, la France a rejoint le groupe des pays les plus consommateurs de cannabis en Europe [2].

Ces premiers résultats décrivent les niveaux d'usage des différents produits (niveau d'expérimentation, fréquence de consommation, âge moyen d'initiation, accessibilité, etc.) dans la population des 15-64 ans. Parmi les drogues illicites, le

cannabis occupe une place à part du fait de l'ampleur de son usage par rapport aux autres drogues, largement moins répandues. Ce produit fait ainsi l'objet d'une investigation plus poussée permettant de décrire sommairement les circonstances

LES CATÉGORIES D'USAGES

Différentes catégories d'usages ont été définies pour chaque produit :

- Abstinence : aucun usage du produit en question au cours de la vie
- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie
- Usage dans l'année : au moins un usage au cours des douze derniers mois
- Récent : au moins un usage au cours des trente derniers jours
- Régulier : au moins dix usages au cours des trente derniers jours

de consommation, les effets recherchés, les raisons qui poussent à ne plus le consommer le cas échéant, les modes d'obtention du produit et la facilité à s'en procurer. Enfin, l'analyse est complétée par un point sur les tendances d'évolution entre 2000 et 2005. Ces indicateurs ne prennent en considération ni la quantité consommée, ni la qualité

des produits et ne permettent pas de distinguer les usages récréatifs, festifs, conviviaux des usages plus solitaires ou problématiques. Ils permettent toutefois d'approcher l'ampleur de la consommation au niveau national, sur une période de référence donnée, des analyses plus complètes étant prévues ultérieurement.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

En 2005, un tiers (32,4 %) des 15-64 ans déclare avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de sa vie. Trois individus sur dix (30,6 %) signalent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie et un peu plus de quatre sur dix (43,1 %) déclarent s'en être déjà vu proposer. Ces résultats confirment la place spécifique du cannabis parmi les drogues illicites observées en France depuis le début des années quatre-vingt-dix : c'est la drogue illicite la plus disponible et la plus expérimentée.

Pour les autres drogues illicites, l'expérimentation reste plus rare : elle concerne moins de 4 % des 15-64 ans pour les poppers, qui est le produit le plus expérimenté après le cannabis. La consommation dans l'année ne dépasse pas 1 % pour chacune d'entre elles. D'une manière générale, la prévalence

de la consommation de produits illicites est plus importante chez les hommes que chez les femmes et chez les moins de 30 ans.

En termes d'évolution entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel de l'ecstasy et de la cocaïne ont enregistré des hausses significatives, bien que restant à des niveaux très bas : de l'ordre de 0,5 % d'usagers au moins occasionnels. L'expérimentation du cannabis a connu une hausse assez nette, passant de 24,9 % à 30,6 % entre 2000 et 2005, mais les jeunes ne s'avèrent pas concernés par cette hausse. L'usage occasionnel et l'usage récent de cannabis se maintiennent dans l'ensemble de la population ; ils baissent chez les plus jeunes. La consommation régulière augmente de manière significative chez les hommes comme chez les femmes.

RÉSULTATS

USAGE ET CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

La consommation de drogues illicites

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, un tiers (32,4 %) déclare avoir déjà consommé au moins une drogue illicite¹ au cours de sa vie. Les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes à le déclarer

(39,9 % vs 25,1 % ; $p < 0,001$), ainsi que les individus âgés de 20 à 34 ans (47,8 % vs 25,2 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$).

Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée en France. Trois individus

1. Ont répondu « oui » à la question : « Au cours de votre vie, avez-vous consommé... » pour le cannabis, le poppers, les champignons hallucinogènes, la cocaïne, l'ecstasy, les produits à inhaler, le LSD, les amphétamines, l'héroïne et le crack, et ont cité spontanément une des drogues énumérées dans la question ouverte : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ? »

sur dix (30,6 %)² l'ont déjà expérimenté [tableau I]. Viennent ensuite, dans des proportions bien moindres, le poppers (3,9 %), les champignons hallucinogènes (2,7 %), la cocaïne (2,6 %) et l'ecstasy (2,0 %). Enfin, moins de 2 % des individus interrogés déclarent avoir expérimenté des produits à inhaler, du LSD, des amphétamines, de l'héroïne ou du crack.

L'expérimentation de drogues illicites concerne davantage les hommes. En effet, pour chacune des drogues illicites étudiées, les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à en avoir déjà consommé ($p < 0,001$ — sauf pour le crack ; $p < 0,05$). Près de 9 % des individus âgés de 15 à 64 ans interrogés déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. L'usage occasionnel de chacune des autres drogues illicites concerne moins de 1 % des individus.

L'âge moyen d'initiation dépend du produit consommé³. Il varie de 17,7 ans pour les produits à inhaler à 22,6 ans pour le crack. Aucune différence significative n'est à constater entre l'âge d'initiation des

hommes et celui des femmes, à l'exception du cannabis (19,0 ans pour les hommes et 19,8 ans pour les femmes ; $p < 0,001$) et des amphétamines (21,8 ans pour les hommes vs 23,9 ans pour les femmes ; $p < 0,05$).

Le fait d'avoir expérimenté une drogue illicite autre que le cannabis⁴ est plus fréquent parmi les générations les plus jeunes [figures 1 et 4] : avant 30 ans pour le cannabis et les champignons hallucinogènes, avant 35 ans pour l'ecstasy, et avant 40 ans pour le poppers, la cocaïne et les produits à inhaler. Seule la prévalence de l'expérimentation des amphétamines ne varie pas avec l'âge et c'est le seul produit dont la proportion d'utilisateurs dépasse 1 % pour les 55-64 ans. Les expérimentations

2. Dont 3,1 % déclarant « non » à la question de l'usage au cours de la vie, mais précisant ultérieurement avoir déjà consommé « pour y goûter ».

3. Il convient de garder à l'esprit que la notion d'âge moyen doit être manipulée avec une certaine précaution sur une tranche d'âge aussi large : par exemple, la probabilité pour un individu âgé de 15 ans d'avoir commencé à consommer un produit après l'âge de 15 ans est nulle... Cet indicateur permet toutefois de hiérarchiser les produits les uns par rapport aux autres.

4. Le cannabis fait l'objet d'une analyse détaillée dans la partie « Évolutions depuis 2000 ».

TABLEAU I

Prévalence par produits et par types d'usage, proposition et âge moyen d'initiation parmi les 15-64 ans (en %)

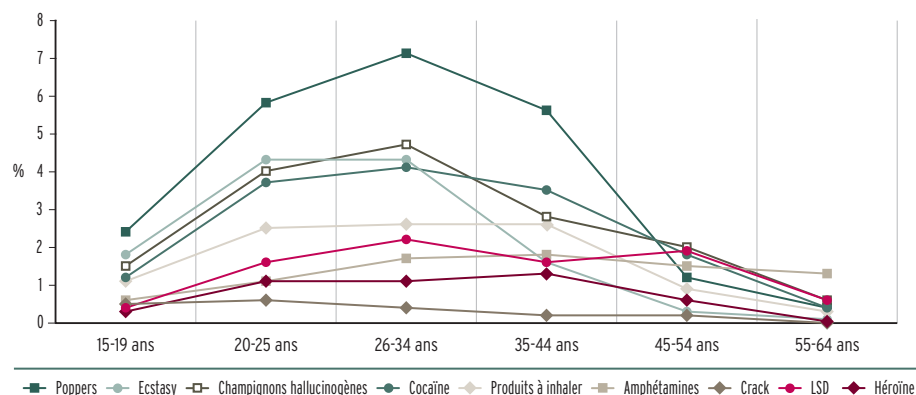
	Expérimentation ^a	Usage dans l'année ^b	Proposition	Âge moyen d'initiation
Cannabis	30,6	8,6	43,1	19,3 ans
Poppers	3,9	0,6	8,2	20,6 ans
Champignons hallucinogènes	2,7	0,3	7,0	20,8 ans
Cocaïne	2,6	0,6	8,0	22,6 ans
Ecstasy	2,0	0,5	8,9	21,7 ans
Produits à inhaler	1,7	0,2	4,8	17,7 ans
LSD	1,5	0,1	4,6	20,1 ans
Amphétamines	1,4	0,2	5,2	22,5 ans
Héroïne	0,8	0,1	4,6	21,1 ans
Crack	0,3	0,1	2,9	22,6 ans

a. Les résultats prennent en compte les personnes ayant cité spontanément la drogue à la question ouverte « Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ? ».

b. Ont répondu « oui » à la question « Avez-vous consommé cette drogue au cours des douze derniers mois ? ».

FIGURE 1

Expérimentation d'autres drogues illicites, selon l'âge, parmi les 15-64 ans



de l'ecstasy et du crack ne sont quasiment pas déclarées par les plus de 45 ans. La consommation de crack, d'amphétamines et d'héroïne reste marginale dans la population quel que soit l'âge.

Les propositions de drogues illicites

Près de la moitié (46,2 %) des individus interrogés s'est vu proposer au moins une drogue illicite au cours de sa vie. Les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes (54,7 % vs 38,1 % ; $p < 0,001$) et les individus âgés de 20 à 34 ans sont davantage sollicités (66,7 % vs 36,6 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$).

La drogue la plus souvent proposée est le cannabis [tableau 1 et figure 2] : 43,1 % des 15-64 ans s'en sont déjà vu proposer au cours de la vie. Ensuite, on peut isoler schématiquement deux groupes : celui regroupant le poppers, les champignons hallucinogènes, l'ecstasy et la cocaïne, que 7 à 9 % des individus déclarent s'être déjà vu proposer, et celui concernant les produits à inhaler, le LSD, les amphétamines et l'héroïne, qui ont été proposés à

environ 5 % des déclarants. Enfin, le crack est le moins souvent l'objet d'une sollicitation (à peine 3 %).

USAGE ET CONSOMMATION DE CANNABIS

Typologie des consommateurs de cannabis

Ce découpage en différentes catégories d'utilisateurs permet d'observer qu'une majorité des 15-64 ans n'a jamais expérimenté de cannabis (près de 70 %), et que la majorité (plus de 70 %) des expérimentateurs n'en a pas pris au cours de l'année [tableau II].

Quel que soit le type d'usage du cannabis, les hommes sont en proportion significativement plus consommateurs que les femmes ($p < 0,001$). Après 25 ans, la prévalence des différentes modalités de consommation de cannabis est d'autant plus faible que l'âge est élevé [figure 3].

Les propositions de cannabis

Plus de deux personnes sur cinq (43,1 %) se sont déjà vu proposer du cannabis

FIGURE 2

Proposition de drogues, selon le sexe, parmi les 15-64 ans

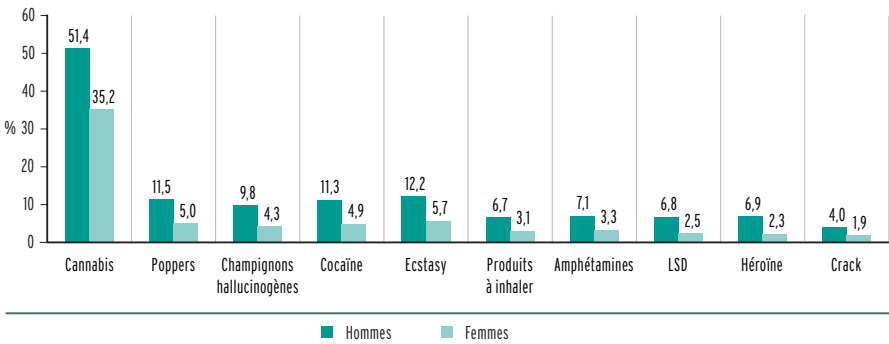


TABLEAU II

Catégorie des usagers de cannabis parmi les 15-64 ans^a (en %)

	Ensemble	Hommes	Femmes	Hommes vs femmes
Abstinent	69,4	62,1	76,9	
Expérimentateur	30,6	37,9	23,5	***
Consommateur dans l'année	8,6	12,0	5,4	***
Consommateur récent	4,8	7,3	2,5	***
Consommateur régulier	2,8	4,3	1,3	***

*** : p<0,001.

a. Le résultat tient compte des réponses « cannabis » à la question ouverte « Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ? »

FIGURE 3

Usages de cannabis selon l'âge parmi les 15-64 ans

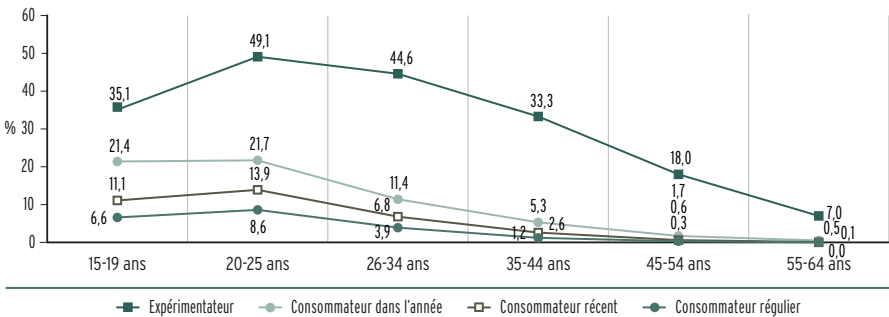
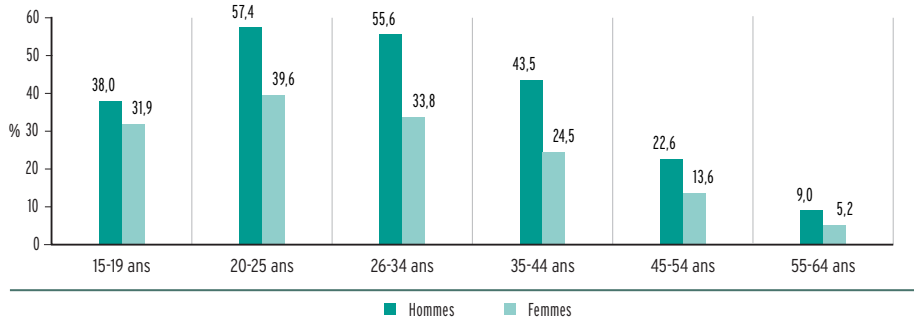


FIGURE 4

Expérimentation du cannabis, selon l'âge et le sexe, parmi les 15-64 ans



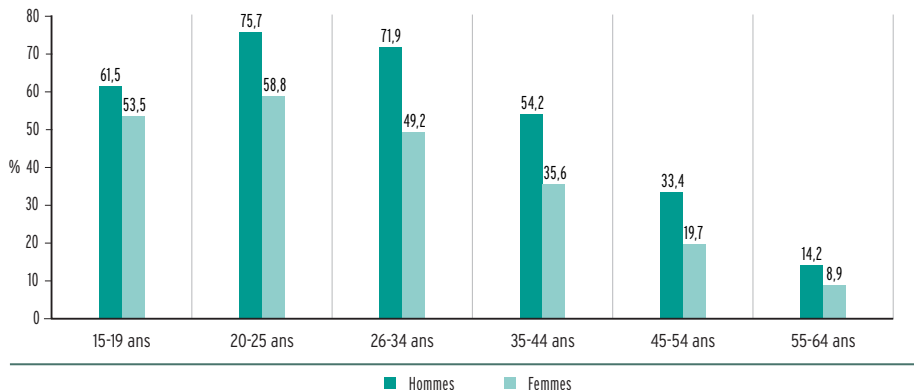
[tableau 1]. À tous les âges, ces propositions s'adressent plus souvent aux hommes qu'aux femmes (51,4 % vs 35,2 % ; $p < 0,001$) **[figure 5]**. Pour les deux sexes, elles se concentrent à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Les 20-25 ans en particulier ont été les plus sollicités : 67,8 % d'entre eux se sont déjà vu proposer du cannabis (vs 39,9 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$) et, parmi eux, plus des trois quarts des hommes sont concernés (75,7 % vs 58,8 % pour les femmes ; $p < 0,001$).

Les raisons de consommer et celles de ne pas avoir fumé récemment du cannabis

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans ayant déjà consommé du cannabis mais ne l'ayant pas fait au cours des douze derniers mois, la très grande majorité invoque comme raison principale au non-renouvellement de leur consommation, le manque d'attrance ou le désintérêt (81,1 %). Les autres raisons avancées s'avèrent nettement

FIGURE 5

Proposition de cannabis, selon l'âge et le sexe, parmi les 15-64 ans



moins fréquentes : le fait de ne pas avoir aimé la première fois (4,3 %), l'absence d'opportunité (4,1 %), la peur pour sa santé (4,0 %), le fait de ne pas aimer les drogues en général (2,7 %), de ne plus ressentir de plaisir (2,4 %), le fait de trouver que « *ce n'est plus de son âge* » (2,0 %), la peur de la dépendance (1,5 %), ou enfin le décalage par rapport à son milieu social (1,3 %).

Les motivations des consommateurs sont quant à elles plus contrastées [figure 6]. Des raisons liées au produit et à ses effets arrivent en tête des raisons de consommer : la curiosité (22,0 %), la recherche de la détente (20,0 %), pour y goûter (14,0 %) et pour essayer (11,1 %). Le pouvoir de socialisation attribué au cannabis permet de distinguer un deuxième groupe de raisons invoquées : l'envie de s'amuser (10,4 %), la complicité avec d'autres personnes (9,0 %), la conformité⁵ (8,4 %), la convivialité (7,5 %), le plaisir (7,2 %). Notons que 2,7 % disent

avoir recherché l'ivresse, 2,2 % avoir fumé pour oublier leurs problèmes, 1,6 % pour être « défoncé » et 1,1 % pour dormir.

L'accessibilité du cannabis

Plus de la moitié (58,0 %) des 15-64 ans jugent qu'il leur serait facile d'obtenir du cannabis en vingt-quatre heures, s'ils en voulaient (30,4 % « *assez facile* » et 27,5 % « *très facile* »). Les jeunes hommes de 20-25 ans (79,2 %) sont particulièrement nombreux à partager cette opinion. Moins d'une personne sur dix (7,2 %) dit ne pas pouvoir se prononcer sur la question, cette proportion croissant de façon nette avec l'âge des personnes interrogées, passant de 2,0 % parmi les 15-19 ans à 14,3 % parmi les plus de 55 ans ($p < 0,001$). De plus, si le cannabis est un produit jugé accessible

5. « Pour faire comme tout le monde ».

FIGURE 6

Principales raisons invoquées lors de la dernière prise de cannabis parmi les 15-64 ans



même dans les tranches d'âge plus élevées, la proportion de ceux estimant que cela leur serait « *très facile* » baisse nettement avec l'âge (40,6 % à 15-19 ans vs 17,4 % à 55-64 ans ; $p < 0,001$).

Interrogés sur leur mode principal d'obtention de cannabis, près de six usagers dans l'année sur dix disent se le faire offrir (58,7 %), tandis qu'un peu plus d'un tiers (36,2 %) disent l'acheter. Le fait de consommer du cannabis que l'on a soi-même cultivé reste marginal comme mode d'approvisionnement majoritaire (5,1 %). Les femmes sont plus nombreuses à déclarer se faire offrir ordinairement le cannabis qu'elles consomment (67,5 % vs 54,5 % ; $p < 0,001$).

La proportion de consommateurs se déclarant ordinairement acheteurs de cannabis croît entre 15-19 ans et 26-34 ans (34,2 % à 41,8 %), puis décroît au-delà. C'est probablement le signe d'une autonomisation financière et d'un engagement croissant dans la consommation, puis d'un désintérêt progressif pour le produit dont les usages deviennent plus épisodiques et davantage liés à des rencontres.

ÉVOLUTIONS DEPUIS 2000

Par rapport au Baromètre santé 2000 [3], il est possible d'observer des évolutions pour les différents niveaux d'usage et pour les différents produits.

La consommation de produits illicites

Si les usages des produits illicites autres que le cannabis restent marginaux en France [tableau I], certaines substances ont néanmoins connu une diffusion croissante depuis 2000⁶ [tableau III]. C'est le cas de l'expérimentation de l'ecstasy (passant de 0,9 % à 2,0 % parmi les 15-64 ans) ainsi que de la cocaïne (de 1,6 % à 2,6 %). Les niveaux d'expérimentation des amphétamines,

du LSD et de l'héroïne sont pour leur part restés stables sur l'ensemble de la période, concernant environ 1 % des 15-64 ans. L'expérimentation de produits à inhaler apparaît de son côté en baisse entre 2000 et 2005 (passant de 3,0 % à 1,7 %).

La consommation de cannabis

Entre 2000 et 2005, l'expérimentation de cannabis a connu une hausse assez nette de 24,9 % à 30,6 % parmi les 15-64 ans ($p < 0,001$), dans la continuité de celle observée depuis 1990. Notons que cette hausse ne semble pas concerner les générations les plus jeunes : l'expérimentation se maintient en 2000 et 2005 pour les hommes entre 15 et 25 ans (49,6 % en 2000 et 48,5 % en 2005), et pour les femmes entre 15 et 19 ans (31,1 % en 2000 et 31,9 % en 2005).

Les usages actuels de cannabis ne suivent pas la même tendance. L'usage dans l'année reste stable de 8,8 % en 2000 à 8,6 % en 2005 [tableau IV]. L'usage récent se stabilise également (4,5 % en 2000 et 4,8 % en 2005).

En revanche, la consommation régulière connaît une augmentation significative entre 2000 et 2005 (passant de 1,7 % à 2,8 % des 15-64 ans). L'augmentation est significative pour les hommes (2,6 % à 4,3 % ; $p < 0,001$) et pour les femmes (passant de 0,7 % à 1,3 % ; $p < 0,001$).

6. L'usage de champignons hallucinogènes et de poppers n'était pas questionné en 2000. On ne peut donc pas suivre l'évolution de l'usage de ces deux produits.

TABLEAU III

Évolution de l'expérimentation et de l'usage dans l'année des produits parmi les 15-64 ans entre 2000 et 2005 (en %)^a

	Expérimentation			Usage dans l'année		
	2000	2005	2000 vs 2005	2000	2005	2000 vs 2005
Cannabis	24,9	30,6	***	8,8	8,6	ns
Cocaïne	1,6	2,6	***	0,2	0,6	***
Ecstasy	0,9	2,0	***	0,2	0,5	***
Produits à inhaler	3,0	1,7	***	0,2	0,2	ns
Amphétamines	1,5	1,4	ns	0,2	0,2	ns
LSD	1,7	1,5	ns	0,2	0,1	ns
Héroïne	0,7	0,8	ns	0,1	0,1	ns

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

a. Seules sont présentées ici les drogues sur lesquelles les personnes ont été interrogées en 2000 et en 2005. Pour les deux années, les réponses à la question ouverte « Avez-vous consommé d'autres drogues ? » sont prises en compte. En 2000, les questions de la consommation de poppers, de champignons hallucinogènes et de crack n'étaient pas posées.

TABLEAU IV

Évolution des usages de consommation de cannabis parmi les 15-64 ans entre 2000 et 2005 (en %)

	2000	2005	2000 vs 2005
Abstinent	75,1	69,4***	***
Expérimentateur	24,9	30,6***	***
Consommateur dans l'année	8,8	8,6	ns
Consommateur récent	4,5	4,8	ns
Consommateur régulier	1,7	2,8***	***

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

DISCUSSION

L'approche par le biais de cette enquête en population générale permet d'évaluer l'ampleur de la consommation de drogues illicites au niveau national sur une période de référence donnée. La substance illicite la plus consommée est le cannabis et les principaux consommateurs sont les jeunes, et en particulier les jeunes hommes. L'usage des autres produits reste rare ; la consommation dans l'année ne dépasse pas 1 % pour chacun d'entre eux.

La place spécifique du cannabis parmi les drogues illicites a été mise au jour grâce à

différentes enquêtes (Baromètre santé, Escapad, Espad). Elles ont permis de suivre l'évolution de la consommation, notamment chez les jeunes. La consommation de cannabis a fortement augmenté ces dix dernières années, tout particulièrement dans la population jeune et masculine, et ce à tous les stades de la consommation, de l'expérimentation à l'usage régulier. À partir de 2002, une baisse de l'expérimentation a toutefois été observée parmi les jeunes.

Les données 2005 du Baromètre santé mettent en exergue une hausse importante

de l'expérimentation du cannabis parmi l'ensemble de la population française (âgée de 15 à 64 ans). Il s'agit de l'effet mécanique sur cet indicateur de « stock » des augmentations constatées au cours de la décennie 1990 de l'expérimentation du cannabis chez les jeunes. Ainsi, figurent dans cet ensemble des personnes adultes qui ont pu expérimenter et consommer du cannabis au cours de la décennie précédente, quand elles étaient plus jeunes, et ne plus le faire aujourd'hui. Au contraire, chez les jeunes générations actuelles, le phénomène de diffusion de l'expérimentation de cannabis

semble se stabiliser sur la période 2000-2005.

Les résultats du Baromètre santé confirment la possible modification de tendance indiquée par d'autres enquêtes menées auprès des jeunes à partir de 2003 [4, 5] : la consommation actuelle (dans l'année, dans le mois) de cannabis en France semble se stabiliser. Néanmoins, le nombre de consommateurs réguliers continue de progresser. Entre 2000 et 2005, on ne dénombre globalement pas plus de consommateurs de cannabis mais proportionnellement plus de consommateurs réguliers.

Bibliographie

- [1] Beck F., Legleye S.
Les jeunes et le cannabis.
Paris : Regards sur l'actualité 2003 ; 294 : 53-65.
- [2] Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., et al.
The Espad Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
Stockholm : Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2004 : 436 p.
- [3] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.
« Drogues illicites : pratiques et attitudes ».
In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.)
Baromètre santé 2000. Vol. 2. Résultats.
Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 237-74.
- [4] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Drogues à l'adolescence : niveaux et contextes d'usages de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France. Escapad 2003.
Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004 : 251 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxfbka.pdf>
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [5] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).
Drogues et dépendances, données essentielles.
Paris : La Découverte, coll. Guides, 2005 : 208 p.

La pratique d'activités physiques chez les adultes

HÉLÈNE ESCALON

CONTEXTE

L'évolution des modes de vie a entraîné une modification des comportements des individus en matière d'alimentation et d'activité physique, qui a des conséquences importantes sur leur état de santé. Les opportunités de pratiquer une activité physique ont été réduites du fait notamment de l'utilisation croissante de moyens de transport motorisés et des appareils ménagers électriques, de la diminution au travail de tâches manuelles demandant un effort physique et de l'apparition de nouveaux loisirs sédentaires [1]. Par ailleurs, les habitudes alimentaires se sont modifiées dans le sens d'une consommation plus importante d'aliments trop gras et trop sucrés. Or il est aujourd'hui établi qu'une alimentation inadéquate et une activité physique insuffisante sont des déterminants majeurs des principales maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, l'hypertension et certains types de cancers [1]. Ces

maladies chroniques deviennent une cause de plus en plus importante d'incapacité et de décès prématurés, à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement.

Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que l'inactivité physique a provoqué environ 1,9 million de décès en 2001 et qu'elle est à l'origine de 10 à 16 % des cas de cancers du sein, du côlon et du rectum, de diabète sucré et d'environ 22 % des cardiopathies ischémiques [2]. Face à ces constatations, des politiques de promotion de l'activité physique, parfois couplées à un volet nutrition, ont été mises en place.

En France, le Programme national nutrition-santé (PNNS), lancé en 2001 et reconduit en 2005 pour la période 2005-2008, a fixé neuf objectifs prioritaires pour améliorer les pratiques alimentaires et encourager une activité physique régulière [3]. Il recommande ainsi, parallèlement à l'adoption

d'une alimentation variée et équilibrée, de pratiquer l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour, au minimum cinq jours dans la semaine [4].

Dans le cadre de la mise en place de telles politiques, le niveau habituel d'activité physique pratiquée est un indicateur de santé publique indispensable à mesurer. La nécessité de disposer d'un instrument utilisable pour la surveillance de cet indicateur dans

différentes populations et permettant d'effectuer des comparaisons entre pays a été soulignée. Dans ce but, un groupe de consensus international a élaboré en 1998 un questionnaire : le Ipaq (*International Physical Activity Questionnaire*) (voir encadré).

Les premiers résultats issus des réponses à ce questionnaire traduit en français sont présentés ici.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Parmi les 7 024 personnes âgées de 18 à 65 ans interrogées sur leurs activités physiques¹, 41,9 % déclarent, au moment de l'enquête, ne pas avoir pratiqué dans la semaine précédente d'activité physique intense. Ils sont 27,8 % à en avoir fait au moins trois jours dans la semaine, les hommes étant, en proportion, près du double à être dans ce cas (36,1 % vs 20,0 %). On observe aussi une différence par sexe assez nette en ce qui concerne la durée de ces activités : parmi ceux qui ont pratiqué une activité intense dans les sept jours précédant l'enquête, 72,2 % des hommes

contre 51,4 % des femmes déclarent en avoir pratiqué plus d'une heure un jour moyen.

Concernant les activités physiques modérées (en dehors de la marche), 15,6 % des adultes n'en ont pas fait dans la semaine, mais près d'un tiers (31,3 %) en a fait au moins cinq jours dans la semaine. Plus d'un sur cinq (27,1 %) en a fait au moins cinq jours pendant au moins trente minutes, les femmes davantage que les hommes (30,8 % vs 23,1 %) et les jeunes moins que les adultes plus âgés.

1. Le questionnaire Ipaq n'a été posé qu'à une partie de l'échantillon.

ÉVALUER PAR TÉLÉPHONE LES ACTIVITÉS PHYSIQUES PRATIQUÉES

La durée, la fréquence et l'intensité des activités physiques pratiquées ont été évaluées à l'aide de la version téléphonique courte du questionnaire *International Physical Activity Questionnaire* (Ipaq) sur les sept jours précédant l'enquête. Ce questionnaire est un instrument international validé chez les 18-65 ans [5].

Il considère l'activité physique dans sa globalité, menée à tous les moments de la vie quotidienne (au travail, dans la maison ou au jardin, lors des déplacements et pendant le temps libre).

Sont distinguées les activités physiques intenses, les activités physiques modérées (en dehors de la marche)

et la marche, effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

Les activités physiques modérées sont définies comme celles qui demandent un effort physique modéré et font respirer un peu plus difficilement que normalement. Les exemples donnés sont : porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement.

Les activités physiques intenses sont définies comme celles qui demandent un effort physique important et font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Les exemples donnés sont : porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football.

Enfin, pour la marche, une personne sur dix (10,6 %) déclare ne pas avoir marché au moins dix minutes d'affilée dans la semaine, mais 60,0 % disent avoir marché au moins cinq jours et 48,7 % tous les jours. Près de la moitié des adultes déclarent avoir marché, au

moins cinq jours, pendant au moins trente minutes, sans différence selon le sexe. Les adultes de 45 ans et plus sont, en proportion, légèrement plus nombreux que leurs cadets (51,0 % vs 46,5 %) à être dans ce cas.

RÉSULTATS

Les résultats descriptifs présentés ici portent sur un sous-échantillon de 7 024 individus de 18 à 65 ans.

ABSENCE TOTALE D'ACTIVITÉ DANS LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

Seuls 2,1 % des adultes de 18 à 65 ans n'ont pratiqué aucune activité physique (y compris la marche au moins dix minutes) au cours de la semaine précédant l'enquête. Cette absence d'activité concerne très peu les jeunes adultes de 18 à 24 ans (0,8 %), mais plutôt les adultes de 25 à 65 ans (2,5 % ; $p < 0,01$), au sein desquels on n'observe pas de différence significative selon l'âge. On n'observe pas non plus de différence significative entre les hommes et les femmes.

LES ACTIVITÉS PHYSIQUES INTENSES

Plus de deux Français sur cinq (41,9 %) de 18 à 65 ans déclarent ne pas avoir pratiqué d'activité physique intense au cours de la semaine précédant l'interview. Ce phénomène s'observe davantage chez les femmes (50,5 % vs 32,7 % des hommes ; $p < 0,001$) [figure 1] et s'accroît avec l'âge [figure 2].

Les adultes sont plus d'un quart (27,8 %) à avoir pratiqué une activité intense au moins trois jours dans la semaine précédant l'interview. Les hommes sont, en proportion, nettement plus nombreux que les femmes (près du double) à avoir été dans ce cas (36,1 % vs 20,0 % ; $p < 0,001$). Il en est de même pour les jeunes adultes par rapport aux plus âgés [figure 2].

FIGURE 1

Répartition des Français de 18 à 65 ans selon le nombre de jours dans la semaine où ils ont pratiqué une activité physique intense

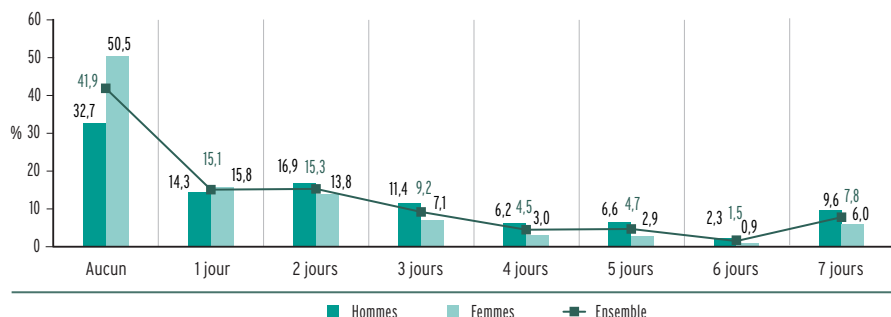
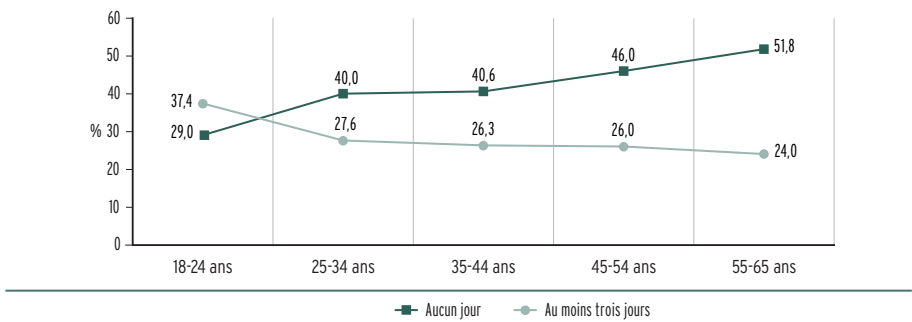


FIGURE 2

Répartition des adultes, par âge, selon le nombre de jours de pratique d'une activité physique intense



Sur un «jour moyen»¹ de pratique d'activité physique intense au cours de la semaine, une personne sur sept (14,4 %) déclare en avoir fait entre une demi-heure et une heure, une sur six (16,6 %) de une à deux heures, plus d'une sur dix (11,2 %) de deux à quatre heures et 8,2 % plus de quatre heures [tableau I].

On observe une différence par sexe assez nette en ce qui concerne le temps de pratique de ces activités intenses [tableau I]. Chez les individus ayant pratiqué une activité intense dans la semaine, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes (72,2 % vs 51,4 %; $p<0,001$) à déclarer prati-

quer pendant plus d'une heure des activités physiques intenses.

Le temps de pratique des activités intenses a également tendance à diminuer avec l'âge [tableau II]. Pour les activités intenses pratiquées jusqu'à deux heures, on observe une relation décroissante entre le temps de pratique et l'âge.

1. La question posée aux personnes ayant répondu avoir pratiqué une activité physique intense au moins un jour dans la semaine était la suivante : « En général, combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités intenses au cours de l'un de ces jours (sur un jour moyen) ? »

TABLEAU I

Répartition des 18-65 ans selon le temps passé à exercer une activité physique intense un jour moyen (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble 18-65 ans
Pas d'activité physique intense au cours des sept derniers jours	32,7	50,5	41,9
10 à 30 minutes	5,2	7,9	6,6
31 à 60 minutes	13,3	15,5	14,4
61 à 120 minutes	20,6	12,8	16,6
121 à 240 minutes	15,3	7,4	11,2
Plus de 240 minutes	12,0	4,5	8,2
Ne sait pas	0,9	1,4	1,1

TABLEAU II

Répartition par âge des 18-65 ans selon le temps passé à pratiquer une activité physique intense un jour moyen

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-65 ans
Pas d'activité physique intense au cours des sept derniers jours	29,0	40,0	40,6	46,0	51,8
10 à 30 minutes	8,1	7,2	7,1	5,0	5,6
31 à 60 minutes	16,9	16,5	17,7	13,2	10,8
61 à 120 minutes	23,3	18,9	15,5	14,4	12,0
121 à 240 minutes	12,2	10,0	11,0	11,5	12,2
Plus de 240 minutes	9,7	6,6	9,3	8,9	6,5
Ne sait pas	0,8	0,8	1,8	1,0	1,1

LES ACTIVITÉS PHYSIQUES MODÉRÉES (EN DEHORS DE LA MARCHÉ)

La part d'individus déclarant ne pas avoir eu d'activité modérée dans la semaine est nettement moindre que pour les activités intenses : 15,6 % des adultes de 18 à 65 ans sont dans ce cas, les hommes davantage que les femmes (20,6 % vs 10,9 % ; $p<0,001$) [figure 3].

Près d'un tiers des adultes (31,3 %) dit avoir pratiqué ce type d'activité au moins cinq jours dans la semaine. Contrairement à ce que l'on observe pour l'activité physique

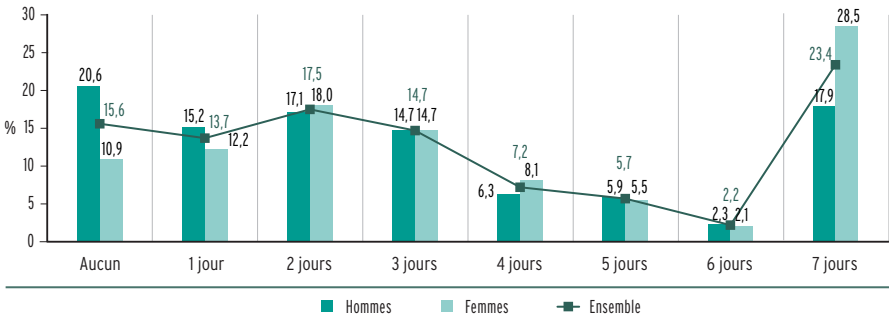
intense, ce sont les femmes qui sont proportionnellement plus nombreuses à être dans ce cas (36,1 % vs 26,1 % pour les hommes ; $p<0,001$).

L'association avec l'âge est également inversée par rapport à la pratique d'activités intenses : les jeunes adultes (18-24 ans) sont proportionnellement les moins nombreux (27,7 %) à en avoir fait au moins cinq jours dans la semaine, mais les différences sont significatives seulement avec les 35-44 ans (34,1 % ; $p<0,01$) et les 55-65 ans (33,4 % ; $p<0,05$).

Sur un jour moyen de pratique d'activité physique modérée, plus d'un individu sur

FIGURE 3

Répartition des Français de 18 à 65 ans selon le nombre de jours dans la semaine où ils ont pratiqué une activité physique modérée



cinq (22,3 %) déclare en avoir fait une demi-heure ou moins, un sur cinq (20,8 %) entre une demi-heure et une heure, près d'un sur cinq (19,0 %) de une heure à deux heures et moins d'un sur dix (6,9 %) plus de quatre heures [tableau III].

Les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes à exercer pendant une durée plus longue les activités modérées qu'ils pratiquent : sur l'ensemble des individus qui ont eu une activité physique modérée au moins une fois dans la semaine, 28,7 % des hommes *versus* 21,1 % des femmes ($p < 0,001$) en ont fait plus de deux heures un jour moyen.

L'effet de l'âge apparaît un peu différent que pour l'activité physique intense : les jeunes

sont, comme pour l'activité physique intense, en proportion les plus nombreux à faire des activités modérées de courte durée (moins d'une demi-heure), mais la relation s'inverse au fur et à mesure que le temps d'activité augmente. Ce sont ainsi les 55-65 ans qui sont en proportion les plus nombreux à en avoir fait entre deux heures et quatre heures [tableau IV].

Plus d'un adulte sur cinq (27,1 %) déclare avoir pratiqué une activité modérée au moins cinq jours dans la semaine précédant l'interview, pendant au moins trente minutes. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses dans ce cas (30,8 % *vs* 23,1 % ; $p < 0,001$). C'est, au contraire, moins le fait des jeunes adultes (22,9 %) comparés aux

TABLEAU III

Répartition des 18-65 ans selon le temps passé à exercer une activité modérée un jour moyen et selon le sexe (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble 18-65 ans
Pas d'activité physique modérée au cours des sept derniers jours	20,6	10,9	15,6
10 à 30 minutes	19,3	25,1	22,3
31 à 60 minutes	18,8	22,6	20,8
61 à 120 minutes	17,5	20,4	19,0
121 à 240 minutes	14,2	12,4	13,3
Plus de 240 minutes	8,1	5,8	6,9
Ne sait pas	1,5	2,8	2,1

TABLEAU IV

Répartition par âge des 18-65 ans selon le temps passé à pratiquer une activité physique modérée un jour moyen (en %)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-65 ans
Pas d'activité physique modérée au cours des sept derniers jours	15,6	13,5	15,4	17,7	15,9
10 à 30 minutes	28,8	25,7	22,4	18,4	16,9
31 à 60 minutes	21,7	21,8	18,8	20,7	21,4
61 à 120 minutes	15,8	19,9	19,3	19,7	19,4
121 à 240 minutes	12,1	11,9	12,8	13,5	16,5
Plus de 240 minutes	5,3	5,7	8,7	7,7	6,5
Ne sait pas	0,7	1,5	2,6	2,3	3,4

35-44 ans (29,1 % ; $p < 0,01$) et aux 55-65 ans (29,7 % ; $p < 0,01$).

LA MARCHÉ

La marche est une activité physique pratiquée par une large majorité de personnes. Seul un adulte sur dix (10,6 %) déclare n'avoir marché aucun jour de la semaine pendant au moins dix minutes d'affilée. Les hommes sont légèrement plus nombreux dans ce cas que les femmes (11,5 % vs 9,8 % ; $p < 0,05$), les 25-54 ans un peu plus que les jeunes (12,0 % vs 6,6 % ; $p < 0,001$) et que les 55-65 ans (12,0 % vs 8,8 % ; $p < 0,01$). De plus, la marche est pratiquée régulièrement par un grand nombre des adultes de 18 à 65 ans : la moitié d'entre eux (48,7 %) déclare avoir marché tous les jours au cours de la semaine

précédant l'enquête. Trois personnes sur cinq (60,0 %) disent avoir marché au moins cinq jours dans la semaine, sans différence significative selon le sexe. Les jeunes adultes sont proportionnellement plus nombreux dans ce cas que leurs aînés (64,9 % vs 59,2 % pour les 25-65 ans ; $p < 0,01$).

Le temps de marche est, en revanche, assez faible (une demi-heure ou moins) pour plus d'un tiers des adultes (34,2 %) [tableau V].

Comme pour les activités modérées, les jeunes adultes sont les plus nombreux à marcher peu de temps — près de la moitié d'entre eux (44,7 %) marche une demi-heure ou moins les jours où ils marchent —, alors que les adultes plus mûrs marchent plus longtemps : les 55-65 ans sont proportionnellement les plus nombreux à marcher entre une heure et deux heures [tableau VI].

TABEAU V

Répartition des 18-65 ans selon le temps passé à marcher un jour moyen et selon le sexe (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble 18-65 ans
Pas de marche au cours des sept derniers jours	11,5	9,8	10,6
10 à 30 minutes	32,6	35,8	34,2
31 à 60 minutes	21,8	22,9	22,3
61 à 120 minutes	12,7	12,3	12,5
121 à 240 minutes	9,9	7,1	8,5
Plus de 240 minutes	9,2	8,4	8,8
Ne sait pas	2,3	3,7	3,1

TABEAU VI

Répartition par âge des 18-65 ans selon le temps passé à marcher un jour moyen

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-65 ans
Pas de marche au cours des sept derniers jours	6,6	10,9	12,9	12,0	8,8
10 à 30 minutes	44,7	37,3	32,2	29,9	29,5
31 à 60 minutes	19,7	22,7	20,5	24,2	25,6
61 à 120 minutes	10,2	10,1	10,5	13,9	18,3
121 à 240 minutes	6,8	6,4	9,4	9,5	10,2
Plus de 240 minutes	8,8	9,7	11,2	8,7	4,3
Ne sait pas	3,2	2,9	3,3	2,8	3,3

Près de la moitié des personnes de 18 à 65 ans (48,3 %) ont marché au moins cinq jours dans la semaine pendant au moins une demi-heure par jour, cela sans diffé-

rence significative selon le sexe. Les adultes de 45 ans et plus sont légèrement plus nombreux, en proportion, que leurs cadets à être dans ce cas (51,0 % vs 46,5 % ; $p < 0,01$).

DISCUSSION

Dans le cadre des enquêtes Baromètre santé de l'INPES, c'est la première fois que le niveau d'activité physique est mesuré à l'aide du questionnaire international Ipaq. Les résultats obtenus présentent à ce titre un intérêt tout particulier. Ce questionnaire fait l'objet de certaines critiques — problèmes éventuels de surdéclaration [6] ou de fiabilité [7] —, mais il est le seul dont on dispose actuellement pour établir des comparaisons internationales et avoir une mesure des recommandations actuelles.

Les résultats présentés ici fournissent un premier éclairage sur la pratique d'activités physiques chez les adultes et mettent en lumière des différences de comportements selon le sexe et l'âge des individus. Ainsi, les activités physiques d'intensité élevée sont davantage pratiquées par les hommes et les plus jeunes, que ce soit en termes de nombre de jours dans la semaine ou de durée

de pratique un jour moyen. La tendance est différente en ce qui concerne les activités modérées (en dehors de la marche) : elles sont davantage pratiquées par les femmes en nombre de jours dans la semaine, mais le temps de pratique est plus élevé chez les hommes. Ce temps est aussi plus élevé chez les adultes les plus âgés par rapport aux plus jeunes. Concernant spécifiquement l'activité de marche, on n'observe pas de différence en fonction du sexe et, comme pour les activités modérées, ce sont les plus âgés qui marchent le plus longtemps.

La construction du score permettant l'estimation de la proportion de sujets respectant les recommandations actuelles en matière d'activité physique est en cours et devrait fournir des résultats complémentaires intéressants. Des comparaisons internationales feront également l'objet d'un travail futur.

Bibliographie

- [1] World Health Organization.
Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation.
Genève : WHO Technical Report Series 916, 2003 : 160 p.
En ligne : <http://www.fao.org/FAO/DOCS/WHO/AC911E/AC911E00.HTM>
[Dernière consultation 16/01/2006]
- [2] **Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine.**
Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002 : 262 p.
En ligne : <http://www.who.int/whr/2002/fr/index.html>
[Dernière consultation 16/01/2006]
- [3] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé.
Programme national nutrition-santé 2001-2005.
Paris : ministère délégué à la Santé, 2001 : 39 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr>, rubrique Nutrition
[Dernière consultation 16/01/2006]
- [4] Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Assurance Maladie.
La santé vient en bougeant. Le guide nutrition pour tous.
Saint-Denis : INPES, 2004 : 34 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/715.pdf>
[Dernière consultation 19/01/2006]

- [5] Craig C. L., Marshall A. L., Bauman A. E., *et al.*
**International physical activity questionnaire:
12 country reliability and validity.**
Medecine and Science in Sports and Exercice 2003; 35(8) :
1381-95.
- [6] Rzewnicki R., Auweele Y.V., De Bourdeauhuij I.
**Addressing overreporting on the International Physical
Activity Questionnaire (Ipaq) telephone survey with a
population sample.**
Public Health Nutrition 2003; 6 (3) : 299-305.
- [7] Rütten A., Vuillemin A., Ooijendijk W.T., *et al.*
**Physical activity monitoring in Europe. The European
Physical Activity Surveillance System (Eupass)
approach and indicator testing.**
Public Health Nutrition 2003; 6 (4) : 377-84.
- 

Les troubles dépressifs et leur prise en charge

BÉATRICE LAMBOY

CONTEXTE

Les troubles mentaux, qui toucheraient, au niveau mondial, plus d'une personne sur quatre durant la vie, ont fait l'objet pour la première fois d'un questionnaire dans le Baromètre santé. Les troubles dépressifs unipolaires sont parmi les troubles les plus fréquents en population générale, représentant la 4^e cause d'incapacité — années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) [1]. Différents traitements existent et ont fait leurs preuves en termes d'efficacité; cependant, leur utilisation semble poser problème.

Selon les données internationales, moins de la moitié des personnes souffrant de troubles dépressifs auraient recours au système de santé. Et parmi celles qui consultent, une minorité serait prise en charge de façon adéquate au regard des connaissances dont on dispose en matière de bonnes pratiques cliniques.

À ce jour, très peu de données nationales de bonne qualité sur la prévalence des troubles dépressifs et sur leur prise en charge sont disponibles. Les résultats présentés ici répondent donc à une forte demande. Ils devraient, entre autres, faciliter la construction d'indicateurs de suivi concernant les «affections psychiatriques» de la loi de santé publique d'août 2004 [2]. En particulier, l'objectif 60 préconise, pour 2008, d'«augmenter de 20 % le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique». L'estimation du nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs et de la proportion d'entre elles qui ont recours aux soins et ont accès à des traitements représente donc un préalable méthodologique important.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Parmi les 16 883 personnes interrogées sur les questions de santé mentale¹, 7,8 % ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'épisodes moyens ou sévères (7,0 %) et d'épisodes récurrents ou chroniques (5,0 %) affectant majoritairement des femmes (environ deux fois plus). Les personnes de plus de 55 ans se sont révélées être celles présentant le moins d'épisodes dépressifs. En ce qui concerne le recours aux soins, une minorité de personnes dépressives déclare avoir consulté pour raison de santé mentale au cours de l'année (38,3 %). Les hommes,

les jeunes et les personnes âgées sont les personnes qui ont le moins eu recours aux soins (respectivement : 33,7 % ; 25,7 % et 26,4 %). Parmi celles qui ont consulté, 67,4 % ont bénéficié d'un traitement adapté à la dépression (antidépresseurs, 59,4 % ; psychothérapie, 28,2 % ; traitement à base de millepertuis, 1,6 %). La plupart des personnes affirment que leurs problèmes se sont améliorés suite à l'aide qu'elles ont reçue (62,0 % d'amélioration et 18,4 % de guérison). Cette amélioration ne s'est pas révélée significativement différente selon le type de traitement utilisé (pharmacologique, psychologique, mixte, autre).

RÉSULTATS

LES TROUBLES DÉPRESSIFS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Des troubles dépressifs graves qui affectent majoritairement les femmes

Parmi les 16 883 personnes interrogées sur les questions de santé mentale, 7,8 % ont

présenté un épisode dépressif caractérisé (EDC)² au cours des douze derniers mois [tableau I]. Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à souffrir d'un

1. Soit environ 50 % de l'échantillon.

2. L'épisode dépressif caractérisé a été évalué à l'aide d'un instrument standardisé, le CIDIs short form, qui permet d'estimer les cas probables de troubles mentaux selon les critères diagnostiques du manuel psychiatrique DSM-IV.

TABLEAU I

Proportion de femmes et d'hommes âgés de 15 à 75 ans ayant souffert de troubles dépressifs au cours des douze derniers mois

	Hommes	Femmes	Ensemble
Épisode dépressif caractérisé (total)	5,2	10,4***	7,8
Sévérité des épisodes dépressifs caractérisés			
Épisode dépressif caractérisé léger	0,4	1,3***	0,8
Épisode dépressif caractérisé moyen	2,8	4,7***	3,8
Épisode dépressif caractérisé sévère	2,0	4,4***	3,2
Chronicité des épisodes dépressifs caractérisés			
Trouble dépressif récurrent	2,2	5,3***	3,7
Trouble dépressif chronique	0,7	1,6***	1,2
Épisode dépressif caractérisé unique	2,3	3,5***	2,9

*** : p<0,001.

tel trouble (10,4 % vs 5,2 % ; $p < 0,001$). Cette différence entre les sexes se retrouve quel que soit le type de trouble dépressif (environ deux fois plus de femmes ; $p < 0,001$).

Les troubles dépressifs observés sont plutôt graves de par la sévérité de l'épisode, estimée selon le nombre de symptômes, le retentissement (*voir encadré*) et la fréquence des épisodes. En effet, les épisodes moyens et sévères sont largement plus fréquents que les épisodes légers (3,8 % et 3,2 % vs 0,9 %). Les épisodes ont aussi tendance à être récurrents (3,8 % des personnes ont eu au moins deux épisodes dépressifs et 2,9 % des personnes en ont un seul) ; et ils deviennent chroniques chez 1,2 % des personnes interrogées.

Des épisodes dépressifs moins fréquents chez les aînés

La proportion de personnes affectées par un épisode dépressif caractérisé est moins importante chez les plus de 55 ans (5,5 % vs 8,6 % pour les individus âgés de moins de 25 ans) [figure 1]. Les groupes des 15-24 ans et des 25-34 ans présentent des taux d'épisodes dépressifs caractérisés identiques et relativement élevés (8,5 %). La proportion de personnes dépressives est la plus élevée chez les 35-44 ans (9,5 %). Vers la cinquantaine, cette proportion diminue pour être au plus bas chez les 65-75 ans (4,8 %). La différence hommes-femmes est globalement la même, quelle que soit la tranche d'âge (environ deux fois plus de femmes affectées), excepté pour les 45-54 ans où les femmes sont environ trois fois plus nombreuses à avoir eu un épisode dépressif. En effet, la

DÉFINITION DES TROUBLES DÉPRESSIFS SELON LE CIDISHORT FORM ET LE DSM-IV

Symptômes

Symptômes principaux

- Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé(e), sans espoir pratiquement toute la journée, presque tous les jours
- Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée, presque tous les jours

Autres symptômes

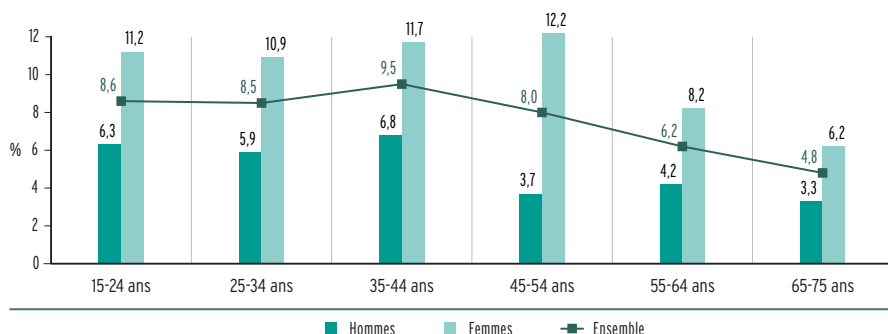
- Se sentir épuisé(e) ou manquer d'énergie plus que d'habitude
- Avoir pris ou perdu au moins 5 kg
- Avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir
- Avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer
- Avoir beaucoup pensé à la mort
- Avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir

Types de troubles

- **Épisode dépressif caractérisé** : au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes
- **Épisode dépressif caractérisé léger** : un maximum de cinq symptômes et ses activités un petit peu perturbées
- **Épisode dépressif caractérisé sévère** : un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées
- **Épisode dépressif caractérisé moyen** : tous les cas entre légers et sévères
- **Trouble dépressif récurrent** : au moins deux épisodes dépressifs caractérisés avec au moins deux mois entre les deux épisodes
- **Trouble dépressif chronique** : la durée de l'épisode dépressif caractérisé est d'au moins deux ans

FIGURE 1

Proportion de personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge



prévalence des épisodes dépressifs caractérisés est de 11,5 % chez les femmes de 15 à 54 ans et de 7,2 % de 55 à 75 ans. Chez les hommes, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés est de 6,3 % dans la tranche 15-44 ans et de 3,8 % dans la tranche 45-75 ans.

LE RECOURS AUX SOINS CHEZ LES PERSONNES DÉPRESSIVES

Un faible recours aux soins

Parmi les personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, seulement 38,3 % déclarent avoir eu recours aux soins pour raison de santé mentale³ durant l'année [tableau II]. Les femmes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont eu significativement plus recours aux soins que les hommes (40,5 % vs 33,7 %; $p < 0,05$). Les professionnels les plus consultés sont les médecins généralistes (21,1 %) et les psychiatres (13,3 %); les psychologues sont environ deux fois moins consultés que les psychiatres (7,1 %). Aucune différence significative entre les sexes n'apparaît au niveau des profession-

nels consultés. Parmi la population générale ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé, très peu de personnes ont eu recours à des structures de soins (5,3 % à un centre médico-psychologique; 2,2 % à une hospitalisation; 2,1 % aux urgences).

Un recours aux soins plus faible chez les plus jeunes et les plus âgés

L'âge est corrélé de manière significative au recours aux soins ($p < 0,001$) [figure 2]. Parmi les personnes qui ont eu un épisode dépressif caractérisé dans l'année, ce sont les 15-24 ans et les 65-75 ans qui ont le moins fréquemment eu recours aux soins pour raison de santé mentale (25,7 % et 26,5 %). Dans les autres tranches d'âge, la proportion du recours aux soins ne se situe pas en dessous de 40 % en moyenne, avec un maximum de 48,1 % pour les 45-54 ans.

3. C'est-à-dire avoir répondu oui à une des deux questions suivantes : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre, un groupe, une ligne téléphonique, etc. pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ? » ; « ...avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, psy, thérapeute, infirmière, assistante sociale, religieux, etc. ».

TABLEAU II

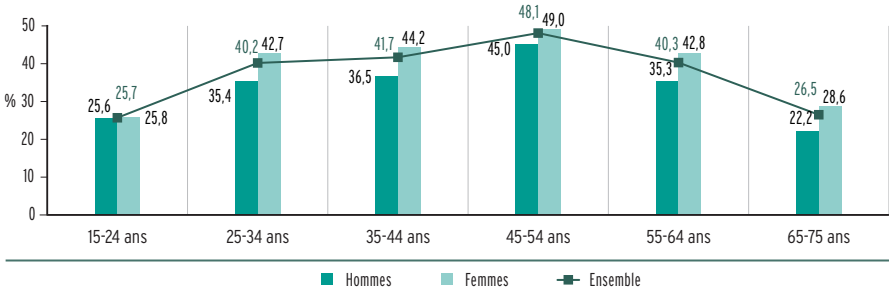
Proportion de femmes et d'hommes (15-75 ans), ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé, qui ont consulté pour raison de santé mentale au cours des douze derniers mois

	Hommes	Femmes	Ensemble
Recours aux soins (total)	33,7	40,5*	38,3
Médecin généraliste	18,3	22,5	21,1
Psychiatre	12,4	13,7	13,3
Psychologue	5,7	7,8	7,1
Centre médico-psychologique (CMP)	7,1	4,4	5,3
Hospitalisation	1,2	2,7	2,2
Urgences	2,3	2,0	2,1

* : p<0,05.

FIGURE 2

Proportion de personnes, ayant eu un épisode dépressif caractérisé, qui ont eu recours aux soins pour raison de santé mentale au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge



Contrairement aux femmes, cette différence de recours aux soins selon les classes d'âge n'est pas significative chez les hommes ($p<0,001$ chez les femmes). Les hommes ont aussi tendance à avoir moins recours aux soins que les femmes, excepté chez les jeunes (15-24 ans) où la proportion des hommes et des femmes est identique (environ 25,5 %).

LES TRAITEMENTS CONTRE LA DÉPRESSION ET LEUR IMPACT

Des traitements pharmacologiques largement représentés

Parmi les personnes qui ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé et qui ont eu recours aux soins au cours des douze derniers mois, seulement 67,4 % ont bénéficié d'au moins un des traitements validés en cas de dépression (antidépresseurs, psychothérapie, millepertuis) [figure 3]. Les antidé-

presseurs sont les traitements les plus utilisés (59,4 %) ; la psychothérapie n'a été employée que dans 28,2 % des cas et les traitements naturels à base de millepertuis ne sont quasiment pas représentés (1,6 %). D'autres traitements qui ne ciblent pas la dépression ont largement été utilisés par les personnes souffrant d'épisodes dépressifs caractérisés : les anxiolytiques (46,7 %)

et le soutien psychologique (26,4 %). Nous pouvons ainsi noter qu'il existe peu de différence entre la proportion des traitements adaptés à la dépression et des traitements non adaptés et ce, que ce soit au niveau des traitements pharmacologiques ou des traitements psychologiques. En ce qui concerne la différence d'utilisation des traitements selon le sexe, aucune différence significative

FIGURE 3

Principaux traitements contre la dépression utilisés au cours des douze derniers mois, selon le sexe (parmi les personnes ayant souffert d'un EDC et ayant eu recours aux soins)

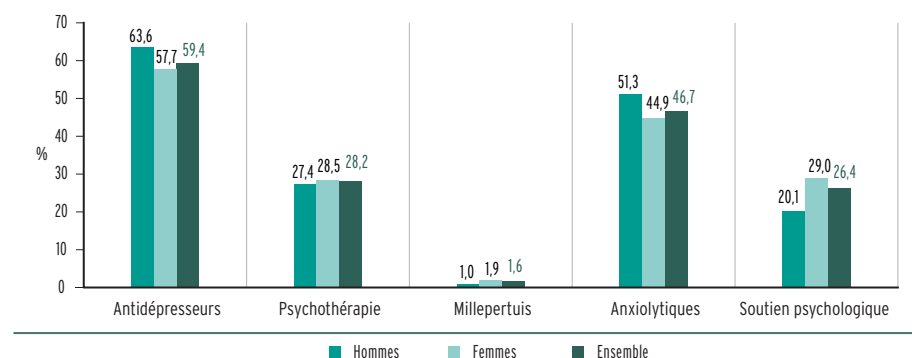
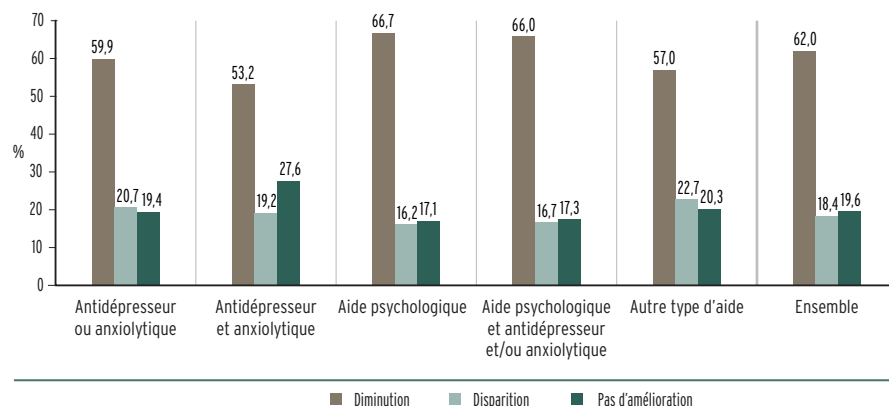


FIGURE 4

Proportion de personnes dont les problèmes ont diminué selon le type de traitement (parmi les personnes ayant souffert d'un EDC et ayant eu recours aux soins)



n'a pu être mise en évidence excepté pour le soutien psychologique qui a été plus utilisé par les femmes (29,0 % vs 20,1 % ; $p < 0,01$).

Une amélioration globale qui ne varie pas selon le type de traitement reçu

Parmi les personnes présentant un épisode dépressif caractérisé et ayant consulté au

cours des douze derniers mois, 62,0 % déclarent que leurs problèmes ont diminué à la suite de l'aide qu'elles ont reçue et 18,4 % que leurs problèmes ont disparu. Le niveau d'amélioration ne fluctue pas significativement en fonction des types de traitements utilisés, qu'ils soient de natures pharmacologique, psychologique ou autre, ou qu'ils soient employés en monothérapie ou non [figure 4].

DISCUSSION

La prévalence des troubles dépressifs en population générale peut varier considérablement d'une étude à l'autre selon l'instrument et la méthode de recueil de données utilisés. Les résultats obtenus à partir des données du Baromètre santé 2005 se situent dans la moyenne des prévalences qui apparaissent dans les dernières enquêtes réalisées en France et en Europe. La prévalence d'épisodes dépressifs caractérisés atteint 7,8 % dans cette enquête, alors que celle-ci s'élève à 11 % dans l'enquête française SMPG [3] et à 3,9 % dans l'enquête européenne ESEMeD [4]. Dans toutes les études, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souffrir d'un épisode dépressif caractérisé ; deux fois plus dans notre enquête comme dans l'enquête ESEMeD.

Les données du Baromètre santé 2005 confirment les problèmes de recours aux soins et de prise en charge chez les personnes souffrant de troubles dépressifs. Les prévalences obtenues sont parmi les plus faibles produites ces dernières années. Le recours aux soins pour raison de santé mentale au cours des douze derniers mois s'élève à 38,3 % chez les personnes dépressives ; ce chiffre est de 51,7 % dans une des dernières enquêtes américaines [5], de 36,5 % dans l'enquête européenne ESEMeD [6] et de 71,9 % dans l'enquête française SMPG [7]. Comme dans les autres enquêtes nationales

et internationales, les médecins généralistes sont les professionnels les plus consultés par les personnes dépressives et les traitements pharmacologiques sont les traitements les plus répandus [5-8]. Une minorité de personnes souffrant de troubles dépressifs a pu bénéficier d'une psychothérapie alors que ce type de traitement est largement recommandé en matière de bonne pratique clinique.

En conclusion, ces données nationales, recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé et sur un échantillon de grande taille, confirment l'ampleur des troubles dépressifs en population générale et pointent les nombreux problèmes qui entourent la prise en charge de ces malades. Le recours aux soins et les traitements proposés aux personnes dépressives s'avèrent très problématiques et ce, alors que des recommandations de bonnes pratiques cliniques ont été formulées au niveau national et international. Ainsi, au regard de ces résultats et en lien avec l'objectif 60 de la loi de santé publique, il semble urgent de pouvoir mettre en œuvre des mesures concrètes susceptibles de favoriser l'évolution des comportements de santé et des pratiques de soins. Dans cette perspective, une enquête visant à mieux comprendre les variables sociodémographiques, cliniques et représentationnelles associées au non-recours aux soins chez les personnes dépressives est en cours de réalisation à l'INPES.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé.
Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.
Genève : OMS, 2001 : 182 p.
En ligne : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [2] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
Journal Officiel du 11 août 2004 ; 185 : 14277.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=703868&indice=4&table=JORF&ligneDeb=1>
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [3] Bellamy V., Roelandt J.-L., Caria A.
Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale.
Études et résultats 2004 ; 347 : 12 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er347.pdf>
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [4] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., et al.
Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD).
Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum 2004 ; 420 : 21-27.
- [5] Wang P.S., Lane M., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B., Kessler R.C.
Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication.
Archives of General Psychiatry 2005 ; 62 (6) : 629-40.
- [6] Alonso J., Angermeyer M., Bernert S., et al.
Use of mental health services in Europe : results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD).
Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum 2004 ; 420 : 47-54.
- [7] Lamboy B.
La prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs.
Communication orale. Colloque organisé par le CCOMS, Images et réalités de la santé mentale en France, Lille, octobre 2004.
- [8] Lepine J.-P., Gastpar M., Mendlewicz J., Tylee A.
Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society).
International Clinical Psychopharmacology 1997 ; 12 (1) : 19-29.

Les actes de violence physique

CHRISTOPHE LÉON

BÉATRICE LAMBOY

CONTEXTE

La violence est définie, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme *« l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un problème de développement ou une carence »* [1]. Il est souvent distingué trois types de violences en fonction de l'auteur : la violence dirigée contre soi-même, la violence collective et la violence interpersonnelle. Cette dernière, à laquelle nous nous intéressons ici, peut être subdivisée en deux catégories : la violence familiale ou entre partenaires (maltraitance des enfants, violence infligée par le partenaire, maltraitance des personnes âgées) et la violence extra-familiale (violence des jeunes, actes de violence aveugle, agressions sexuelles, violence en milieu institutionnel) [2].

Les violences interpersonnelles sont aujourd'hui reconnues comme un problème prioritaire au sein de notre société. Elles se produisent dans des lieux divers et prennent différentes formes (actes physiques, agressions sexuelles, maltraitance, carence ou manque de soin, harcèlement psychologique, etc.). Leurs conséquences sur les populations sont considérables : problèmes de santé physique (blessures, invalidité, décès), difficultés sociales (diminution de la qualité de vie, problème d'insertion professionnelle, réduction de la productivité, détérioration des biens et des services, etc.), problèmes psychologiques (sentiment d'insécurité, troubles anxieux et dépressifs), mobilisation des ressources sanitaires et sociales, coût économique... Et si, jusqu'à récemment, les violences interpersonnelles étaient avant tout considérées comme des faits sociaux, les dimensions sanitaires impliquées dans ces phénomènes sont davantage reconnues

aujourd'hui, permettant ainsi d'appréhender la violence aussi comme un problème majeur de santé publique (Rapport mondial sur la violence et la santé [2], Plan violence et santé [3]).

Ce sont d'abord les conséquences psychologiques et somatiques de la violence sur les victimes qui ont conduit à une approche sanitaire du phénomène de la violence, puis la prise de conscience progressive que les auteurs de violences avaient parfois des problèmes de santé mentale (trouble des conduites chez le jeune et trouble de la personnalité antisociale chez l'adulte, par exemple). Ainsi, que ce soit sous l'angle des victimes ou sous celui des acteurs de

violence, les problèmes de santé impliqués sont considérables. Pointant ces liens entre violence et santé mentale, l'OMS a déclaré, en 2002, la prévention des violences comme une priorité de santé publique. Afin de mettre en place des stratégies de prévention adaptées, il est primordial de pouvoir identifier et quantifier les différentes formes de violences. Nous nous arrêtons dans ce chapitre sur trois d'entre elles : les actes de violence physique subis, les actes de violence physique commis, les agressions sexuelles subies. En fin de chapitre, un encadré sera consacré à la violence contre soi-même à travers l'étude des pensées suicidaires et des tentatives de suicide déclarées.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

En 2005, 2,6 % des personnes interrogées déclarent avoir été victimes d'une ou plusieurs agressions physiques au cours des douze derniers mois. Cette violence est le plus souvent subie par les hommes et les jeunes de moins de 25 ans.

Dans près de trois cas sur quatre, il s'agit d'une agression de la part d'une personne isolée. Pour plus de 70 % des agressions, les coups sont portés avec les mains, mais 4,0 % des victimes déclarent une agression à l'arme blanche et 1,3 % à l'arme à feu.

À l'inverse, 2,4 % des individus interrogés se déclarent les auteurs de violences physiques et, parmi eux, 33,8 % ont subi au moins une agression au cours des douze derniers mois. Il s'agit là encore le plus souvent des hommes et des jeunes de moins de 25 ans.

Une autre forme de violence, qui touche le plus souvent les femmes, est les rapports sexuels forcés : 4,1 % des femmes interrogées déclarent en avoir subi au moins un au cours de la vie. Plus de 70 % des abus sexuels ont

eu lieu avant l'âge de 21 ans, et plus de 70 % des individus déclarant un acte de violence sexuel avant l'âge de 10 ans disent avoir eu plus d'un rapport sexuel forcé au cours de leur vie.

La violence en France est restée relativement stable depuis la dernière enquête réalisée en 2000. Quelques évolutions sont quand même observées. Le nombre d'individus déclarant avoir été agressés a diminué, passant de 3,3 % à 2,6 %. Cette baisse concerne davantage les hommes et les jeunes de 12 à 25 ans. En revanche, la déclaration du nombre de violences a significativement augmenté : 14,4 % l'ont été au moins trois fois en 2000 contre 20,3 % en 2005.

En ce qui concerne les rapports sexuels forcés, la prévalence est restée stable. En revanche, la nature du rapport sexuel forcé a connu une évolution significative depuis 2000. En effet, la déclaration de rapport sexuel forcé a augmenté, passant de 60,3 % à 70,4 % et celle d'attouchements a, quant à elle, baissé de 19,7 % à 11,6 %.

RÉSULTATS

LES VICTIMES D'AGRESSIONS PHYSIQUES

Des victimes le plus souvent jeunes et masculines

Parmi les personnes interrogées en 2005, 2,6 % déclarent avoir été frappées ou blessées physiquement par quelqu'un au cours des douze derniers mois (3,4 % des hommes et 1,8 % des femmes ; $p < 0,001$). Les individus âgés de 12 à 25 ans sont en proportion plus nombreux que leurs aînés de 26 à 75 ans à le déclarer (6,0 % vs 1,6 % ; $p < 0,001$) [figure 1]. Parmi ces victimes 66,1 % déclarent l'avoir été une seule fois, 13,6 % deux fois et 20,3 % trois fois ou plus, sans différence significative suivant le sexe et l'âge.

Un acte individuel

La majorité des agressions physiques est le fait d'une seule personne (72,3 %), avec des différences significatives selon le sexe et l'âge. En effet, 86,1 % des femmes déclarent avoir été agressées physiquement par une

seule personne *versus* 64,7 % des hommes ($p < 0,001$). De plus, les jeunes de 12 à 25 ans déclarent plus que leurs aînés avoir été agressés par un groupe d'individus (32,0 % vs 22,8 % pour les 26-75 ans ; $p < 0,05$).

Des agressions majoritairement « à coups de poing »

Selon la déclaration des victimes, les agresseurs se servent le plus souvent de leurs mains (70,9 %), de leurs pieds (13,6 %), ou d'un objet (8,9 %) pour toucher leur victime [figure 2]. De plus, 4,0 % déclarent avoir subi une attaque par arme blanche et 0,9 % par arme à feu.

Des différences sont observables suivant le sexe de la personne interrogée. Les femmes agressées déclarent plus souvent que les hommes l'avoir été par les mains (80,0 % vs 66,0 % ; $p < 0,001$). En revanche, les hommes déclarent plus souvent que les femmes l'avoir été par les pieds (16,0 % vs 9,4 % ; $p < 0,05$), par la tête (4,6 % vs 1,4 % ; $p < 0,05$), par une arme blanche (5,7 % vs 0,9 % ; $p < 0,01$) ou par un objet (11,3 % vs 4,5 % ; $p < 0,05$).

FIGURE 1

Avoir été frappé ou blessé physiquement au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge

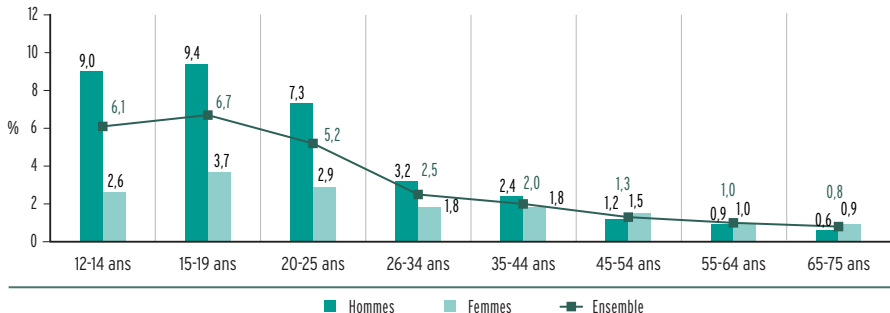
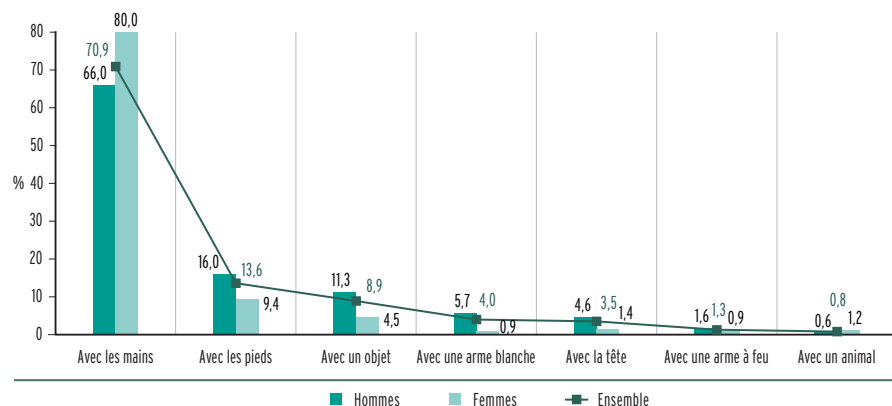


FIGURE 2

Nature des coups portés lors d'une agression physique, selon le sexe



Évolutions depuis 2000

Depuis l'enquête menée en 2000, le pourcentage d'individus déclarant avoir été agressés a diminué, passant de 3,3 % à 2,6 % en 2005 ($p < 0,001$). Cette baisse concerne davantage les hommes (4,2 % en 2000 vs 3,4 % en 2005; $p < 0,05$) et les jeunes de 12 à 25 ans (8,2 % en 2000 vs 6,0 % en 2005; $p < 0,001$). En revanche, la déclaration du nombre de violences a significativement augmenté : 14,4 % l'ont été au moins trois fois en 2000 contre 20,3 % en 2005 ($p < 0,05$).

Le fait d'avoir été agressé par une seule personne ou un groupe d'individus ainsi que la nature des coups portés lors de l'agression n'ont pas significativement évolué depuis 2000.

LES AUTEURS DE VIOLENCES PHYSIQUES

Les hommes et les jeunes plus agressifs

2,4 % des personnes interrogées disent avoir frappé ou blessé quelqu'un au cours

des douze derniers mois, seul ou en groupe. Parmi elles, 63,9 % déclarent avoir agressé une fois, 14,5 % deux fois et 21,6 % trois fois ou plus.

Les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes à avoir frappé ou blessé quelqu'un (3,7 % vs 1,2 %; $p < 0,001$) et 24,1 % des hommes versus 14,0 % des femmes déclarent avoir été violents trois fois ou plus ($p < 0,01$).

La majorité des actes de violence a été perpétrée par les individus âgés de moins de 26 ans [figure 3]. En effet, 7,1 % des individus âgés de 12 à 25 ans déclarent avoir eu recours à la violence au cours des douze derniers mois versus 1,0 % pour leurs aînés de plus de 25 ans ($p < 0,001$).

Agresseur et agressé

Les violences physiques agies et subies sont souvent liées. En effet, 33,8 % des personnes ayant été acteur d'au moins une agression au cours des douze derniers mois ont elles-mêmes été frappées ou blessées par un individu au cours de cette même période. En revanche, seulement 1,8 % des individus

qui ne déclarent aucun acte de violence a été agressé au cours des douze derniers mois. Les hommes sont plus nombreux à être dans cette situation de réciprocité physique que les femmes (38,6 % vs 19,2 % ; $p<0,001$).

Évolutions depuis 2000

La violence agie est restée stable depuis 2000. Il n'y a pas d'évolution significative quels que soient le sexe et l'âge de l'individu.

LES RAPPORTS SEXUELS FORCÉS

Les femmes sont les principales victimes d'abus sexuels

En 2005, 2,4 % des personnes interrogées déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur vie. Les femmes sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à le déclarer (4,1 % vs 0,6 % ; $p<0,001$) et 4,3 % des femmes âgées de 26 à 75 ans ont subi cet acte *versus* 2,9 % de celle âgées de 15 à 25 ans ($p<0,01$) [figure 4].

FIGURE 3

Avoir frappé quelqu'un au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge

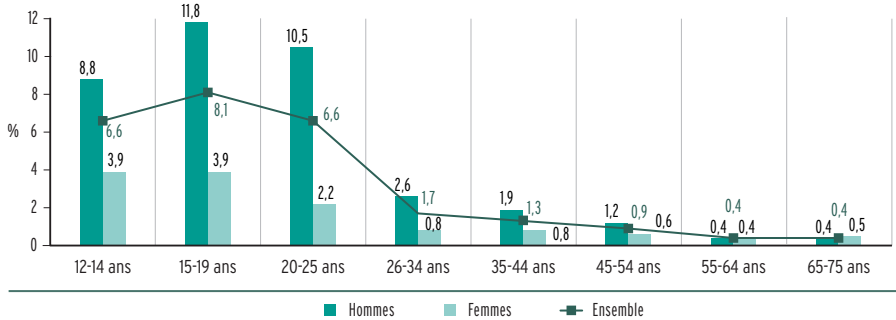
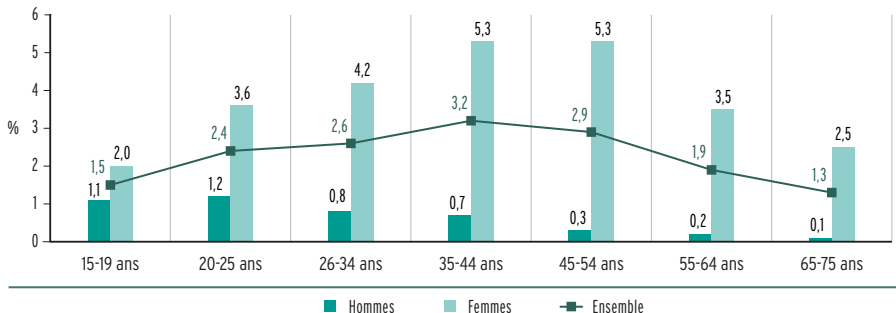


FIGURE 4

Rapports sexuels forcés au cours de la vie, selon le sexe et l'âge



Parmi l'ensemble des victimes, 54,6 % déclarent avoir été abusées une fois, 35,1 % de deux à dix fois et 10,3 % plus de dix fois.

Des abus sexuels précoces

Selon la déclaration des victimes, plus de 70 % (70,8 %) des rapports sexuels forcés ont eu lieu avant l'âge de 21 ans (87,5 % pour les hommes *vs* 68,4 % pour les femmes ; $p < 0,01$). 14,9 % déclarent avoir été abusés sexuellement avant l'âge de 10 ans (25,1 % des hommes *vs* 13,4 % des femmes ; $p < 0,01$) [figure 5].

En moyenne, le premier rapport sexuel forcé a lieu aux environs de 18 ans (18,3 ans), avec des différences significatives suivant le sexe de l'individu interrogé (15,0 ans pour les hommes *vs* 18,8 ans pour les femmes ; $p < 0,001$).

Enfin, 72,7 % des individus dont le premier rapport sexuel forcé a eu lieu avant l'âge de 10 ans ont eu plus d'un rapport sexuel forcé au cours de leur vie *versus* 41,2 % des victimes dont le premier rapport sexuel forcé a eu lieu à 10 ans ou plus ($p < 0,001$).

Nature du rapport sexuel forcé

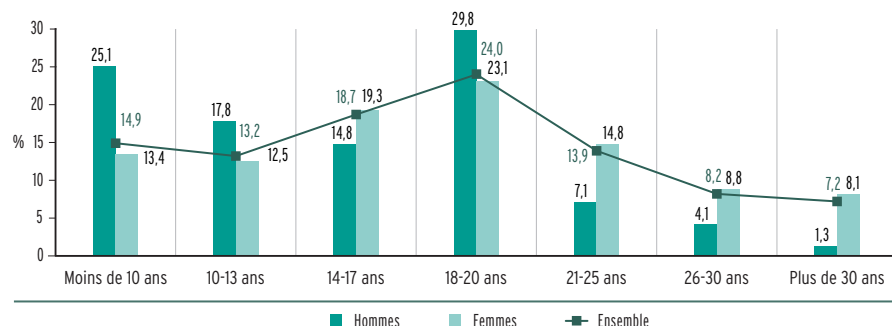
En ce qui concerne la nature du dernier rapport sexuel forcé, 11,6 % déclarent des attouchements, 18,0 % une tentative de rapport forcé et 70,4 % un rapport forcé. Les hommes déclarent plus souvent que les femmes avoir été victimes d'attouchements (18,2 % *vs* 10,6 % ; $p < 0,05$).

Évolutions depuis 2000

Le fait d'avoir subi un rapport sexuel forcé au cours de la vie est resté stable depuis 2000 (2,6 % en 2000 *vs* 2,4 % en 2005 ; ns). Aucune évolution significative n'est constatée non plus sur le nombre de fois où cela est arrivé ou sur l'âge du premier rapport sexuel forcé. En revanche, la nature du rapport sexuel forcé a connu une évolution significative depuis 2000. Parmi les individus ayant subi un acte de violence sexuelle, le rapport forcé a augmenté de 60,3 % à 70,4 % ($p < 0,01$) et les attouchements ont baissé de 19,7 % à 11,6 % ($p < 0,001$).

FIGURE 5

Âge du premier rapport sexuel forcé, selon le sexe



DISCUSSION

Les données du Baromètre santé 2005 sont en faveur d'une stabilité du nombre de personnes touchées par les actes de violence physique. La proportion de personnes déclarant avoir frappé ou blessé quelqu'un et la proportion des personnes déclarant avoir subi un rapport sexuel forcé demeurent inchangées depuis 2000 (environ 2,5 % dans les deux cas). La proportion de personnes déclarant avoir été agressées a même diminué, passant de 3,3 % en 2000 à 2,6 % en 2005. Cependant, il est à noter que si le pourcentage de personnes affectées n'est pas en augmentation, la sévérité (ou *la nature*) des actes de violence tend à augmenter. En effet, la proportion de personnes déclarant avoir été frappées trois fois et plus a significativement augmenté entre 2000 (14,4 %) et 2005 (20,3 %), tout

comme la proportion de personnes déclarant avoir subi un rapport forcé parmi celles ayant subi une agression sexuelle (de 60,3 % en 2000 à 70,4 % en 2005). Il est aussi important de souligner que les hommes jeunes sont le groupe le plus touché par la violence physique interpersonnelle, que ce soit au niveau de la violence commise qu'au niveau de la violence subie (plus de 10 % des garçons âgés de 12 à 25 ans seraient ainsi confrontés à ce phénomène), alors que les filles sont plus nombreuses à connaître des situations de violence tournées vers elles-mêmes (*voir encadré*) ainsi que des agressions sexuelles. L'étude des déterminants, qu'ils soient sociologiques (environnement familial, situation scolaire, etc.), économiques ou encore psychologiques, ainsi que de l'évolution de ces déterminants à travers

PENSÉES SUICIDAIRES, TENTATIVES DE SUICIDE ET PRISE EN CHARGE

■ En 2005, 5,3 % des personnes interrogées de 15 à 75 ans déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois. Ce chiffre est en légère baisse par rapport à l'enquête menée en 2000 (5,9 % ; $p < 0,05$). Les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à le déclarer (5,9 % **vs** 4,6 % parmi les hommes ; $p < 0,001$).

La prévalence des pensées suicidaires est plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 19 ans qu'aux autres âges (11,3 % **vs** 5,4 % ; $p < 0,001$), alors que pour les hommes la prévalence varie moins avec l'âge.

Parmi ceux ayant pensé au suicide au cours des douze derniers mois, 44,3 % (37,2 % des hommes **vs** 49,7 % des femmes ; $p < 0,001$) déclarent en avoir parlé à quelqu'un. Parmi eux, 35,0 % en ont parlé à un ami, 24,7 % à un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute, 23,5 % à leur compagnon ou conjoint, 18,6 % à un membre de leur famille (parents, enfants, fratrie) et 18,2 % à un médecin.

■ 5,1 % des personnes interrogées déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Ce pourcentage a légèrement diminué depuis l'enquête menée en 2000 (5,5 % ; $p < 0,05$). Les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir effectué cet acte (2,9 % **vs** 7,1 % ; $p < 0,001$).

Sur l'ensemble de la population, l'âge des individus ayant fait une tentative de suicide se situe entre 26 et 54 ans (5,8 % **vs** 4,1 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$).

■ La prise en charge après une tentative de suicide ne diffère pas selon le sexe de la personne interrogée : 61,4 % des individus déclarent avoir été à l'hôpital, 54,7 % avoir été suivis par un médecin ou un professionnel de santé, et, enfin, 59,5 % en ont parlé à une autre personne qu'un médecin ou un professionnel de santé.

une analyse comparative avec les données de la précédente enquête (2000) sera réalisée dans le cadre d'une prochaine publication. En outre, il sera intéressant de rapprocher ce phénomène de violence de celui des troubles des conduites¹, dont les dernières données longitudinales montrent que, contrairement aux idées reçues, ils ne se manifestent pas uniquement à l'adolescence. La majorité des adolescents qui présentent un trouble des conduites l'avait déjà durant l'enfance et une partie de ces adolescents développera, à l'âge adulte, un trouble de la personnalité antisociale [5]. Il se pourrait donc que, parmi les personnes ayant déclaré avoir frappé ou blessé quelqu'un, une proportion souffre d'un trouble comportemental avéré, mais l'enquête ne permet pas de le vérifier. De même, la violence physique dont il est question dans ce chapitre recouvre différentes réalités pouvant aller du simple accrochage isolé à la sortie de l'école au trouble psychiatrique avéré. Afin de mieux cerner ce phénomène complexe, il semble important de pouvoir développer, en France, des études approfondies qui permettent de spécifier la configuration des actes agressifs et les différents profils des personnes impliquées (voir par exemple l'enquête en cours « Violence et santé » de la Drees).

Bibliographie

- [1] Who global consultation on violence and health.
Violence: a public health priority. [Document non publié WHO/EHA/SPI]
Genève : Organisation mondiale de la santé, 1996 : 36 p.
- [2] **Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé.**
Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002 : 52 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a76808_fre.pdf
[Dernière consultation 16/01/2006]
- [3] **Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence.** [Document en préparation]
Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, direction générale de la Santé.
- [4] American Psychiatric Association.
DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé.
Paris : Masson, 2003 (4^e ed.) : 1065 p.
- [5] Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent.
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2005 : 497 p.

1. Selon le manuel psychiatrique, DSM-IV, il s'agit d'« un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet » : agressions envers des personnes ou des animaux, destruction des biens matériels, fraude ou vol, violations graves de règles établies [4], DSM-IV, Inserm, 2005.

Vaccination : un geste à conforter

FRANÇOIS BAUDIER
CHRISTOPHE LÉON

CONTEXTE

Au cours de ces dernières années, la prévention individualisée et médicalisée a fait l'objet d'un intérêt relativement modeste de la part de ceux qui sont en charge des politiques de santé. Pourtant, elle concerne des activités importantes réalisées quotidiennement en consultation, principalement par les généralistes : vaccinations, dépistage, conseils hygiéno-diététiques, etc.

Les dépenses de santé liées à cette pratique représenteraient deux tiers des budgets consacrés à la prévention en France (pour un total estimé à 10 milliards d'euros annuels ; c'est-à-dire 7 % des dépenses de santé). L'autre tiers correspond à des activités plus visibles comme la médecine préventive et de dépistage (médecine du travail, santé scolaire...), les grands programmes de santé publique (alcool, tabac, accidents...)

et diverses autres actions comme la prévention des risques professionnels ou la veille sanitaire [1].

Cette situation pourrait s'expliquer par la valorisation d'une approche collective qui correspondrait mieux à la définition de la santé publique. Dans ce contexte, la vaccination est un geste qui s'est progressivement banalisé, les principales maladies liées à cette prévention ayant graduellement disparu de la mémoire collective [2, 3]. Par ailleurs, la « crise » autour de l'hépatite B a semé le trouble, dans la population et chez les professionnels de santé, sur les recommandations en la matière [4]. Il est donc particulièrement intéressant de suivre l'évolution des opinions, attitudes et comportements des Français dans ce champ d'intervention, essentiel en santé publique.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

La population française est en très grande majorité (neuf personnes sur dix) favorable à la vaccination, avec pourtant une légère diminution depuis 2000. En revanche, cette opinion positive est plus forte chez les jeunes, avec une augmentation depuis 2000 de l'opinion très favorable des 15 à 25 ans.

La vaccination qui suscite le plus de réticences est celle contre l'hépatite B (en progression depuis 2000, comme pour l'hépatite A), la grippe (en diminution depuis 2000), le BCG et le vaccin Rougeole, Oreillons et Rubéole (sans évolution depuis 2000 pour ces deux derniers vaccins). Deux tiers des personnes considèrent qu'elles sont à jour dans leurs vaccins « *avec certitude* » et la même proportion a eu sa dernière injection au cours des cinq dernières années. Ce dernier pourcentage est en diminution significative depuis 2000. Si les plus jeunes ont eu leur vaccination le plus récemment, ce sont aussi eux qui savent le moins contre quoi. Pour les personnes qui identifient ce vaccin, le tétanos arrive en tête, suivi de la grippe et de l'hépatite B, cette dernière vaccination étant en forte baisse depuis 2000.

Le « promoteur » de la vaccination est, à part pratiquement égale, le médecin (38,1 %) et le patient lui-même (32,3 %). Pour la vaccination Rougeole, Oreillons et Rubéole, et parmi les parents qui ont des enfants âgés de moins de 16 ans, plus des trois quarts (78,3 %) les ont tous fait vacciner, 8,8 % au moins un, 7,6 % n'en ont fait vacciner aucun et 5,3 % ne savent pas. Parmi ceux qui ne l'ont pas fait, 58,3 % ont l'intention de le faire pour tous leurs enfants (en baisse depuis 2000), 1,8 % pour certains, 22,1 % n'ont pas l'intention de le faire et 17,8 % ne savent pas ou ne se prononcent pas. Chez les parents qui ont au moins un enfant âgé de moins de 7 ans, un peu plus d'un tiers (36,5 %) sait qu'une revaccination est nécessaire entre 3 et 6 ans (en baisse depuis 2000). Les principales raisons de la non-vaccination Rougeole, Oreillons et Rubéole sont la non-proposition par le médecin, le refus des parents (crainte des complications, souhait de favoriser l'immunité naturelle, inutilité du vaccin, opposition à la vaccination en général, multiplicité des vaccins) et la non-consultation d'un médecin à ce sujet.

RÉSULTATS

OPINIONS SUR LES VACCINATIONS

La vaccination en général

L'immense majorité des Français (neuf sur dix) se disent favorables à la vaccination (43,2 % sont « *très favorables* » et 47,3 % sont « *plutôt favorables* »), les hommes étant en proportion plus nombreux que les femmes à y être favorables (91,7 % vs 89,5 %; $p < 0,001$).

Plus les personnes sont jeunes, plus elles déclarent être favorables à la vaccination :

- 92,5 % des moins de 45 ans ont une

opinion favorable vis-à-vis de la vaccination vs 88,1 % pour leurs aînés ($p < 0,001$) [figure 1];

- les individus âgés de 65 à 75 ans sont ceux qui montrent le plus de réticence à la vaccination (15,5 % d'entre eux y sont défavorables).

Le pourcentage d'individus ayant une opinion favorable a légèrement diminué depuis la dernière enquête réalisée en 2000, passant de 91,7 % à 90,6 % ($p < 0,001$) et l'opinion « *très favorable* » est restée stable sur cette période (43,7 % vs 43,2 %). En revanche, l'opinion « *très favorable* » a sensiblement augmenté pour les individus âgés

de 15 à 25 ans, passant de 48,3 % en 2000 à 54,1 % en 2005 ($p<0,001$).

Des réticences vis-à-vis de certaines vaccinations

Parmi les individus de 15 ans et plus ayant

répondu qu'ils étaient défavorables à la vaccination en général (9,5 % de l'échantillon), 15,3 % sont opposés à l'ensemble des vaccinations, sans différence significative suivant le sexe. Cette réticence globale est en sensible diminution depuis 2000 (21,9 % ; $p<0,001$) [tableau I].

FIGURE 1

Opinions favorables (« très favorables » et « plutôt favorables ») à la vaccination en général, selon le sexe parmi les 15 à 75 ans

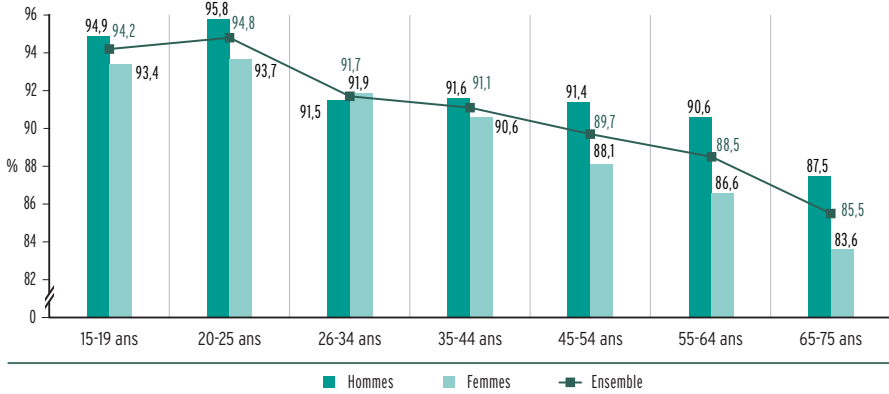


TABLEAU I

Évolution des réticences vis-à-vis des principales vaccinations selon le sexe parmi les personnes se déclarant défavorables à la vaccination (en %)

	Baromètre santé 2000	Baromètre santé 2005	Hommes 2005	Femmes 2005
Hépatite B	23,6	35,8***	29,7	40,5***
Grippe	23,7	19,8**	20,4	19,4
Hépatite A	4,3	8,6***	7,6	9,3
BCG	8,8	8,3	6,6	9,5*
Tétanos	1,6	2,6	2,4	2,8
ROR	5,4	5,1	2,1	7,4***
DTP	2,3	2,4	1,5	3,1*
Méningite	0,7	1,8**	1,3	2,3
Oreillons	1,0	1,2	0,7	1,6
Pentacoq	1,9	1,4	0,7	1,9**
Rougeole	3,7	2,4*	1,1	3,5***
Rubéole	1,4	1,7	0,9	2,3
Toutes	21,9	15,3***	16,5	14,4

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

La vaccination qui suscite le plus de réticences est celle contre l'hépatite B : un tiers (35,8 %) des sujets y est défavorable, plus les femmes que les hommes (29,7 % des hommes *vs* 40,5 % des femmes ; $p < 0,001$). Ils étaient moins d'un quart (23,6 %) en 2000 ($p < 0,001$). Cette opinion réservée s'est aussi accentuée pour l'hépatite A, avec un doublement des sujets défavorables entre 2000 et 2005 (4,3 % *vs* 8,6 % ; $p < 0,001$). La grippe est un autre vaccin qui suscite une certaine réserve : 19,8 % d'opinions défavorables en 2005, mais avec une baisse de ce pourcentage depuis 2000 (23,7 % ; $p < 0,01$). Le BCG reste un vaccin qui soulève l'opposition d'un peu moins d'une personne sur dix (8,3 %, sans évolution significative depuis 2000). Enfin, l'opinion défavorable pour le vaccin Rougeole, Oreillons et Rubéole est restée stable depuis 2000 (5,1 %), avec des différences suivant le sexe de la personne interviewée (2,1 % pour les hommes contre 7,4 % pour les femmes ; $p < 0,001$).

Rappel de la dernière vaccination

Deux tiers des personnes (63,8 %) considèrent qu'elles sont à jour dans leurs vaccins « avec certitude », 19,7 % « probablement », 7,0 % « probablement pas », 8,7 % « certainement pas », sans différence significative entre les hommes et les femmes [figure 2]. Ce sont les individus âgés de 15 à 19 ans qui déclarent le plus souvent être à jour « avec certitude » (69,8 % *vs* 63,2 % pour le reste de la population interrogée ; $p < 0,001$). En revanche, ceux de 55 à 64 ans sont moins nombreux en proportion à le déclarer (58,8 %).

Le dernier vaccin en date

Plus des deux tiers (67,8 %) des sujets interrogés ont eu leur dernière injection au cours des cinq dernières années, 21,0 % entre cinq

et dix ans, 10,1 % au-delà de dix ans et 0,2 % ne se sont jamais fait vacciner (0,9 % ne sait pas à quand remonte sa dernière vaccination). Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à avoir été vaccinés au cours des cinq dernières années (69,8 % *vs* 65,9 % ; $p < 0,001$). En proportion, le nombre d'individus à avoir été vaccinés au cours des cinq dernières années a diminué depuis 2000, passant de 71,6 % à 67,8 % en 2005 ($p < 0,001$).

Cette date du dernier vaccin est fortement liée à l'âge puisque 91,8 % des 15-19 ans ont été immunisés au cours des cinq dernières années, alors qu'ils ne sont que 57,0 % parmi les 55-64 ans. En revanche, ce pourcentage augmente légèrement pour les individus âgés entre 65 et 75 ans (65,2 %). La même tendance est observée depuis 2000. Cette progression est certainement liée à la vaccination antigrippale qui est recommandée pour cette tranche d'âge à risque [5] [figure 3].

FIGURE 2

À jour dans les vaccinations

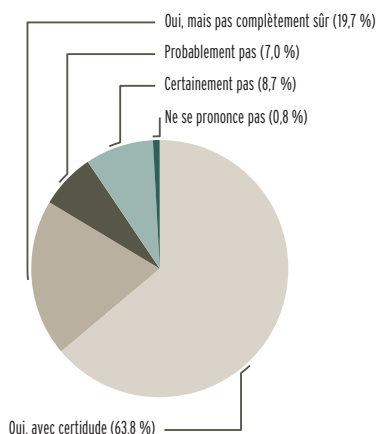
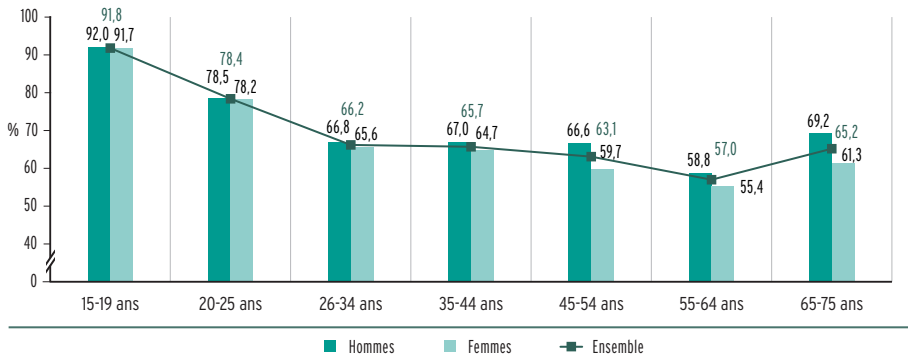


FIGURE 3
Vaccination au cours des cinq dernières années, selon l'âge et le sexe

La nature du dernier vaccin

Le tétanos est cité près d'une fois sur deux (47,1 %), combiné ou non avec la poliomyélite et la diphtérie. En deuxième position viennent la grippe (9,3 %), qui concerne davantage les hommes (10,3 % vs 8,3 % des femmes ; $p < 0,001$) et les individus âgés entre 55 et 75 ans (25,3 % vs 3,8 % pour le reste de la population, $p < 0,001$), et l'hépatite B (9,3 %) qui a connu une baisse sensible depuis l'enquête menée en 2000 (18,1 % ; $p < 0,001$) [tableau II].

Un quart des 15-75 ans (25,5 %) ne sait pas quel était ce vaccin, ce pourcentage étant très élevé parmi les plus jeunes : la moitié (49,2 %) des 15-25 ans est dans cette situation d'ignorance (vs 19,9 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$).

Origine de la dernière vaccination

Dans un tiers (32,3 %) des cas, c'est le sujet lui-même qui est à l'origine de sa dernière vaccination (30,4 % pour les hommes vs 30,2 % pour les femmes ; $p < 0,001$). Plus les

TABLEAU II
Principales évolutions de la nature du dernier vaccin, selon le sexe (en %)

	Baromètre santé 2000	Baromètre santé 2005	Hommes 2005	Femmes 2005
Tétanos/TP/DTP	45,5	47,1**	46,3	47,9*
Hépatite B	18,1	9,3***	8,2	10,4***
Grippe	11,6	9,3***	10,3	8,3***
BCG	4,6	3,9**	3,4	4,4***
Fièvre jaune	3,0	3,0	3,5	2,5***
Pentacoq	1,0	1,7***	1,5	1,9*
Hépatite A	1,5	1,4	1,3	1,4
Nsp	19,3	25,5***	26,4	24,7**

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

personnes sont âgées, plus elles ont pris l'initiative elles-mêmes d'aller se faire vacciner (8,0 % pour les individus âgés de 15 à 19 ans et 40,8 % pour ceux de 65 à 75 ans).

Comme initiateur du geste vaccinal, le médecin de famille est cité par 21,0 % des personnes interrogées (19,0 % pour les hommes *vs* 22,9 % pour les femmes ; $p < 0,001$), plus particulièrement par les individus âgés (30,0 % pour les 55 à 75 ans *vs* 17,9 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$). C'est ensuite le médecin du travail (12,5 % : 13,6 % pour les hommes *vs* 11,3 % pour les femmes ; $p < 0,001$). Globalement, 38,1 % des dernières vaccinations sont le fait d'une initiative médicale : médecin de famille, scolaire, du travail, de l'armée ou autres médecins. Enfin, dans 3,2 % des cas, les dernières vaccinations sont motivées par un proche ou un parent.

LA VACCINATION ROUGEOLE, OREILLONS ET RUBÉOLE

L'intention de faire vacciner son enfant

Chez les parents qui ont des enfants âgés de moins de 16 ans, plus des trois quarts (78,3 %) les ont tous fait vacciner, 8,8 % au moins un et 7,6 % n'en ont fait vacciner aucun (5,3 % ne savent pas). La tendance est restée stable depuis l'enquête menée en 2000.

Parmi les parents d'enfants de moins de 16 ans n'ayant pas réalisé la vaccination Rougeole, Oreillons et Rubéole, 58,3 % ont l'intention de faire le vaccin pour tous leurs enfants (en baisse sensible par rapport à 2000 : 65,0 % ; $p < 0,01$), 1,8 % pour certains, 22,1 % n'ont pas l'intention de le faire et 17,8 % ne savent pas ou ne se prononcent pas.

La deuxième dose de vaccination Rougeole, Oreillons et Rubéole

Parmi les parents qui ont au moins un enfant âgé de moins de 7 ans, seulement un peu plus d'un tiers (36,5 %) savent qu'une revaccination est nécessaire entre 3 et 6 ans, les mères étant en proportion plus nombreuses que les pères (47,4 % *vs* 23,7 % ; $p < 0,001$). Ce pourcentage est en légère baisse par rapport à 2000 (40,7 % ; $p < 0,001$).

Parmi ceux qui savent que cette seconde dose est nécessaire, 34,3 % l'ont déjà fait pratiquer, 50,6 % ont l'intention de la faire, 7,5 % n'ont pas l'intention de le faire et 7,6 % ne savent pas ou ne se prononcent pas.

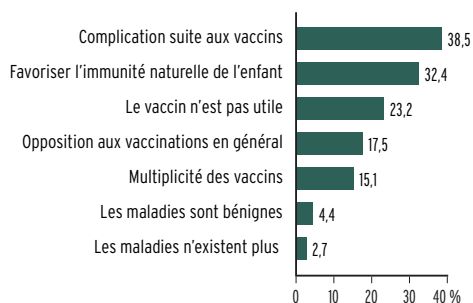
Les raisons de la non-vaccination Rougeole, Oreillons et Rubéole

Parmi les personnes qui n'ont pas fait vacciner un de leurs enfants, 16,6 % déclarent que le médecin ne l'a pas proposé (19,7 % pour les hommes *vs* 14,4 % pour les femmes ; $p < 0,001$). Viennent ensuite le refus après la proposition du médecin (8,5 %), la non-consultation d'un médecin à ce sujet (5,9 %), l'oubli de faire le vaccin (5,4 %) et la contre-indication posée par le médecin (5,4 %).

Parmi les motifs principaux de refus évoqués par les parents (malgré la proposition du médecin), la crainte des complications liées aux vaccins arrive en tête (38,5 %). Puis viennent le fait de favoriser l'immunité naturelle de l'enfant (32,4 %), de ne pas juger le vaccin utile (23,2 %), d'être opposé à toute vaccination en général (17,5 %) et, enfin, la multiplicité des vaccins (15,1 %)

[figure 4].

FIGURE 4

Motifs de refus de la vaccination Rougeole, Oreillons et Rubéole évoqués par les parents (en %)


DISCUSSION

La politique de vaccination fait l'objet, depuis plusieurs années, de campagnes nationales qui se limitent principalement à la grippe, ainsi qu'à la Rougeole, aux Oreillons et à la Rubéole [6, 7]. Par ailleurs, le fait que cette politique relève, depuis la décentralisation des années quatre-vingt, des conseils généraux, engendre une grande disparité des initiatives sur le territoire national. Aujourd'hui, cette situation est en cours d'évolution avec la loi de santé publique [8] et le nouveau transfert des compétences des conseils généraux vers les services de l'État.

Le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 donnait quelques éléments d'évolution des opinions et des pratiques dans un sens plus favorable, en particulier pour la vaccination Rougeole, Oreillons et Rubéole ainsi que l'hépatite B (principalement chez les nourrissons, même si la couverture reste encore beaucoup trop faible dans cette population) [9]. Ces résultats ne semblent pas se confirmer en 2005 dans le grand public. Par exemple, la méconnaissance de la seconde dose pour la vaccination

Rougeole, Oreillons et Rubéole reste persistante, alors que le dernier calendrier vaccinal préconise une administration encore plus précoce des deux doses [5].

Assez curieusement, il semble persister une certaine opposition vis-à-vis du vaccin antigrippal (même si elle a baissé depuis 2000). Pourtant, cette pratique reste largement répandue parmi les sujets de plus de 70 ans [6].

Enfin, une information de base sur la vaccination, ainsi que la mise en place d'outils de suivi individuel de l'état vaccinal, paraît être une vraie nécessité. En effet, nombre de personnes, en particulier parmi les jeunes, ne savent pas à quel type de vaccin correspond la dernière dose qu'ils ont reçue. La mise en place du médecin traitant et du dossier médical personnel devrait faciliter, d'une part, la tenue d'un carnet de vaccination actualisé et informatisé, d'autre part, le partage de l'information entre le praticien et le consultant sur un sujet (les maladies infectieuses et leurs risques) qui fait régulièrement la une de l'actualité [10].

Bibliographie

- [1] Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.
Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs.
Paris : novembre 2004 : 40 p.
En ligne : http://www.securite-sociale.fr/actu/maladie/haut_conseil/avis/hcaam_avis_prevention.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [2] Baudier F., Allemand H., Lancry P.J.
Menaces sur la vaccination ?
Revue d'épidémiologie et de santé publique 2002 ; 50 (6) : 505-8.
- [3] Baudier F.
Vaccination : entre trouble et espoir.
Concours médical 2004 ; 126-37 : 2210-3.
- [4] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Réunion de consensus - Vaccination contre le virus de l'hépatite B, Mercredi 10 septembre et jeudi 11 septembre 2003, Faculté de médecine Xavier-Bichat - Paris - Texte des recommandations.
Paris : Anaes, 2003 : 17 p.
En ligne : <http://www.anaes.fr>
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [5] **Calendrier vaccinal 2005 et autres avis du Conseil supérieur d'hygiène publique relatifs à la vaccination.**
BEH 2005 ; 29-30 : 141-156.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2005/29_30/beh_29_30_2005.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [6] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
Dossier de presse : l'Assurance maladie lance la campagne de vaccination antigrippale 2005. Vaccin gratuit à partir de 65 ans et pour les personnes atteintes de certaines affections de longue durée.
Paris : Cnamts, 2005 : 26 p.
En ligne : <http://www.ameli.fr/pdf/2281.pdf>
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [7] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
Dossier de presse : « N'attendez pas que ça devienne méchant. Vaccinez votre enfant maintenant. » Campagne d'information de l'Assurance maladie sur la vaccination Rougeole, Oreillons, Rubéole. Vaccin gratuit pour les enfants à partir de 1 an et jusqu'à 13 ans inclus.
Paris : Cnamts, 2005 : 26 p.
En ligne : <http://www.ameli.fr/pdf/2274.pdf>
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [8] **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.**
Journal Officiel du 11 août 2004 ; 185 : 14277.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr>
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [9] Baudier F., Balinska M.
La vaccination un geste à consolider : 84-99.
In : Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.*
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres, 2005 : 276 p.
- [10] **Loi n° 2004/810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.**
Journal Officiel n° 190 du 17 août 2004 : p. 14598.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr>
[Dernière consultation le 03/01/2006]

Dépistage des cancers : des pratiques encore très diversifiées

FRANÇOIS BAUDIER

CONTEXTE

Depuis la fin des années quatre-vingt, des programmes de dépistage organisé de certains cancers ont été mis en place en France. Ils s'intéressent à plusieurs pathologies d'importance : le cancer du sein (12 000 décès et 42 000 nouveaux cas chaque année; augmentation de l'incidence de 60 % entre 1980 et 2000), le cancer du col de l'utérus (1 000 décès et 3 400 nouveaux cas chaque année; diminution de l'incidence de 30 % entre 1980 et 2000) et le cancer colorectal (16 000 décès et 36 000 nouveaux cas chaque année; augmentation de l'incidence de 50 % entre 1980 et 2000) [1]. Pour ces trois cancers, des méthodologies validées de dépistage ont été reconnues par les autorités de santé (Anaes et maintenant Haute Autorité de santé). Le déploiement de ces programmes s'est fait tout d'abord sur

un mode expérimental puis, pour certains d'entre eux, vers la généralisation. C'est le cas du dépistage du cancer du sein qui est mis en œuvre maintenant sur l'ensemble du territoire français [1, 2]. Pour le cancer du col de l'utérus, les zones d'expérimentation (quelques départements) sont plus anciennes et limitées, sans perspectives précises (en 2005) de généralisation sur un mode organisé [1, 3]. En revanche, le dépistage individuel est largement répandu. Enfin, en ce qui concerne le cancer colorectal, après l'arrêt des expérimentations au cours des années quatre-vingt-dix, en raison d'un trop faible taux de participation, sa généralisation a été annoncée en 2005 et programmée pour les années à venir [1, 4]. L'ensemble de cette politique est désormais conduit dans le cadre du Plan cancer [1].

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

CANCER DU SEIN

Près de 60 % des femmes de 18-74 ans ont déjà passé au cours de leur vie une mammographie. C'est parmi les 50-69 ans que ce pourcentage est le plus élevé (94,7 %). L'évolution de cette prévalence est en constante progression depuis 1992. Dans la majorité des situations, c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen (55,0 %), mais une fois sur cinq (20,2 %), c'est la patiente qui en a fait la demande. Quand le médecin est le promoteur de la mammographie, cette pratique s'inscrit le plus souvent (72,7 %) dans le cadre d'un suivi régulier. Lorsque c'est la femme, c'est aussi la notion de suivi régulier qui est prédominant (47,3 %).

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Pratiquement l'ensemble (87,9 %) des femmes de 18-75 ans a déjà eu un frottis. C'est parmi les 30-59 ans que cette proportion est la plus élevée. En terme d'évolution, le pourcentage de femmes de 18-75 ans

ayant déjà effectué un frottis au cours de leur vie est relativement stable depuis 1992. Plus de trois fois sur quatre, c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen et, dans 18,4 % des cas, c'est la consultante. Dans ces deux circonstances, c'est le suivi régulier qui est la principale motivation (respectivement 91,0 % et 81,2 %).

CANCER COLORECTAL

Plus d'une personne sur cinq (22,4 %) de 40 à 75 ans déclare avoir déjà réalisé le test Hemoccult®. La pratique de cet examen est principalement liée au fait que la personne a été sollicitée dans le cadre d'une campagne (34,9 %). Pourtant, un pourcentage non négligeable de sujets en a pris lui-même l'initiative (20,4 %). Lorsque c'est le médecin qui a initié ce test, le suivi régulier et les symptômes sont les deux principales causes (respectivement 40,1 % et 38,9 %). Depuis 2000, il est à noter une augmentation significative de la pratique de cet examen.

RÉSULTATS

CANCER DU SEIN

Le dépistage du cancer du sein est recommandé pour toutes les femmes entre 50-74 ans. Il leur est demandé de pratiquer une mammographie avec double incidence tous les deux ans. Cet examen s'inscrit dans un protocole très précis (cahier des charges) qui garantit la qualité du test sur l'ensemble du territoire national (formation des lecteurs, normes pour les mammographies, évaluation, etc.) [1, 2].

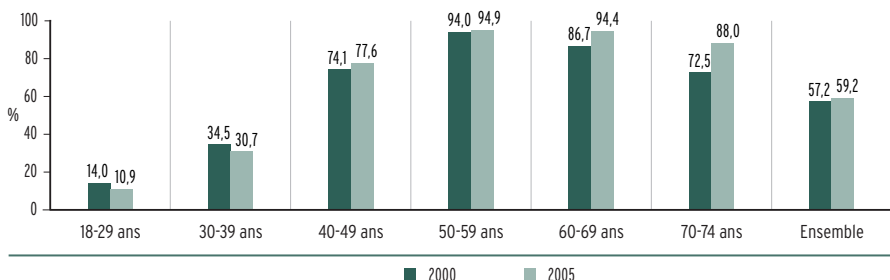
Près de 60 % (59,2 %) des femmes de 18 à 74 ans ont déjà passé au cours de leur vie une mammographie (de dépis-

tage ou diagnostic). C'est dans la tranche d'âge 50-69 ans que ce pourcentage est le plus élevé (94,7 %), ce qui peut s'expliquer par des recommandations pour le dépistage qui, pendant de nombreuses années, s'appliquaient uniquement à cette population (l'extension aux 70-74 ans n'est intervenue qu'assez récemment) [figure 1].

L'évolution de la prévalence de la mammographie au cours de la vie est en constante progression depuis 1992 (début des Baromètres santé) chez les femmes de 18 à 74 ans : augmentation d'environ 37 % en treize ans. Depuis l'enquête menée en 2000, la prévalence a légèrement progressé,

FIGURE 1

Évolution de la prévalence de la mammographie au cours de la vie, entre 2000 et 2005, selon l'âge



passant de 57,2 % à 59,2 % en 2005 ($p < 0,01$). L'augmentation la plus importante concerne les femmes ayant entre 70 et 74 ans (72,5 % en 2000 contre 88,0 % en 2005 ; $p < 0,001$).

Dans la majorité des situations, c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen (55,0 %), mais une fois sur cinq (20,2 %), c'est la patiente qui en a fait la demande. Le courrier adressé par la structure de gestion tient une place de plus en plus importante pour favoriser cette démarche. En 2000, seules 19,2 % des femmes de 50-74 ans avaient été invitées dans ce cadre ; en 2005, elles sont plus d'un tiers (34,0 % ; $p < 0,001$).

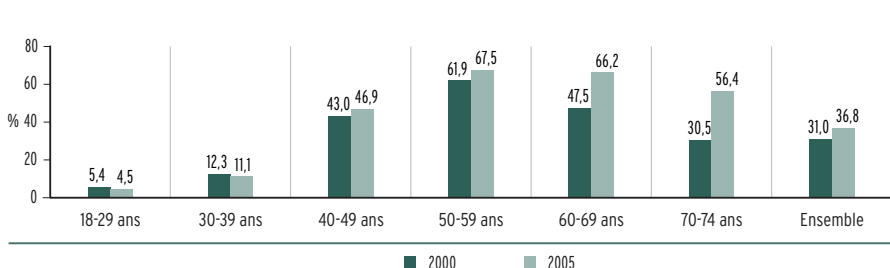
Parmi l'ensemble des femmes interrogées, le test date, plus d'une fois sur trois (36,8 %),

de moins de deux ans [figure 2]. Le caractère récent de la mammographie augmente avec l'âge jusqu'à 59 ans et diminue à partir de 60 ans. Concernant la tranche d'âge ciblée par le dépistage (50-74 ans), 65,3 % des femmes ont eu au moins une mammographie durant les deux dernières années (vs 20,9 % pour les femmes de moins de 50 ans ; $p < 0,001$). Par ailleurs, pour 14,2 % des femmes interrogées, cet examen a été pratiqué entre deux et quatre ans.

La comparaison avec 2000 montre une progression significative de la pratique de la mammographie au cours des deux dernières années, passant de 31,0 % en 2000 à 36,8 % en 2005 ($p < 0,001$). Elle est particulière-

FIGURE 2

Évolution de la prévalence de la mammographie effectuée dans les deux dernières années, entre 2000 et 2005, selon l'âge



ment marquée parmi les femmes de 60 à 74 ans : 42,3 % en 2000 à 63,2 % en 2005 ($p < 0,001$)¹.

Quand le médecin est à l'origine de la réalisation de la mammographie, cette pratique s'inscrit le plus souvent (72,7 %) dans le cadre d'un suivi régulier ; on peut formuler ici l'hypothèse que c'est un acte de dépistage. Ce constat est surtout fait pour les femmes de 40-74 ans (80,7 % vs 34,3 % pour le reste des femmes dépistées ; $p < 0,001$), alors que la mammographie de dépistage n'est pas recommandée entre 40 et 49 ans [5]. Il est à noter que ce suivi régulier est aussi présent chez les 18-39 ans (34,3 %), sans raison très probante. D'ailleurs, pour cette tranche d'âge, la mammographie de diagnostic (suite à des symptômes) est logiquement l'indication médicale la plus fréquente (environ une fois sur deux : 48,5 %). Le caractère familial, qui motive la prescription d'une mammographie, est retrouvé un peu plus d'une fois sur dix (11,0 %).

Lorsque c'est la femme qui est à l'origine de la demande, c'est aussi la notion de suivi régulier qui est prédominante (près d'une fois sur deux : 47,3 %), surtout à partir de 40 ans et avec un maximum dans la tranche d'âge 50-74 ans (66,8 % vs 31,3 % pour les femmes de moins de 50 ans ; $p < 0,001$). Les symptômes, comme motivation de la consultante, arrivent en deuxième position (23,8 %), avec une prédominance parmi celles ayant entre 18 et 39 ans (48,7 %). La notion de cancer dans la famille est retrouvée plus fréquemment lorsque la femme est à l'origine de la demande (près d'une fois sur cinq : 18,6 %), surtout parmi les plus jeunes (18-39 ans : 30,1 % vs 15,0 % pour les plus de 39 ans ; $p < 0,001$). En revanche, l'information (campagne, lecture, etc.), un cancer d'un(e) ami(e) ou le conseil d'une personne semblent avoir moins de poids (respectivement 7,2 %, 4,1 % et 2,5 %).

Pour les femmes qui n'ont jamais passé une mammographie, les raisons de cette

« non-pratique » diffèrent beaucoup suivant l'âge. Pour les plus jeunes (18-39 ans), c'est logiquement (84,0 % des cas) parce qu'elles ne sont pas assez âgées ou qu'elles estiment ne pas en avoir besoin. En revanche, près d'une femme sur deux (49,4 %) de 50-74 ans (parmi celles qui n'ont jamais pratiqué de mammographie) déclare aussi qu'elle n'a pas besoin de cet examen, ce pourcentage étant particulièrement élevé dans la tranche d'âge 70-74 ans (57,9 %). Le manque de temps est surtout mis en avant par les 50-59 ans (31,8 %), alors que les notions de coût ou d'éloignement géographique du cabinet de radiologie ne sont pratiquement pas évoquées (respectivement 0,9 % et 0,3 %).

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le dépistage du cancer du col utérin en France reste pour le moment essentiellement individuel. Il existe des recommandations pour la pratique clinique, qui conseillent d'effectuer un frottis tous les trois ans après deux frottis annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans [1, 3].

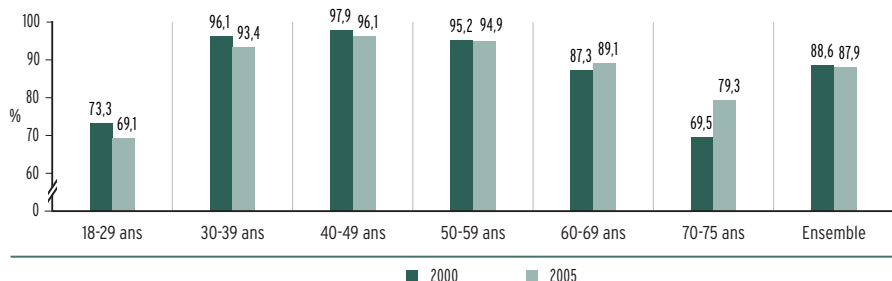
Pratiquement l'ensemble (87,9 %) des femmes de 18 à 75 ans a déjà eu un frottis [figure 3]. C'est parmi les 30-59 ans que cette proportion est la plus élevée (94,8 % vs 77,2 % pour le reste de la population féminine interrogée ; $p < 0,001$).

En termes d'évolution, le pourcentage de femmes de 18-75 ans ayant déjà effectué un frottis au cours de leur vie est relativement stable depuis 1992. Depuis l'enquête menée en 2000, une diminution de la prévalence est plus marquée parmi les 18-49 ans (passant de 89,1 % en 2000 à 86,6 % en 2005 ; $p < 0,001$), alors que l'on constate une

1. Ces résultats sont à prendre en compte avec prudence en raison d'un pourcentage en diminution sensible depuis 2000 de personnes déclarant « ne pas savoir » (3,3 % de « ne sait pas » en 2000 vs moins de 0,1 % en 2005). Ce constat est sans doute lié à une relance qui n'existait pas lors de cette première enquête.

FIGURE 3

Évolution de la prévalence du frottis du col de l'utérus au cours de la vie entre 2000 et 2005, selon l'âge



progression significative chez les 70-75 ans (69,5 % en 2000 vs 79,3 % en 2005 ; $p < 0,001$), dans une tranche d'âge où ce test de dépistage n'est pas recommandé.

Près de 60 % (58,8 %) des femmes interrogées ont effectué cet examen dans les deux dernières années. Pour la tranche 25-65 ans, où cet examen est recommandé tous les trois ans, elles sont 65,3 % (vs 37,7 % pour les autres ; $p < 0,001$) à avoir réalisé un frottis durant les deux dernières années. La date du dernier frottis (plus ou moins récent) est fortement liée à l'âge : 57,3 % de 18-29 ans l'on fait depuis moins de deux ans alors qu'elles ne sont que 22,7 % dans ce cas entre 70 et 75 ans.

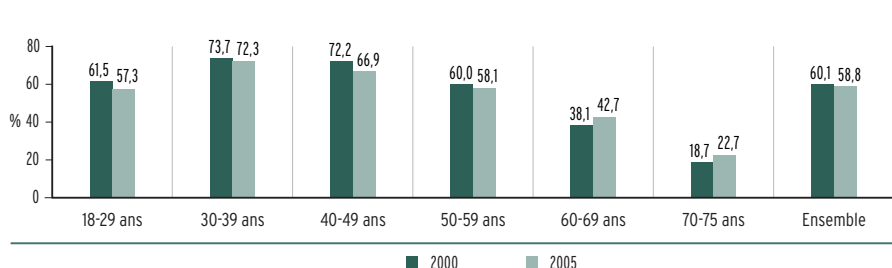
La comparaison avec 2000 montre une stabilité de la pratique du frottis au cours des deux dernières années [figure 4]².

Plus de trois fois sur quatre (77,0 %), c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen et dans 18,4 % des cas, c'est la consultante. Lorsque le praticien initie un frottis, cela s'inscrit essentiellement (91,0 %) dans un suivi régulier. La motivation est rarement un symptôme (4,5 %) ou un cancer dans la famille (1,6 %). L'indication pour « signe

2. Ces résultats sont à prendre en compte avec prudence en raison d'un pourcentage, en diminution sensible depuis 2000, de personnes déclarant « ne pas savoir » (4,4 % en 2000 vs 0,2 % en 2005). Ce constat est sans doute lié à une relance qui n'existait pas lors de cette première enquête.

FIGURE 4

Évolution de la prévalence de la réalisation d'un frottis effectué dans les deux dernières années entre 2000 et 2005, selon l'âge



clinique» est significativement plus fréquente (10,2 %) chez les personnes âgées de 70 à 75 ans.

Quand c'est la femme qui a demandé l'examen, les motivations sont très proches des précédentes (demande du médecin) avec principalement « *le suivi régulier* » (81,2 %) ou « *à la suite d'un symptôme* » (6,5 %) et, de façon plus marginale : « *sensibilisée par une action d'information* » (4,3 %), « *cancer dans la famille* » (3,7 %), « *conseil d'une personne* » (3,0 %), « *cancer d'un(e) ami(e)* » (1,2 %). Là aussi, les signes d'appel sont plus souvent déclencheurs d'examen parmi les sujets les plus âgés (11,6 % pour les individus âgés de 70 à 75 ans vs 6,1 % pour les autres ; $p < 0,01$). Ce constat est en cohérence avec le fait qu'à cet âge (plus de 65 ans), le frottis de dépistage n'est pas recommandé [1].

Les femmes qui n'ont jamais eu de frottis sont très peu nombreuses. La principale raison qu'elles avancent est qu'elles n'en n'ont pas besoin (53,1 %), ensuite qu'elles sont trop jeunes (17,1 % pour l'ensemble de la population et 24,1 % parmi les 18-29 ans) et enfin, qu'elles n'en ont pas pris le temps (12,8 %, avec un maximum chez les 40-49 ans : 19,8 %). Lorsque l'on interroge les femmes qui déclarent n'avoir pas pratiqué cet examen depuis longtemps, la hiérarchie est identique.

CANCER COLORECTAL

Le dépistage du cancer colorectal est préconisé tous les deux ans chez les personnes de 50 à 75 ans. Ce dépistage s'effectue par la recherche de sang occulte dans les selles à l'aide du test Hemoccult®. Alors que la réalisation du frottis est préconisée dans le cadre d'une démarche individuelle, cette recherche de sang par test Hemoccult® n'est aujourd'hui recommandée que dans un cadre organisé. Si l'expérimentation de ce dépistage a été engagée en 2005 dans vingt-deux départements [1], elle ne concer-

nait au moment de l'enquête qu'un nombre très limité de départements (un peu plus de dix) et donc de personnes. De plus, le taux de participation est encore aujourd'hui très variable : la majorité des départements ayant un pourcentage d'adhésion égal ou inférieur à 30 % ; seuls deux dépassaient le seuil de 50 % [1]. Par ailleurs, dans le cadre des bilans de santé proposés par l'assurance maladie dans ses centres d'examen de santé (environ 600 000 chaque année), l'Hemoccult® est proposé systématiquement aux populations ciblées par le dépistage.

Plus d'une personne sur cinq (22,4 %) de 40 à 75 ans déclare avoir déjà réalisé cet examen (24,7 % des hommes vs 20,3 % des femmes ; $p < 0,001$) [figure 5]. Les individus de 60 ans et plus sont, en proportion, plus nombreux que les autres à avoir effectué un dépistage du cancer colorectal : 35,7 % pour cette tranche d'âge vs 15,8 % pour le reste de la population interrogée ($p < 0,001$).

La comparaison avec 2000 montre une progression de la pratique de ce test au cours des deux dernières années (5,6 % à 9,2 % ; $p < 0,001$), en particulier à partir de 50 ans [figure 6]³.

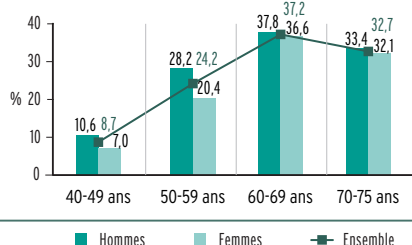
Cet examen est principalement lié au fait que la personne a été sollicitée dans le cadre d'une campagne (34,9 %). Pourtant, un pourcentage non négligeable de sujets de 40 à 75 ans en ont pris eux-mêmes l'initiative (20,4 %). Parmi ces derniers, plus de la moitié déclarent ne pas être passés par leur médecin (11,3 %) et 9,1 % le lui avoir demandé. Enfin, dans plus d'un tiers des cas (37,0 %), c'est le médecin qui les a incitées à s'engager dans cette démarche.

Si la personne a effectué ce test de sa propre initiative, c'est principalement dans le cadre

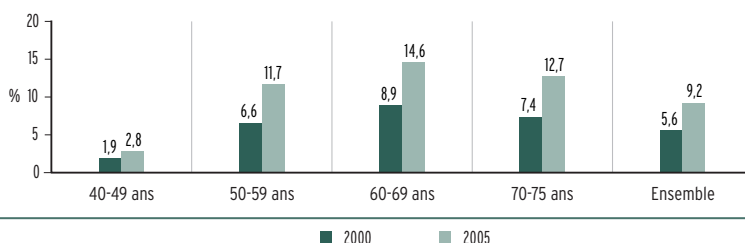
3. Ces résultats sont à prendre en compte avec prudence en raison, d'une part, d'une formulation de la question qui a été légèrement modifiée et, d'autre part, d'un pourcentage de personnes déclarant « *ne pas savoir* » en diminution sensible depuis 2000. Ce dernier constat est sans doute lié à une relance qui n'existait pas lors de cette première enquête.

FIGURE 5

Évolution de la prévalence du dépistage du cancer colorectal au cours de la vie, selon le sexe et l'âge


FIGURE 6

Évolution de la prévalence de la réalisation d'un dépistage du cancer colorectal effectué dans les deux dernières années entre 2000 et 2005, selon l'âge



d'un suivi régulier pour 32,7 % des individus interrogés. Viennent ensuite l'inquiétude à propos de symptômes (25,0 %), la présence d'un individu ayant eu un cancer colorectal au sein de sa famille (14,6 %) et la sensibilisation à une campagne (14,1 %).

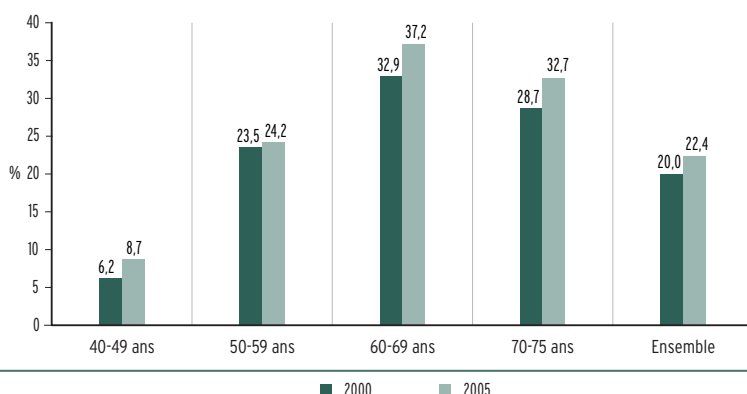
Si la personne a fait cette demande au praticien, c'est plus d'une fois sur trois dans le cadre d'un suivi régulier (36,0 %) ou en raison de symptômes (44,0 %). Plus d'une fois sur dix (14,5 %), c'est un cancer dans la famille qui en était la cause.

Lorsque c'est le médecin qui a initié ce test, le suivi régulier et les symptômes sont les deux principales causes (respectivement 40,1 % et 38,9 %) ; arrive ensuite le fait d'avoir eu un cancer dans sa famille (11,6 %).

Depuis 2000, il est à noter une augmentation significative de la pratique de cet examen [figure 7]. En effet, 20,0 % des personnes de 40 ans et plus interrogées ont déclaré en 2000 avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal, contre 22,4 % en 2005 ($p < 0,001$).

FIGURE 7

Évolution de la prévalence du dépistage du cancer colorectal au cours de la vie entre 2000 et 2005, selon l'âge



DISCUSSION

Pour le dépistage des trois cancers évoqués, la situation est très variable en termes de stratégie de santé publique. Pour le sein, une généralisation organisée est aujourd'hui est déployée sur l'ensemble du pays. Pour le col de l'utérus, cohabitent un dépistage organisé, ancien et marginal, avec des pratiques individuelles relativement peu encadrées. Enfin, pour le cancer colorectal, après une courte phase d'expérimentation récente, la généralisation devra être effective d'ici à 2006 [4].

Les résultats présentés dans ce document sont en cohérence avec, d'une part, ces situations diversifiées suivant le type de dépistage et, d'autre part, les analyses déjà réalisées au cours de l'exploitation du Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 [6]. Concernant le dépistage du cancer du sein, il se déroule aujourd'hui et pour la majorité des femmes dans un contexte de plus en plus organisé, même si encore trop de tests sont pratiqués dans un cadre indivi-

duel et parfois en dehors des tranches d'âge recommandées [5]. Pour le col de l'utérus, la situation semble avoir peu évolué au fil des ans, avec sans doute la nécessité pour les autorités de santé d'envisager un éclaircissement du cadre organisationnel et de mieux faire connaître l'évolution souhaitée des pratiques (notamment l'analyse du frottis cervico-vaginal complété par le test de recherche de l'infection à papillomavirus, dit test HPV, ainsi que les perspectives de vaccin) [7]. Enfin, la situation pour le dépistage du cancer colorectal semble relativement confuse au regard des résultats du présent travail. Comme dans le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, cette pratique apparaît largement répandue sur une base individuelle et en progression depuis 2000, alors que les recommandations actuelles ne vont pas dans ce sens.

Enfin, un travail plus approfondi devra porter sur la variabilité des habitudes de dépistage suivant les niveaux socio-écono-

Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse

NATHALIE LYDIÉ
CHRISTOPHE LÉON

CONTEXTE

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, le recours aux produits contraceptifs n'a cessé de se généraliser. Peu à peu, les méthodes liées à l'acte sexuel (préservatif, retrait, abstinence périodique, etc.) ont laissé place à des méthodes médicales telles que la pilule et le stérilet [1].

Au début des années quatre-vingt, l'apparition du VIH/sida est venue modifier ce processus, aucune des méthodes modernes de contraception ne protégeant contre ce nouveau virus. À partir de 1987, de grandes campagnes de sensibilisation, principalement à destination des jeunes, ont incité à l'usage du préservatif, faisant de ce dernier, quelques années plus tard, la méthode presque universelle de protection des

premiers rapports sexuels [2]. En dépit d'une meilleure connaissance et utilisation des moyens contraceptifs, les femmes ne sont jamais à l'abri d'un accident (oubli de pilule, problème de préservatif ou de stérilet, etc.). Dans ce cas, elles peuvent avoir recours à la contraception d'urgence, accessible sans prescription médicale en pharmacie depuis juin 1999. Au-delà du délai maximal de soixante-douze heures durant lequel la contraception d'urgence doit être utilisée, la femme pourra avoir recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicale (RU486) ou chirurgicale. Depuis 1975, en France, malgré une prévalence contraceptive élevée et fortement médicalisée, le nombre d'IVG n'a pas baissé [3].

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Au moment de l'enquête, 76,6 % des personnes sexuellement actives âgées de 25 à 44 ans utilisaient un moyen de contraception. La pilule représente la principale méthode utilisée (57,2 %), devant le stérilet (21,9 %) et le préservatif masculin (20,9 %). En cas d'échec de contraception, les femmes savent qu'elles peuvent avoir recours à la contraception d'urgence. Cependant le délai maximal dans lequel la pilule du lendemain doit être prise n'est connu que par une minorité d'entre elles (11,7 %) tandis que le

message de son accès libre en pharmacie est assez bien passé, surtout auprès des plus jeunes. Plus d'une femme sur dix (13,7 %) a déjà eu recours à la contraception d'urgence, suite le plus souvent à un problème de préservatif (32,5 %), un problème de pilule (24,9 %) ou un rapport sexuel non protégé (21,8 %). Pour 7,5 % des femmes, le recours à la contraception d'urgence n'a pas suffi à éviter une grossesse. Parmi les femmes sexuellement actives, 17,2 % ont eu recours à l'IVG au cours de leur vie.

RÉSULTATS

Parmi les personnes âgées de 15 à 54 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, plus de sept sur dix (71,0 %) ont déclaré «faire quelque chose pour éviter une grossesse»¹, soit une proportion similaire à celle enregistrée en 1999 (69,5 %). Les 15-24 ans sont les personnes qui déclarent le plus souvent utiliser un moyen de contraception (85,1 %), suivies des 25-44 ans (76,6 %) et des 45-54 ans (50,2 %).

Les moyens de contraception utilisés sont majoritairement la pilule (57,2 %), le stérilet (21,9 %) et le préservatif masculin (20,9 %). Les méthodes naturelles, dont le retrait, sont peu citées (1,6 %). L'analyse par âge confirme la place centrale de la pilule comme moyen de contraception dans toutes les tranches d'âge [figure 1]. Elle devance le préservatif masculin, même aux âges les plus jeunes. Le stérilet ne s'impose véritablement comme alternative à la pilule qu'après 35 ans.

Parmi les répondants qui ont déclaré ne rien faire pour éviter une grossesse (27,6 %), la ménopause (29,0 %) est la première raison invoquée, suivie d'un désir d'enfant (20,4 %) et de l'impossibilité d'avoir un enfant (10,5 %). Enfin, 1,4 % des personnes

interrogées a déclaré une utilisation non systématique d'un moyen de contraception, marqueur d'une exposition accrue à la survenue d'une grossesse non planifiée.

CONNAISSANCES RELATIVES À LA CONTRACEPTION D'URGENCE

La grande majorité des 15-54 ans interrogés (99,4 %) avait déjà entendu parler de la contraception d'urgence². Cette connaissance est largement partagée : 99,0 % chez les hommes et 99,8 % chez les femmes [tableau 1]. Ce sont parmi les hommes les plus jeunes (15-19 ans) et ceux de 45-54 ans que l'on enregistre les scores de connaissance les moins élevés.

Il a été demandé aux personnes qui ont déclaré connaître la contraception d'urgence si elles savaient combien de temps au maximum après un rapport sexuel non protégé il fallait prendre la pilule du lende-

1. La question a été posée aux 15-54 ans.

2. Pourcentage correspondant aux personnes ayant répondu «oui» ou «non» à la question : «Est-ce que vous avez/votre partenaire déjà pris la contraception d'urgence, c'est-à-dire une pilule qu'on prend après un rapport sexuel pour ne pas tomber enceinte ?» 0,6 % ont répondu «je ne sais pas ce que c'est».

main. 62,2 % des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative mais, parmi elles, seules 9,7 % ont été en mesure de citer le délai d'efficacité reconnue de soixante-douze heures [tableau I]. Le niveau de connaissance est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (11,7 % vs 7,1 % ; $p<0,001$), ainsi que dans les classes d'âge les plus jeunes (18,3 % chez 15-24 ans vs 6,9 % pour le reste de la population ; $p<0,001$). Plus de six personnes sur dix (61,5 % : 64,5 % des hommes vs 59,3 % des femmes ; $p<0,001$) ont déclaré que le délai maximal pour une prise de contraception d'urgence était égal ou inférieur à vingt-quatre heures, alors que 3,9 % l'ont situé au-delà de soixante-douze heures ou n'en avaient aucune idée.

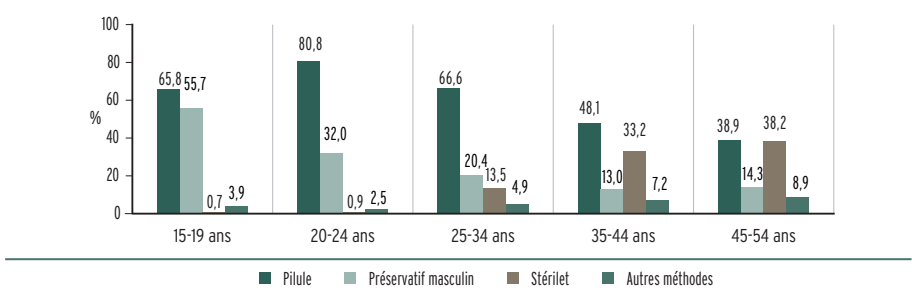
Le fait que l'achat de la contraception d'urgence ne nécessite pas l'obtention d'une ordonnance est d'abord connu des plus jeunes (15-24 ans) et plus majoritairement des jeunes filles (92,9 % vs 86,6 % ; $p<0,001$) [tableau I]. Le niveau de connaissance de cette information diminue sensiblement avec l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

UTILISATION
DE LA CONTRACEPTION
D'URGENCE

Par rapport à 2000, significativement plus de personnes de 15-54 ans sexuellement actives ont déclaré avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours de

FIGURE 1

Principales méthodes de contraception utilisées, selon l'âge



Total supérieur à 100, plusieurs réponses possibles.

TABLEAU I

Connaissances relatives à la contraception d'urgence, par sexe et par âge (en %)

	Connaît la contraception d'urgence		Connaît le délai maximum pour un recours		Sait qu'une ordonnance est inutile pour l'achat	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15-19 ans	98,7	100,0	15,7	28,7	87,7	96,1
20-24 ans	99,1	100,0	9,0	22,4	85,9	91,1
25-34 ans	99,2	99,9	8,0	11,7	76,1	76,4
35-44 ans	99,1	99,8	4,8	7,8	69,6	70,1
45-54 ans	98,6	99,6	4,4	6,3	69,1	68,9
15-54 ans	99,0	99,8	7,1	11,7	74,5	75,1

leur vie : 13,3 % en 2005 vs 8,4 % en 2000 ($p < 0,001$). La question qui a été posée aux hommes — au sujet de leur partenaire — et aux femmes a été rapportée dans des proportions similaires par les deux sexes (12,8 % des hommes et 13,7 % des femmes ; ns). Une même tendance avait été observée dans l'enquête de 2000, mais dans des proportions moindres : 8,9 % des hommes et 8,0 % des femmes avaient alors déclaré avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence. C'est aux âges les plus jeunes (15-24 ans) que le recours à la pilule du lendemain est le plus fréquent [figure 2]. Pour 22,7 % des femmes, la dernière prise a eu lieu dans les douze mois qui ont précédé l'enquête.

Plus des deux tiers des femmes (67,2 %) qui ont pris une contraception d'urgence au cours de leur vie ne l'ont fait qu'une fois. Pour moins d'un quart d'entre elles (21,6 %), cela s'est produit à deux reprises, alors que 11,2 % des femmes interrogées ont eu recours trois fois ou plus à la contraception d'urgence depuis le début de leur vie sexuelle.

Trois circonstances principales amènent à la prise d'une pilule du lendemain : un problème de préservatif (32,5 %), un problème de pilule (24,9 %) et un rapport sexuel non protégé (21,8 %).

Dans 12,8 % des cas, le recours à une contraception d'urgence est lié à l'utilisation d'une méthode naturelle (retrait ou méthode du calendrier³). Marqueurs à la fois des méthodes de contraception utilisées au cours de la vie et du recours croissant à certains moyens de contraception, les raisons qui amènent à utiliser une contraception d'urgence ont évolué au cours du temps [figure 3].

Les problèmes de préservatif, minoritaires chez les 45 ans et plus, sont la première raison de la prise d'une pilule du lendemain chez les 15-19 ans (49,6 %).

À l'inverse, l'absence d'un moyen de contraception au moment du rapport ou les

problèmes liés aux méthodes naturelles sont en nette régression. Quant aux problèmes liés à la pilule (oubli), ils sont assez bien partagés par l'ensemble des générations.

Dans la majorité des cas (91,5 %), le recours à une contraception d'urgence a permis à la femme de ne pas tomber enceinte. Cependant, pour 7,5 % des femmes et 5,6 % des partenaires des hommes interrogés (différence non significative), il n'a pas suffi à éviter une grossesse.

Dans le mois après la prise de contraception d'urgence, 80,7 % des femmes ont déclaré avoir utilisé un moyen pour éviter d'être enceintes contre seulement 61,8 % des hommes pour leur partenaire ($p < 0,001$). Si ces derniers sont plus nombreux à ne pas savoir (10,0 % des hommes vs 4,9 % des femmes ; $p < 0,001$), ils sont surtout plus nombreux à déclarer que la prise de contraception d'urgence n'a pas été suivie de l'adoption d'un moyen pour éviter une grossesse (28,3 % des hommes vs 14,5 % des femmes ; $p < 0,001$).

Lorsque la pilule du lendemain est suivie de l'adoption d'un moyen de contraception, les femmes choisissent d'abord la pilule pour se protéger (53,7 % des femmes vs 43,8 % des hommes ; $p < 0,001$), alors que les hommes citent en premier lieu le préservatif masculin (51,2 % des hommes vs 45,8 % des femmes ; $p < 0,001$).

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Parmi les femmes sexuellement actives, 17,2 % ont déclaré avoir déjà eu une IVG soit par intervention chirurgicale, soit par RU ; elles étaient 18,0 % en 2000 (différence non significative). Ce taux atteint 21,8 % chez les 45-54 ans et 21,2 % chez les 35-44 ans [figure 4]. À noter qu'en 2005, 3,7 % des

3. Dans le premier cas, le problème évoqué est le retrait tardif du partenaire ; dans le second, une erreur dans les dates.

FIGURE 2

Proportion de personnes (femmes et hommes par l'intermédiaire de leur partenaire) qui ont eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie

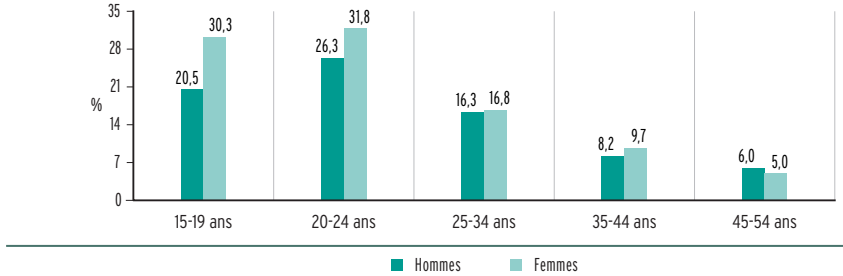


FIGURE 3

Raisons du recours à la contraception d'urgence, selon l'âge et la nature du problème rencontré

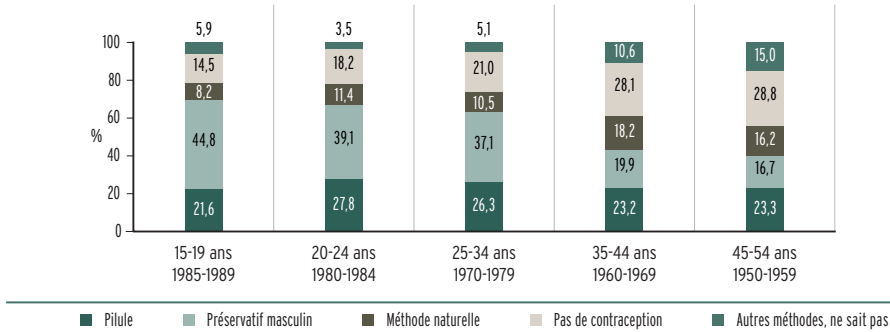
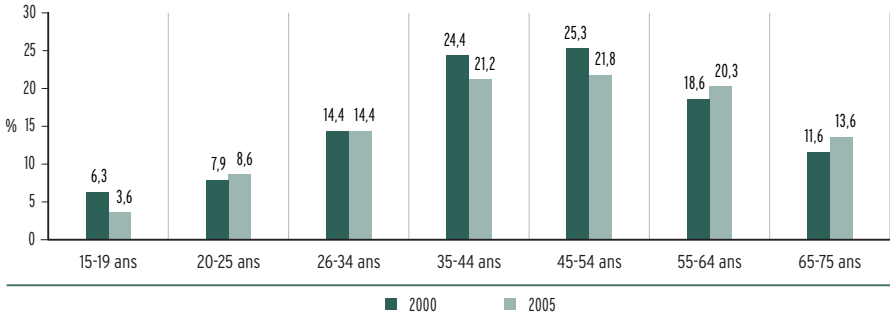


FIGURE 4

Proportion de femmes ayant eu une IVG au cours de leur vie, selon l'âge (comparaison 2000 et 2005)



jeunes filles âgées de 15 à 19 ans sexuellement actives avaient déjà eu une IVG au

moment de l'enquête *versus* 6,3 % en 2000, mais la différence n'est pas significative.

DISCUSSION

La prévalence de la contraception est élevée en France et elle est, de surcroît, fortement médicalisée. En dépit d'une meilleure efficacité de ces méthodes par rapport à celles dites naturelles, les « accidents » de contraception restent fréquents. Dans un tel contexte, le recours à la pilule du lendemain peut éviter une grossesse non désirée et les femmes sont de plus en plus nombreuses à l'utiliser. Néanmoins, peu d'hommes et de femmes connaissent avec exactitude le délai dans lequel la prise du contraceptif peut se faire. Même si une prise précoce (dans les vingt-quatre heures) assure une meilleure efficacité, il est important que le délai de

soixante-douze heures soit connu afin qu'un recours à la contraception d'urgence puisse être envisagé au-delà des vingt-quatre premières heures. En cas d'échec de la contraception, une interruption volontaire de grossesse peut être envisagée. La proportion de femmes qui ont recours à l'IVG au cours de leur vie reste stable dans le temps, alors que l'on aurait pu s'attendre à une baisse des IVG dans un contexte de diffusion massive des méthodes médicalisées de contraception. Ce paradoxe apparent s'explique par un recours plus important des femmes à l'IVG en cas de grossesse non désirée [3].

Bibliographie

- [1] Leridon H., Oustry P., Bajos N. et l'équipe Cocon.
La médicalisation croissante de la contraception en France.
Population & Sociétés juillet-août 2002 ; n° 381 : 4 p.
En ligne : http://www.ined.fr/publications/pop_et_soc/pes381/381.pdf
[Dernière consultation 19/01/2006]
- [2] Rossier C., Leridon H. et le groupe Cocon
Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000.
Population 2004 ; 59 (3) : 449-78.
En ligne : <http://www.ined.fr/publications/population/index.html>
[Dernière consultation 19/01/2006]
- [3] Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M.
Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
Population & Sociétés décembre 2004 ; n° 407 : 4 p.
En ligne : http://www.ined.fr/publications/pop_et_soc/pes407/407.pdf
[Dernière consultation 19/01/2006]

Sexualité, IST et dépistage du VIH

NATHALIE LYDIÉ
CHRISTOPHE LÉON

CONTEXTE

Pendant longtemps la sexualité a peu fait l'objet d'études quantitatives. Il a fallu qu'émerge l'épidémie de VIH/sida pour qu'une suite soit donnée, au début des années quatre-vingt-dix, à la première enquête sur les comportements sexuels réalisée vingt ans plus tôt par Pierre Simon et son équipe [1]. Les objectifs de cette nouvelle enquête sont alors très marqués par le contexte épidémiologique puisqu'il s'agit « *de recueillir les informations de base sur les comportements sexuels de la population, utiles à une définition plus adéquate des stratégies de prévention du sida* » [2]. Parallèlement, naissent les enquêtes sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements sexuels face à l'infection à VIH, initiées par l'Organisation mondiale de la santé, dont le

modèle a été repris et adapté à différentes populations au cours du temps (population générale, homosexuels, migrants). Le bon déroulement de ces enquêtes a très vite montré qu'il était possible de parler de sexualité même si, au moins dans un premier temps, la légitimation la plus forte de cette intrusion dans un domaine qui reste intime a bien été un souci de santé publique, très largement partagé par les personnes interrogées. L'introduction, par la suite, de questions relatives à la sexualité dans les enquêtes généralistes de santé (enquête décennale de l'Insee, Baromètre santé de l'INPES), la faiblesse des refus de réponse à ces questions montrent qu'aujourd'hui il est devenu possible de parler de sa sexualité dans le cadre d'une enquête.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Au moment de l'enquête, 93,1 % des personnes interrogées (15 à 75 ans) avaient déjà eu des rapports sexuels au cours de leur vie. Les hommes déclarent démarrer leur vie sexuelle un peu plus tôt que les femmes, comme le montre la proportion de sexuellement actifs chez les 15-19 ans (53,9 % des garçons, 46,0 % des filles).

Le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel a fortement et régulièrement augmenté entre 1987 et 1995, pour se maintenir depuis à un niveau élevé (86,7 %)¹. Durant l'année écoulée, 90,8 % des hommes et 83,9 % des femmes de 15 ans et plus déclarent avoir eu une activité sexuelle, très majoritairement avec des personnes de sexe opposé. Parmi les personnes âgées de 15 à 54 ans, 71,0 % utilisaient un moyen de contraception au moment de l'enquête. La pilule représente la principale méthode

rapportée (57,2 %), devant le stérilet (21,9 %) et le préservatif masculin (20,9 %). Une faible proportion des personnes sexuellement actives a déclaré un antécédent d'infection sexuellement transmissible (IST) au cours des cinq dernières années (2,2 %). L'herpès est alors l'infection la plus souvent déclarée (18,2 %), mais ce résultat doit être interprété avec prudence dans la mesure où 16,0 % des personnes concernées par une IST ne se rappelaient plus du nom de l'infection qu'elles avaient contractée. Enfin, un test de dépistage du VIH a été fait au cours des douze derniers mois par 10,6 % des personnes interrogées : il a le plus souvent concerné les jeunes, les femmes et les multipartenaires. Aucune différence significative n'a été observée entre 2000 et 2005 pour l'ensemble de ces indicateurs.

RÉSULTATS

ÂGE AU PREMIER RAPPORT SEXUEL

La grande majorité des personnes interrogées avait déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête : 93,3 % des hommes et 92,8 % des femmes (différence non significative).

La probabilité de ne pas avoir de relation sexuelle diminue régulièrement avec l'âge [figure 1]. Le décalage entre les deux courbes indique que les hommes démarrent plus tôt leur activité sexuelle que les femmes : 53,9 % des hommes âgés de 15 à 19 ans avaient déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête contre 46,0 % des femmes de cette même classe d'âge. On peut également noter que 16,8 % des jeunes âgés de 15 ans au moment de l'enquête avaient déjà eu des rapports sexuels (17,7 % des garçons

et 15,8 % des filles ; ns). Après 30 ans, seule une minorité de répondants (1,5 %) n'a pas commencé sa vie sexuelle.

UTILISATION DU PRÉSERVATIF LORS DU PREMIER RAPPORT SEXUEL

La figure 2 montre l'évolution de l'usage du préservatif selon la date à laquelle le premier rapport sexuel a eu lieu. Les données montrent une augmentation régulière et significative de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel entre 1987 et 1995, puis un maintien à un niveau élevé après cette date (autour de 80 %). Le pourcentage global d'utilisation du préservatif au premier

1. Données rétrospectives.

FIGURE 1

Proportion d'hommes et de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels, selon l'âge

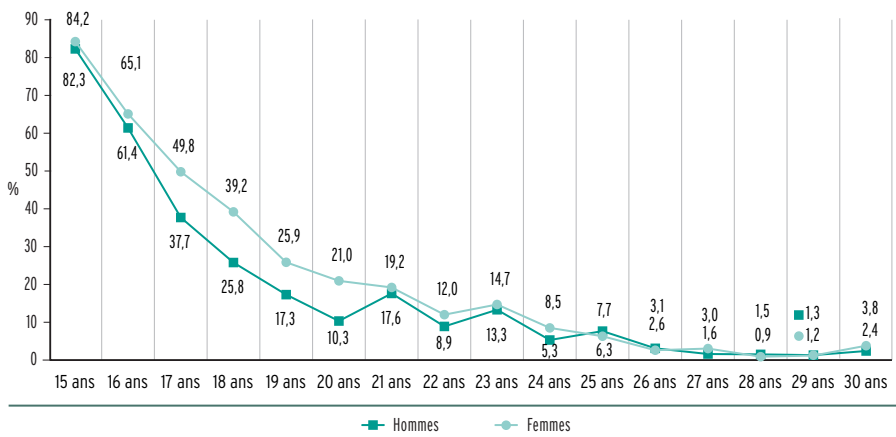
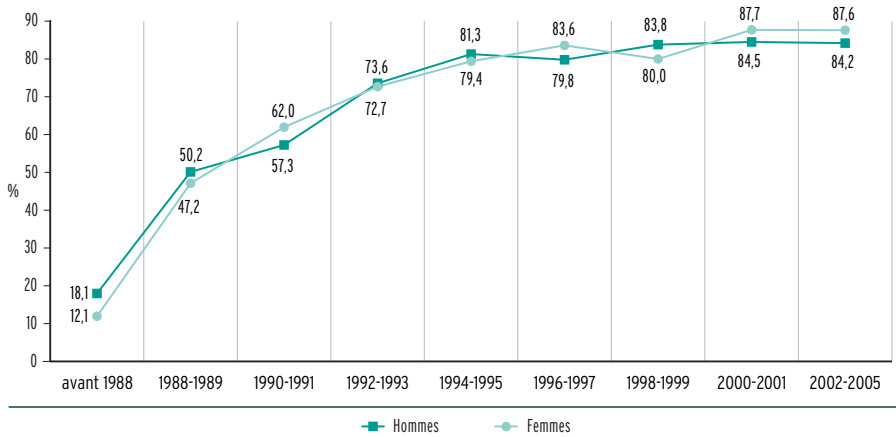


FIGURE 2

Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année à laquelle il a eu lieu



rapport sexuel est ainsi passé de 15,2 % lorsque le premier rapport a eu lieu avant 1988 à 86,0 % lorsque ce premier rapport a eu lieu entre 2002 et 2005.

Cette évolution a concerné les deux sexes dans des proportions semblables.

RAPPORTS SEXUELS, NOMBRE ET SEXE DES PARTENAIRES

Parmi les personnes sexuellement actives, près de neuf sur dix (87,3 %) ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours des douze

mois qui ont précédé l'enquête. Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à déclarer une activité sexuelle au cours de cette période (90,8 % vs 83,9 % ; $p < 0,001$). Les différences hommes/femmes sont particulièrement marquées aux âges les plus élevés [figure 3]. Ainsi, 76,1 % des hommes âgés de 65 à 75 ans ont déclaré un partenaire contre 45,6 % des femmes de la même tranche d'âge ($p < 0,001$).

La prise en compte du nombre de partenaires montre que le multipartenariat (deux partenaires ou plus — simultanément ou successivement) est plus important chez les hommes que chez les femmes (13,2 % vs 5,4 % ; $p < 0,001$), ainsi que chez les jeunes (31,6 % des 15-24 ans ont eu au moins deux partenaires vs 6,1 % des 25 ans et plus ; $p < 0,001$). Chez les 15-19 ans et les 20-24 ans, le nombre moyen de partenaires au cours des douze derniers mois est respectivement de 2,1 [1,8–2,4] et 2,4 [2,0–2,8] pour les hommes et de 1,4 [1,3–1,5] et 1,4 [1,3–1,5] pour les femmes ($p < 0,001$) [figure 3].

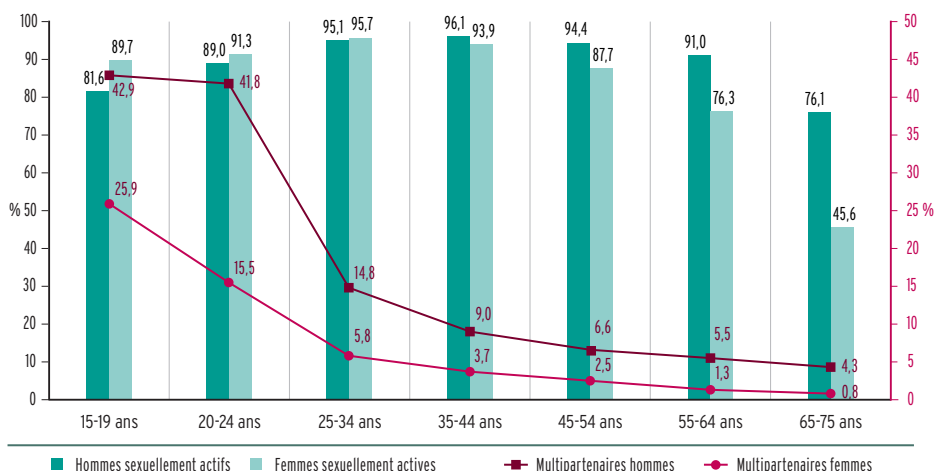
Au cours des douze derniers mois, la majorité des hommes et des femmes (respectivement 97,1 % et 98,6 % ; ns) ont eu des rapports sexuels avec une personne de sexe opposé. Près de 3 % des hommes ont eu des rapports soit exclusivement avec d'autres hommes (1,5 %), soit avec des personnes des deux sexes (1,4 %). L'homosexualité et la bisexualité sont moins souvent déclarées par les femmes de notre échantillon (respectivement 0,6 % et 0,8 %).

UTILISATION D'UNE MÉTHODE DE CONTRACEPTION

27,6 % des répondants ont déclaré ne rien faire pour éviter une grossesse, dont 20,4 % en raison d'un désir d'enfant, 10,5 % du fait de l'impossibilité d'avoir un enfant et 29,0 % pour cause de ménopause. 1,4 % des personnes interrogées a déclaré une utilisation non systématique d'un moyen de contraception, marqueur d'une exposition accrue à la survenue d'une grossesse non planifiée.

FIGURE 3

Proportion de répondants sexuellement actifs au cours des douze derniers mois et proportion de multipartenaires, selon le sexe et l'âge



La pilule est le premier moyen de contraception utilisé (57,2 %) ; viennent ensuite, le stérilet (21,9 %) et le préservatif masculin (20,9 %). Seules 1,6 % des personnes citent les méthodes naturelles comme le retrait. L'analyse par âge confirme la place centrale de la pilule comme moyen de contraception dans toutes les tranches d'âge [figure 4]. Elle devance le préservatif masculin même chez les plus jeunes. Le stérilet ne s'impose comme méthode alternative à la pilule qu'après 35 ans.

Au total, parmi les personnes âgées de 15 à 54 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, 71,0 % ont déclaré « faire quelque chose pour éviter une grossesse »², soit une proportion équivalente à celle déclarée en 2000 (71,0 % vs 69,5 %). Les 15-24 ans sont ceux qui déclarent le plus souvent utiliser un moyen de contraception (85,1 %), suivis des 25-44 ans (76,6 %) et des 45-54 ans (50,2 %).

IST ET DÉPISTAGE DU VIH

L'absence d'utilisation du préservatif peut favoriser l'exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST). L'enquête s'est donc intéressée à la fréquence et à la nature des IST contractées. Parmi les personnes

âgées de 15 à 54 ans, seule une minorité de répondants (2,2 %) a déclaré avoir eu une « maladie qui se transmet sexuellement » au cours des cinq dernières années. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir contracté une IST au cours de cette période : 2,8 % versus 1,5 % ($p < 0,001$). Cet écart est en grande partie dû à une déclaration moins fréquente de mycoses³ chez les hommes. Pour les deux sexes, c'est dans la tranche d'âge 20-29 ans que les IST sont le plus fréquemment déclarées (3,8 % pour l'ensemble de la tranche d'âge avec 2,9 % pour les hommes et 4,7 % pour les femmes ; $p < 0,05$) [figure 5]. Enfin, pour 31,5 % des hommes et 36,7 % des femmes, cet épisode était intervenu dans les douze mois qui ont précédé l'enquête.

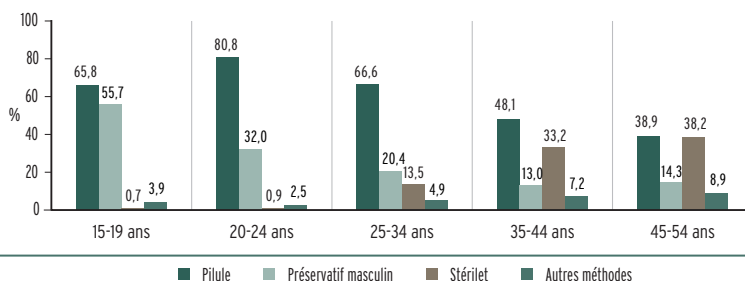
Les IST déclarées par les répondants ont été classées en quatre grandes catégories : les infections bactériennes ou parasitaires (chlamydia, gonocoque, syphilis, mycoplasme), les infections virales (herpès, condylome, hépatite, VIH), les infections non

2. Ce pourcentage concerne l'ensemble de la population âgée de 15 à 54 ans et pas seulement celle exposée au risque de grossesse.

3. La transmission sexuelle n'étant pas le mode d'acquisition prédominant des mycoses chez les femmes, celles-ci ont été, par la suite, classées parmi les infections non sexuellement transmissibles.

FIGURE 4

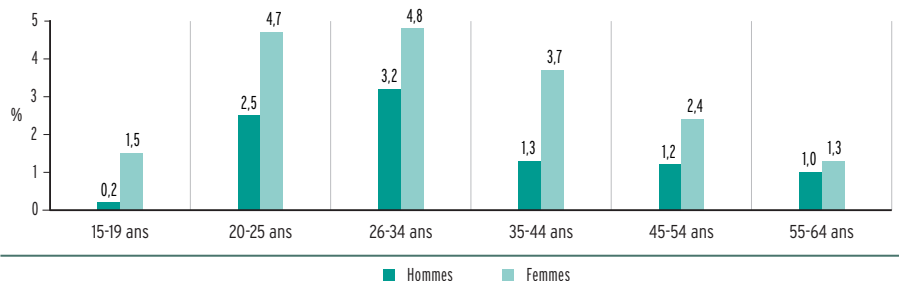
Principales méthodes de contraception utilisées, selon l'âge



Total supérieur à 100, plusieurs réponses possibles.

FIGURE 5

Proportion d'hommes et de femmes ayant déclaré avoir eu une IST au cours des cinq dernières années, selon l'âge



sexuellement transmissibles (bien que citées comme telles par les répondants) et les infections non spécifiées (les personnes ne se rappelaient plus du nom).

La **figure 6** montre la part plus importante des infections virales aussi bien chez les hommes (41,8 %) que chez les femmes (34,8 %). Cette répartition s'explique en partie par le pourcentage élevé d'hommes et de femmes qui ont rapporté un herpès au cours

des cinq dernières années (respectivement 17,8 % et 18,4 %) [**figure 7**]. Chez les femmes, les autres IST le plus souvent rapportées sont les mycoplasmes (16,4 %) et les condylomes (14,2 %) et les infections à chlamydia (6,9 %). Chez les hommes, on notera la part plus importante de l'infection à VIH rapportée par 12,7 % des hommes ayant déclaré une IST dans les cinq dernières années, suivie dans des proportions similaires des gonocoques

FIGURE 6

Types d'IST rapportées dans les cinq dernières années, selon le sexe

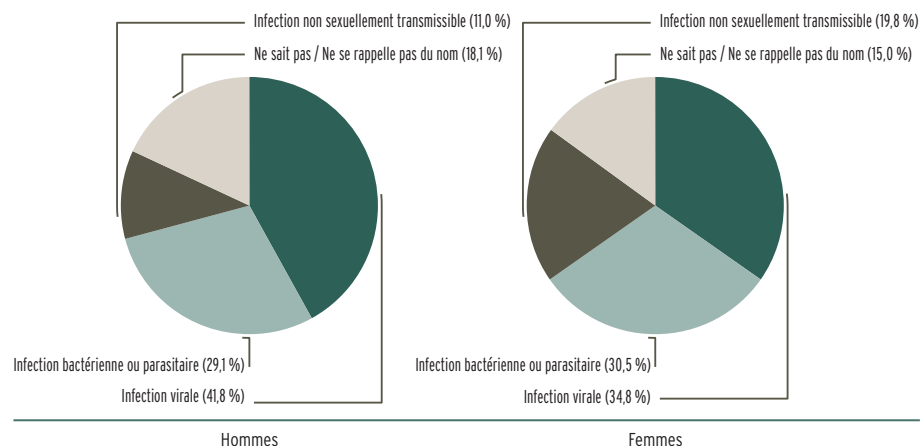
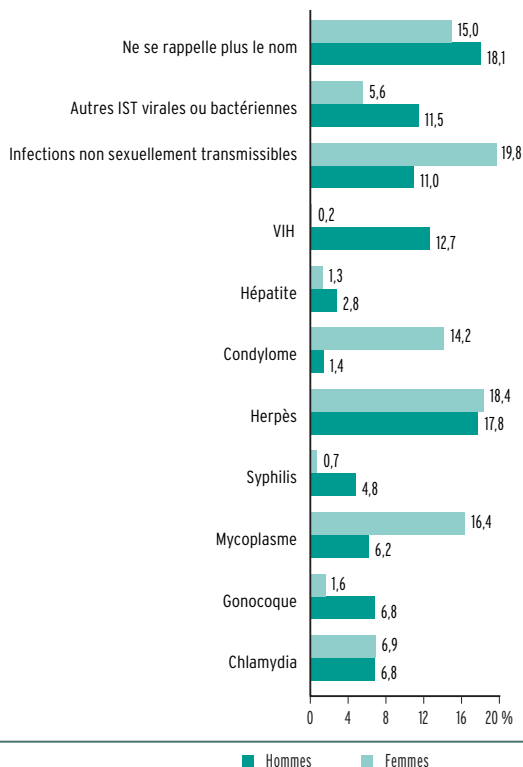


FIGURE 7

Principales IST rapportées dans les cinq dernières années, selon le sexe



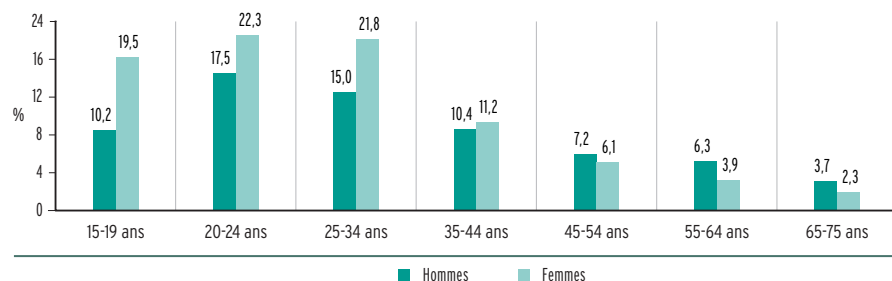
(6,8 %), des infections à chlamydia (6,8 %) et des mycoplasmes (6,2 %). Enfin, il est important de souligner que 18,1 % des hommes et 15,0 % des femmes n'ont pas été en mesure d'indiquer le nom de l'infection contractée.

Au cours de l'année écoulée, 10,6 % des personnes interrogées ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage du VIH⁴. Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à avoir effectué cet examen : 11,3 % *versus* 9,9 % ($p < 0,01$). Cette tendance avait été déjà observée en 2000 dans des proportions similaires : 11,2 % des femmes *versus* 9,4 % des hommes avaient alors déclaré un test dans les douze derniers mois ($p < 0,01$). C'est surtout aux âges les plus jeunes que

les femmes ont plus souvent fait un test de dépistage, puisque, en 2005, c'était le cas de 21,6 % des femmes âgées de 15 à 34 ans contre 14,9 % des hommes ($p < 0,001$) [figure 8]. Aux âges plus élevés, la tendance s'inverse. La réalisation d'un test dépistage du VIH est également très liée à l'activité sexuelle. Ainsi, les personnes qui ont déclaré deux partenaires ou plus au cours des douze derniers mois sont significativement plus nombreuses à avoir déclaré un test de dépistage que les monopartenaires (26,0 % *vs* 9,9 % ; $p < 0,001$). Cette tendance se retrouve aussi bien chez les hommes (23,8 % *vs* 8,2 % ; $p < 0,001$) que chez les femmes (31,6 % *vs* 11,6 % ; $p < 0,001$).

FIGURE 8

Proportion d'hommes et de femmes ayant effectué un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois, selon l'âge



DISCUSSION

Les changements de comportements sont des phénomènes qui s'inscrivent dans la durée. Entre 1970 et 1990, il n'y a pas eu de progression marquée de la précocité au premier rapport sexuel, et l'apparition du sida n'est pas venue bouleverser cette évolution. Mais cette impression d'immobilité que l'on retrouve dans nos données se limite à l'âge d'initiation ; d'autres traits du premier rapport sexuel se sont modifiés, comme la place qu'occupe désormais le préservatif. Ce dernier, utilisé en tout début de vie sexuelle, ouvre la voie à d'autres formes de contraception, en particulier la pilule qui est utilisée par plus de la moitié des femmes de notre échantillon.

Peu de cas d'IST ont été rapportés dans notre enquête. Toutefois ces données sont difficiles à analyser dans la mesure où la fréquence de déclaration d'antécédent d'IST ne permet pas d'en estimer la fréquence réelle en raison des infections non dépistées. De plus, pour qu'une IST soit déclarée, il faut au minimum que le diagnostic en ait été connu, compris et mémorisé par la personne interrogée. On notera cependant la part importante de l'herpès parmi les cas déclarés, en

raison peut-être de son caractère symptomatique.

Au cours des douze derniers mois, une personne sur dix a réalisé un test de dépistage du VIH. Ce pourcentage est stable par rapport au Baromètre santé 2000 et semblable à celui enregistré dans la dernière enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida réalisée en 2004 [3]. Le nombre de sérologies VIH effectuées, en France, rapporté à la population, est plus élevé que dans les autres pays d'Europe de l'Ouest pour lesquels cette information est disponible [4]. Cependant, des efforts d'incitation au dépistage doivent encore être engagés dans la mesure où 47 % des personnes chez qui un diagnostic de sida a été posé en 2003-2004 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic et n'avaient donc pas pu bénéficier d'une prise en charge précoce.

4. Dans cette enquête, la circonstance du test n'est pas renseignée. Il peut donc aussi bien s'agir d'un test réalisé dans le cadre légal (proposition obligatoire du test lors de la grossesse, du mariage, etc.) que le fruit d'une démarche individuelle.

Bibliographie

- [1] Simon P., Gondonneau J., Mironer L., Dourlen-Rollier A. M. **Rapport sur le comportement sexuel des Français.** Paris : Julliard et Charron, 1972 : 922 p.
- [2] Giami A.
Le questionnaire de l'enquête ACSF. Influence d'une représentation épidémiologique de la sexualité. *Population* 1993 ; 5 : 1229-56.
- [3] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Vongmany N., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001-2004. Paris : Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, 2005 : 176 + XXVIII p.
- [4] **Surveillance du VIH/sida en France. Rapport n° 2. Données au 31 mars 2004.** Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2005 : 27 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/vih_sida_france/vih_sida_france.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]

Les accidents de la vie courante et leurs victimes

HÉLÈNE BOURDESSOL

CONTEXTE

Le Baromètre santé traite la problématique des accidents depuis la naissance de l'enquête en 1992. La rubrique regroupe les accidents du travail, les accidents de la circulation et les accidents de la vie courante. Ces derniers retiendront particulièrement notre attention dans le cadre de ces premiers résultats compte tenu de leur importance en termes de mortalité et morbidité.

La mortalité par traumatismes (incluant en premier lieu les accidents de la vie courante) et empoisonnements constitue la troisième cause de décès en France après les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers [1]. Avec près de 20 000 décès en 1999, la mortalité par accident de la vie courante — première cause de décès par traumatisme — représente 3,6 % de la mortalité totale¹. La même année, les accidents de la circulation ont entraîné 7 918 décès [1].

Les chutes constituent la première cause de mortalité par accident de la vie courante

puisqu'elles sont à l'origine de 54 % des décès; viennent ensuite les suffocations, responsables de 18 % des décès [1].

Même s'il est encore difficile d'avoir une estimation précise du nombre d'accidents de la vie courante dans la population, on sait qu'ils sont à l'origine chaque année de recours aux soins et de coûts de prise en charge considérables, de séquelles entraînant une réduction des capacités motrices et d'années potentielles de vies perdues.

Au cours des vingt dernières années, le nombre d'accidents domestiques mortels, notamment chez les plus jeunes, a fortement baissé. Ce résultat est à imputer aux différentes mesures de prévention primaire et secondaire, intégrant des campagnes d'information auprès du grand public et

1. *Causes de décès*, CépiDc, Inserm. Dernière année de données publiées par le CépiDc : à partir de 2000, les causes de décès sont en cours de traitement dans la nouvelle classification des causes de décès, la CIM 10. Résultats à paraître.

des réglementations sécuritaires, notamment sur des produits de puériculture. Pour autant, le nombre des accidents de la vie courante demeure élevé, dans la population

âgée notamment. Le nombre des accidents paraît d'autant plus élevé qu'une part importante d'entre eux est encore considérée comme évitable [2].

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Dans cette vague du Baromètre santé, près d'une personne sur dix (9,8 %) de l'échantillon déclare avoir été victime d'au moins un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital au cours des douze derniers mois. Cette prévalence est plus faible qu'en 2000, puisque cette année-là 13,1 % des personnes interrogées [3] déclaraient avoir été victimes d'un accident.

La prévalence déclarée des accidents est plus élevée chez les plus jeunes et elle baisse progressivement avec l'âge. De même, les hommes sont plus nombreux à déclarer être victimes d'accidents, à tous les âges excepté à partir de 65 ans.

Parmi l'ensemble des victimes, les accidents de sport et de loisirs sont les accidents les plus souvent déclarés ; viennent ensuite les accidents du travail ou d'atelier, puis les accidents domestiques qui arrivent en tête des accidents déclarés par les femmes.

Les chutes et les chocs constituent les principaux mécanismes accidentels relatés par les victimes : les femmes déclarent d'abord des chutes et plus fréquemment chez les plus âgées, alors que les hommes déclarent en premier lieu des chocs.

RÉSULTATS

PRÉVALENCE DES ACCIDENTS

Près d'une personne sur dix (9,8 %) âgée de 12 à 75 ans déclare avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation chez le médecin ou à l'hôpital au cours des douze derniers mois : les femmes sont 7,7 % à déclarer un accident au cours de l'année, alors que les hommes sont 12,1 % ($p < 0,001$).

La prévalence des accidents est plus élevée parmi les jeunes (15,7 % entre 12 et 25 ans) que parmi les personnes plus âgées (6,2 % entre 55 ans et 75 ans) et cette sur-accidentalité masculine se reproduit à tout âge, excepté au-delà de 64 ans où les femmes victimes d'un accident deviennent majoritaires (6,9 % vs 6,1 % parmi les hommes) [figure 1].

FRÉQUENCE DES ACCIDENTS

Une grande majorité des victimes (81,6 %) a déclaré un seul accident et 13 % deux accidents. En moyenne, chaque accidenté a eu 1,3 accident (1,4 pour les hommes et 1,2 pour les femmes ; $p < 0,01$). En outre, le nombre moyen d'accidents diminue avec l'âge jusqu'à 55 ans et reste plus élevé chez les hommes [figure 2].

TYPE D'ACCIDENTS

Les accidents de sport et de loisirs arrivent en tête des différents types d'accidents déclarés (26,0 %, auxquels s'ajoutent les 3,8 % des accidents de vélo) [tableau 1].

FIGURE 1

Avoir eu au moins un accident au cours des douze derniers mois, par âge et par sexe, en 2000 et 2005

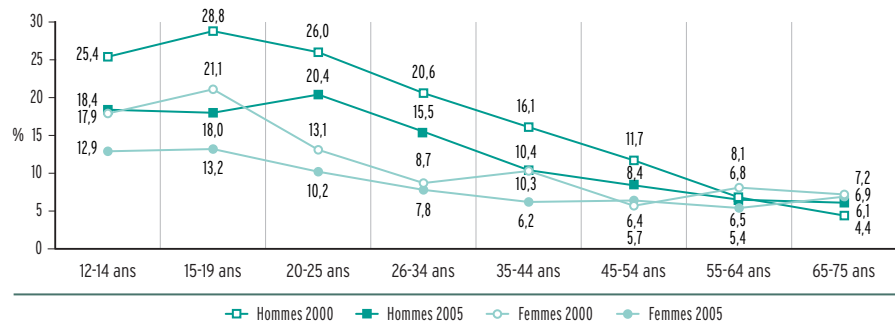
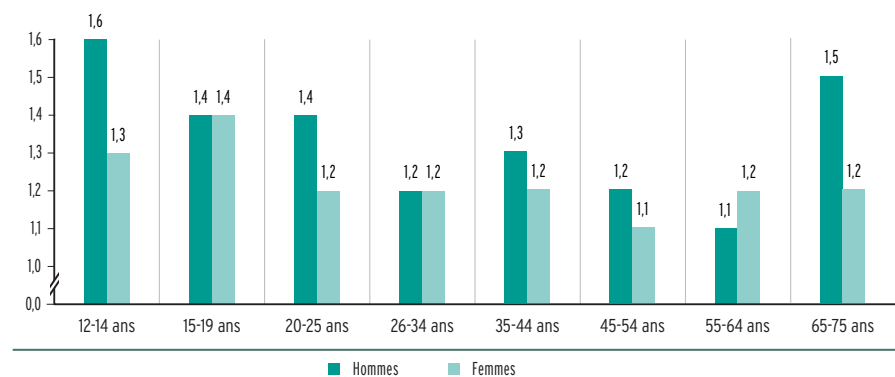


FIGURE 2

Nombre moyen d'accidents par sexe et par âge



Ensuite, parmi les victimes d'accidents, 23,6 % déclarent un accident du travail ou d'atelier et 21,7 % un accident domestique. Parmi les accidentés de la route, 10,2 % ont été victimes d'un accident de voiture et 6,2 % l'ont été d'un accident de deux-roues motorisé (moto, scooter, mobylette).

Les femmes sont plus nombreuses à déclarer avoir été victimes d'un accident domestique que les hommes (29,3 % vs 16,7 % ; $p < 0,001$) et c'est la première cause

d'accident déclarée par celles-ci [tableau 1]. En revanche, les hommes victimes d'un accident déclarent d'abord un accident de sport et de loisirs (29,1 % vs 21,3 % parmi les femmes ; $p < 0,001$).

Les accidents de travail ou d'atelier constituent une part importante des accidents déclarés et, bien que cette proportion soit plus faible chez les femmes que chez les hommes (17,5 % vs 27,6 % ; $p < 0,001$), ces accidents constituent le troisième type

TABLEAU I

Répartition de la fréquence des accidents par sexe et par type d'accident (en %)

	Ensemble	Hommes	Femmes	
Total accidents (n = 2 453)	9,8	12,1	7,7	***
Accident de sport ou loisirs autre que vélo	26,0	29,1	21,3	***
Accident de travail ou d'atelier	23,6	27,6	17,5	***
Accident domestique	21,7	16,7	29,3	***
Accident de voiture	10,2	7,9	13,8	***
Accident moto, scooter, mobylette	6,2	8,7	2,3	***
Ensemble des accidents de vélo	3,8	4,8	2,5	**
Accident de VTT	2,3	3,1	1,0	**
Accident autre vélo	1,5	1,5	1,5	ns
Accident de BMX	0,2	0,2	0,2	ns
Ensemble roller/skate	1,6	1,6	1,5	ns
Accident de rollers, patins	0,9	0,7	1,3	ns
Accident de skate	0,7	1,0	0,2	ns
Violence subie ou agie	1,5	1,7	1,1	ns
Voie publique autre que voiture	1,0	0,4	2,1	**
Problème de santé ^a	2,5	2,8	1,9	ns
Autre (malaise, tentative de suicide, épilepsie, etc.)	7,2	5,3	10,2	***

** : p<0,01; *** : p<0,001.
a. Cette rubrique regroupe les personnes ayant répondu avoir eu un accident vasculaire (cérébral...) ou encore un accident cardiaque.

d'accident déclaré par les femmes et le deuxième par les hommes.

Enfin, on peut pointer les différences par sexe concernant les accidents de la route : les femmes sont plus nombreuses à être victimes d'un accident de voiture (13,8 % vs 7,9 % ; p<0,001), alors que les hommes le sont des accidents de moto, mobylette ou scooter (8,7 % vs 2,3 % ; p<0,001).

La typologie diffère notamment en fonction de l'âge [figure 3] : les accidents de sport et de loisirs touchent surtout les plus jeunes, comme les accidents de deux-roues motorisés, alors que les plus âgés sont davantage victimes d'accidents domestiques.

MÉCANISME ACCIDENTEL DU DERNIER ACCIDENT

Les chutes et les chocs sont responsables de plus des deux tiers des accidents : 36,8 % des accidents sont dus à une chute et 37,0 %

à un choc. Les coupures représentent 13,0 % des accidents.

Comme pour la prévalence et les types d'accidents, le mécanisme accidentel diffère selon le sexe et l'âge [figure 4]. Ainsi, parmi les femmes, le mécanisme accidentel le plus fréquent est la chute (43,4 % vs 32,4 % parmi les hommes ; p<0,001), alors que, parmi les hommes, les chocs sont plus fréquents (39,4 % vs 33,4 % ; p<0,01). Ils sont aussi 15,6 % à faire état de coupures, alors que les femmes sont 9,0 % ; p<0,001.

La proportion d'accidentés par chute est plus importante parmi les plus jeunes (12-14 ans) et les plus âgés (65-75 ans), à l'inverse de celle des chocs, qui augmente jusqu'à 25 ans puis décroît de façon continue [figure 4].

ÉVOLUTIONS DEPUIS 2000

Dans le Baromètre santé 2000, la fréquence des accidents s'élevait à 13,1 % des personnes

FIGURE 3

Types d'« accident » au cours des douze derniers mois, selon l'âge des victimes

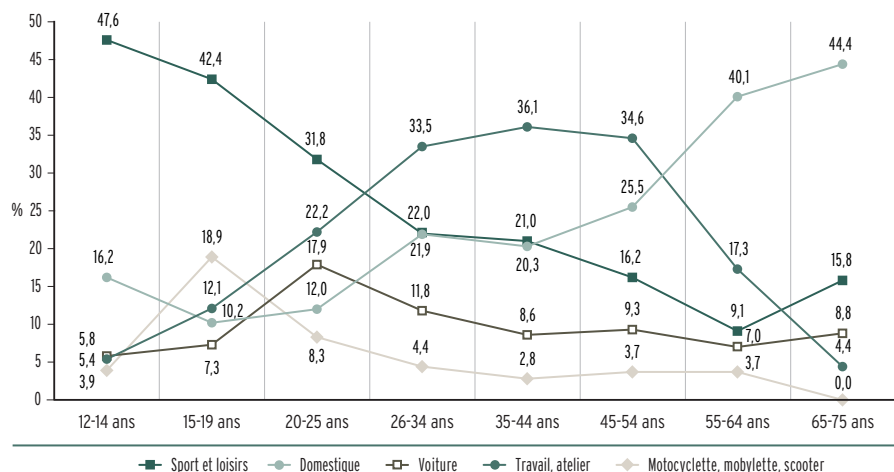
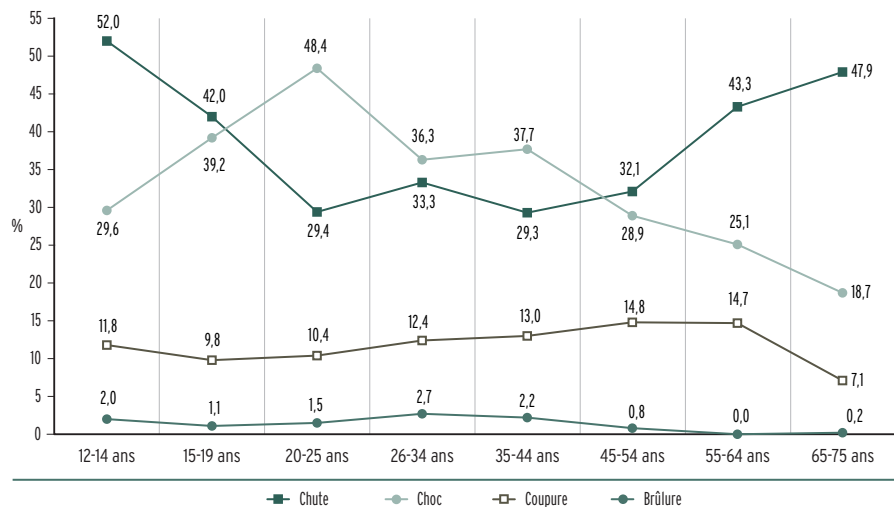


FIGURE 4

Principaux mécanismes accidentels déclarés pour le dernier accident, par classe d'âge



interrogées *versus* 9,8 % en 2005 ($p < 0,001$) : 16,2 % parmi les hommes et 10,1 % parmi les femmes [tableau II].

La baisse de la déclaration d'accidents ayant entraîné des soins médicaux entre les

deux périodes (2000 et 2005) concerne les hommes comme les femmes et surtout les personnes de moins de 45 ans [figure 1]. La baisse est particulièrement marquée pour les accidents de sport et de loisirs autres que le

vélo, les accidents de deux-roues motorisés et les accidents du travail [tableau II].

Dans une moindre mesure, la fréquence des accidents de deux-roues motorisés est plus faible en 2005 qu'en 2000 (3,3 % vs 4,6 % parmi les personnes concernées, $p<0,01$). En revanche, la prévalence déclarée dans cette enquête des accidents de voiture est restée stable (environ 1 %).

LES CHUTES À PARTIR DE 40 ANS

Pour la première fois, l'enquête consacre un volet de son questionnaire au problème des chutes parmi les personnes âgées de 40 ans et plus. Près d'une personne sur quatre (23,1 %) de 40 ans ou plus a répondu positivement à la question : « *Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ?* ». Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes dans ce cas (24,1 % vs 22,1 % ; $p<0,01$). Chez les femmes, le pourcentage de chutes déclarées est plus important parmi les plus âgées (26,1 % entre 70 et 75 ans, vs 21,7 % entre 40 et 49 ans ; $p<0,05$), alors que chez les hommes, ce pourcentage est plus faible (respectivement 21,6 % et 25,5 % ; $p<0,05$).

Une personne qui chute sur deux (50,4 %) a fait une chute au cours de l'année écoulée (55,8 % parmi les femmes, 44 % parmi les hommes), une sur quatre (25 %) déclare deux chutes, 11,6 % déclarent trois chutes et 13 % au moins quatre chutes. Parmi les personnes ayant rapporté au moins quatre chutes, 9,8 % sont des femmes et 16,9 % des hommes ($p<0,001$).

Quel que soit l'âge de la personne qui chute, une majorité relate une seule chute au cours de l'année, mais les plus jeunes sont plus nombreux à chuter plusieurs fois : 18,3 % âgés de 40 à 49 ans déclarent au moins quatre chutes, alors que c'est le cas de 9,1 % des personnes âgées de 60 à 75 ans.

Parmi l'ensemble des chutes, 22,1 % ont entraîné une consultation chez un médecin : 17,2 % pour les hommes et 26,4 % pour les femmes ($p<0,001$). La fréquence de consultation augmente avec l'âge puisque 19,9 % des personnes âgées de 40 à 49 ans ayant chuté déclarent avoir consulté un médecin, alors que c'est le cas de 28,2 % des personnes âgées de 70 à 75 ans ($p<0,01$). Ces différences par âge constatées sur l'ensemble du sous-échantillon ne se retrouvent pas par sexe.

TABLEAU II

Types d'« accident » au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'année d'enquête (en %)

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2005	2000	2005	2000	2005	2000
Total accidents	9,8	13,1***	12,1	16,2***	7,7	10,1***
Accident de sport ou loisirs autre que vélo	2,6	3,8***	3,5	5,2***	1,6	2,5***
Accident de vélo ^a	0,7	0,8	1,0	1,1	0,4	0,5
Accident moto, scooter, mobylette ^b	3,5	4,6**	4,5	5,9*	1,5	2,0
Accident de voiture	1,0	0,8	1,0	0,8	1,0	0,7
Accident de travail ou d'atelier	2,3	3,5***	3,3	5,2***	1,4	1,7***
Accident domestique	2,1	2,4	2,0	2,3	2,3	2,5

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.
a. Parmi les personnes ayant déclaré avoir fait du vélo au cours des douze derniers mois.
b. Parmi les personnes ayant déclaré avoir fait de la moto, du scooter ou de la mobylette au cours des douze derniers mois.

DISCUSSION

Les premiers résultats présentés ici permettent de souligner à nouveau l'importance du nombre des accidents dans la population, en particulier les accidents de la vie courante. Les accidents domestiques rapportés par les interviewés, ainsi que les accidents de sport et de loisirs, sont plus nombreux que ceux de la circulation. Les données ici ne font pas état de la gravité des accidents ; le seul indice de gravité obtenu se trouve dans la question : « *Au cours des douze derniers mois, combien d'accidents avez-vous eu ayant entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital ?* »

On soulignera aussi l'importance des accidents du travail et d'atelier. La part élevée de ce type d'accidents est d'autant plus notable que le risque accidentel au travail ne touche pas l'ensemble de la population mais uniquement les personnes en âge de travailler et qui occupent officiellement un travail.

Pour autant, les accidents déclarés entre les deux années d'enquête indiquent une baisse de leur fréquence. Comme on l'a vu, cette baisse est imputable à la baisse des accidents parmi les jeunes ainsi qu'à une plus faible prévalence des accidents de sport et de loisirs et de deux-roues motorisés.

L'extrapolation de la fréquence des accidents de la vie courante déclarés sur la population française âgée de 12 à 75 ans² permet d'estimer à 4,6 millions le nombre d'accidents suffisamment graves pour avoir entraîné une consultation à l'hôpital ou chez un médecin (environ 6 millions en 1999). Les résultats de l'Enquête santé protection sociale 2002 portant sur tous les âges de la population métropolitaine permettent d'estimer à environ 11 millions le nombre annuel des accidents de la vie courante [4]. Ces deux résultats ne sont pas incohérents et deux raisons peuvent expliquer cet écart. D'une part, l'Enquête santé protection sociale, qui porte sur l'ensemble de la popula-

tion, intègre donc des données accidentelles sur deux sous-populations (les plus jeunes et les plus âgées) les plus fréquemment victimes d'un accident de la vie courante. D'autre part, parmi ces 11 millions, 4,5 millions ont entraîné un recours aux urgences.

Les profils par sexe et classe d'âge des personnes victimes d'un accident de la vie courante présentés ici sont cohérents avec les résultats présentés récemment dans d'autres enquêtes [2, 4] : les accidents sont plus fréquents parmi les jeunes que parmi les personnes plus âgées ; si les hommes déclarent plus d'accidents que les femmes aux âges jeunes de la vie, ces dernières sont plus nombreuses, en revanche, à en être victimes aux âges avancés. Par ailleurs, les accidents de sport et de loisirs touchent d'abord les hommes, jeunes, alors que les femmes sont davantage victimes d'accidents domestiques et leur nombre progresse avec l'âge.

Les mécanismes accidentels déclarés — dont les principaux sont les chutes et les chocs — sont aussi ceux mis en avant dans les résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) [5]. Les données du Baromètre santé permettent de préciser que les femmes sont majoritairement victimes de chutes, alors que les hommes sont d'abord victimes de chocs.

Enfin, le volet consacré aux chutes chez les personnes âgées de 40 ans et plus apporte des résultats complémentaires et ces données montrent l'importance de la question des chutes, en particulier chez les femmes. Globalement, celles-ci sont toujours plus nombreuses à chuter (entre 40 et 75 ans) que les hommes, alors que ces derniers chutent en revanche plus souvent. Malgré ces différences, les chutes entraînent autant de consultations chez un médecin parmi les hommes et les femmes.

2. À partir des données du recensement de 1999.

Bibliographie

- [1] Ermanet C., Thélot B.
Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine.
In : *Les accidents de la vie courante. BEH* 2004 ; 19-20 : 76-8.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2004/19_20/BEH_19_20_2004.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [2] Haut Comité de la santé publique.
La santé en France.
Paris : La documentation française, 2002 : 410 p.
En ligne : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/hcsp/hc001174.pdf>
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [3] Bourdessol H., Janvrin M.-P., Baudier F.
Accidents.
In : *Baromètre santé 2000. Vol. 2 : résultats.*
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 359-90.
- [4] **Les accidents de la vie courante en France selon l'Enquête santé et protection sociale 2002.**
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2005 : 51 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/accidents_vie_courante/accidents_vie_courante.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
- [5] Réseau Epac.
Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac). Années 1999-2001.
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003 : 96 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rapport_epac/Rapport_EPAC.pdf
[Dernière consultation le 03/01/2006]
-

ANNEXES

Questionnaire

Le questionnaire Baromètre santé en population générale est présenté dans son intégralité.

◆ *Condition de la question*

QNN. Question

★ Directives de l'enquêteur.

◆ *Remarque.*

- 1 Choix 1
- 2 Choix 2
-
- n* Choix *n*
- Thème 1
- Thème 2
- ...
- Thème *m*

Introduction	132
Signalétique 1	132
Perceptions de santé	134
Santé et travail	135
Qualité de vie	137
Sources d'information	140
Activité physique	140
Vaccinations	142
Conduites alimentaires	145
Tabac	145
Alcool	148
Santé mentale	151
Sexualité, contraception	155
Violences	159
Produits illicites	160
Événements de vie	162
Consommation de soins	163
Accidents	168
Signalétique 2	169

Introduction

Jour de l'interview
Mois de l'interview
Année de l'interview
Heure début
Minute début
Seconde début
Heure fin
Minute fin
Seconde fin

Taille de l'agglomération de résidence du répondant

- 1 Communes rurales
- 2 De 2 000 à 20 000 habitants
- 3 De 20 000 à 100 000 habitants
- 4 De 100 000 à 200 000 habitants
- 5 200 000 habitants et plus
- 6 Agglomération parisienne
- 7 Non renseigné

Type de liste téléphonique

- 1 Rouge
- 2 Orange
- 3 Blanche
- 4 Téléphone portable exclusif

Département du domicile principal du répondant

Code postal de la commune du domicile principal du répondant

Nombre d'appels pour joindre le ménage

Bonjour je suis – *prénom réel ou fictif de l'enquêteur* – de la société Atoo, je travaille pour le compte de l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. C'est une institution qui dépend du ministère de la Santé et a en charge les actions nationales de prévention et d'information. Je vous appelle suite à la lettre que l'INPES vous a envoyée il y a quelques jours au sujet d'une étude nationale réalisée auprès de 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans. Vos réponses nous aideront à mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France, en matière de santé, et ainsi, d'orienter la prévention et l'information. Auriez-vous quelques minutes à m'accorder ?

Composition du ménage éligible

Nombre de 12-25 ans dans le foyer
Nombre de 12-75 ans dans le foyer

Le principe de cette enquête est de n'interroger qu'une seule personne tirée au sort au sein de chaque foyer. Quel est le prénom de la personne dont l'anniversaire est le prochain à venir ?.... Vos réponses nous aideront à mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France en matière de santé et ainsi, d'orienter la prévention et l'information. Les sujets que nous allons aborder vous concerner individuellement. Pourriez-vous vous isoler pour répondre à ce questionnaire. **(Je peux vous proposer de faire l'enquête en plusieurs fois, si vous le souhaitez).**

Signalétique 1

Pour commencer, je vais vous poser quelques questions générales.

01. Sexe de l'interviewé

- 1 Homme
- 2 Femme

02. Quel est votre âge ?

★ Enquêteur : bien vérifier la date d'anniversaire.

03. Quels sont votre mois et votre année de naissance ?

★ Enquêteur : noter les quatre chiffres de l'année. Si refuse catégoriquement de dire le mois, coder 9999.

- 1 Mois :
 - 2 Année :
- ◆ Test de cohérence avec Q2

04. Avec combien de personnes vivez-vous habituellement, en dehors de vous ?

- 1 Une
- 2 Deux
- 3 Trois
- 4 Quatre
- 5 Cinq
- 6 Six
- 7 Sept
- 8 Huit
- 9 Neuf
- 10 Dix
- 11 Onze

- 12 Douze et plus
13 Aucune autre
14 NSP

Q5. Qui sont ces personnes ?

◆ (Si vit avec quelqu'un)

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

Plusieurs réponses possibles.

- 1 Votre père
2 Votre mère
3 Votre beau-père
4 Votre belle-mère
5 Votre (vos) frère(s) ou demi-frère(s)
6 Votre (vos) sœur(s) ou demi-sœur(s)
7 Votre grand-père
8 Votre grand-mère
9 Votre conjoint/petit ami/fiancé/
concubin/compagnon
10 Votre (vos) filles ou belle(s)-filles
11 Votre (vos) fils ou beau(x)-fils
12 Un ou des ami(e)s
13 Autres (préciser)
14 NSP

Q6. Pour quelles raisons ?

◆ (Si moins de 25 ans et dit ne pas
vivre avec ses deux parents)

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs
réponses possibles si le(s) parent(s)
absent(s) n'est (ne sont) présent(s) que le
week-end ou absents pour moins d'un an,
le(s) compter en Q4 et mettre à jour la Q5.

- 1 Parents séparés, divorcés
2 Père décédé
3 Mère décédée
4 Absent(s) pour raison professionnelle
(à partir d'un an ou plus)
5 Étudiant
6 Autres
7 NSP

◆ Si 15 ans et plus

Q7. Avez-vous, vous-même, des enfants ?

★ Enquêteur : il s'agit de tous les
enfants que l'interviewé considère
comme étant ses enfants.

- 1 Oui
2 Non

Q8. Combien y a-t-il d'enfants qui habitent chez vous ? (Vous y compris pour les enfants)

★ Enquêteur : inclure pensionnaires
et enfants en garde.

◆ Si enfant dans le foyer

Q9. Quel est l'âge des enfants qui habitent chez vous ?

★ Enquêteur : si moins de 1 an coder 0.

- 1 1^{er} enfant
2 2^e enfant
3 3^e enfant
4 4^e enfant
5 5^e enfant
6 6^e enfant
7 7^e enfant
8 8^e enfant
9 9^e enfant
10 10^e enfant
11 11^e enfant

◆ Si 15 ans et plus

Q10. Quel est votre statut matrimonial légal ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Célibataire (ou concubinage)
2 Marié(e) pour la première fois
3 Remarié(e) après un divorce
4 Remarié(e) après un veuvage
5 Veuf(ve) (demander depuis combien de temps)
6 Divorcé(e) ou séparé(e)
7 Pacsé(e)s
8 Ne veut pas dire

◆ Si NSP à Q4 ou Q5 « Avec combien
de personnes vivez-vous ? » ou
« Qui sont ces personnes ? ».

Q11. Vivez-vous...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Seul(e)
2 En couple
3 Avec vos parents (les deux ou un seul)
4 Avec d'autres personnes
5 Autres situations (préciser)
6 (Ne veut pas dire)

Q12. Quelle est votre situation actuelle ?

- 1 Vous travaillez (oui/non)
2 Vous êtes à l'école, en études
ou formation (oui/non)
3 Vous êtes au chômage (oui/non)
4 Vous êtes dans une autre situation (oui/non)

Q13. Êtes-vous...

◆ Si réponse 1 en Q12

- 1 À temps plein
2 À temps partiel
3 Autre réponse (préciser)

◆ Si réponse 2 en Q12

- 1 Vous n'avez jamais travaillé/Vous
êtes étudiant/lycéen/à l'école
2 En apprentissage et alternance
3 En stage

- 4 En formation continue
- 5 Autre réponse (préciser)

◆ Si réponse 3 en Q12

- 1 Bénéficiaire du RMI
- 2 Non RMI, indemnisé
- 3 Non RMI, non indemnisé
- 4 Autre réponse

◆ Si réponse 4 en Q12

- 1 Retraité ou pré-retraité
- 2 Au foyer
- 3 Invalide
- 4 Congé longue durée
- 5 Congé parental
- 6 Recherche emploi
- 7 Autre réponse

◆ Si travaille.

Q14. Quel type de contrat avez-vous ?

- 1 Contrat à durée déterminée
- 2 Contrat à durée indéterminée
- 3 Contrat d'intérim
- 4 Travaille à son compte ou en free-lance

◆ Si à l'école, université ou en apprentissage.

Q15. Dans quelle classe êtes-vous ?

★ Enquêteur : énumérer si nécessaire
- une seule réponse possible pour
les étudiants n'ayant pas encore les
résultats de la 2^e session - prendre
la classe de l'année dernière.

- 1 CAP 1^{re} année
- 2 CAP 2^e année
- 3 CAP 3^e année
- 4 BEP 1^{re} année
- 5 BEP 2^e année
- 6 CM1
- 7 CM2
- 8 6^e
- 9 6^e Segpa (Section d'enseignement
général en professionnel adapté)
- 10 5^e
- 11 5^e Segpa (Section d'enseignement
général en professionnel adapté)
- 12 4^e
- 13 4^e technologique
- 14 3^e
- 15 3^e technologique
- 16 2^{de} générale
- 17 2^{de} technologique
- 18 1^{re} générale
- 19 1^{re} technologique
- 20 Terminale enseignement général
- 21 Terminale enseignement technique
- 22 Terminale enseignement professionnel
(en une seule année)
- 23 Terminale enseignement
professionnel (1^{re} année)

- 24 Terminale enseignement
professionnel (2^e année)
- 25 Bac + 1 (1^{re} année de Deug)
- 26 Bac + 1 (1^{re} année d'IUT)
- 27 Bac + 1 (1^{re} année de BTS)
- 28 Bac + 1 (1^{re} année de prépa)
- 29 Bac + 2 Deug
- 30 Bac + 2 IUT
- 31 Bac + 2 BTS
- 32 Bac + 2 prépa
- 33 Bac + 3 (licence, école supérieure, etc.)
- 34 Bac + 4 (maîtrise, master, école supérieure, etc.)
- 35 Bac + 5 et plus (master, DESS,
DEA, doctorat, MBA, etc.)
- 36 Autre (préciser)
- 37 NSP

Perceptions de santé

Q16. Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez, pour vous-même, pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ?

◆ Exclusive (aléatoire)

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Peu
- 3 Pas mal
- 4 Beaucoup
- 5 NSP
- 6 (dit spontanément avoir la maladie)
- Les accidents de la circulation
- Les maladies dues à l'alcool
- Le cancer
- Les maladies cardiaques
- Le sida
- Les infections sexuellement
transmissibles en dehors du sida
- Les accidents de la vie domestique,
à la maison ou autour
- Les maladies dues au tabac
- La maladie d'Alzheimer
- Les risques liés à la consommation
d'aliments transformés ou pollués
- Les nouvelles épidémies (Sras, etc.)

Q17. Selon vous, à partir de combien de verres d'alcool consommés par jour, pensez-vous...

◆ (Poser à 50 % de l'échantillon Q17a, et
Q17b à l'autre moitié de l'échantillon).

◆ Quantité-exclusive (aléatoire)

★ Enquêteur : si NSP : coder 99 arrondir
au nombre supérieur ; 2 ou 3 verres :

coder 3 verres; une demi-bouteille de
vin = 2,5 verres : coder 3 verres.

- | | |
|----------------|----------------|
| 17a | 17b |
| 1 qu'une femme | 1 qu'un homme |
| 2 qu'un homme | 2 qu'une femme |
- ...qui boit quotidiennement met
sa santé en danger ?

Q18. Avez-vous, vous personnellement, le sentiment d'être informé sur les grands thèmes de santé suivants ?

★ Enquêteur : énumérer. Si les plus jeunes ne comprennent pas : ne pas relancer : coder NSP

- 1 Très bien informé
- 2 Plutôt bien informé
- 3 Plutôt mal informé
- 4 Très mal informé
- 5 NSP
- L'alcool
- Le tabac
- Le cannabis
- La contraception
- Les infections sexuellement transmissibles en dehors du sida
- Le sida
- La pollution de l'air
- La pollution de l'eau (eau de mer, eau du robinet etc.)
- L'alimentation
- Les vaccinations
- Le cancer
- La dépression

Santé et travail

◆ Si travaille ou en formation continue ou en stage d'insertion ou contrat d'apprentissage.

Q19. Combien de jours de congés annuels avez-vous en dehors des ponts ?

★ Enquêteur : nombre de jours effectifs de congés sans compter les week-ends et jours fériés. Par exemple : 5 semaines = 25 jours.

◆ Si la personne ne sait pas répondre demander le nombre de jours au total.

- congés en dehors des RTT...
- congés RTT...

Q20. Habituellement, à quelle heure quittez-vous votre domicile pour vous rendre à votre travail ?

★ Enquêteur : si les horaires sont irréguliers prendre la semaine dernière.

Q21. Habituellement, à quelle heure rejoignez-vous votre domicile après avoir quitté votre travail en fin de journée ?

★ Enquêteur : si les horaires sont irréguliers prendre la semaine dernière.

Q22. Disposez-vous d'au moins 48 heures consécutives de repos au cours d'une semaine ?

- 1 Oui
- 2 Non, jamais
- 3 Non, pas toujours

Q23. Combien de salariés au total y a-t-il dans votre établissement, vous y compris ?

★ Enquêteur : il s'agit de la taille de l'établissement.

- 1
- 2 à 5
- 6 à 9
- 10 à 19
- 20 à 49
- 50 à 99
- 100 à 199
- 200 à 499
- 500 à 999
- 1000 et plus

Q24. Votre travail affecte-t-il votre santé ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q25. En quoi votre travail affecte-t-il votre santé ?

★ Enquêteurs : plusieurs réponses possibles. Passer en « oui/non ». Avez-vous en ce moment... ?

- 1 Oui
- 2 Non
- Oui, problèmes d'audition dus à votre travail
- Oui, problèmes d'yeux
- Oui, problèmes de peau
- Oui, mal de dos dû à votre travail
- Oui, maux de tête
- Oui, douleurs d'estomac
- Oui, douleurs musculaires dans les épaules et le cou dues à votre travail
- Oui, douleurs musculaires dans les membres supérieurs
- Oui, douleurs musculaires dans les membres inférieurs
- Oui, difficultés respiratoires
- Oui, maladies de cœur dues à votre travail
- Oui, blessures
- Oui, stress

- Oui, fatigue générale
- Oui, problèmes d'insomnies dus à votre travail
- Oui, allergies
- Oui, anxiété
- Oui, irritabilité
- Oui, traumatisme dû à votre travail
- Autre

Q26. Êtes-vous très satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait ou pas du tout satisfait par vos conditions de travail ?

- 1 Très satisfait
- 2 Plutôt satisfait
- 3 Plutôt pas satisfait
- 4 Pas du tout satisfait
- 5 NSP

Q27. Diriez-vous de votre travail...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout
- 5 NSP
- Qu'il est fatiguant nerveusement ?
- Qu'il est fatiguant physiquement ?

◆ Si 17 ans et moins, et scolarisé ou apprentissage

Q28. Que pensez-vous de l'école cette année ?

- 1 Vous aimez beaucoup
- 2 Vous aimez un peu
- 3 Vous n'aimez pas beaucoup
- 4 Vous n'aimez pas du tout
- 5 NSP

◆ Si 18 ans et plus, et scolarisé ou apprentissage

Q29. Que pensez-vous de vos études cette année ?

- 1 Vous aimez beaucoup ce que vous faites
- 2 Vous aimez un peu ce que vous faites
- 3 Vous n'aimez pas beaucoup ce que vous faites
- 4 Vous n'aimez pas du tout ce que vous faites
- 5 NSP

◆ Si moins de 20 ans scolarisé ou apprentissage

Q30. Au cours des douze derniers mois, c'est-à-dire depuis (octobre, novembre, décembre) 2003, vous est-il arrivé :

- 1 D'arriver en retard
- 2 De sécher les cours
- Non
- Oui, une fois
- Oui, deux fois
- Oui, trois fois ou plus
- NSP

◆ Si travaille ou en formation continue ou en stage d'insertion ou contrat d'apprentissage

Q31. Vous sentez-vous capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans ? (ou jusqu'à la retraite pour les plus de 60 ans)

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Oui, plutôt
- 3 Non, plutôt pas
- 4 Non, pas du tout
- 5 NSP

Q32. Vous arrive-t-il qu'il vous soit impossible de respecter à la fois la qualité et les délais imposés dans votre travail ?

- 1 Toujours
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais

Q33. Votre travail vous permet-il d'apprendre des choses nouvelles ?

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Oui, plutôt
- 3 Non, plutôt pas
- 4 Non, pas du tout
- 5 NSP

Q34. Êtes-vous obligé de vous dépêcher dans le cadre de votre travail ?

- 1 Toujours
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais

Q35. En général, dans la vie, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux difficultés ? (À tous)

- 1 Très bonne
- 2 Plutôt bonne
- 3 Passable
- 4 Plutôt mauvaise
- 5 Très mauvaise

Q36. Les gens utilisent différentes façons de faire face au stress. Pouvez-vous me dire comment personnellement vous y faites face. Pour faire face au stress...

- 1 souvent
- 2 parfois
- 3 rarement
- 4 jamais
- 5 non concerné
- Vous en parlez à des personnes
- Vous évitez la compagnie
- Vous mangez plus que d'habitude
- Vous fumez plus que d'habitude

- Vous consommez plus d'alcool que d'habitude
- Vous consommez d'autres drogues
 - ◆ (Si oui faire préciser lesquelles)
- Vous consommez des médicaments
- Vous faites de l'exercice physique (marche, jogging, natation, stretching, etc.)

Q37. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous senti nerveux(se) ou stressé(e) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si stressé(e).

Q38. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux(se) ou stressé(e) ?

- 1 Jamais
- 2 Presque jamais
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Souvent

◆ Si stressé(e).

Q39. Vous vous êtes senti stressé(e), pensez-vous que c'est plutôt en rapport avec...

★ Enquêteur : plusieurs réponses possibles.

◆ (Si la personne travaille)

- 1 Votre vie professionnelle
 - ◆ (Si la personne est à l'école/université)
- 2 Votre scolarité
- 3 Votre situation professionnelle
- 4 Votre vie personnelle
- 5 Ne sait pas

Qualité de vie

Un tiers de l'échantillon a répondu au questionnaire Duke, un tiers au Whoqol et un tiers à ces deux questionnaires de qualité de vie.

Duke (Q40 à Q43)

Q40. Nous allons maintenant aborder une série de propositions et de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Pour chacune des formules que je vais vous proposer, dites-moi si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas ou que cela n'est pas votre cas.

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tout à fait votre cas
- 2 À peu près votre cas
- 3 Cela n'est pas votre cas/Cela n'est pas du tout votre cas

- 4 NSP
- Je me trouve bien comme je suis
- Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre
- Au fond, je suis bien portant (au niveau de la santé et non du poids)
- Je me décourage trop facilement
- J'ai du mal à me concentrer
- Je suis content(e) de ma vie de famille
- Je suis à l'aise avec les autres

Q41. Diriez-vous qu'aujourd'hui – au moment de l'interview

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Beaucoup
- 4 NSP
- Vous auriez du mal à monter un étage à pieds ?
 - ◆ (Si les jeunes ne comprennent pas : Avez-vous une incapacité physique vous empêchant de monter un étage ?)
- Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres ?

Q42. Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Beaucoup
- 4 NSP
- Vous avez eu des problèmes de sommeil ?
- Vous avez eu des douleurs quelque part ?
- Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e) ?
- Vous avez été triste ou déprimé(e) ?
- Vous avez été tendu(e) ou nerveux (se) ?
 - ◆ (Si moins de 18 ans uniquement)
- Vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école ?
 - ◆ (Si plus de 17 ans uniquement)
- Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites ?
- Vous avez eu des activités soit de groupe soit de loisir comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées ?

Q43. Est-ce qu'au cours des huit derniers jours, vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident) ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, 1 à 4 jours
- 3 Oui, 5 à 7 jours
- 4 NSP

Whoqol (Q44 à Q69)

Q44. Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très mauvaise
- 2 Mauvaise
- 3 Ni bonne, ni mauvaise
- 4 Bonne
- 5 Très bonne

Q45. Êtes-vous satisfait de votre santé ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q46. Actuellement, une douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Complètement

Q47. Un traitement médical vous est-il nécessaire dans votre vie de tous les jours ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Complètement

Q48. Trouvez-vous la vie agréable ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Complètement

Q49. Vos croyances (convictions) personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Complètement

Q50. Êtes-vous capable de vous concentrer ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Tout à fait

Q51. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Tout à fait

Q52. Votre environnement est-il sain du point de vue de la pollution, du bruit, de la salubrité, etc. ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Tout à fait

Q53. Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q54. Acceptez-vous votre apparence physique ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q55. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q56. Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout

- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q57. Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q58. Comment trouvez-vous votre capacité (physique) à vous déplacer seul ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très mauvaise
- 2 Mauvaise
- 3 Ni bonne, ni mauvaise
- 4 Bonne
- 5 Très bonne

Q59. Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q60. Êtes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q61. Êtes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q62. Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Beaucoup
- 5 Extrêmement

Q63. Êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

◆ Si 18 ans et plus uniquement

Q64. Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q65. Êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q66. Êtes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q67. Avez-vous facilement accès aux soins (médicaux) dont vous avez besoin ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Modérément
- 4 Suffisamment
- 5 Tout à fait

Q68. Êtes-vous satisfait de vos moyens de transport ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout satisfait
- 2 Pas satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Satisfait
- 5 Très satisfait

Q69. Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Très souvent
- 5 Toujours

Sources d'information

Q70. Au cours des douze derniers mois, avez-vous appelé une ligne téléphonique concernant la santé ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q71. Quel(s) était(ent) le ou les noms de ces lignes ?

◆ Question ouverte précodée

- 1 Tabac info service
- 2 Tabac alcool drogue info service (= Drogue info service)
- 3 Sida info service
- 4 Fil santé jeunes
- 5 Suicide écoute
- 6 SOS suicide Phénix
- 7 Cancers info service
- 8 Hépatites info service
- 9 Maladies rares info service
- 10 Écoute handicap moteur
- 11 Écoute fin de vie
- 12 Cannabis info service
- 13 Alcool info service
- 14 Allo diabète
- 15 Autisme France
- 16 SOS viols femmes informations
- 17 Médecin de famille/Sécurité sociale/mutuelle
- 18 Autres (préciser)

◆ Si 12-18 ans uniquement

Q72. Concernant vos parents ou les adultes qui s'occupent de vous, diriez-vous qu'ils (très souvent, assez souvent, parfois, jamais, NSP)

◆ (Ordre aléatoire)

- 1 Veulent savoir où vous êtes et ce que vous faites
- 2 Vous félicitent
- 3 Vous disent à quelle heure rentrer quand vous sortez
- 4 Oublient vite un règlement qu'ils ont établi
- 5 Écoutent vos idées et vos opinions

◆ Si 12-25 ans uniquement

Q73. Est-ce facile pour vous de parler de choses qui vous préoccupent vraiment aux personnes suivantes (très facile, facile, difficile, très difficile; vous n'en avez pas ou vous ne voyez pas ces personnes, NSP)

- 1 À votre père
- 2 À votre mère
- 3 À votre beau-père
- 4 À votre belle-mère
- 5 À un frère
- 6 À une sœur
- 7 À un ami du même sexe
- 8 À un ami du sexe opposé
- 9 À un patron ou un collègue de travail (selon la situation professionnelle)
- 10 À un instituteur ou professeur ou conseiller d'éducation (selon la situation scolaire)
- 11 À un psychiatre, psychologue, psychothérapeute

Activité physique

Un tiers de l'échantillon a répondu au questionnaire *Activité physique a* et un tiers de l'échantillon a répondu au questionnaire *Activité physique b*.

Activité physique a

Nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous avez faites au cours des sept derniers jours au travail, dans votre maison ou votre jardin, pour vos déplacements et pendant votre temps libre. Considérons d'abord les activités intenses qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez *seulement* aux activités que vous avez effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

Q74. Au cours des sept derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ? Merci de ne pas inclure la marche.
...jours par semaine

Q75. En général, combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités intenses au cours de l'un de ces jours ? (un jour moyen)
... heures et... minutes par jour

Passons maintenant aux activités modérées qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez *seulement* aux activités que vous avez effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

- Q76. Au cours des sept derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ? Merci de ne pas inclure la marche.**
...jours par semaine

- Q77. En général, combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités modérées au cours de l'un de ces jours ? (un jour moyen)**
... heures et... minutes par jour

Passons maintenant à la marche. Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport, ou les loisirs.

- Q78. Au cours des sept derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez marché pendant au moins dix minutes d'affilée ?**
...jours par semaine

- Q79. En général, combien de temps avez-vous marché au cours de l'un de ces jours ?**
... heures et... minutes par jour

- Q80. En général, à quelle allure avez-vous marché ? Vous avez marché à :**
- 1 Une allure vive, qui vous fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement
 - 2 Une allure modérée, qui vous fait respirer un peu plus difficilement que normalement
 - 3 Une allure lente, qui n'entraîne pas de modification de votre respiration.

Passons enfin au temps que vous avez passé assis pendant un jour de semaine (week-end exclu), au cours des sept derniers jours. Cela comprend le temps passé assis au travail, à la maison, lorsque vous étudiez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, dans les transports, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision ou utiliser un ordinateur.

- Q81. Au cours des sept derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis pendant une journée habituelle ?**
... heures et... minutes par jour

Activité physique b

Nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous avez faites hier au travail, dans votre maison ou votre jardin, pour vos déplacements, et pendant votre temps libre. Considérons d'abord les activités intenses qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez *seulement* aux activités que vous avez effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

- Q82. Hier, avez-vous fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ? Merci de ne pas inclure la marche.**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

- Q83. Combien de temps avez-vous passé à pratiquer ces activités intenses hier ?**
... heures et... minutes

Passons maintenant aux activités modérées qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez *seulement* aux activités que vous avez effectuées pendant au moins dix minutes d'affilée.

- Q84. Hier, avez-vous fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ? Merci de ne pas inclure la marche.**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

- Q85. Combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités modérées hier ?**
... heures et... minutes

◆ *Si la personne a déclaré avoir pratiqué une activité intense et/ou modérée*

Q86. Parmi ces activités intenses et modérées, avez-vous pratiqué un sport ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q87. Combien de temps avez-vous passé à faire du sport ?

... heures et... minutes

Passons maintenant à la marche.

Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport, ou les loisirs.

Q88. Hier, avez-vous marché pendant au moins dix minutes d'affilée ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q89. Combien de temps avez-vous marché ?

... heures et... minutes

Q90. À quelle allure avez-vous marché ? Vous avez marché à :

- 1 Une allure vive, qui vous fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement
- 2 Une allure modérée, qui vous fait respirer un peu plus difficilement que normalement
- 3 Une allure lente, qui n'entraîne pas de modification de votre respiration

Passons enfin au temps que vous avez passé assis. Cela comprend le temps passé assis au travail, à la maison, lorsque vous étudiez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, dans les transports, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision ou utiliser un ordinateur.

Q91. Hier, combien de temps avez-vous passé assis ?

... heures et... minutes

Q92. Combien de temps avez-vous passé à lire hier ?

... heures et... minutes

Q93. Combien de temps avez-vous regardé la télé hier ?

... heures et... minutes

Q94. Combien de temps avez-vous passé devant un ordinateur, y compris pour Internet, ou sur une console de jeux vidéo, en comptant le temps passé chez vous et sur votre lieu de travail ou d'étude ?

... heures et... minutes

Q95. Au cours des sept derniers jours, avez-vous pratiqué un sport ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si non*

Q96. Habituellement faites-vous du sport ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si la personne déclare faire du sport,*

Q97. En faites-vous en club (ou association sportive scolaire) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si la personne déclare ne pas faire de sport*

Q98. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne pratiquez pas d'activité sportive ?

◆ *Question ouverte précédée.*

- 1 N'aime pas cela
- 2 Contrainte de santé (dont les blessures sportives)
- 3 Contrainte professionnelle
- 4 Contrainte liée à l'âge
- 5 Manque de temps
- 6 Autre

Vaccinations

◆ *Si 15 ans ou plus*

Q99. Êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt pas favorable ou pas du tout favorable aux vaccinations en général ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt pas favorable
- 4 Pas du tout favorable
- 5 NSP

◆ *Si défavorable à la vaccination en général*

Q100. Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ? Lesquelles ?

◆ *Multiple*

★ Enquêteur : ne rien suggérer
- plusieurs réponses possibles.

- 1 BCG
- 2 Choléra
- 3 DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
- 4 Fièvre jaune
- 5 Grippe
- 6 Hépatite A
- 7 Hépatite B
- 8 Leptospirose
- 9 Méningite (*Hæmophilus influenzae B*)
- 10 Méningococcie
- 11 Oreillons
- 12 Pentacoq (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-
Polio-Hæmophilus influenzae B)
- 13 Rage
- 14 ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole)
- 15 Rougeole
- 16 Rubéole
- 17 Tétanos
- 18 TP (Tétanos-Poliomyélite)
- 19 Typhoïde (Typhim/TAB)
- 20 Varicelle
- 21 Autres vaccinations (précisez)
- 22 À toutes, aux vaccinations en général
- 23 NSP

Q101. Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?

- 1 Oui, vous en êtes sûr
- 2 Vous le pensez mais vous n'en êtes pas complètement sûr
- 3 Probablement pas
- 4 Certainement pas

Q102. En quelle année a eu lieu votre dernière vaccination ?

★ Enquêteur : pas de relance sur les NSP
- l'interviewé ne doit pas aller chercher son carnet de santé ou demander à ses parents, son épouse, etc.

◆ Si NSP

Q103. Était-ce au cours des cinq dernières années ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si NSP

Q104. Était-ce au cours des dix dernières années ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q105. Quelle était cette dernière vaccination ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles – il est possible d'être vacciné pour deux vaccins différents le même jour : par exemple, DTP et typhoïde.

- 1 BCG

- 2 Choléra
- 3 DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
- 4 Fièvre jaune
- 5 Grippe
- 6 Hépatite A
- 7 Hépatite B
- 8 Leptospirose
- 9 Méningite (*Hæmophilus influenzae B*)
- 10 Méningococcie
- 11 Oreillons
- 12 Pentacoq (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-
Polio-Hæmophilus influenzae B)
- 13 Rage
- 14 ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole)
- 15 Rougeole
- 16 Rubéole
- 17 Tétanos
- 18 TP (Tétanos-Poliomyélite)
- 19 Typhoïde (Typhim/TAB)
- 20 Varicelle
- 21 Autre 1 (précisez)
- 22 Autre 2 (précisez)
- 23 Autre 3 (précisez)
- 24 Autre 4 (précisez)
- 25 NSP

**Q106. Qui a décidé de faire la/le....
(Pour chaque vaccination)**

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Une seule réponse possible.

- 1 Votre médecin de famille
- 2 Le médecin scolaire/universitaire ou l'infirmière de santé scolaire/universitaire
- 3 La médecine du travail
- 4 Vous-même
- 5 Votre père/votre beau-père
- 6 Votre mère/votre belle-mère
- 7 Vos deux parents
- 8 Le médecin de l'armée
- 9 Un autre médecin
- 10 Autres (précisez)
- 11 NSP
- BCG
- Choléra
- DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
- Fièvre jaune
- Grippe
- Hépatite A
- Hépatite B
- Leptospirose
- Méningite (*Hæmophilus influenzae B*)
- Méningococcie
- Oreillons
- Pentacoq (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-
Polio-Hæmophilus influenzae B)
- Rage
- ROR (Rougeole-oreillons-Rubéole)
- Rougeole

- Rubéole
- Tétanos
- TP (Tétanos-Poliomyélite)
- Typhoïde (Typhim/TAB)
- Varicelle
- Autre vaccination 1
- Autre vaccination 2
- Autre vaccination 3
- Autre vaccination 4

◆ *Si la personne a un enfant de moins de 16 ans*

Q107. Avez-vous déjà fait vacciner votre enfant de xx ans contre la rougeole, les oreillons, la rubéole par la vaccination triple ROR ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans

◆ *Si non à Q107*

Q108. En avez-vous l'intention ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans

◆ *Si la personne a un enfant de moins de 7 ans*

Q109. Avez-vous entendu parler du fait qu'il est désormais recommandé de faire vacciner une seconde fois son enfant contre le ROR s'il est âgé entre 3 et 6 ans ?

★ Enquêteur : ROR = Rougeole-Oreillons-Rubéole.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui à la question précédente et si la personne a un enfant de 3 à 6 ans*

Q110. Avez-vous fait ou avez-vous l'intention de faire la deuxième dose ROR pour...

- 1 Oui, a déjà eu la deuxième dose
- 2 Oui, intention de faire la deuxième dose
- 3 Non
- 4 NSP
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans
- Votre enfant de xx ans

◆ *Si au moins un non à la question précédente*

Q111. L'un de vos enfants n'a pas eu le vaccin ROR, quelle est la raison qui correspond le plus à votre situation ? Était-ce...

★ Enquêteur : énumérer - une seule réponse possible.

- 1 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez refusé
- 2 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez oublié de le faire
- 3 Le médecin a contre-indiqué le vaccin ROR pour cet enfant
- 4 Le médecin a dit que la vaccination ROR n'était pas utile pour cet enfant
- 5 Le médecin ne vous l'a pas proposé
- 6 Ou était-ce parce que l'enfant était partiellement vacciné
- 7 Vous n'avez pas vu de médecin pour cette question
- 8 Le médecin vous a dit qu'une seule dose était suffisante
- 9 Autre (préciser)
- 10 NSP

◆ *Si le médecin l'a proposé mais que la personne a refusé*

Q112. Vous avez refusé le vaccin ROR pour cet enfant, quelle est la raison principale ?

★ Enquêteur : énumérer - une seule réponse possible.

- 1 Vous êtes opposé(e) aux vaccinations
- 2 Vous craignez des complications suite au vaccin
- 3 Ce vaccin n'est pas utile
- 4 Il y a trop de vaccins à faire
- 5 Ces trois maladies (rougeole, oreillons, rubéole) sont bénignes
- 6 Ces trois maladies n'existent pratiquement plus

- 7 Ces maladies sont utiles car elles favorisent l'immunité naturelle de l'enfant
- 8 Autre (préciser)
- 9 NSP

Conduites alimentaires

Q113. Quel est votre poids ?

★ Enquêteur : noter en clair en kilogrammes.
Si NSP coder 999. Si la personne est une femme, dire « si vous êtes enceinte, veuillez donner votre poids avant votre grossesse ».
...kg

Q114. Quelle est votre taille ?

★ Enquêteur : noter la taille en centimètres. Si NSP coder 999.
Exemple : 1 m 50 = 150 centimètres.
...cm

Q115. Vous trouvez-vous :

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Beaucoup trop maigre
- 2 Un peu trop maigre
- 3 À peu près du bon poids
- 4 Un peu trop gros(se)
- 5 Beaucoup trop gros(se)
- 6 NSP

Q116. Au cours des douze derniers mois, est-ce qu'il vous est arrivé... ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Assez souvent
- 4 Très souvent
- 5 NSP
- De manger énormément avec de la peine à vous arrêter
- De vous faire vomir volontairement
- De redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter
- De manger en cachette
- De n'avoir aucune envie de manger
- De manquer d'appétit

Tabac

Nous allons maintenant vous parler du tabac.

Q117. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si fumeur

Q118. Fumez-vous...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- Du tabac à rouler
- Des cigarettes
- Des cigarillos
- Des cigares
- La pipe

◆ Si fumeur

Q119. Consommez-vous du tabac à chiquer

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si non fumeur

Q120. Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui question précédente

Q121. Avez-vous fumé...

★ Enquêteur : énumérer occasionnellement = quel que soit la durée.

- 1 Juste une fois pour essayer
- 2 Occasionnellement (ou quotidiennement mais pendant moins de six mois)
- 3 Quotidiennement pendant au moins six mois
- 4 Ne se souvient pas

◆ Si ex-fumeur

Q122. Fumiez-vous...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- Du tabac à rouler
- Des cigarettes
- Des cigarillos
- Des cigares
- La pipe

◆ *Si ex-fumeur*

Q123. Consommiez-vous du tabac à chiquer

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q124. Fumez-vous/fumiez-vous tous les jours ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si fume du tabac à rouler (poser également aux ex-fumeurs)*

Q125. Combien de cigarettes de tabac à rouler fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne ?

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigarettes. Sans compter les cigarettes, les cigares, les cigarillos, les pipes et le tabac à chiquer.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

◆ *Si fume des cigarettes (poser également aux ex-fumeurs)*

Q126. Combien de cigarettes fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne (sans compter les cigarettes de tabac à rouler) ?

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigarettes. Sans compter les cigarettes roulées, les cigares, les cigarillos, les pipes et le tabac à chiquer.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

◆ *Si fume des cigarillos (poser également aux ex-fumeurs)*

Q127. Combien de cigarillos fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne ?

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigarillos.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

◆ *Si fume des cigares (poser également aux ex-fumeurs)*

Q128. Combien de cigares fumez-vous (fumiez-vous) en moyenne ?

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigares.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

◆ *Si fume la pipe (poser également aux ex-fumeurs)*

Q129. Combien de pipes fumez-vous (fumiez-vous), en moyenne ?

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de pipes.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

◆ *Si chique du tabac (poser également aux ex-fumeurs)*

Q130. Combien de fois chiquez-vous (chiquiez-vous) du tabac, en moyenne ?

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de tabac à chiquer.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

◆ *Si fumeur ou ex-fumeur*

Q131. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous (fumiez-vous) votre première cigarette ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Dans les 5 premières minutes
- 2 Entre 6 et 30 minutes
- 3 Entre 31 et 60 minutes
- 4 Après 60 minutes
- 5 Ne fume pas le matin
- 6 NSP

◆ *Si la personne ne fume pas mais déclare avoir fumé au cours de sa vie*

Q132. Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

- 1 Jours
- 2 Mois
- 3 Années
- 4 NSP

◆ *Si fumeur*

Q133. Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q134. Avez-vous un projet précis d'arrêter de fumer ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q135. Avez-vous le projet d'arrêter...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Dans le mois à venir
- 2 Dans les six prochains mois
- 3 Dans les douze prochains mois
- 4 Dans un avenir non déterminé
- 5 NSP

◆ Si la personne déclare avoir envie de s'arrêter de fumer

Q136. Envisagez-vous d'arrêter de fumer seul ou avec l'aide d'un médecin ?

- 1 Seul
- 2 Avec l'aide d'un médecin
- 3 Avec l'aide de quelqu'un d'autre
- 4 NSP

◆ Si la personne déclare avoir envie de s'arrêter de fumer

Q137. Comment envisagez-vous d'arrêter de fumer ?

★ Enquêteur : énumérer – plusieurs réponses possibles.

- 1 Arrêt volontaire radical
- 2 Arrêt volontaire par réduction progressive de la consommation
- 3 Psychothérapie ou soutien psychologique
- 4 Acupuncture
- 5 Auriculothérapie
- 6 Gomme à mâcher
- 7 Patch antitabac
- 8 Zyban®
- 9 Autres traitements (préciser)
- 10 Autres (préciser)
- 11 NSP

◆ Si fumeur (cigarettes, roulées, cigarillos, cigares, pipes, tabac à chiquer)

Q138. Avez-vous déjà arrêté de fumer au moins une semaine ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui Q138

Q139. Combien de fois en tout ? (tentative d'au moins une semaine)

★ Enquêteur : essayer d'obtenir un nombre approximatif. Si NSP : coder 99.
...fois

◆ Si fumeur et tentative d'arrêt

Q140. Combien de temps a duré la tentative la plus longue ?

★ Enquêteur : ne pas compter la tentative qui aurait lieu au moment de l'interview.

- 1 Jours
- 2 Mois
- 3 Années
- 4 NSP

◆ Si fumeur ou déjà essayé

Q141. À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

...ans

◆ Si NSP à la question précédente

Q142. Était-ce plutôt... ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 NSP

◆ Si fumeur régulier ou ancien fumeur régulier pendant au moins six mois (régulier = au moins trente par mois)

Q143. À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?

★ Enquêteur : si ne sait pas coder 99. Si jamais coder 98.

...ans

◆ Si NSP à la question précédente

Q144. Était-ce plutôt... ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 NSP

◆ Si ancien fumeur ou fumeur ayant arrêté au moins une semaine

Q145. Quelles sont les principales raisons qui vous ont poussé à arrêter de fumer ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles.

- 1 Naissance d'un enfant/une grossesse
- 2 Peur de tomber malade
- 3 Campagnes de lutte contre le tabagisme
- 4 Famille
- 5 Entourage autre que familial (amis, collègues)
- 6 Interdiction de fumer dans certains endroits
- 7 Prix des cigarettes
- 8 Événement de votre vie particulier (décès, séparation, voyage)

- 9 Avoir déjà une maladie ou problème de santé lié au tabac
- 10 Avoir déjà une maladie ou problème de santé non lié au tabac
- 11 Proche ou ami atteint d'une maladie due au tabac
- 12 Se défaire de la dépendance
- 13 Avoir une bonne condition physique
- 14 Prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé
- 15 Éviter de gêner un proche ou son conjoint
- 16 Lassitude
- 17 Saturation générale à l'égard du tabac (image sociale, enfant)
- 18 Odeur du tabac
- 19 Autres (préciser)
- 20 Aucune raison particulière
- 21 NSP

◆ *Si fumeur*

Q146. Vous arrive-t-il de fumer dans les zones non-fumeurs, je dis bien les zones non-fumeurs ?

★ Enquêteur : énumérer – répéter « les zones non-fumeurs » une fois sur deux.

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Non concerné
 - 4 NSP
- ◆ *(Si la personne travaille)*
- Sur votre lieu de travail ?
 - ◆ *(Si la personne est lycéenne, étudiante, à l'école)*
 - À l'école, au lycée, à l'université ?
 - Dans les trains ?
 - Dans les autres transports ?
 - Dans les restaurants ?
 - Dans les bars, les cafés ?
 - Dans les lieux publics couverts en général (*gare, aéroport, La Poste*) ?
 - Dans les hôpitaux ?

Q147. Est-ce que la fumée des autres vous gêne ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, beaucoup
- 2 Oui, un peu
- 3 Non, pas du tout
- 4 NSP

Q148. Y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre domicile ?

★ Enquêteur : aux fumeurs « vous y compris ».

- 1 Oui régulièrement
- 2 Oui de temps en temps
- 3 Non rarement
- 4 Non jamais
- 5 NSP

Q149. Estimez-vous que les zones non-fumeurs sont bien respectées ?

★ Enquêteur : énumérer – répéter « zones non-fumeurs » une fois sur deux.

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Non concerné
 - 4 NSP
- ◆ *(Si la personne travaille)*
- Sur votre lieu de travail ?
 - ◆ *(Si la personne est lycéenne, étudiante, à l'école)*
 - À l'école, au lycée, à l'université ?
 - Dans les trains ?
 - Dans les autres transports ?
 - Dans les restaurants ?
 - Dans les bars, les cafés ?
 - Dans les lieux publics couverts en général (*gare, aéroport, La Poste*) ?
 - Dans les hôpitaux ?

Q150. Voici des opinions que l'on peut entendre à propos du tabac. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

- 1 Les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue
- 2 Les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent
- 3 Fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe
- 4 Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac
- 5 À l'heure actuelle, on est moins bien accepté quand on est fumeur
- 6 Il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs

Alcool

Passons à un autre sujet.

Q151. Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type alcool ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si non ou NSP à la question précédente*

Q152. Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Pour ceux ayant déjà bu une boisson alcoolisée ou peu alcoolisée (Audit C 1/3)

Q153. Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu :

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tous les jours
- 2 Quatre fois par semaine ou plus
- 3 Deux ou trois fois par semaine
- 4 Une fois par semaine
- 5 Deux à quatre fois par mois
- 6 Une fois par mois ou moins souvent
- 7 Jamais
- 8 NSP
- Du vin (blanc, rosé, rouge)
- De la bière
- Des alcools forts (vodka, pastis, whisky ou whisky coca, planteur, punch, etc.)
- D'autres alcools comme du cidre, champagne, porto, etc.

◆ Pour ceux ayant bu une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois (Audit C 2/3)

Q154. Au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type alcool ?

- 1 1 ou 2 verres
- 2 3 ou 4
- 3 5 ou 6
- 4 7 à 9
- 5 10 et plus
- 8 NSP

Parlons maintenant des différents types d'alcool.

◆ Pour ceux qui boivent de l'alcool, quel que soit le type d'alcool (de tous les jours à moins souvent)

Q155. Au cours des sept derniers jours, avez-vous bu de l'alcool que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type alcool ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tous les jours
- 2 3 à 6 jours sur les sept derniers jours
- 3 1 à 2 jours sur les sept derniers jours
- 4 Non
- 5 NSP

◆ Pour ceux qui boivent l'alcool considéré (de tous les jours à moins souvent)

Q156. Au cours des sept derniers jours, avez-vous bu :

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tous les jours
- 2 3 à 6 jours sur les sept derniers jours
- 3 1 à 2 jours sur les sept derniers jours

4 Non

5 NSP

- Du vin ? (blanc, rosé, rouge)
- De la bière ?
- Des alcools forts ? (vodka, pastis, whisky ou whisky coca, planteur, punch, etc.)
- D'autres boissons alcoolisées ? (cidre, champagne, porto, etc.)

◆ Pour ceux ayant bu l'alcool considéré (de 1 à 6 jours dans la semaine)

Q157. En avez-vous bu exclusivement le week-end, c'est-à-dire vendredi soir, samedi ou dimanche ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- Du vin (blanc, rosé, rouge)
- De la bière
- Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch, etc.)
- D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto, etc.)

◆ Pour ceux ayant déjà bu une boisson alcoolisée ou peu alcoolisée

Q158. En dehors d'aujourd'hui, quel est le dernier jour pendant lequel vous avez bu de l'alcool ?

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi
- Samedi
- Dimanche

Q159. Combien de verres d'alcool avez-vous bu ce jour-là ?

...verres

◆ Pour ceux ayant bu de la bière au cours des sept derniers jours

Q160. Combien de cannettes de bière de 33 cl ?

...cannettes

◆ Pour ceux ayant bu de la bière au cours des sept derniers jours

Q161. Combien de cannettes de bière de 50 cl ?

...cannettes

◆ Pour ceux ayant bu l'alcool considéré (de 1 à 6 jours dans la semaine)

Q162. Samedi dernier, combien de verre avez-vous bu....

- 1 De vin (blanc, rosé, rouge)
- 2 De la bière

- 3 Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch, etc.)
- 4 D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto, etc.)

Q163. À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion ? (Audit C 3/3)

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque

Une personne sur deux de l'échantillon a répondu au questionnaire Deta.

Deta (Q164 à Q167)

Q164. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q165. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

★ Enquêteur : il s'agit d'une consommation élevée.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q166. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q167. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q168. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été ivre ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui à Q168

Q169. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre ?

★ Enquêteur : si ne sait pas coder 999, si tous les jours coder 365.
...fois

Q170. À quel âge avez-vous été ivre pour la première fois au cours de votre vie ?

...ans

◆ Si NSP

Q171. Était-ce.... ?

- 1 avant 11 ans
- 2 à 12-13 ans
- 3 à 14-15 ans
- 4 à 16-17 ans
- 5 à 18-19 ans
- 6 à 20-25 ans
- 7 à 26-34 ans
- 8 plus tard

Q172. Savez-vous ce qu'est un prémix (ou alcopop) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui à Q172

Q173. En consommez-vous ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si non à Q172

Q174. Il s'agit de nouvelles boissons alcoolisées aromatisées sucrées. En consommez-vous ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q175. Connaissez-vous l'avertissement « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé. Consommez avec modération » ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q176. Le trouvez-vous....

- Très efficace
 - Plutôt efficace
 - Plutôt pas efficace
 - Pas du tout efficace
- ...pour inciter les consommateurs d'alcool à réduire leur consommation ?

Santé mentale

- ◆ Deux tiers de l'échantillon ont répondu au questionnaire Cidi SF (15 ans et plus uniquement).

Je vais maintenant vous poser des questions sur la façon dont moralement vous vous sentez.

Cidi SF

- Q177. Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu une période d'au moins un mois où vous étiez très soucieux, tendu ou anxieux la plupart du temps ?**

1 Oui
2 Non

- Q178. Dans une situation donnée, tout le monde ne s'inquiète pas de la même manière. Durant les douze derniers mois, avez-vous eu le sentiment de vous faire plus de soucis que la plupart des gens dans la même situation ?**

1 Oui
2 Non

◆ Si oui à Q177 ou Q178, poser Q179 à Q181

- Q179. Cette période est-elle terminée ou est-elle encore en cours ?**

1 Terminé
2 Encore en cours

- Q180. Au cours de votre vie, avez-vous eu une période d'au moins quatre jours où vous étiez heureux(se) ou excité(e) ? Si oui, était-ce à tel point que cela vous a causé des ennuis, que votre famille ou vos amis se sont inquiétés, ou qu'un médecin vous a dit que vous traversiez une phase d'excitation ou de manie ?**

1 Oui
2 Non

- Q181. Avez-vous eu une période d'au moins quatre jours où vous étiez particulièrement irritable au point de protester contre tout, de chercher querelle, d'insulter ou de frapper quelqu'un ?**

1 Oui
2 Non

◆ À tout le monde

- Q182. Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives**

pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

1 Oui
2 Non

◆ Si la personne dit spontanément qu'elle est sous antidépresseur, aller en Q221.

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses.

◆ Si oui à la question précédente

- Q183. Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé, sans espoir durait généralement :**

1 Toute la journée
2 Pratiquement toute la journée
3 Environ la moitié de la journée
4 Moins de la moitié

- Q184. (Pendant ces deux semaines), ce sentiment arrivait-il ?**

1 Chaque jour
2 Presque chaque jour
3 Moins souvent

- Q185. Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?**

1 Oui
2 Non

- Q186. (Pendant ces deux semaines), vous sentiez-vous épuisée(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?**

1 Oui
2 Non

- Q187. (Pendant cette même période), avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir, ou votre poids est-il resté stable ?**

1 Vous avez pris du poids
2 Vous avez perdu du poids
3 Votre poids n'a pas changé

- Q188. Combien avez-vous pris de kilos ?**

- Q189. Combien avez-vous perdu de kilos ?**

- Q190. Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?**

1 Oui
2 Non

Q191. **(Pendant ces deux semaines), cela arrivait-il :**

- 1 Chaque nuit
- 2 Presque chaque nuit
- 3 Moins souvent

Q192. **Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q193. **Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q194. **Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q195. **Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines pendant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?**

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si la personne dit spontanément qu'elle était sous antidépresseurs, aller en Q221.*

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où la perte d'intérêt pour tout était la plus intense.

Q196. **Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?**

- 1 Toute la journée
- 2 Pratiquement toute la journée
- 3 Environ la moitié de la journée
- 4 Moins de la moitié

Q197. **Pendant ces deux semaines), ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?**

- 1 Chaque jour
- 2 Presque chaque jour
- 3 Moins souvent

Q198. **Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q199. **Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?**

- 1 Vous avez pris du poids
- 2 Vous avez perdu du poids
- 3 Non, votre poids n'a pas changé

Q200. **Combien avez-vous pris ou perdu de kilos ?**

Q201. **(Pendant ces deux semaines), avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q202. **Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :**

- 1 Chaque nuit
- 2 Presque chaque nuit
- 3 Moins souvent

Q203. **Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q204. **Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q205. **Pendant ces deux semaines avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Trouble dépressif majeur, récurrent et chronique

◆ *Uniquement pour les personnes ayant connu un épisode dépressif majeur*

Q206. **Au cours des douze derniers mois, vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt pendant au moins deux semaines consécutives ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q207. Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?

- 1 Oui
2 Non

◆ Si oui

Q208. À combien de temps remonte le début de cette période où vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt ?

★ Enquêteur : si réponse en années, faire la conversion en mois.

Il y a... mois

◆ Si non

Q209. Combien de temps a duré cette période où vous vous êtes senti triste, déprimé, sans intérêt ?

★ Enquêteur : si réponse en années, faire la conversion en mois.

...mois

Q210. Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré au moins 2 semaines où vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt ?

- 1 Oui
2 Non

◆ Si oui

Q211. Combien de périodes ayant duré au moins deux semaines avez-vous vécu ?

...périodes (au cours des deux dernières années)
...périodes (au cours de votre vie entière)

Q212. Avant que vous ne vous sentiez triste, déprimé ou sans intérêt cette fois-ci, vous être vous senti(e) bien pendant au moins deux mois ?

- 1 Oui
2 Non

Souffrance psychologique et incapacités associées

◆ Si la personne a connu une période dépressive

Q213. Au cours des douze derniers mois, vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans espoir ou vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses pendant au moins deux semaines consécutives.

- 1 Oui
2 Non

Q214. Quand vous avez (aviez) ces problèmes,

est-ce que vous éprouvez (éprouviez) une souffrance psychologique importante ?

- 1 Oui
2 Non

Q215. Quand vous avez (aviez) ces problèmes, avez (aviez)-vous le sentiment d'être malade ?

- 1 Oui
2 Non

Q216. Quand vous avez (aviez) ces problèmes, est-ce que vos activités habituelles sont (ont été) perturbées ?

- 1 Oui
2 Non

Q217. Dans quelle mesure ?

- 1 Beaucoup
2 Moyennement
3 Un petit peu

Q218. Ces problèmes vous gênent-ils (vous ont-ils gêné) dans vos relations avec les autres ?

- 1 Oui
2 Non

Q219. Avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

- 1 Oui
2 Non

◆ Si oui

Q220. Combien de jours avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

...jours

◆ Si 15 ans et plus

Q221. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ?

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

◆ Si oui

Q222. En avez-vous parlé à quelqu'un ?

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

◆ Si oui

Q223. À qui en avez-vous parlé ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
– plusieurs réponses possibles

- 1 À un organisme d'écoute téléphonique
2 À une association d'aide

- 3 À mon père
- 4 À ma mère
- 5 À mon beau-père
- 6 À ma belle-mère
- 7 À un frère, demi-frère
- 8 À une sœur, demi-sœur
- 9 À mon compagnon/conjoint
- 10 À un de mes enfants
- 11 À un (des) ami(es) du même sexe
- 12 À un (des) ami(es) de sexe opposé
- 13 À mon patron, un collègue de travail
- 14 À un instituteur, professeur, conseiller d'éducation
- 15 À mon médecin
- 16 À un psychiatre, psychologue, psychothérapeute
- 17 À un autre professionnel de santé
- 18 À quelqu'un d'autre (préciser)
- 19 NSP - ne veut pas dire

◆ *Uniquement pour les 15 ans et plus*

Q224. Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q225. Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

★ Enquêteur : noter en clair. Si NSP : coder 99.

Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de la dernière fois que vous avez fait une tentative de suicide.

Q226. C'était quand ?

★ Enquêteur : noter le mois et les deux derniers chiffres de l'année.

- 1 Mois :
- 2 Année :

Q227. Êtes-vous allé à l'hôpital ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q228. Avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » après votre tentative de suicide ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q229. En avez-vous parlé à une autre personne qu'un médecin ou un « psy » ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Prise en charge pour raison de santé mentale

Q230. Au cours de douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre, un groupe, une ligne téléphonique, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q231. ...Et pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si oui*

Q232. Lequel ou lesquels ?

- 1 Un centre médico-psychologique (CMP)
- 2 Les urgences d'un hôpital
- 3 Au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique
- 4 Un centre de jour ou un hôpital de jour
- 5 Les services d'un centre de crise
- 6 Un groupe d'entraide
- 7 Une association
- 8 Une ligne téléphonique d'aide ou d'écoute
- 9 Un autre organisme
- 10 Un site Internet
- 11 NSP

Q233. Au cours de douze derniers mois, avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, psy, thérapeute, infirmière, assistante sociale, religieux, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q234. (Au cours de douze derniers mois, avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, psy, thérapeute, infirmière, assistante sociale, religieux, etc.) pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si oui

Q235. **Lequel ou lesquels ?**

- 1 Un médecin généraliste ou un médecin de famille
- 2 Un psychiatre
- 3 Un autre médecin spécialiste
- 4 Un psychologue
- 5 Un « psy » dont vous ne savez pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute
- 6 Un(e) infirmier(e)
- 7 Un kinésithérapeute
- 8 Un autre professionnel de santé
- 9 Un travailleur social c'est-à-dire éducateur, assistante sociale...
- 10 Quelqu'un qui pratique la médecine douce par les plantes, homéopathie, acupuncture...
- 11 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle tels que guérisseur, rebouteux...
- 12 Un religieux
- 13 Un thérapeute non mentionné ci-dessus
- 14 NSP

Q236. Au cours des douze derniers mois, vous avez demandé de l'aide pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportements. Quel type d'aide avez-vous reçu ?

- 1 Psychothérapie
- 2 Médicaments
- 3 Soutien psychologique
- 4 Informations-éducation thérapeutique sur la maladie, les traitements...
- 5 Exercices de relaxation, méditation
- 6 Massage, manipulation corporelle
- 7 Médecines douces (plantes, homéopathie, acupuncture, médecine énergétique, etc.)
- 8 Millepertuis
- 9 Pratiques ésotériques (voyance, astrologie, travail sur les énergies, etc.)
- 10 Pratiques traditionnelles, rituels
- 11 Pratiques religieuses (prières, etc.)
- 12 Prise en charge socio-éducative
- 13 Cure de sevrage
- 14 Electrochocs
- 15 Photothérapie
- 16 Autre type d'aide
- 17 Aucune aide
- 18 NSP

Q237. Avec cette (ces) aide(s), ces problèmes ont-ils diminué ?

- 1 Non
- 2 Oui, ils ont diminué
- 3 Oui, ils ont disparu

◆ Si oui

Q238. Parmi ces aides, quelle est celle qui vous a le plus aidé ?

★ Enquêteur : parmi les aides citées en Q236.

Sexualité, contraception

Passons à un autre sujet.

◆ Si la personne est âgée de 12 à 18 ans ou est célibataire, veuve, divorcée ou séparée

Q239. Avez-vous actuellement un petit ami/une petite amie ou un/une partenaire ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si 15 ans ou plus

Q240. Au cours de votre vie avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

★ Enquêteur : il s'agit de rapports sexuels désirés.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Uniquement pour les personnes de 19 ans et moins ayant déjà eu un rapport sexuel

Q241. Y a-t-il eu pénétration ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si la personne a déjà eu un rapport sexuel

Q242. Quel était votre âge lors votre premier rapport sexuel ?

★ Enquêteur : il s'agit de rapports sexuels avec consentement, si NSP : coder 99. ...ans

Q243. Quel était l'âge de votre premier partenaire ?

...ans

Q244. Est-ce que vous avez utilisé un moyen pour éviter de tomber enceinte lors de ce premier rapport sexuel ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q245. Est-ce que vous avez utilisé un préservatif lors de ce premier rapport sexuel ?

- 1 Oui

- 2 Non
3 NSP
-
- Q246. Avez-vous eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois ?**
- 1 Oui
2 Non
3 NSP
- ◆ *Si oui*
-
- Q247. Au cours des douze derniers mois, combien de partenaires avez-vous eu ?**
...Partenaires
-
- Q248. Au cours de la dernière année, lorsque vous avez eu des relations sexuelles, était-ce...**
- 1 Toujours avec un/des homme(s) ?
2 Toujours avec une/des femme(s) ?
3 Plus souvent avec un/des homme(s) ?
4 Plus souvent avec une/des femme(s) ?
-
- Q249. Au cours des douze derniers mois, avez-vous effectué un test de dépistage du sida ?**
- 1 Oui
2 Non
3 NSP
-
- Q250. Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite C ?**
- 1 Oui
2 Non
3 NSP
-
- Q251. Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu une maladie qui se transmet par voie sexuelle ?**
- 1 Oui
2 Non
3 NSP
- ◆ *Si oui*
-
- Q252. De quelle maladie s'agissait-il la dernière fois ?**
- 1 Chlamydia
2 Gonocoque/chaude-pisse
3 Trichomonas
4 Mycoplasme
5 Syphilis
6 Herpès
7 Condylome, crête-de-coq
8 Hépatite virale B
9 Sida/VIH
10 Autre
11 Ne sait plus le nom
12 Non-réponse

- Q253. Cette maladie s'est-elle produite dans les douze derniers mois ?**
- 1 Oui
2 Non
3 NSP
- ◆ *Pour les hommes et les femmes de moins de 55 ans*
-
- Q254. Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels ?**
- ★ Enquêteur : il est important de bien lire toutes les réponses.
- 1 Oui
2 Ça dépend des fois
3 Non
3 Ménopause
4 NSP
- ◆ *Si la personne fait quelque chose pour éviter d'être enceinte*
-
- Q255. Pouvez-vous me dire quelles sont les méthodes que vous utilisez actuellement ?**
- ★ Enquêteur : ne rien suggérer
– plusieurs réponses possibles et pas de relance sur les NSP.
- 1 Préservatif masculin
2 Préservatif féminin
3 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
4 Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse
5 Méthode Ogino, méthode des températures
6 Autres méthodes naturelles : Billing, Glaire
7 Pilule
8 Stérilet
9 Diaphragme
10 Crèmes spermicides, ovules, éponges
11 Contraception d'urgence (pilule du lendemain)
12 Ligature des trompes, stérilisation
13 Autres (préciser)
14 NSP
-
- Q256. Depuis quand utilisez-vous cette/ces méthode(s) ? (Pour chaque méthode utilisée en Q255)**
- 1 Moins d'1 mois
2 De 1 à mois de 6 mois
3 De 6 à mois de 12 mois
4 De 1 à 5 ans
5 Plus de 5 ans
6 NSP

◆ Si la personne ne fait rien pour éviter une grossesse

Q257. Pour quelle raison ne faites-vous rien pour éviter une grossesse ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Vous n'avez pas de rapports sexuels ou pas de partenaire actuellement
- 2 Vous êtes enceinte
- 3 Votre partenaire est enceinte
- 4 Vous et/ou votre partenaire souhaitez avoir un enfant
- 5 Vous/votre partenaire est ménopausée
- 6 Vous ne pouvez pas ou plus avoir d'enfant
- 7 Votre partenaire ne peut pas avoir d'enfant
- 8 Vous évitez les rapports les jours les plus à risque de grossesse
- 9 La contraception est quelque chose qui ne vous préoccupe pas vraiment
- 10 Vous avez des rapports sexuellement uniquement avec des hommes
- 11 Vous avez des rapports sexuellement uniquement avec des femmes
- 12 Autres (préciser)
- 13 NSP

Q258. Est-ce que vous/votre partenaire avez déjà pris la contraception d'urgence (pilule du lendemain : c'est-à-dire une pilule qu'on prend après un rapport sexuel pour ne pas tomber enceinte) ?

★ Enquêteur : lire les réponses.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas ce que c'est
- 4 NSP

◆ Si oui

Q259. Pouvez-vous me dire combien de fois vous l'avez prise au cours de votre vie ?

Q260. Et pouvez-vous me dire combien de fois vous l'avez prise dans les douze derniers mois ?

Q261. Savez-vous combien de temps après un rapport non protégé il faut prendre la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si oui

Q262. Au maximum combien de temps après ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Moins de 24 heures
- 2 24 heures
- 3 25 à 47 heures

- 4 48 heures
- 5 49 à 71 heures
- 6 72 heures
- 7 Plus de 72 heures
- 8 NSP

Q263. À votre avis, a-t-on besoin d'une ordonnance pour acheter la contraception d'urgence ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Oui
- 2 Non pas forcément
- 3 NSP

◆ Si la personne a déjà pris la pilule du lendemain

Q264. La dernière fois, que vous avez VOUS ou votre partenaire pris la contraception d'urgence (pilule du lendemain), était-ce à la suite...

★ Enquêteur : lire les réponses.

- 1 D'un problème de pilule
- 2 D'un problème de préservatif
- 3 D'un rapport sans contraception
- 4 D'une erreur dans les dates
- 5 Le partenaire s'est retiré trop tard
- 4 Pour une autre raison

Q265. La dernière fois que vous ou votre partenaire avez pris la pilule du lendemain, les rapports sexuels ont-ils été protégés jusqu'aux règles suivantes ?

★ Enquêteur : lire les réponses.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Vous n'avez pas eu de rapports jusqu'aux règles suivantes
- 4 NSP

Q266. La dernière fois, avez-vous ou votre partenaire utilisé un moyen pour éviter d'être enceinte dans le mois après la prise de contraception d'urgence ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q267. Quels moyens ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles et pas de relance sur les NSP.

- 1 Préservatif masculin
- 2 Préservatif féminin
- 3 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
- 4 Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque
- 5 Méthode Ogino, méthode des températures

- 6 Autres méthodes naturelles : Billing, Glaire
- 7 Pilule
- 8 Stérilet
- 9 Diaphragme
- 10 Crèmes spermicides, ovules, éponges
- 11 Contraception d'urgence = pilule du lendemain
- 12 Ligature des trompes, stérilisation
- 13 Autres (préciser)
- 14 NSP

◆ Si non à la Q266

Q268. Y a-t-il une raison particulière ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Pas de rapports sexuels
- 2 Rapports sexuels occasionnels
- 3 Pas préoccupé par la contraception
- 4 Ne savait pas où aller pour avoir une contraception
- 5 La contraception coûte trop chère
- 6 Autres raisons
- 7 NSP

Q269. La dernière fois, comment avez-vous eu (ou votre partenaire) cette contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Votre médecin vous a fait une ordonnance
- 2 Un autre médecin vous a fait une ordonnance
- 3 Directement en pharmacie
- 4 Vous l'avez eu au planning familial
- 5 C'est une infirmière scolaire qui vous l'a donnée
- 6 Vous aviez déjà la contraception d'urgence, pilule du lendemain chez vous
- 7 Autre
- 8 Ne sait plus
- 9 Ne veut pas dire

Q270. La dernière fois, au moment où on vous a donné la contraception d'urgence (pilule du lendemain)

■ Vous a-t-on informé sur la contraception d'urgence ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

■ Vous a-t-on conseillé de protéger vos rapports jusqu'aux règles suivantes ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

■ Vous a-t-on informé sur les risques de maladies sexuellement transmissibles ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

■ Vous a-t-on conseillé de consulter un médecin pour la contraception ?

- 1 Oui

- 2 Non
- 3 NSP

Q271. Avez-vous vous ou votre partenaire déjà été enceinte malgré la prise de contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q272. Était-ce dans les douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q273. Vous est-il déjà arrivé de souhaiter utiliser la contraception d'urgence (pilule du lendemain) et finalement d'y renoncer ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non jamais
- 2 Oui, car elle était trop chère
- 3 Oui, car je n'osais pas la demander
- 4 Oui, car je ne savais pas où aller pour l'acheter
- 5 Oui, pour d'autres raisons

Q274. Au cours de votre vie, avez-vous eu ou une de vos partenaires une interruption volontaire de grossesse (IVG), que ce soit en prenant du RU ou en ayant une intervention médicale ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Non-réponse
- 4 NSP

◆ Si oui

Q275. La dernière fois que vous avez eu une IVG, utilisiez-vous à ce moment-là un moyen pour éviter de tomber enceinte ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q276. Avant cette IVG, quels moyens utilisiez-vous ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
– plusieurs réponses possibles et pas de relance sur les NSP.

- 1 Préservatif masculin
- 2 Préservatif féminin
- 3 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
- 4 Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque
- 5 Méthode Ogino, méthode des températures
- 6 Autres méthodes naturelles : Billing, Glaire

- 7 Pilule
- 8 Stérilet
- 9 Diaphragme
- 10 Crèmes spermicides, ovules, éponges
- 11 Contraception d'urgence (*pilule du lendemain*)
- 12 Ligature des trompes, stérilisation
- 13 Autres (préciser)
- 14 NSP

Q277. Depuis combien de temps utilisiez-vous cette méthode de contraception ?

- 1 Moins d'1 mois
- 2 1 à moins de 6 mois
- 3 6 à moins de 12 mois
- 4 1 à 5 ans
- 5 Plus de 5 ans
- 6 NSP

Q278. À votre avis pourquoi êtes-vous tombée enceinte ?

- 1 Oubli de pilule
- 2 Problème de préservatif
- 3 Pas de contraception cette fois-là
- 4 Erreur dans les dates
- 5 Le partenaire s'est retiré trop tard
- 6 Problème avec le stérilet
- 7 Autres raisons (préciser)

Violences

Passons à un autre sujet.

Q279. Au cours des douze derniers mois, avez-vous été frappé(e) ou blessé(e) physiquement par quelqu'un ou par un groupe de personnes ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, une fois
- 3 Oui, deux fois
- 4 Oui, trois fois et plus
- 5 NSP

◆ Si oui

Q280. La dernière fois était-ce par... ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Une seule personne
- 2 Un groupe de personnes
- 3 NSP

Q281. La dernière fois, avec quoi avez-vous été frappé(e) ou blessé(e) ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
– plusieurs réponses possibles.

- 1 Avec les mains
- 2 Avec les pieds

- 3 Avec la tête
- 4 Avec une arme à feu
- 5 Avec une arme blanche
- 6 Avec un objet
- 7 Avec un animal (*par exemple : un pitbull*)
- 8 Autre (préciser)
- 9 NSP

Q282. Au cours des douze derniers mois, seul(e) ou en groupe, avez-vous frappé ou blessé physiquement quelqu'un ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, une fois
- 3 Oui, deux fois
- 4 Oui, trois fois et plus
- 5 NSP

◆ Si 15 ans et plus

Q283. Au cours de votre vie, avez-vous subi des rapports sexuels forcés ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Non, mais a d'abord dit « Oui »
- 4 NSP

◆ Si oui

Q284. Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

★ Enquêteur : si NSP : coder 99.

...fois

Q285. Quel âge aviez-vous la première fois/lorsque cela s'est passé ?

★ Enquêteur : si NSP : coder 99

...ans

Q286. La dernière fois, étaient-ce des attouchements, une tentative de rapport forcé ou un rapport forcé ?

- 1 Des attouchements
- 2 Une tentative de rapport forcé
- 3 Un rapport forcé
- 4 NSP

Produits illicites

Nous allons maintenant aborder un autre sujet. (Je vous rappelle que vos réponses resteront totalement anonymes.)

Q287. Vous a-t-on déjà proposé du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si moins de 65 ans*

Q288. Pensez-vous qu'il vous serait difficile ou facile d'obtenir du cannabis en vingt-quatre heures, si vous en vouliez ?

- 1 Impossible
- 2 Très difficile
- 3 Assez difficile
- 4 Assez facile
- 5 Très facile
- 6 NSP
- 7 Ne veut pas dire

Q289. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si non*

Q290. En avez-vous déjà consommé, même pour y goûter ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si la personne en a déjà consommé au cours de sa vie*

Q291. L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si oui*

Q292. Combien de fois au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de fois.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)

- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 NSP

Q293. Au cours des trente derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q294. À quel âge avez-vous fumé du cannabis pour la première fois ?

★ Enquêteur : bien relancer, mais si une fourchette est donnée, prendre le plus petit âge : lorsque 10-12 ans est cité prendre 10 ans.

- 1 ... ans
- 2 NSP
- 3 Ne veut pas dire

Je vais maintenant vous poser quelques questions rapides concernant votre consommation d'autres produits. Ces produits sont au nombre de neuf, mais les questions sont très simples et rapides. La série de questions suivante porte sur :

- les champignons hallucinogènes
- le poppers
- les produits à inhaler (colles, solvants)
- l'ecstasy
- les amphétamines
- le LSD
- le crack
- la cocaïne
- l'héroïne

Q295. Au cours de votre vie, vous a-t-on déjà proposé du... ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

Q296. En avez-vous déjà consommé ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ *Si oui*

Q297. L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- 4 Ne veut pas dire

◆ Si oui

Q298. L'avez-vous fait au cours des trente derniers jours ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q299. À quel âge avez-vous pris du... pour la première fois ?

★ Enquêteur : bien relancer, mais si une fourchette est donnée, prendre le plus petit âge : lorsque 10-12 ans est cité prendre 10 ans.

- 1 ... ans
- 2 NSP
- 3 Ne veut pas dire

Q300. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q301. Laquelle ou lesquelles ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Beuh -> Cannabis
- 2 Bedo -> Cannabis
- 3 Champignons hallucinogènes
- 4 Crack
- 5 DOB
- 6 GHB
- 7 Ice -> Amphétamines
- 8 Kétamine
- 9 Kif -> Cannabis
- 10 MDMA -> Ecstasy
- 11 Morphine
- 12 Opium
- 13 Teush -> Cannabis
- 14 Trichlo -> Produits à inhaler
- 15 Autres : préciser
- 16 NSP

Pour finir, je vais vous poser quelques questions concernant votre consommation de cannabis.

◆ Si la personne a consommé du cannabis au cours des trente derniers jours

Q302. Combien de fois au cours des trente derniers jours avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit ?)

- 1 Nombre de fois :
- 2 Tous les jours
- 3 NSP

Q303. En avez-vous consommé au cours des sept derniers jours ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q304. En dehors d'aujourd'hui, quel est le dernier jour pendant lequel vous avez consommé du cannabis ?

- 1 Lundi
- 2 Mardi
- 3 Mercredi
- 4 Jeudi
- 5 Vendredi
- 6 Samedi
- 7 Dimanche

Q305. Et combien de joints avez-vous consommés ce jour-là ?

- 1 Moins de un joint
- 2 Un joint
- 3 Deux joints
- 4 Trois joints
- 5 Quatre joints
- 6 Cinq joints ou plus
- 7 NSP

Q306. Au cours des douze derniers mois

■ Avez-vous fumé du cannabis le matin avant d'aller à l'école ou au travail ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

■ Avez-vous déjà fumé du cannabis en étant seul ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

■ Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit de réduire votre consommation de cannabis ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

■ Avez-vous trouvé qu'il est difficile de passer une journée sans joint ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

■ Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

■ Avez-vous ressenti des effets indésirables (bad trip, crise d'anxiété ou de paranoïa, hallucinations) à cause du cannabis ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps

- 4 Souvent
- Avez-vous conduit une voiture ou un deux-roues (moto, mobylette, scooter) après avoir fumé du cannabis ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

◆ Si la personne n'a pas consommé de cannabis au cours des douze derniers mois mais en a déjà fumé

Q307. Quand en avez-vous pris pour la dernière fois ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Moins de 2 ans
- 2 Entre 2 et 5 ans
- 3 Entre 6 et 10 ans
- 4 Plus de 10 ans
- 5 Ne se souvient plus

Q308. Pour quelle(s) raison(s) n'en avez-vous pas consommé au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Pas d'attirance, pas d'intérêt, pas besoin
- 2 Peur pour la santé
- 3 Risque de se faire prendre
- 4 Cela ne se fait pas dans mon milieu
- 5 Peur de la dépendance, des pertes de contrôle
- 6 Pression sociale, de la famille
- 7 Problème pour trouver du cannabis
- 8 Trop cher
- 9 Cela ne m'apporte plus de plaisir
- 10 Avoir du mal à s'endormir
- 11 Être fatigué
- 12 Avoir des angoisses
- 13 N'aime pas la fumée
- 14 N'aime pas les drogues en général
- 15 Parce que l'occasion ne s'est pas présentée sur cette période
- 16 Pas aimé la 1^{re} fois
- 17 Autre : préciser
- 18 NSP

Q309. La dernière fois que vous avez pris du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) que recherchiez-vous ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Pour y goûter
- 2 Par curiosité
- 3 Plaisir
- 4 Ivresse
- 5 Détente, bien-être, tranquillité
- 6 Complicité avec d'autres personnes
- 7 Convivialité
- 8 Pour rigoler, s'amuser

- 9 Oubli des problèmes
- 10 Défoncer, être déchiré
- 11 Soulager les douleurs
- 12 Soulager l'angoisse
- 13 Fonctionner mieux mentalement
- 14 Pour dormir
- 15 Pour le goût
- 16 Pour faire comme tout le monde, faire comme les autres
- 17 Pour essayer : pas de raison spéciale, c'était juste pour essayer
- 18 Autres : préciser
- 19 NSP

Q310. En général, lorsque vous fumez du cannabis, comment vous l'êtes vous procuré ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 On vous en a vendu
- 2 On vous en a offert
- 3 Vous le cultivez vous-même
- 4 NSP

Événements de vie

Q311. Au cours des douze derniers mois

- Avez-vous manqué d'énergie ou de motivation pour faire des choses habituelles ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

- Avez-vous eu des problèmes de mémoires ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

- Avez-vous eu des difficultés, des mauvais résultats (à l'école) ou (professionnels) ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

- Avez-vous eu des disputes sérieuses avec vos amis ou de gros problèmes d'argent ?

- 1 Non
- 2 Une ou deux fois
- 3 De temps en temps
- 4 Souvent

◆ Pour chaque réponse positive aux sous-questions précédentes

Q312. Était-ce lié à votre consommation de cannabis ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si 18 ans ou plus

Q313. D'une manière générale, votre famille avait-elle de gros problèmes d'argent durant votre jeunesse ?

- 1 Oui, souvent depuis ma naissance
- 2 Oui, à partir d'une certaine époque
- 3 Non, pas de problèmes particuliers mais votre famille n'était pas riche
- 4 Non, jamais ou presque

Q314. Avez-vous connu des événements familiaux avant d'avoir atteint 18 ans comme....?

- Séparation ou divorce de vos parents,
 - 1 Oui
 - 2 Non
- Maladies, handicaps ou accidents graves de votre père (y compris décès),
 - 1 Oui
 - 2 Non
- Maladies, handicaps ou accidents graves de votre mère (y compris décès),
 - 1 Oui
 - 2 Non
- Graves disputes ou mésententes entre vos parents,
 - 1 Oui
 - 2 Non
- Autre événement familial marquant (préciser)
 - 1 Oui
 - 2 Non

Q315. Durant votre jeunesse, y avait-il une personne que vous avez considérée plus particulièrement comme un modèle ?

★ Enquêteur : plusieurs réponses possibles.

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si oui

Q316. Laquelle ?

★ Enquêteur : ne pas citer.

- 1 Père
- 2 Mère
- 3 Autre membre de la famille
- 4 Copain/ami
- 5 Autre

Consommation de soins

Q317. Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps – au moins six mois – et qui

peut nécessiter des soins réguliers ? (par exemple : diabète, asthme, etc.)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q318. Laquelle ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles.

- 1 Asthme
- 2 Autre maladie respiratoire (bronchite chronique)
- 3 Cancer
- 4 Maladie cardiaque (angine de poitrine, infarctus)
- 5 Cholestérol
- 6 Diabète
- 7 Hypertension
- 8 Problèmes articulaires, rhumatismes
- 9 Migraine
- 10 Autre (Préciser)
- 11 NSP

◆ Uniquement pour les personnes ayant répondu au questionnaire santé mentale

Q319. Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc. ?

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

◆ Si oui

Q320. En avez-vous pris au cours des douze derniers mois ?

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

Q321. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà pris des antidépresseurs ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q322. Les(s) quel(s) ?

- 1 Deroxat®
- 2 Prozac®
- 3 Anafranil®
- 4 Laroxyl®
- 5 Seropram®
- 6 Divarius®
- 7 Floxyfral®
- 8 Athymil®

- 9 Autre, en clair
10 NSP
-
- Q323. En prenez-vous toujours actuellement ?**
1 Oui
2 Non
-
- Q324. Combien de temps en avez-vous pris ?**
...mois
-
- Q325. Depuis combien de temps en prenez-vous ?**
...mois
-
- Q326. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà pris des anxiolytiques ou des tranquillisants ?**
1 Oui
2 Non
3 NSP
◆ *Si oui*
-
- Q327. Les(s) quel(s) ?**
1 Temesta®
2 Valium®
3 Lexomil®
4 Xanax®
5 Buspar®
6 Autre en clair
7 NSP
-
- Q328. En prenez-vous toujours actuellement ?**
1 Oui
2 Non
-
- Q329. Combien de temps en avez-vous pris ?**
...mois
-
- Q330. Depuis combien de temps en prenez-vous ?**
...mois
-
- Q331. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà pris des stabilisants-régulateurs de l'humeur ?**
1 Oui
2 Non
3 NSP
◆ *Si oui*
-
- Q332. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà pris des somnifères ou des hypnotiques ?**
1 Oui
2 Non
3 NSP

- Q333. Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des neuroleptiques ?**
1 Oui
2 Non
3 NSP
◆ *Si oui*
-
- Q334. Les(s) quel(s) ? (en clair)**
-
- Q335. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?**
1 Non
2 Oui, une seule
3 Oui, plusieurs
◆ *Si oui*
-
- Q336. De quel type était cette psychothérapie ?**
★ Enquêteur : énumérer.
1 Cure psychanalytique
2 Psychothérapie d'orientation psychanalytique
3 Thérapie cognitive et/ou comportementale
4 Thérapie interpersonnelle
5 Thérapie familiale
6 Approche centrée sur la personne
7 Focusing
8 Gestalt
9 Sophrologie
10 Analyse transactionnelle
11 Programmation neuro-linguistique (PNL)
12 Hypnose
13 Rebirth
14 Autre
15 NSP
-
- Q337. Poursuivez-vous une psychothérapie encore actuellement ?**
1 Oui
2 Non
◆ *Si non*
-
- Q338. Combien de temps a-t-elle duré ?**
1 Moins d'un mois
2 Entre deux à six mois
3 Entre sept à onze mois
4 De un à deux ans
5 De trois à cinq ans
6 Plus de cinq ans
-
- Q339. Quelle était la fréquence des séances ?**
1 Moins d'une séance par mois
2 Une séance par mois
3 Une séance tous les quinze jours
4 Une séance par semaine
5 Deux séances par semaine
6 Plus de deux séances par semaine

◆ Si oui en Q337

Q340. Depuis combien de temps dure-t-elle ?

- 1 Moins d'un mois
- 2 Entre deux à six mois
- 3 Entre sept à onze mois
- 4 De un à deux ans
- 5 De trois à cinq ans
- 6 Plus de cinq ans

Q341. Quelle est la fréquence des séances ?

- 1 Moins d'une séance par mois
- 2 Une séance par mois
- 3 Une séance tous les quinze jours
- 4 Une séance par semaine
- 5 Deux séances par semaine
- 6 Plus de deux séances par semaine

Q342. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous consulté pour vous-même (êtes-vous allé voir)

★ Enquêteur : énumérer - si NSP : coder 99.

◆ (Si à l'école)

- 1 Un médecin scolaire ou une infirmière de santé scolaire
- 2 Un médecin généraliste
- 3 Un psychiatre ou psychologue
- 4 Un psychothérapeute (autre que psychiatre ou psychologue)
- 5 Un psychanalyste (autre que psychothérapeute, psychiatre ou psychologue)
- 6 Un gynécologue (pour les filles)
- 7 Un chirurgien-dentiste (dentiste) ou orthodontiste
- 8 Un kinésithérapeute (kiné) ou masseur
- 9 Un homéopathe
- ◆ (Si a consulté un homéopathe et a des enfants)
- 10 Un homéopathe pour un de vos enfants ?
- 11 Un acupuncteur ou mésothérapeute ou ostéopathe
- 12 Un autre médecin (par ex : dermatologue, pédiatre, allergologue, ophtalmologiste)

Q343. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un ou plusieurs médecins pour la contraception ?

- 1 Non
- 2 Oui, un gynécologue (obstétricien)
- 3 Oui, un généraliste
- 4 Oui, un autre spécialiste

◆ Si la personne fume et a consulté un généraliste au cours des douze derniers mois

Q344. Au cours de votre dernière visite, votre médecin généraliste a-t-il abordé avec vous la question du tabac ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, à votre initiative
- 2 Oui, à son initiative
- 3 Non
- 4 NSP

◆ Si oui

Q345. A-t-il utilisé un questionnaire pour cela ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q346. Au cours de votre dernière visite, votre médecin généraliste a-t-il abordé avec vous la question de votre consommation d'alcool ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, à votre initiative
- 2 Oui, à son initiative
- 3 Non
- 4 NSP

◆ Si oui

Q347. A-t-il utilisé un questionnaire pour cela ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Uniquement pour les femmes enceintes

Q348. Le médecin qui vous suit/qui vous a suivie durant votre grossesse vous a-t-il informée de l'impact éventuel de la consommation d'alcool/du tabac... ? :

- Sur la grossesse
- 1 Oui
- 2 Non
- Sur votre enfant
- 1 Oui
- 2 Non

Q349. Le médecin qui vous suit/qui vous a suivie durant votre grossesse a-t-il essayé d'évaluer les quantités et les circonstances de ces consommations ?

- 1 Oui, pour l'alcool
- 2 Oui, pour le tabac
- 3 Oui pour les deux
- 4 Non pour aucun des deux

◆ Uniquement pour les femmes âgées de 18 ans et plus

Q350. Avez-vous déjà passé une mammographie ? (radiographie des seins)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q351. La dernière fois, c'était il y a (ou en quelle année)... ?

- 1 Connaît la durée ou bien l'année
- 2 NSP mais la personne interrogée dit suivre les recommandations de son praticien ou être à jour dans ses examens
- 3 NSP

◆ *Si NSP*

Q352. Était-ce il y a... ?

- 1 Moins de deux ans
- 2 Entre deux et trois ans
- 3 Entre quatre et cinq ans
- 3 Plus de cinq ans
- 4 NSP

◆ *Uniquement pour les femmes de 50 ans et plus*

Q353. Vous avez passé cet examen...

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 Parce que vous avez reçu un courrier vous invitant à faire cet examen gratuitement
- 2 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 4 Autre (préciser)
- 5 NSP

◆ *Uniquement pour les femmes de 18-49 ans*

Q354. Vous avez passé cet examen...

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 2 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 3 Autre (préciser)
- 4 NSP

◆ *Si la personne l'a demandé à son médecin*

Q355. Vous l'avez demandé à votre médecin...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer du sein ?
- 2 Parce qu'une amie ou une collègue a eu un cancer du sein ?
- 3 Parce que vous avez été inquiétée par des symptômes ? (douleurs, grosseurs, etc.)
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 5 Parce que vous avez été sensibilisée par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article...
- 6 Parce qu'une personne de votre entourage vous a conseillé de le faire
- 7 Autre (préciser)

◆ *Si le médecin avait dit de le faire*

Q356. Votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer du sein ?
- 2 Parce que vous avez été inquiétée par des symptômes ? (douleurs, grosseurs, etc.)
- 3 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 4 Autre (préciser en clair)
- 5 NSP

Q357. Avez-vous reçu une prise en charge de votre examen (c'est-à-dire un formulaire vous assurant la gratuité de l'examen) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si la personne n'a jamais passé cet examen (ou cela fait longtemps)*

Q358. Vous n'avez jamais passé cet examen... (Vous n'avez pas passé cet examen depuis longtemps...)

- 1 Parce que vous n'en ressentiez pas le besoin
- 2 Parce que vous êtes trop jeune/ âgée pour être concernée
- 3 Parce que vous n'en avez pas pris le temps
- 4 Parce que c'est trop loin
- 5 Parce que c'est trop cher
- 6 Autre (préciser)

◆ *Uniquement pour les femmes de 18 ans et plus*

Q359. Avez-vous déjà fait un frottis du col de l'utérus (vaginal) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si oui*

Q360. La dernière fois, c'était il y a (ou en quelle année)... ?

- 1 Connaît la durée ou bien l'année,
- 2 NSP mais la personne interrogée dit suivre les recommandations de son praticien ou être à jour dans ses examens
- 3 NSP

◆ *Si NSP*

Q361. Était-ce il y a...

- 1 Moins de deux ans
- 2 Entre deux et moins de cinq ans
- 3 Plus de cinq ans
- 4 NSP

Q362. Vous avez passé cet examen...

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 2 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 3 Autre (préciser)
- 4 NSP

◆ Si la personne l'a demandé à son médecin

Q363. Vous l'avez demandé à votre médecin...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer de l'utérus ?
- 2 Parce qu'une amie ou une collègue a eu un cancer de l'utérus ?
- 3 Parce que vous avez été inquiétée par des symptômes ? (douleurs, saignements, etc.)
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 5 Parce que vous avez été sensibilisée par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article...
- 6 Parce qu'une personne de votre entourage vous a conseillé de le faire
- 7 Autre (préciser)

◆ Si le médecin avait dit de le faire

Q364. Votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer de l'utérus ?
- 2 Parce que vous avez été inquiétée par des symptômes ? (douleurs, saignements, etc.)
- 3 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 4 Autre (préciser)
- 5 NSP

◆ Si la personne n'a jamais passé cet examen (ou cela fait longtemps)

Q365. Vous n'avez jamais passé cet examen... (Vous n'avez pas passé cet examen depuis longtemps)

- 1 Parce que vous n'en ressentiez pas le besoin
- 2 Parce que vous êtes trop jeune/ âgée pour être concernée
- 3 Parce que vous n'en avez pas pris le temps
- 4 Parce que c'est trop loin
- 5 Parce que c'est trop cher
- 6 Autre (préciser)

◆ Uniquement pour les femmes et les hommes de 40 ans et plus

Q366. Avez-vous déjà passé un test recherchant du sang dans les selles tel que test HémocultII®, Hémocheck, Hemo-Fec...

- 1 Oui

2 Non

3 NSP

◆ Si oui

Q367. La dernière fois c'était il y a combien de temps (en quelle année) ?

◆ Uniquement pour les 50 ans et plus concernés

Q368. Vous avez passé cet examen...

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 De votre propre initiative (sans passer par un médecin)
- 2 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 4 Parce que vous avez été sollicité dans le cadre d'une campagne menée dans votre département
- 5 Autre (préciser)
- 6 NSP

◆ Uniquement pour les 40-49 ans concernés

Q369. Vous avez passé cet examen...

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

- 1 De votre initiative (sans passer par un médecin)
- 2 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 4 Autre (préciser)
- 5 NSP

◆ S'il s'agit de la propre initiative de la personne

Q370. Était-ce...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal ?
- 2 Parce qu'un(e) ami(e) ou un(e) collègue a eu un cancer colorectal ?
- 3 Parce que vous avez été inquiété(e) par des symptômes ?
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 5 Parce que vous avez été sensibilisé(e) par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article...
- 6 Autre (préciser)

◆ Si la personne l'a demandé à son médecin

Q371. Vous l'avez demandé à votre médecin...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal ?
- 2 Parce que vous avez été inquiété(e) par des symptômes ?
- 3 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 6 Parce qu'une personne de votre entourage vous a conseillé de le faire
- 4 Autre (préciser)
- 5 NSP

◆ Si c'est le médecin qui a demandé à le faire

Q372. Votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire...

★ Enquêteur : deux réponses possibles.

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal ?
- 2 Parce qu'un(e) ami(e) ou un(e) collègue a eu un cancer colorectal ?
- 3 Parce que vous avez été inquiété(e) par des symptômes ?
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier ?
- 5 Parce que vous avez été sensibilisé(e) par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article...
- 6 Autre (préciser)

Accidents

Q373. Au cours des douze derniers mois, combien d'accidents avez-vous eus ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital ?

Q374. Et combien au cours des trois derniers mois ?

Q375. Parmi ces accidents, au cours des douze derniers mois, était-ce... ?

★ Enquêteur : énumérer plusieurs réponses possibles si plusieurs accidents.

- 1 Un accident de VTT
- 2 Un accident de BMX
- 3 Un accident de vélo hors VTT et BMX
- 2 Un accident de moto, mobylette, scooter
- 3 Un accident de roller/patins à roulettes
- 4 Un accident de skate
- 5 Un accident de voiture
- 6 Un accident de travail ou d'atelier
- 7 Un accident de sport ou de loisir (*dont le ski et autre que le vélo, roller et skate*)
- 8 Un accident domestique (*à la maison ou autour*)
- 9 Autres (préciser)
- 11 NSP

Q376. Le dernier accident, était-ce :

- 1 Un accident du travail
- 2 Un accident de la circulation
- 3 Un accident de la vie courante
- 4 Un accident de sport

Q377. C'était en pratiquant quel sport ?

Q378. Était-ce :

- 1 Lors d'une pratique en groupe organisé ou club avec un encadrent
- 2 Lors d'une pratique libre/informelle (*y compris avec des amis*)

Q379. Pour cet accident, comment vous êtes-vous blessé ?

- 1 Êtes-vous tombé
- 2 Avez-vous reçu un choc (*un coup, une collision, déformation lors d'un effort, un écrasement, etc.*)
- 3 Avez-vous eu une brûlure
- 4 Avez-vous eu une coupure/piqûre/morsure/pénétration d'un corps étranger dans le corps
- 5 Avez-vous subi une intoxication (*par ingestion, inhalation, exemple : produit nocif*)
- 6 Avez-vous été victime d'un étouffement, d'une noyade
- 7 Avez-vous été victime d'une explosion (*réchaud à gaz, white-spirit, cocotte-minute, explosion industrielle, etc.*)
- 8 Autre (préciser)

Q380. Où a eu lieu ce dernier accident :

- 1 À l'intérieur de votre domicile
- 2 À l'extérieur de votre domicile
- 3 À l'école, lycée, université, dans un lieu d'enseignement (*y compris les infrastructures sportives de l'établissement*)
- 4 Sur un terrain de sport ou installation sportive (*y compris en tant que spectateur*)
- 5 Dans un lieu public et de loisir (*plages, parcs, magasin, musée, hôtel, gare, camping, etc.*)
- 6 Dans la rue, sur la route (*trottoir, parking*) - voie publique
- 7 Autre lieu (préciser)

Q381. Dans les quarante-huit heures qui ont suivi cet accident, avez-vous été limité dans les activités que vous faites habituellement ?

- 1 Oui, sévèrement limité
- 2 Oui, limité
- 3 Non, pas du tout
- 4 NSP

Q382. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP
- De la moto, de la mobylette ou du scooter ?
- Du VTT ?
- Du BMX
- Du vélo hors VTT et BMX ?
- Du roller, du patin à roulettes, du skate ?

Q383. La dernière fois avez-vous porté un casque ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Uniquement pour les 40 ans et plus*

Q384. Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si oui*

Q385. Combien de fois environ ?**Q386. Avez-vous dû consulter un médecin suite à votre chute ?**

- 1 Oui
- 2 Non

Q387. Avez-vous dû limiter vos déplacements ou vos activités quotidiennes par peur de retomber ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q388. Souffrez-vous de troubles de l'équilibre, de vertiges ou d'instabilité lorsque vous êtes debout ?

- 1 Oui
- 2 Non

Signalétique 2

Pour terminer, je vais vous poser quelques questions d'ordre général.

◆ *Si la personne est au chômage*

Q389. Depuis combien de temps êtes-vous au chômage ?

- 1 Jours
- 2 Mois
- 3 Années
- 4 NSP

◆ *Pour ceux qui travaillent ou ceux qui sont en formation alternée ou apprentissage, ou n'étant pas à plein-temps ou temps partiel ou retraités/chômage/congé parental/au foyer.*

Q390. Quelle est votre profession ?**Q391. Quelle est votre fonction exacte ?**

★ Enquêteur : Recodage de la profession (pour les personnes au chômage, recoder la profession antérieure et pour les retraités, recoder la dernière profession).

- 1 Agriculteur exploitant (*à son compte*)
- 2 Artisan petit commerçant (*à son compte*)
- 3 Chef d'entreprise de plus de dix salariés (*à son compte*)
- 4 Profession libérale (*à son compte* – *sauf paramédical*)
- 5 Professeur/profession scientifique (*salaire*)
- 6 Cadre et autre profession intellectuelle supérieure (*salaire*)
- 7 Profession intermédiaire (*salaire* ou *paramédical asc.*)
- 8 Instituteur ou assimilé (*salaire*)
- 9 Employé (*salaire*)
- 10 Personnel de service (*salaire*)
- 11 Ouvrier/ouvrier agricole (*salaire*)
- 12 Élève/étudiant
- 13 Autres inactifs

Q392. Code NAF 17 pour identifier le secteur de l'entreprise

◆ *Uniquement pour les 30 ans et moins vivant avec leur père ou beau-père*

Q393. Quel est (était) le métier de votre père/beau-père ?**Q394. Actuellement, votre père/beau-père :**

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Travail
- 2 Est au chômage
- 3 Est à la retraite
- 4 Est à la maison ou en congé parental
- 5 Ne travaille pas pour une autre raison (*exemple : étudiant, longue maladie*)
- 6 (Il n'y a pas ou plus de père ou beau-père)
- 7 NSP

◆ *Si le père ou beau-père travaille*

Q395. Votre père/beau-père est-il...

- 1 Salarié du secteur privé (*non fonctionnaire*)
- 2 Salarié du secteur public (*fonctionnaire*)
- 3 À son compte
- 4 NSP

◆ *Uniquement pour les 30 ans et moins vivant avec leur mère ou belle-mère*

Q396. Quel est (était) le métier de votre mère/belle-mère ?**Q397. Actuellement, votre mère/belle-mère :**

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Travail

- 2 Est au chômage
- 3 Est à la retraite
- 4 Est à la maison ou en congé parental
- 5 Ne travaille pas pour une autre raison
(exemple : étudiante, longue maladie)
- 6 Il n'y a pas ou plus de mère ou belle-mère
- 7 NSP

◆ Si la mère ou belle-mère travaille

Q398. Votre mère/belle-mère est-elle...

- 1 Salariée du secteur privé (non fonctionnaire)
- 2 Salariée du secteur public (fonctionnaire)
- 3 À son compte
- 4 NSP

Q399. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

- 1 Aucun diplôme
- 2 Certificat d'études primaires
- 3 CAP : certificat d'aptitude professionnelle
- 4 Brevet des collèges, BEPC
- 5 BEP : brevet d'enseignement professionnel
- 6 Baccalauréat d'enseignement technique
- 7 Baccalauréat d'enseignement professionnel
- 8 Baccalauréat d'enseignement général
- 9 Bac + 2 (Deug, DUT, BTS)
- 10 Bac + 3 (Licence (1^{re} année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur))
- 11 Bac + 4 (Maîtrise (dernière année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur))
- 12 Bac + 5 ou plus (3^e cycle de l'enseignement supérieur : DEA, DESS, MBA, doctorat, etc.)
- 13 Diplôme d'une grande école/école d'ingénieur
- 14 Autre diplôme (préciser)
- 15 NSP

Q400. À quel âge avez-vous eu ce diplôme ?

Q401. Avez-vous une religion ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

Q402. Laquelle ?

- 1 Catholique
- 2 Musulmane
- 3 Israélite
- 4 Protestante
- 5 Autre

Q403. Toujours par rapport à la religion, diriez-vous que :

- ★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Vous ne pratiquez pas
 - 2 Vous pratiquez de temps en temps
 - 3 Vous pratiquez régulièrement
 - 4 NSP

Q404. Combien y a-t-il de lignes téléphoniques fixes dans votre foyer, sans compter les lignes dédiées exclusivement à Internet ?

Q405. De combien de téléphones portables (avec une ligne) disposent au total les membres de votre foyer ?

◆ Uniquement pour les 15 ans et plus

Q406. Dans quelle tranche environ se situe la somme totale des revenus nets par mois (ou par an si vous préférez) de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus autres que salariaux : allocations, rentes, bénéfices industriels commerciaux (BIC), bénéfices non commerciaux (BNC), bénéfices agricoles (BA) (euros ou francs)

- 1 Moins de 230 euros/Moins de 1500 francs
- 2 De 230 à moins de 380 euros/
De 1500 à moins de 2500 francs
- 3 De 380 à moins de 600 euros/
De 2500 à moins de 4000 francs
- 4 De 600 à moins de 1000 euros/
De 4000 à moins de 6600 francs
- 5 De 1000 à moins de 1200 euros/
De 6600 à moins de 8000 francs
- 6 De 1200 à moins de 1500 euros/
De 8000 à moins de 10 000 francs
- 7 De 1500 à moins de 2000 euros/
De 10 000 à moins de 13 000 francs
- 8 De 2000 à moins de 2400 euros/
De 13 000 à moins de 16 000 francs
- 9 De 2400 à moins de 3000 euros/
De 16 000 à moins de 20 000 francs
- 10 De 3000 à moins de 4500 euros/
De 20 000 à moins de 30 000 francs
- 11 De 4500 à moins de 7 600 euros/
De 30 000 à moins de 50 000 francs
- 12 Plus de 7 600 euros/Plus de 50 000 francs
- 13 NSP, ne veut pas dire

Q407. Étiez-vous seul(e) dans la pièce pour répondre à ce questionnaire ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Q408. Enquêteur : Pensez-vous que l'interviewé(e) était vraiment seul(e) et/ou répondait librement à ce questionnaire ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Merci d'avoir bien voulu répondre à ces questions.

Dans la même collection

F. Baudier, C. Dressen, F. Alias

Baromètre santé 92

1994, 168 p.

F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski

Baromètre santé 93/94

1995, 172 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes

Baromètre santé jeunes 94

1997, 148 p.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti

Baromètre santé médecins généralistes 94/95

1996, 138 p.

F. Baudier, J. Arènes (dir.)

Baromètre santé adultes 95/96

1997, 288 p.

F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud

Baromètre santé nutrition 1996 adultes

1997, 180 p.

J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé jeunes 97/98

1998, 328 p.

J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (dir.)
Baromètre santé médecins généralistes 98/99
1999, 224 p.

J.-F. Collin
Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99
1999, 64 p.

E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (dir.)
Les années collège. Enquête santé HBSC 1998
auprès des 11-15 ans en France
2000, 114 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson,
M.-P. Janvrin.
Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode
2001, 144 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (dir.)
Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats
2001, 474 p.

P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (dir.)
Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.
Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux
2004, 216 p.

M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert,
F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon
Baromètre santé 2000. Les comportements
des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux
2004, 256 p.

P. Guilbert, Perrin-Escalon H. (dir.)
Baromètre santé nutrition 2002
2004, 260 p.

A. Gautier (dir.)
Baromètre santé médecins/pharmaciens
2005, 276 p.

E. Godeau, H. Grandjean, F. Navarro (dir.)
La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002
Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in
School-Aged Children, 2005, 286 p.

Conception graphique originale **SCRIPTA**-Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
Relecture **Nelly Zeitlin**
Photographie de couverture **Anne-Sophie Mélard**
Impression **Fabrègue**

mars 2006

Le Baromètre santé 2005 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. Il décrit les comportements, attitudes, connaissances et opinions des 12-75 ans en matière de santé. Au total, ce sont 30 514 personnes qui ont répondu à un questionnaire multithématique.

Sont présentés ici les premiers résultats de l'enquête et les évolutions depuis cinq ans. Les douze chapitres de l'ouvrage abordent la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, l'activité physique, la vaccination, le dépistage des cancers..., permettant une meilleure appréhension des déterminants de santé. Les analyses portent également sur les indicateurs de santé comme la qualité de vie mais aussi les violences subies ou la dépression.

